

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Lucie Špůrková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Lucie Špůrková

Možnosti socializace dospělé osoby s Downovým syndromem

Olomouc 2023

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Možnosti socializace dospělé osoby s Downovým syndromem*“ vypracovala sama pod odborným vedením. Dále prohlašuji, že všechny užité zdroje jsou zahrnuty v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne 19. 6. 2023

Podpis: Lucie Špůrková

Poděkování

Děkuji svému vedoucímu práce panu Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za jeho vstřícné jednání, odborné vedení a cenné rady, které mi pomohly při tvorbě mé práce. Zároveň děkuji všem respondentům a respondentkám za jejich čas a zapojení se do výzkumného šetření.

Obsah

ÚVOD.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 DOWNŮV SYNDROM.....	8
1.1 Vymezení pojmu Downův syndrom	8
1.2 Historické aspekty Downova syndromu	9
1.3 Etiologie Downova syndromu	10
1.4 Formy Downova syndromu	10
1.4.1 Trisomie 21, meiotická nondisjunkce	11
1.4.2 Trisomie 21, mozaika (mitotická nondisjunkce).....	11
1.4.3 Trisomie 21, translokace	12
1.5 Symptomatologie Downova syndromu	13
2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	15
2.1 Klasifikace mentálního postižení.....	15
2.1.1 Charakteristika stupňů mentálního postižení	17
3 OSOBNOST DOSPĚLÉHO JEDINCE S DOWNOVÝM SYNDROMEM	19
3.1 Vymezení pojmu dospělost.....	19
3.2 Psychologické zvláštnosti dospělé osoby s Downovým syndromem	20
3.2.1 Specifika poznávacích procesů	20
3.2.2 Specifika emočního prožívání.....	21
3.2.3 Specifika chování	22
3.2.4 Specifika dalších vlastností osobnosti.....	22
4 SOCIALIZACE DOSPĚLÉHO JEDINCE S DOWNOVÝM SYNDROMEM ...	24
4.1 Vymezení pojmu socializace	24
4.2 Socializace osob s Downovým syndromem	26

4.3	Sociální zabezpečení osob s Downovým syndromem	26
4.3.1	Typologie sociálních služeb	27
4.4	Pracovní uplatnění osob s Downovým syndromem	30
4.4.1	Pracovní rehabilitace	31
4.4.2	Podporované zaměstnávání	31
4.4.3	Pracovní místo pro osoby se zdravotním postižením	33
4.4.4	Chráněný trh práce	33
4.4.5	Sociální podniky a sociální firmy	33
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	35
5	MOŽNOSTI SOCIALIZACE DOSPĚLÉ OSOBY S DOWNOVÝM SYNDROMEM	35
5.1	Cíle výzkumné části	35
5.2	Metody výzkumu	35
5.3	Výběr zkoumaného souboru a vstup do terénu	36
5.4	Charakteristika místa šetření a výzkumného souboru	37
5.5	Vlastní šetření	41
5.6	Výsledky šetření	54
6	Diskuze	58
7	Závěr	60
	Seznam literatury	62
	Seznam zkratk	69
	Seznam příloh	70
	Anotace	96

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zaměřuje na téma socializace dospělého jedince. Pro náš výzkumný vzorek jsme zvolili následující kritéria výběru: muselo se jednat o jedince s Downovým syndromem, který navštěvuje sociální služby ve Zlínském kraji.

Jednotlivé kapitoly vycházejí z názvu bakalářské práce. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. První kapitola se věnuje Downovu syndromu: vymezení pojmu, etiologii, formám Downova syndromu dle MKN-10 a symptomatologii. Navazuje na ni druhá kapitola, kde je klasifikováno mentální postižení a jsou zde popsány jeho jednotlivé stupně.

Dospělý jedinec a psychologické zvláštnosti dospělého jedince s Downovým syndromem jsou více přiblíženy ve třetí kapitole. Teoretická část je zakončena kapitolou věnující se samotné socializaci a jejím možnostem jak ve sféře sociální, tak ve sféře pracovního uplatnění.

V praktické části jsme využili metod pozorování a rozhovoru. Aplikovali jsme je na respondenty, kterými byly pracovnice sociálních služeb, klienti s Downovým syndromem a rodiče dvou klientů. Ze sociálních služeb Zlínského kraje byla zvolena Sociálně terapeutická dílna Rokytnice a Chráněné bydlení v Otrokovicích. Obě tato zařízení spadají pod neziskovou organizaci Naděje. Třetí kontaktovanou sociální službou bylo Centrum sociálních služeb Ergo Zlín. Pro analýzu dat byla využita metoda konstantní komparace, na jejímž základě jsme vyvodili závěry a zodpověděli své výzkumné otázky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOWNŮV SYNDROM

Downův syndrom se řadí mezi jednu z nejčastěji se vyskytujících forem mentálního postižení. Jeho zastoupení mezi těžkým mentálním postižením je 23 %. Vzhledem k výskytu postižení připadá jedno dítě s Downovým syndromem na 700–1500 intaktních dětí. V České republice se tedy za rok narodí až 70 dětí s tímto syndromem (Valenta, 2014).

1.1 Vymezení pojmu Downův syndrom

Jedná se o vrozenou chromozomální anomálii, která vzniká na základě trisomie 21. chromozomu. Tento syndrom jedince postihuje na celý život a je doprovázen řadou typických příznaků. Vedle nich je vždy přítomné mentální postižení různého stupně (Strusková, 2000).

Dle Slovníku speciálně pedagogické terminologie (2016) lze pojem syndrom vysvětlit jako: „*Relativně stálý (fixní), diferencovaný soubor příznaků (symptomů), které jako celek tvoří specifický obraz určité diagnózy, nemoci či jiného stavu jedince.*“ (Kroupová, 2016 str. 43).

Downův syndrom se vyznačuje nadbytečným počtem chromozomů, kdy každá buňka jedince s tímto syndromem obsahuje 46 chromozomů rozdělených do 23 párů namísto 47 chromozomů, kdy vznikne 22 párů a jedna trojice. V případě, že se tato trojice projeví na 21. chromozomu, jedná se o Downův syndrom (Strusková, 2000).

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10) se Downův syndrom řadí do kategorie Q90 – Q99 Abnormality chromozomů nezařazené jinde. Downův syndrom je v klasifikaci Q90 a dále je rozdělen na základě své formy do Q90.1, Q90.2 a Q90.3 (ÚZIS ČR, 2022).

Světová zdravotnická organizace (WHO) na 72. světovém zdravotnickém zasedání, které se konalo v květnu 2019, schválila 11. revizi Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Od léta 2020 se pracuje na jejím překladu do českého jazyka. Plánované dokončení připadá na závěr roku 2022. Dle anglické verze MKN 11. revize spadá Downův syndrom pod kategorii ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics - Developmental anomalies, konkrétně LD40 Complete trisomies of the autosomes – LD40.0 Complete trisomy 21. Spadá pod označení kódem 6D85.9 (WHO, 2023).

1.2 Historické aspekty Downova syndromu

Lidé s Downovým syndromem se rodí už po několik staletí či dokonce tisíciletí. Vypovídají nám o tom například vykopávky ze 7. století, během nichž byla nalezena lebka dítěte nesoucí rysy Downova syndromu, se kterými se setkáváme také u dnešních dětí. Downův syndrom je vyobrazen rovněž v malířství a sochařství. Hans Zellweger se snažil nalézt malby, na kterých by bylo možné identifikovat znaky osob s Downovým syndromem, a objevil tvorbu umělce z 15. století, Andrea Mantegna, který vytvořil obraz „Panna s dítětem“, na kterém Ježíškův obličej připomíná rysy námi popisovaného syndromu (Pueschel, 1997).

Navzdory domněnkám o existenci Downova syndromu o něm do devatenáctého století nebyl publikován žádný dokument či zpráva, což mohlo být způsobeno malým zájmem vědců o děti s genetickými problémy. Až roku 1838 Jean Esquirol poprvé popsal vzhled osob s Downovým syndromem podle dítěte, které jím zřejmě trpělo, a roku 1846 ke stejným poznatkům došel také francouzský lékař Edouard Seguin (Strusková, 2000).

Největší zásluhu na objevení Downova syndromu má však John Langdon Down, anglický lékař pracující v Surrey, který v roce 1866 jako první popsal charakteristické rysy Downova syndromu. Tím objasnil mnoho zvláštností typických pro tento syndrom a odlišil ho tak od ostatních mentálních postižení, díky čemuž vznikla jeho samostatná diagnóza (Selikowitz, 2011).

Další zprávy o Downově syndromu byly zveřejněny roku 1876 J. Fraserem a A. Mitchellem. O lidech s Downovým syndromem mluvili jako o kalmyckých idiotech. Mitchell upozornil na zvýšený věk matky v době porodu a na zmenšenou hlavu lidí trpících Downovým syndromem. Dále se jím ve své knize „Idiocy and Imbecillity“ zabýval William Irelandse a roku 1886 také G. E. Shuttleworth, který tvrdil, že jsou tyto děti „nehotové“ a že se jedná o jednu z vývojových fází plodu (Pueschel, 1997).

Koncem 19. a začátkem 20. století byly v mnoha lékařských zprávách popisovány zvláštnosti pozorované u lidí trpících Downovým syndromem a roku 1932 doktor Waardenburg přišel s myšlenkou chromozomální abnormality, která by mohla být příčinou Downova syndromu. Tato myšlenka byla potvrzena v Paříži roku 1959 francouzským lékařem Lejeunem, který s pomocí metodických pokroků při zkoumání chromozomů objevil, že se u lidí s Downovým syndromem vyskytuje navíc jeden chromozom č. 21. Ještě v dnešní době zůstává mnoho nezodpovězených otázek. Jejich zodpovězení by nám mohlo pomoci k lepšímu porozumění Downovu syndromu (Pueschel, 1997).

1.3 Etiologie Downova syndromu

Downův syndrom je způsoben trisomií 21. chromozomu, přičemž se nejedná pouze o jeden nadbytečný chromozom, který má negativní vliv na vývoj jedince, ale o celou skupinu genů, která u embrya s trisomií 21. chromozomu chybí. To má vliv na nesprávnou diferenciaci neuronů a špatnou tvorbu synapsí. Způsobují opožděný vývoj a obtíže spojené s učením a pamětí. U osob s Downovým syndromem může tato změna genetické dispozice způsobit zvýšené riziko vzniku dalších zdravotních problémů (Vágnerová, 2014). Chromozomální aberace, mezi které se řadí i Downův syndrom, vznikají právě ve fázi buněčného dělení a při rozchodu chromozomů do dceřiných buněk (Valenta, 2014).

Dle klasifikace AAMR z roku 2002, která dělí etiologii mentálního postižení na základě časového faktoru a podle doby vzniku na pre-, peri- a postnatální, se Downův syndrom řadí mezi prenatální etiologii do podskupiny chromozomální aberace. Špatný vývoj dítěte se projevuje během těhotenství a Downův syndrom může být diagnostikován již v tomto období (Černá, 2015).

K diagnostice se u těhotných žen využívají screeningové (vyhledávací) testy, které určí, zda existuje zvýšené riziko narození dítěte s Downovým syndromem. V případě, že se tato možnost potvrdí, může žena podstoupit odběr plodové vody (niocentézu) či jiná diagnostická vyšetření, jež riziko chromozomální odchylky potvrdí či vyvrátí (Švarcová, 2011).

V publikaci Valenta a Müller – Psychopedie (2021) autoři řadí etiologii Downova syndromu také do prenatálních příčin, konkrétně se jedná o specifické genetické příčiny. Downův syndrom je způsoben změnou počtu chromozomů – trisomie (v genotypu se vyskytují tři chromozomy namísto dvou) (Valenta et al., 2021).

Na základě vědeckých poznatků se ukázalo, že na vznik Downova syndromu nemá vliv ani vnější prostředí, ani životní styl matky během těhotenství. Pokud bude matka během těhotenství kouřit, brát drogy nebo pít alkohol, riziko výskytu Downova syndromu to u jejího plodu neovlivní. Značná souvislost však byla nalezena mezi věkem rodičů a narozenými dětmi s Downovým syndromem. Bylo zjištěno, že u matek starších 34 let je větší pravděpodobnost, že budou mít potomka s Downovým syndromem, než u mladších rodiček. Na narození dítěte s Downovým syndromem se zčásti podílí také otec (Sherman et al., 2007).

1.4 Formy Downova syndromu

Downův syndrom se dá dělit na tři různé formy na základě vzniku chromozomální chyby v různých časových fázích dělení buňky. Všechny tyto formy mají společný přebytečný počet

v rámci 21. chromozomu. Určení typu Downova syndromu je důležitým faktorem pro rodiče, vzhledem k předpokladu, že by Downův syndrom mohl mít také jejich další potomek. Jedna z forem zároveň zásadně ovlivňuje míru postižení dítěte (Selikowitz, 2011).

Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů 10. revize klasifikuje tři formy Downova syndromu:

Q90.1 Trisomie 21, meiotická nondisjunkce

Q90.2 Trisomie 21, mozaika (mitotická nondisjunkce)

Q90.3 Trisomie 21, translokace

Q90.9 Downův syndrom NS (nespecifikovaný) (ÚZIS ČR, 2022).

V aktuální verzi českého překladu MKN-11 můžeme Downův syndrom dělit na následující formy:

Translokační Downův syndrom

Downův syndrom, meiotická nondisjunkce

Downův syndrom, translokační forma (ÚZIS ČR, 2023).

1.4.1 Trisomie 21, meiotická nondisjunkce

Trisomie 21. chromozomu, meiotická nondisjunkce vzniká již při prvním dělení pohlavní buňky, kdy jsou od jednoho z rodičů dítěti předány dva 21. chromozomy namísto jednoho. Tento chromozom následně pokračuje do buňky, kde se z něj po oplození stává vajíčko obsahující celkem 47 chromozomů. Proces se opakuje s dalším dělením (Švarcová, 2011).

Název nondisjunkce je odvozen od procesu vzniku tohoto typu, při kterém nedochází k potřebnému dělení (disjunkci) 21. párového chromozomu z původní buňky a ty poté zůstávají v buňce nové (Selikowitz, 2011).

Tato forma Downova syndromu nemusí mít původ pouze u matky. Přebývajícím chromozom u chromozomu 21 může z 20–30 % patřit otci. Ve zbylých 70–80 % případů se jedná o chromozom přijatý od matky. Tento typ není dědičně předáván, avšak riziko narození dalšího dítěte s tímto syndromem u rodičů, kteří již potomka s Downovým syndromem mají, je v poměru 1:100. U 93–95 % případů vzniku Downova syndromu je příčinou právě meiotická nondisjunkce (Pueschel, 1997).

1.4.2 Trisomie 21, mozaika (mitotická nondisjunkce)

U 2 % osob s Downovým syndromem se vyskytuje forma chromozomální mozaiky. Přebytný 21. chromozom se nachází pouze v některých tělních buňkách jedince. Ostatní buňky mají správný počet, tedy 46 chromozomů, a jsou tedy normální (Desai, 1997). Tělní

buňky v těle jedince vytváří mozaiku, v níž jsou různě poskládány buňky se 46 chromozomy a buňky s 47 chromozomy. Z tohoto jevu byl následně odvozen název mozaika (Selikowitz, 2011).

Tento typ Downova syndromu může vzniknout dvěma způsoby. U prvního má původní zygota tři jednadvacáté chromozomy, což je typické pro meiotickou nondisjunkci. V průběhu buněčného dělení však jedna nebo více buněk ztratí tento 21. chromozom, který je navíc, a vzniká tak mozaikový Downův syndrom. U druhého způsobu nastává situace, kdy původní zygota obsahuje dva jednadvacáté chromozomy, ale během buněčného dělení dojde k rozdělení jednoho z nich, tudíž daná buňka tyto chromozomy obsahuje tři (Faitová, 2001).

Vzhledem k přítomnosti buněk s normálním počtem 46 chromozomů nejsou fyzické rysy u jedince s tímto typem Downova syndromu tolik nápadné. S ostatními typy ale mají řadu společných symptomů, mezi které se řadí mentální postižení, střevní obtíže a srdeční vady. V rámci srovnání obou výše uvedených forem Downova syndromu se mozaicismus vyznačuje intelektem bližším k průměru intaktní populace. Dále u něj dochází k rychlejšímu rozvoji motorických funkcí. Stejně opožděný vývoj je ale pozorován například u řeči (Faitová, 2001).

1.4.3 Trisomie 21, translokace

U translokace má jedinec s Downovým syndromem 46 chromozomů a nenachází se u něj celý přebytečný 21. chromozom, ale pouze jeho část. Syndrom se projeví v případě, kdy dojde k tzv. procesu translokace neboli přemístění (Pueschel, 1997). Princip vzniku této formy je dán na základě odlomení malého vrcholku 21. chromozomu a zároveň vrcholku z dalšího chromozomu. Nejčastěji se jedná o chromozomy 13, 14, 15 a 22. Tyto dva vrcholky se spojí, vznikne nový segment a zbylá část 21. chromozomu se naváže na původní chromozom 13, 14, 15 nebo 22 (Selikowitz, 2011).

Tato forma je jako jediná dědičná. Budoucí rodič mnohdy neprojevuje žádné znaky Downova syndromu, a tudíž ani netuší, že se v některých jeho zárodečných pohlavních buňkách přebytečný 21. chromozom vyskytuje. Jeden z jeho 21 chromozomů je navíc vzájemně spojen s některým z ostatních chromozomů. Ve výsledku má však jedinec stále 23 párů chromozomů, tzn. nejedná se o příčinu abnormalit a funkce genů dané osoby zůstává nezměněna. Zvyšuje se ale riziko narození více potomků s Downovým syndromem, jelikož při produkci vajíčka či spermatu budou dva spojené chromozomy bránit rovnocennému rozdělení počtu chromozomů (Švarcová, 2011; Selikowitz, 2011).

Rodiče jsou původci vzniku Downova syndromu u svého dítěte pouze v jedné třetině případů, ve zbylých dvou třetinách může translokace vzniknout jako samostatná porucha

vzniklá při splynutí vajíčka a spermie. V tomto případě je pravděpodobnost narození více potomků s Downovým syndromem nepatrná (Pueschel, 1997; Selikowitz, 2011). Tato forma se vyskytuje u 3–4 % jedinců s Downovým syndromem (Chváralová, 2012).

1.5 Symptomatologie Downova syndromu

Celkově bylo u Downova syndromu popsáno až padesát pět charakterizujících znaků. Osoba s Downovým syndromem však nikdy nemá všechny rysy najednou. Přes společné znaky se svými rodiči má maximálně pět až šest symptomů Downova syndromu (Chváralová, 2012; Selikowitz, 2011).

U všech jedinců s Downovým syndromem se objevuje mentální postižení způsobené chromozomální aberací. Rozdílná je jeho hloubka, která se nejčastěji pohybuje na úrovni lehkého až středně těžkého mentálního postižení. Jedná se o jediný rys, který mají všichni jedinci s Downovým syndromem společný. Nijak nesouvisí s celkovým počtem všech tělesných znaků. I přes to, že mentální postižení nejvíce souvisí s ostatními projevy typickými pro Downův syndrom, je zčásti ovlivňováno přidruženými zdravotními komplikacemi a výskytem nemocí (Černá, 2015).

Znaky Downova syndromu se dají rozdělit do tří skupin na esenciální, typické a specifické. Jedince s Downovým syndromem jednoznačně rozeznáme na základě těch esenciálních. Jedná se o atributy, které tento syndrom charakterizují. Řadíme zde většinu znaků popisovaných u Downova syndromu. Jsou viditelné ihned po narození a v průběhu života zůstávají relativně neměnné. Mezi rysy, které se projeví později než okamžitě po narození, patří řídkší vlasy světlejšího odstínu a jejich častější vypadávání v dospělosti. Zároveň se zde můžou zařadit také lámavé, drolivé nehty, které se deformují a zesilují až v pubertě. Tyto dva znaky nazýváme typickými, jelikož se jedná o rysy typické právě pro Downův syndrom. Poslední skupinou jsou příznaky specifické. U jedinců jsou viditelné ihned po narození a jde převážně o vrozené vady a zhoubné nádory. Osoby s Downovým syndromem se nejčastěji potýkají se srdečními vadami a leukémií (Kučera, 1981).

Osoba s Downovým syndromem je od intaktního jedince snadno rozpoznatelná díky svému vzhledu. Mezi charakterizující esenciální znaky můžeme zařadit například zavalitější postavu menšího vzrůstu, malý nos a ústa, krátký a široký krk, kulatý obličej se zploštělou hlavou, široké ruce s krátkými prsty a také hypotonii (Michalík, 2011; Pokrivčák, 2009). Pojem hypotonie se rozumí snížené svalové napětí neboli malý tonus, přičemž tonus je odpor svalů proti pohybu ve volném stavu (Kratochvíl, 1995).

Kulatý vzhled hlavy způsobuje její zploštělá zadní část a také menší velikost ve srovnání s intaktními jedinci. Jejich obličej je plochý kvůli nedostatečnému vyvinutí obličejových kostí. Zároveň vystupují lící kosti. Oči jsou u jedinců s Downovým syndromem normálního tvaru. Jejich mongoloidní vzhled vytváří oční víčka, která mají šikmý a úzký tvar. Ve vnitřním koutku oka se u nich zároveň nachází výrazná kolmá kožní řasa, tzv. bilaterální epikantus, která sbíhá až ke kořenu nosu. Po okrajích duhovky se mohou objevit bílé nebo lehce nažloutlé skvrny, které za podmínky zhnědnutí duhovky vymizí (Ainsworth a Baker, 2004; Švarcová-Slabinová 2011).

Dalším možným znakem u osob s Downovým syndromem jsou malé, nízko posazené uši nebo také malá ústa a velký jazyk, který může vyčnívat mezi rty. Ty jsou poměrně úzké. Vzhledem k malým čelistem a užšímu patru v ústech dochází k chybnému postavení zubů. Chrup bývá opožděn a zároveň se může vyskytovat absence některých zubů, případně jejich jiný tvar (Pueschel, 1997).

Na horních končetinách se objevuje rýha napříč dlaní, tzv. opičí rýha. Růst jedinců s Downovým syndromem je pomalejší. V dospělosti dorůstají v průměru do výšky 147–162 cm u mužů a u žen přibližně 135–155 cm. Většina osob má problém s plochýma nohama, zapříčiněný nedostatečnou pevností šlach nohy. Zároveň je u nich známá nadměrná kloubní pohyblivost (Ainsworth a Baker, 2004; Švarcová-Slabinová 2011).

Vedle výše uvedených esenciálních a typických znaků se u lidí s Downovým syndromem častěji než u intaktní populace vyskytují zdravotní komplikace a smyslové vady. Přítomnost těchto rysů nemusí být zřejmá u všech jedinců, avšak značná část trpí krátkozrakostí, a to až 50 % z nich. Přibližně 20 % jedinců je postiženo dalekozrakostí. Dalšími častými vadami zraku jsou strabismus (23–44 %) neboli šilhání, nystagmus (3–5 %), u něhož dochází k očnímu třasu, katarakta (= šedý zákal) (3 %), astigmatismus (až 25 %) a špatné zakřivení rohovky (2–7 %). 60–80 % jedinců může být také lehce až středně sluchově postižených. Časté jsou také záněty uší nebo problémy s ucpáním ucha (Bartoňová et al., 2007).

Kromě smyslových vad se osoby s Downovým syndromem dále častěji potýkají se žaludečními a střevními abnormalitami a poruchou štítné žlázy. Také jsou náchylnější k infekci horních cest dýchacích, mívají potíže se suchou pokožkou a jednu ze sta osob s Downovým syndromem postihuje leukemie (Černá, 2015).

U některých osob bývá zvětšené srdce z důvodu vrozené srdeční vady. Srdečních vad existuje celá řada a dnes alespoň jednou z nich trpí až 40 % jedinců s Downovým syndromem. Většina těchto vad je možné odoperovat, často s velmi dobrými výsledky a dobrou prognózou (Desai, 1997).

2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Tato část bakalářské práce se věnuje vymezení pojmu **mentální postižení**. S revizí MKN-10 na MKN-11 se můžeme setkat s novým pojmem **poruchy vývoje intelektu**, MKN-11 se však ve společnosti kvůli své novosti zatím neuchytila a není často používána. Z toho důvodu budeme vycházet především z MKN-10 a zároveň z literatury týkající se termínu mentální postižení.

2.1 Klasifikace mentálního postižení

Společným znakem pro všechny jedince s Downovým syndromem je mentální postižení. Dle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí lze pojem mentální postižení definovat jako: *„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami“* (ÚZIS ČR, 2022).

Klasifikaci mentálního postižení je možné určit pomocí více klasifikačních systémů. Jedním z nich může být Diagnostický a statistický manuál duševních poruch 5. revize. V platnost vešel roku 2013 a má sloužit především v klinické praxi pro přesnější a snazší diagnostikování duševní poruchy. V současné době je snaha sjednotit klasifikační systémy DSM-V a MKN-11. Přes podobnou strukturu obou klasifikačních systémů budou v Mezinárodní klasifikaci nemocí 11. revize poruchy pomocí svých kódů seřazeny podobně, jako je tomu v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch 5. Revize (Raboch et al., 2015).

Klasifikační systém DSM-5 operuje s pojmem porucha intelektu (v MKN-11 se uvádí porucha intelektového vývoje) a je rozdělen do několika stupňů. Jejich závažnost se určuje pomocí adaptivních funkcí, které se hodnotí ve třech oblastech: konceptuální, sociální a praktická oblast. Inteligenční kvocient (IQ) v této klasifikaci nehraje velkou roli. Stupně poruchy intelektu jsou: 317 mírná, 318.0 středně těžká, 318.1 těžká, 318.2 hluboká (Raboch et al., 2015).

Nejčastěji je využívána klasifikace na základě MKN-10, která mentální postižení klasifikuje na stupně, které se zároveň charakterizují určitými hodnotami inteligenčního kvocientu. Stupně dělíme na: **F70 lehká mentální retardace**, kdy IQ dosahuje hodnot mezi

50 až 69. Tomuto stupni odpovídá u dospělého jedince mentální věk 9 až 12 let. Další je **F71 střední mentální retardace**. IQ se pohybuje mezi 35 až 49 a mentální věk je na úrovni 6 až 9 let. Inteligenčním kvocientem 20 až 34 se vyznačuje stupeň **F72 těžká mentální retardace**, při kterém má jedinec mentální věk ve věku 3 až 6 let. Posledním stupně je **F73 hluboká mentální retardace**. IQ je nejvýše 20 a dospělý jedinec odpovídá mentálním věku méně než 3 roky. Dále se zde řadí **F78 Jiná mentální retardace** a **F79 Neurčená mentální retardace**. U jednotlivých stupňů mentální postižení MKN–10 doplňuje podrobnější členění podle rozsahu souvisejících poruch chování. Dělí je do čtyř následujících kategorií.

- .0 Žádná nebo minimální porucha chování,
- .1 Významná porucha chování, vyžadující pozornost a/nebo léčbu,
- .8 Jiné poruchy chování a
- .9 Bez zmínky o poruchách chování (ÚZIS ČR, 2022).

Osoby s Downovým syndromem jsou nejčastěji diagnostikovány v kategorii F70 lehká mentální retardace a F71 střední mentální retardace. V rámci poruch chování je u nich nejčetnější skupina .0 Žádná nebo minimální porucha chování (Valenta et al., 2018).

Od 01. 01. 2022 vešla v platnost MKN-11/ICD-11 WHO, která nahrazuje pojem mentální postižení pojmem **porucha vývoje intelektu** (Disorders of Intellectual Development – DID). Dle českého překladu MKN-11 můžeme poruchy vývoje intelektu definovat jako: „*skupinou etiologicky rozmanitých stavů vznikajících během vývojového období. Jsou charakterizovány významně podprůměrnou úrovní intelektových funkcí a adaptivního chování, které jsou přibližně dvě či více směrodatné odchylky pod průměrem (přibližně pod 2,3. percentilem) dle odpovídajících normovaných standardizovaných a individuálně administrovaných testů.*“ (ÚZIS ČR, 2023)

Označuje se kódem 6A00 a patří do kategorie 06 Duševní poruchy, poruchy chování a neurovývojové poruchy. Konkrétně se řadí do subkategorie neurovývojové poruchy. Samotná klasifikace stupňů poruch vývojového intelektu je upravena následovně:

- 6A00.0 **Lehká porucha intelektu** (mild)
- 6A00.1 **Středně těžká porucha intelektu** (moderate)
- 6A00.2 **Těžká porucha intelektu** (severe)
- 6A00.3 **Hluboká porucha intelektu** (profound)
- 6A00.4 **Provizorní porucha intelektu**
- 6A00.Z **Nespecifikovaná porucha intelektu** (ÚZIS ČR, 2023)

2.1.1 Charakteristika stupňů mentálního postižení

V rámci popisu charakteristik jednotlivých stupňů mentálního postižení stále vycházíme z dřívější klasifikace MKN-10, vzhledem k dostupné literatuře a stále aktuální terminologii.

Lehké mentální postižení

Osoby s lehkým mentálním postižením, které mají IQ 50 až 69, tvoří 80 % všech mentálně postižených. Dospělí jedinci s lehkým mentálním postižením jsou schopni úplné nezávislosti v rámci sebeobsluhy a praktické péče o domácnost. Jejich vývoj je pomalejší a do této fáze samostatnosti se dostávají později. Při zvýšeném dohledu a opoře se zvládnou začlenit také do pracovního procesu (Fischer, 2014).

Lidé s tímto stupněm mentálního postižení jsou v každodenním životě schopni užívat řeč na konverzační úrovni. Mluví v kratších a jednodušších větách s chybami v artikulaci. Problémy jim činí skladba vět, abstraktní pojmy a občas používají slova špatného významu. Myšlení mají na úrovni dítěte středního školního věku (Vágnerová, 2014). Lehké mentální postižení může být označováno jako familiární. Spadají sem příznaky sociokulturní deprivace, fyzické strádání nebo nedostatek podnětů (Vítková, 2004).

Středně těžké mentální postižení

Jedinců se středně těžkým mentálním postižením je mezi mentálně postiženými osobami přibližně 10 %. Jejich mentální věk je na úrovni dítěte prvního stupně a inteligenční kvocient mají v rozmezí 35–49. V rámci školních dovedností jsou si schopni osvojit základy čtení, psaní a počítání a zároveň se jedná o jedince zpravidla plně mobilní. Vývoj těchto osob je pomalejší než u intaktní populace. U těchto osob dále nemusí docházet ke stejné úrovni zvládnutých dovedností. Někteří jedinci mají vyšší úroveň sensoricko-motorické dovednosti a u jiných naopak převládá schopnost sociální interakce a komunikace. Rozvoj a chápání řeči je u nich opožděná (Švarcová, 2011).

V rámci praktického uplatnění je potřeba dané činnosti často opakovat, aby došlo k jejich následnému zafixování. Díky tomuto procesu jsou jedinci s Downovým syndromem schopni naučit se běžným návykům a dovednostem potřebným k tomu, aby se o sebe dokázali postarat. Dokážou vykonávat práci, která nevyžaduje přesnost a rychlost, vždy je však nutný odborný dohled. (Fischer, 2014).

Další stupně mentálního postižení jsou u osob s Downovým syndromem zastoupeny méně.

Těžké mentální postižení

U osob s těžkým mentálním postižením je inteligenční kvocient 20 až 34. Mentální věk odpovídá předškolnímu dítěti. Opožděný vývoj zasahuje oblast neuropsychického i psychomotorického vývoje. Z toho důvodu dochází ke značné poruše motoriky. Další postiženou oblastí je řeč. Osoba s těžkým mentálním postižením buď nedokáže vytvořit hlasový projev, nebo se vyjadřuje na základě pudových projevů, při kterých je daný jedinec schopen posluchače informovat o libosti, nelibosti, případně o svých přáních. Pro úspěšnou komunikaci je možné využít systému alternativní a augmentativní komunikace (AAK) (Krejčířová et al., 2013).

V dospělosti tito jedinci samostatně zvládnout pouze základní péči o sebe sama. Během celého života se snaží o vytváření dovedností a návyků, jsou však odkázáni na péči jiných lidí (Krejčířová in Ronotierová et al., 2006).

Hluboké mentální postižení

Zastoupení osob s hlubokým mentálním postižením v rámci všech jedinců s mentálním postižením je pouze 1 %. Inteligenční kvocient dosáhne maximálně 20 a mentální věk odpovídá věku dítěte do 3 let (Pipeková a Hovorka, 1998). Jejich motorické, sensorické, kognitivní, komunikativní, sebeobslužné a sociální dovednosti jsou na velmi nízké, téměř nevyvinuté úrovni (Opatřilová, 2005). Vyjadřovací schopnosti jsou na úrovni reagování na libost a nelibost, tyto projevy je schopna rozpoznat především osoba, která s jedincem s tímto stupněm postižení tráví nejvíce času (Křížkovská a Tomalová, 2012). Časté je také přidružené postižení, jedná se tedy o kombinované postižení. Po celý svůj život jsou závislí na komplexní péči další osoby (Vágnerová, 2014).

3 OSOBNOST DOSPĚLÉHO JEDINCE S DOWNOVÝM SYNDROMEM

Na dospělost můžeme nahlížet z mnoha úhlů pohledu. V této kapitole teoretické části si pojem dospělost blíže vymežíme. Zároveň se podíváme na psychické zvláštnosti dospělé osoby s Downovým syndromem, konkrétně na specifika v oblasti poznávacích procesů, emocí, chování a dalších vlastností.

3.1 Vymezení pojmu dospělost

Dospělost jakožto pojem není jednoznačně vymezena. Jediným společným znakem je právní dospělost, jež se nazývá zletilost. V České republice zletilosti jedinec dosáhne v osmnácti letech, právně je od té chvíle považován za dospělého. K vymezení dospělosti může sloužit také psychosociální úroveň jedince. Ta se u každé osoby vyvíjí individuálním tempem a vyspělost nastává v rozličnou dobu (Vágnerová, 2000).

Mezi charakteristické psychosociální znaky pro dosažení zralé dospělosti řadíme: samostatnost, nezávislost a ekonomickou soběstačnost. Dále efektivní pracovní a společenské uplatnění, schopnost adaptace na nové životní situace a schopnost reálného plánování budoucnosti. V neposlední řadě také zralé fungování v mezilidských vztazích, odolnost vůči zátěži a kontrolu emocí (Thorová, 2015).

Osoba s mentálním postižením je za dospělou považována tehdy, když převzala některé ze sociálních rolí a byla jí přiznána některá práva a povinnosti, a to jak s ukončeným vzděláním ve formálním vzdělávacím systému, tak i bez ukončeného vzdělání. Hlavními specifiky dospělého jedince s mentálním postižením je snížená schopnost samostatného řešení problémů, snížená nezávislost, nedostatky v osobní identifikaci a opožděný psychosociální vývoj. Objevují se potíže v navazování interpersonálních vztahů a kontaktů a problémy s komunikací. Rovněž se vyskytuje snížená schopnost adaptace, nerovnováha výkonu a aspirace, náchyllost k úzkosti, sugestibilita a rigidita chování (Kozáková et al., 2013).

Nelze zcela jednoznačně určit členění vývojových etap dospělosti. Různí autoři dělí dospělost do jiných stupňů na základě jiného věku. Nejčastěji je avšak rozdělována do třech etap. Smékal (2004) uvádí dělení na období rané/mladé dospělosti, ve kterém se pohybuje intaktní jedinec ve věku od 22 do 34 let, následuje etapa střední dospělosti pro osoby v letech od 35 do 50 a jako poslední skupinou jsou jedinci ve věku od 50 do 65 let spadající do tzv. starší dospělosti.

3.2 Psychologické zvláštnosti dospělé osoby s Downovým syndromem

Dospělá osoba s Downovým syndromem se projevuje řadou psychologických zvláštností, které její přechod do dospělého života dělají náročnější, než je u intaktních jedinců. Mentální postižení je doprovázeno také specifiky v oblastech poznávacích schopností, emočního prožívání, motivace a nápadnosti v chování (Vágnerová, 2014).

3.2.1 Specifika poznávacích procesů

U osob s mentálním postižením se nejedná o opoždění duševního vývoje z důvodu času, ale o změny na strukturální vývojové úrovni. Jedince nelze přiřazovat k mladším vývojovým stádiím, které odpovídají intaktní populaci, musíme se dívat i na změny kvalitativní (Valenta et al., 2021).

Smyslová percepce

Autoři Bajo a Vašek (1994) uvádí hlavní specifika vnímání osob s mentálním postižením. Oproti intaktní populaci mají pomalejší zrakové vnímání s menším rozsahem, zároveň je u nich narušena schopnost diferenciací počítků a vjemů. Vnímání mají na jednodušší úrovni a detailů určitého předmětu si nevšímají. Problém jim dělá vnímání prostoru a času, výběrovost a zaměřenost z množství nabízených vjemů. Mají sníženou citlivost hmatových vjemů a opožděnou diferenciací fonémů, může docházet až k jejich zkreslení. V neposlední řadě mají zhoršenou koordinaci vnímání, která může být způsobena jak nedostatkem z výše uvedených vlastností vnímání, tak také poruchou psychických funkcí.

Myšlení

Myšlení je u jedinců s Downovým syndromem, a tedy i u osob s mentálním postižením, oslabeno ve všech myšlenkových operacích a úrovních. Schopnost logicky operovat mají pouze se známými a konkrétními předměty. Používání logických postupů je viditelné maximálně u jedinců vykazujících horní hranici lehkého mentálního postižení. Dalšími zasaženými oblastmi myšlení je abstraktní myšlení, které slouží pro následné zpracování získaných zkušeností, dále snížená schopnost generalizace, potíže s analýzou a syntézou a snížená dovednost určování důležitých částí celku (Lečbych, 2008; Kozáková et al., 2013).

Dospělí jedinci mají sníženou kritičnost a jsou snáze ovlivnitelní, často reagují na základě svých vlastních pocitů a potřeb. Preferují již naučené postupy a spadají tak do značné

stereotypizace. Problémem může být také praktická aplikace naučených pravidel (Vágnerová, 2014).

Paměť

Paměť jedinců s mentálním postižením je z velké části ovlivněna již špatným vnímáním. Poznatky si osvojují pomalu, a aby si toho co nejvíce zapamatovali, je potřeba mnohočetného opakování. Naučené opět rychle zapomenou, dochází k nepřesnému vybavování paměťových stop a v praxi své znalosti nedovedou včas využít. U osob s mentálním postižením dochází k rychlejšímu vyhasínání spojů, než je tomu u intaktních jedinců. Jejich mechanická paměť není schopna selekce, což je zapříčiněno nekvalitním tříděním paměťových stop. Další komplikací u jedinců s mentálním postižením je neschopnost vytvářet si živé představy, které jim znemožňují vybrat si z toho, co vnímají, to podstatné (Rubinšteinová, 1986).

Dalším z ukazatelů zhoršené paměti u osob s mentálním postižením je snaha, kterou jedinci vynaloží, aby si danou věc zapamatovali. Nejsou schopni si kvalitně vyhodnotit význam dané položky, a tak ztrácí motivaci. Tím může být jejich dlouhodobá paměť zásadně ovlivněna (Atkinson et al., 2003).

Pozornost

Záměrná pozornost osob s mentálním postižením je charakteristická svou nestálostí, snadnou unavitelností a nižším rozsahem sledovaného pole. Svou pozornost nejsou schopni rozdělit na více souběžných činností a při snaze vykonávat vyšší počet aktivit klesá jejich výsledná kvalita (Kusyčan, 1982).

U jedinců s Downovým syndromem můžeme docílit automatizování daných činností a jejich kvalitního zvládnutí. Když následně po jedinci vyžadujeme přesouvání pozornosti mezi dvěma či vícero aktivitami, osoba s Downovým syndromem je schopna požadované činnosti vykonat kvalitně (Valenta, a další, 2018). V rámci pozornosti jsou jedinci s mentálním postižením méně zvědaví. Svůj čas příliš nevěnují novým podnětům ani novým lidem. V rámci osobních kontaktů preferují pasivitu (Vágnerová, 2014).

3.2.2 Specifika emočního prožívání

Emoce bývají spojovány s biologickými/fyziologickými a duševními/duchovními potřebami jedince. Emotivita souvisí s uspokojováním těchto potřeb. Za pomoci nižších citů uspokojíme biologické potřeby a za pomoci vyšších citů ty duševní. U osob s Downovým syndromem má

jejich mentální postižení vliv na projevy jednotlivých emocí, na jejich vnější vyjádření a na úroveň rozvoje určitých druhů emocí (Kozáková in Krejčířová et al., 2013).

Po emotivní stránce jsou jedinci s mentálním postižením schopni menšího ovládní svých emocí, více je ukazují na veřejnosti a k ostatním osobám se projevují s větší otevřeností, než je běžné u jedinců intaktních. Je to zapříčiněno nižší úrovní funkcí, které řídí rozum a zároveň tlumí a přehodnocují prožitky daného jedince. Častěji propadají afektu a kontrola jejich emocí klesá úměrně s přibývajícím věkem (Dolejší, 1978).

U osob s mentálním postižením se často projevují úzkosti, které jsou zapříčiněny zvýšenou citlivostí na okolní svět, sníženou schopností porozumění životním situacím nebo negativními zážitky (Valenta et al., 2018).

3.2.3 Specifika chování

U jedinců s Downovým syndromem nejsou ve srovnání s intaktní populací známy žádné zvláštní poruchy. V úvahu je však potřeba vzít projevy chování ve spojitosti s pomalejším psychomotorickým vývojem těchto jedinců. Špatnému chování se dá předcházet za pomoci následujících technik: předvádět dítěti správné chování, odměňovat dobrého chování a potlačovat chování nežádoucí (Selikowitz, 2011).

Nápaditosti v chování mohou vyplynout ze špatného přechzení dané situace, ze změny podmínek či z problému s aplikací běžných pravidel. Osoba s mentálním postižením na to může reagovat impulzivně a nepatřičně k dané situaci. Setkáváme se také se sebepoškozováním a agresí (Arron et al., 2011).

3.2.4 Specifika dalších vlastností osobnosti

Konace

Pojmem konace se rozumí vůle jedince, která mu pomáhá uvědomit si své potřeby v rozhodování pro určitý cíl a zároveň ve volbě prostředků pro jejich naplnění. Dělí se na dva specifické rysy: abulie a hyperbulie. Abulií se rozumí stav, při kterém se jedinec projevuje nedostatkem zájmů, spontánního chování nebo snahy k naplnění určitého cíle. U jedinců s mentálním postižením dochází často k oslabení v této části. To je zapříčiněno deficitem kognitivních funkcí. Opakem je hyperbulie, což je stav zvýšené iniciativy a aktivity, zrychlené rozhodnosti a časté změny rozhodnutí (Lečbých in Valenta et al., 2018).

Aspirace

U jedinců s mentálním postižením v rámci aspirace dochází k výkyvu na jednu stranu – nižší aspirace se projevuje podhodnocováním se a vyšší aspirace pak nadhodnocováním se. Jedná se o projevy duševního zdraví jedince (Valenta, 2021). Většina osob s mentálním postižením má sklon k vyšší aspiraci v porovnání s jejich reálnými schopnostmi. Může to být v důsledku nekritičnosti nebo pseudokompenzačních mechanismů (Valenta a Krejčířová, 1997).

4 SOCIALIZACE DOSPĚLÉHO JEDINCE S DOWNOVÝM SYNDROMEM

Socializace je důležitá součást lidského života jak v intaktní společnosti, tak u jedinců s Downovým syndromem. Tato kapitola se zaměří na pojem socializace z obecného hlediska, ale také ze specifického hlediska osob s Downovým syndromem. Pozornost bude věnována možnostem socializace v rámci sociálních služeb a pracovních pozic, které jsou jedincům s postižením nabízeny.

4.1 Vymezení pojmu socializace

Autoři Hartl a Hartlová (2010 str. 537) vymezují pojem socializace jako: „*Začleňování člověka do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace.*“ V rámci socializace jedinec přijímá etické a právní normy dané společností.

V pedagogickém slovníku je pojem socializace definován jako: „*Celoživotní proces, v jehož průběhu si jedinec osvojuje specificky lidské formy chování a jednání, jazyk, poznatky, hodnoty, kulturu a začleňuje se tak do společnosti.*“ (Průcha et al., 2013).

Socializace svým rozsahem spadá do celé řady věd, které se zabývají člověkem. Takovými vědami jsou například sociologie, psychologie, pedagogika, právní a ekonomické vědy. Za celoživotní proces je vnímána od 20. století, kdy neustále dochází k přizpůsobování se měnícím se životním podmínkám a situacím, na které jedinec reaguje pomocí učení a aktivit. Pod pojmem socializace se chápe vliv vědomých i nevědomých přírodních a společenských podnětů na osobnostní vývoj jedince (Kořa in Jedlička, 2015).

Jedná se o dlouhodobý proces, který začíná v rodině **primární socializací**. Dochází k ní prostřednictvím interakce dítěte a rodiče. Hlavní roli hraje nápodoba chování rodičů dítětem. Jedná se o nejdůležitější fázi socializace jedince. Po nástupu dítěte do školy končí a navazuje na ni **sekundární socializace**. Na jedince působí osoby z prostředí, ve kterém se nejčastěji pohybuje, a také masmédiá. Pokračuje **terciární socializací**, nacházením práce a učením se pracovním rolím (Nakonečný, 2020). Helus (2015) k tomuto dělení ještě přidává **socializaci završující osobní biografii**, která nastává u jedinců, kteří ukončili svou pracovní dráhu, přišli o svého partnera/partnerku nebo se potýkají se samotou a nemocí. Posledním dělením je **socializace nápravná, pomáhající, podpůrná**. Na této socializaci se podílejí pomáhající profese, konkrétně u osob, které zažívají krizi nebo jsou v krizové situaci.

Socializaci lze také chápat jako proces sociálního učení neboli zkušeností, které jedinec nabyt v průběhu interakce s ostatními lidmi (Nakonečný, 2013). Jedinec se socializuje prostřednictvím nejvyššího druhu lidského učení, které zahrnuje učení napodobováním, pozorováním, ztotožňováním, zpětnou vazbou, za pomoci odměn a trestu nebo souhlasem a nesouhlasem. Je založena na vzájemných vztazích členů dané skupiny, která má společný cíl. Mezi vhodné podmínky pro správné fungování sociálního učení lze řadit sociální očekávání, zvyky, způsobilost, postoje, hodnoty a přesvědčení (Barták a Demjanenko, 2021).

Autor Helus (2015) rozlišuje podvojný cíl socializace osobnosti. Dělí ho na **individualizační autonomizování**, ve kterém jde na prvním místě o rozvoj jedinečné, svébytné, originální a aktivní identity jedince. K rozvoji těchto vlastností dochází pomocí působení na osobnost jedince s podmínkou respektování rozhodnutí daného jedince, bez nátlaku na něj. Druhým cílem je **sociální integrování socializovaného jedince**. Jedná se o socializaci, která na jedince působí za účelem využití jeho osobnosti ku prospěchu společnosti. Každá osoba má svou roli a funkci ve společnosti, na jejichž základě by se do ní měla zapojovat, aby se rozvíjela jak její identita, tak společnost samotná. Ve společnosti by tyto dva cíle měly být plněny současně, aby docházelo k růstu jedince, ale zároveň aby jedinec plnil své úkoly a povinnosti ve vztahu ke společnosti.

Na jedince mají vliv socializační činitelé. Těmito činiteli mohou být jednotlivci, skupiny či organizace. Lze je rozdělit do dvou kategorií: na činitele primární a činitele sekundární. Do skupiny **primárních** patří především rodina. Jedinci předává jazyk, hodnoty a normy. Také ho učí rozpoznávat určité sociální role. Dalším primárním činitelem je škola. Jedná se o institucionalizovanou socializaci pomocí výchovy a vzdělávání. V rámci rodiny a školy jsou jedinci převážně v období dětství předány kulturní hodnoty, mezi které patří jazyk, kulturní znalosti, vědomosti, vzdělání a schopnost rozumět sociálním kódům (Montoussé et al., 2005; Průcha et al. 2013; Jedlička et al., 2018).

Druhou skupinou jsou **sekundární socializační činitelé**. Do této skupiny řadíme vrstevnické skupiny, skupiny přátel. Dále také pracovní prostředí a masmédiá. Na jedince začínají působit od období adolescence a napomáhají mu k utváření nových forem chování, norem a hodnot (Montoussé et al., 2005).

Socializace probíhá pomocí zprostředkování okolního světa prostřednictvím poznávacích procesů. Při poškození v těchto oblastech je narušen také proces socializace a učení (Kozáková et al., 2013).

4.2 Socializace osob s Downovým syndromem

Socializaci osob s Downovým syndromem ztěžuje řada příznaků spojených s tímto typem postižení. Úroveň mentálního postižení ovlivní opoždění v oblasti socializace, která se nejčastěji projeví větší závislostí na ostatních osobách. Dalším faktorem jsou komunikační dovednosti, které jsou u jedinců s Downovým syndromem značně omezeny. Nejvíce je zasažena oblast porozumění a verbálního vyjádření. Výraznou překážkou může být také pomalý či nedostatečný rozvoj sociálních dovedností. Jedinci s lehkým mentálním postižením jsou schopni se naučit základní normy chování, sociální návyky a jednoduché komunikační dovednosti, které jim usnadní socializaci nejen v rodinném prostředí, ale i mimo něj. V neposlední řadě je to obava z navazování nových kontaktů (Vágnerová, 2014).

Se socializací jsou také spojovány pojmy integrace a inkluze. **Integrace** je oproti inkluzi déle používaný termín. Jeho hlavním významem je zpřístupnění účasti na vzdělávání v rámci běžných základních škol žákům se specifickými vzdělávacími potřebami (SVP). To je možné za pomoci využití specifické podpory, která však neupravuje podmínky a vzdělávací prostředí danému žákovi, ale pozornost je kladena na samotného jedince – na jeho odlišnost, postižení, deficity a nedostatky. Především se musí adaptovat na podmínky školy. Dalším pojmem v oblasti socializace je **inkluze**. Stejně jako u integrace se jedná o možnost vzdělávání žáků se specifickými vzdělávacími potřebami na běžných školách za předpokladu pomoci každému žákovi s účastí na co nejkvalitnějším společenském životu. U inkluze se však setkáváme s rozdílným přístupem školy, která se snaží o vytvoření ideálních podmínek k tomu, aby docházelo ke vzdělávání všech žáků bez rozdílu. V případech, že nedojde ani k integraci, ani k inkluzi, může nastat **exkluze**, což je přímé/nepřímé zamezení přístupu ke vzdělání. Popřípadě je žákům dovoleno se vzdělávat, ale ve skupinách, které jsou od intaktních dětí oddělené. To se nazývá **segregace** (Vosmik, 2018; Pivarč, 2020).

4.3 Sociální zabezpečení osob s Downovým syndromem

Pro kvalitní socializaci mohou jedinci s Downovým syndromem využít sociálních služeb. Krejčířová a Treznerová (2011 str. 7) definují sociální služby jako: „*Sociální služba je činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci*“. Dalším autorem, který definuje služby je Molek (2009 str. 8): „*nehmotné produkty směňované přímo mezi poskytovateli a zákazníkem bez uplatnění autorských práv. Obecně lze o službách hovořit jako o aktivitě, která naplňuje určitý cíl a může být orientována buď na člověka (zdraví a sociální služby) nebo na předmět*“.

V České republice platí **Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, který uvádí definici sociálních služeb: „*činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“

Sociální služby jsou určeny především lidem společensky znevýhodněným, mezi které řadíme i osoby s mentálním postižením. Převážně mají napomáhat zlepšení kvality jejich života, podpořit maximální míru začlenění se do společnosti, případně je chránit před možnými riziky spojenými s daným postižením (Matoušek, 2007). Mezi další cíle sociálních služeb se řadí: dbát na jejich individuální potřeby, rozvíjet jejich schopnosti, zachovávat lidskou důstojnost klientů a minimalizovat závislost jedinců na jiné fyzické osobě v osobním životě (MPSV, 2020).

Kvalitu sociálních služeb zajišťují **Standardy kvality sociálních služeb**. Jejich obsahem je popis, jak má správná služba vypadat. Zaměřují se na posouzení kvality. Standardy jsou obecné, lze je použít pro zhodnocení všech druhů sociálních služeb (Johnová, 2003). Standardy kvality sociálních služeb v České republice jsou ukotveny v příloze č. 2 ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v plném znění (Horecký a Cibulková, 2020). Od 1. 1. 2007 se skládají z 15 standardů, které jsou dále rozčleněny do 48 kritérií. Probírané oblasti ve standardech jsou: Cíle a způsoby poskytování služby, Ochrana práva osob, Jednání se zájemcem služby, Smlouva o poskytování sociální služby, Individuální plánování průběhu sociální služby, Dokumentace o poskytování sociální služby, Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, Návaznost poskytování sociální služby, Personální a organizační zajištění sociální služby, Profesní rozvoj zaměstnanců, Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby, Informovanost o poskytované sociální službě, Prostředí a podmínky, Nouzové a havarijní situace a Zvyšování kvality sociální služby (Bednář, 2012).

4.3.1 Typologie sociálních služeb

Zákon o sociálních službách rozděluje druhy a formy sociálních služeb. Mezi druhy patří Sociální poradenství, Služby sociální prevence a Služby sociální péče. Formy jsou terénní, ambulantní a pobytové. **Terénní formou** se rozumí služby, které jsou převážně poskytovány v přirozeném prostředí jedince. Tímto způsobem je zajišťována pečovatelská služba, sociální asistence nebo terénní programy. **Ambulantní** sociální služby jsou například denní centra. Do těchto zařízení jedinec dochází nebo je doprovázen. **Pobytové** služby jsou spojeny

s ubytováním. Jedná se kupříkladu o domovy pro osoby se zdravotním postižením a odlehčovací služby (Pilát, 2015).

Dle Zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, můžeme sociální služby dělit na následující druhy:

Sociální poradenství

Sociální poradenství dále rozlišujeme na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základním sociálním poradenstvím se rozumí poskytování potřebných informací k řešení nepříznivé situace v rámci všech druhů sociálních služeb, které mají poskytovatelé povinnost zajistit. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v prostředí poraden. Obě tyto formy sociálního poradenství zajišťují následující činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutickou činnost a pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služby sociální prevence

Hlavním cílem služeb sociální prevence je předejít sociálnímu vyloučení osob, které jsou ve společnosti ohroženy. Napomáhá jim překonat nepříznivou sociální situaci, kterou prožívají, a zabraňuje nežádoucím společenským jevům.

Osoby s Downovým syndromem v rámci služeb sociální prevence využívají především **Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením**. Jedná se o ambulantní, případně terénní službu, která je jedinci poskytována bez úhrady. Mezi hlavní činnosti služby se řadí zvýšení úrovně socializace, sociálně terapeutické činnosti a pomoc s uplatňováním práv, se zájmy a osobními záležitostmi.

Mezi často využívanou službou sociální prevence u jedinců s Downovým syndromem patří **Sociálně terapeutické dílny**. Jedinec do služby dochází ambulantně a bezplatně. Dílny jsou určeny pro jedince, kteří nemají možnost pracovního uplatnění na otevřeném ani chráněném trhu práce z důvodu snížené soběstačnosti. Služba jim poskytuje pomoc při osobní hygieně a zajištění podmínek pro osobní hygienu, stravu či pomoc při zajištění stravy, nácvik dovedností, soběstačnosti a dalších činností, díky kterým se mohou lépe začlenit do společnosti. Mimo jiné také podporuje vytvoření a zdokonalení pracovních návyků a dovedností.

Poslední službou, vhodnou rovněž pro jedince s mentálním postižením, je **Sociální rehabilitace**. Za pomoci specifických činností dochází u klientů k rozvoji samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti a také ke zdokonalení specifické dovednosti, což jsou návyky, které využijí pro samostatný život. Tato služba se poskytuje formou terénní, ambulantní, ale také pobytovou. V rámci všech tří forem se jedinec zdokonaluje v nábídku soběstačných dovedností a v činnostech vedoucím k začlenění se do společnosti, ke které mu je zprostředkován kontakt. Zároveň prochází výchovnými, vzdělávacími a aktivizačními činnostmi a je mu zajištěna pomoc s uplatňováním práv, zájmů a osobních záležitostí. Tyto aktivity jsou zajišťovány ve všech formách sociálních služeb, avšak u pobytové formy se dále jedná i o poskytnutí stravy, ubytování a pomoc nebo podmínky pro osobní hygienu.

Služby sociální péče

Službami sociální péče se chápou takové služby, jejichž hlavním cílem je pomáhat osobám s jejich fyzickou a psychickou soběstačností, a to nejlépe v pro ně přirozeném sociálním prostředí, aby se byli co nejvíce schopni zapojit do běžného života společnosti.

Jedinci s Downovým syndromem dále využívají službu **Osobní asistence**, která zajišťuje pomoc jinou fyzickou osobou při osobní hygieně, zajištění či poskytnutí stravy, chodu domácnosti, kontaktu se společenským prostředím, péči o sebe sama, uplatňování práv, zájmů a při osobních záležitostech. Jedná se o terénní, zpoplatněnou službu sociální péče.

Službou vykonávající pomoc jedinci jinou fyzickou osobou při úkonech v péči o svou osobu, při osobní hygieně, poskytnutí či zajištění stravy, pomoc s chodem domácnosti a socializací, formou terénní nebo ambulantní služby, je **Pečovatelská služba**.

Dalšími službami sociální péče jsou **Centra denních služeb** (ambulantní forma), **Denní stacionáře** (ambulantní forma), **Týdenní stacionáře**. Tyto služby využívají jedinci se sníženou soběstačností a jsou jim zajištěny následující činnosti: pomoc při osobní hygieně, poskytnutí či zajištění stravy, uplatnění práv, zájmů a osobních záležitostí, kontakt se společenským prostředím a výchovné, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Bendová a Zíkl (2011) uvádí jako hlavní rozdíl mezi centrem denních služeb a stacionáři míru pomoci v rámci sebeobsluhy. Ve stacionáři se jedinci dostane větší míra dopomoci. Osobami s mentálním postižením je využívána častěji.

Službou s primárním cílem zajištění odpočinku především osobám, které o jedince s mentálním postižením pečují, jsou **Odlehčovací služby**. Jsou zajištěny formy terénní, ambulantní nebo pobytové a hrazeny jsou klientem. Využívají je jedinci s omezenou

soběstačností, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí. Poskytované činnosti jsou totožné se službami, které splňují týdenní stacionáře.

Následující dvě služby sociální péče, **Podpora samostatného bydlení** a **Chráněné bydlení**, zajišťují jedinci s mentálním postižením podporu při chodu v domácnosti, kontakt se společenským prostředím, aktivizační, výchovné, vzdělávací a sociálně terapeutické činnosti. Společnou činností je také podpora v právních úkonech, zájmech a v obstarávání osobních záležitostí. Rozdílem je forma a prostředí, kde je služba vykonávána. Podpora samostatného bydlení je zajištěna v přirozeném prostředí jedince terénní formou. Chráněné bydlení je dlouhodobá pobytová služba, díky níž jedinec bydlí ve skupině s ostatními osobami s mentálním postižením nebo individuálně. Tato služba dále zajišťuje ubytování, poskytnutí nebo zajištění stravy a pomoc s osobní hygienou.

4.4 Pracovní uplatnění osob s Downovým syndromem

Pracovní uplatnění je velký problém týkající se osob s mentálním postižením. Nalezení práce jim ztěžuje řada překážek včetně nízké kvalifikovanosti a vzdělání. Postupně tak ztrácí motivaci stát se zaměstnaným a sílí jejich přesvědčení, že budou žít z příspěvků státu (Šiška, 2005). Přijímání dávek vede k frustraci a degeneraci osobnosti jedince. Tyto osoby jsou více ohroženy sociálním vyloučením a do budoucna jim to ještě více znemožňuje nalezení pracovního místa na otevřeném trhu práce. Naopak zaměstnané osoby mají soběstačnější a nezávislejší život (Pipeková, a další, 2014). Cítí se být užiteční a nemusí se řídit rozhodnutími ostatních. Práce jim poskytuje nejen ekonomickou nezávislost, ale také pozitivní postoj společnosti k osobám s postižením. Jedinci na trhu práce přicházejí do styku s ostatními zaměstnanci, čímž je podpořena jejich sociální interakce. Zároveň si rozvíjí své pracovní kompetence, schopnosti a dovednosti. Zaměstnání má na jedince jednoznačně pozitivní vliv a přináší pocit spokojenosti (Černá, 2015).

Jedinci s mentálním postižením dokážou odvést práci v prostředí, které je klidné a vyznačuje se stálým kolektivem. Práce by zároveň neměla být příliš náročná na koordinaci v senzomotorice a na přesnost (Vágnerová, 2012). Nejčastěji bývají zaměstnáváni jedinci s lehkým mentálním postižením. Práce jim poskytuje možnost samostatného bydlení s případnou nízkou mírou dopomoci a život v běžné společnosti (Slowík, 2007).

V České republice jsou dvě právní normy, které vymezují zaměstnávání osob se zdravotním postižením: **Zákon č. 435/2004 Sb., zákon o zaměstnanosti** a **Zákon č. 262/2006 Sb., zákon zákoník práce**.

Dle zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. (§ 67) je osobě se zdravotním postižením poskytnuta zvýšená ochrana na trhu práce. Pracovní rehabilitace je více popisována v § 69. Dále se zde vymezují příspěvky na zřízení pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením (§ 75), příspěvek na úhradu provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním osoby se zdravotním postižením (§ 76). V § 78 se věnuje chráněnému trhu práce, dohodě o uznání zaměstnavatele za zaměstnavatele na chráněném trhu práce a příspěvkům na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném trhu práce. V § 79–84 poté objasňuje práva a povinnosti zaměstnavatelů a spolupráci s Úřadem práce. Jedním ze zásadních pravidel zaměstnavatele na trhu práce je zaměstnávat alespoň 4 % osob s mentálním postižením, přesáhne-li celkový počet zaměstnanců 25. Tuto povinnost mohou kompenzovat plněním náhradních podmínek uvedených v zákoně o zaměstnanosti.

4.4.1 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace se v zákoně o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. řadí k přímé podpoře člověka s postižením hledajícího uplatnění na otevřeném trhu práce. Zahrnuje činnosti, které pomohou jedinci získat a udržet si vhodné zaměstnání. Její součástí je také poradenská činnost související s volbou povolání, volbou zaměstnání či jiné činnosti, sloužící k výdělku. Zároveň jedinci pomáhá se zprostředkováním, udržením, případně se změnou zaměstnání a snaží se o vytvoření podmínek vhodných pro výkon daného zaměstnání (Černá, 2015).

Pracovní rehabilitace je zajišťována krajskou pobočkou Úřadu práce v místě bydliště osoby s postižením. Všechny náklady spojené s formováním a vytvářením pracovně schopného jedince pro dané pracovní místo jsou hrazeny právě Úřadem práce. Klient pracovní rehabilitace má nejvýše 24 měsíců na osvojení si znalostí, dovedností, schopností a návyků pro výkon konkrétního pracovního místa, aby si ho udržel i po skončení této podpory (Zákon č. 435/2004 Sb.).

4.4.2 Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání je služba, která je určena pro jedince hledající zaměstnání v běžném pracovním prostředí za finanční ohodnocení (Opatřilová, 2004). Řada jedinců s mentálním postižením má však omezené schopnosti a dovednosti, které jim nedovolují na takovém místě samostatně pracovat, proto využívají služby podporovaného zaměstnání. To zajišťuje dlouhodobou podporu před nástupem do práce i po nástupu (Pipeková et al., 2014). Hlavním cílem podporovaného zaměstnávání je nalezení a následné udržení si pracovního

místa na otevřeném trhu práce. Práce by měla odpovídat klientovým schopnostem, zájmům, nadání i osobním možnostem. Tato služba by měla přispět také k rozvoji a vytvoření dalších schopností a dovedností pro jejich následující pracovní rozvoj. Podporované zaměstnávání umožňuje podporu nejen jedincům s mentálním postižením, ale i zaměstnavatelům těchto osob (Krejčířová a Kozáková, 2013).

Jedinec své dovednosti nabývá přímo na pracovním místě konkrétní práce. Podporované zaměstnávání je časově omezená služba. Délka je 2–3 roky v závislosti na možnostech jedince po skončení služby vykonávat činnost samostatně. Dané dovednosti a schopnosti si jedinec osvojuje za přítomnosti pracovního asistenta. Podpora v této službě je uskutečňována i prostřednictvím úpravy provozu pracoviště, případně pomocí kompenzačních pomůcek (Lečbych, 2008).

V rámci podporovaného zaměstnávání je jedincům s mentálním postižením nabízen také **Tranzitní program.**

Velmi zásadní vliv na úspěšnou integraci jedince s Downovým syndromem na trh práce má jeho příprava během přechodu z fáze vzdělávání do fáze zaměstnání (Šiška, 2005). Nejvhodnější dobou pro přípravu na zaměstnání je ještě v období, kdy jedinec dochází do školy. Tak bude zajištěno, že na přechod ze školního prostředí na trh práce bude mít dostatek času a na změny bude připravován plynule a systematicky. Zároveň je sníženo riziko dlouhého časového úseku mezi ukončením školní docházky a nástupem do zaměstnání (Krejčířová a Kozáková, 2013). Stupková, Nováková a Kölblová (2004 str. 6) tranzitní program definují jako: „...*systém přípravy a podpory mladých lidí se zdravotním postižením v jejich přechodu ze školy do dalšího života, v oblastech dalšího studia, zaměstnání, aktivit pro volný čas, soběstačnosti v běžných denních činnostech, bydlení, mezilidských vztahů a osobního rozvoje*“.

Hlavními cíli tranzitního programu je zejména naučit žáky zodpovědnosti a přiblížit jim roli zaměstnané osoby. Také zprostředkovává pracovní příležitosti, které budou vhodné pro daného jedince a zároveň má jedinec možnost si vyzkoušet pracovní zkušenosti související s prací na pracovišti (Šiška, 2005). Důležitou roli hraje vlastní zájem a výběr studenta. Velká váha při výběru vhodného místa pro výkon nácviku pracovní činnosti je přisuzována silným stránkám studenta a jeho schopnostem a dovednostem. K pracovní příležitosti se musí postavit zodpovědně, i přes zapojení blízkých osob do programu (Krejčířová a Kozáková, 2013).

4.4.3 Pracovní místo pro osoby se zdravotním postižením

S následujícím výrazem jde v rámci zákona o zaměstnanosti o největší úpravu v posledních letech. Pracovní místo pro osoby se zdravotním postižením nahrazuje pojem chráněné pracovní místo díky novele č. 327/2017 Sb., s účinností od 1. 1. 2018. K podobnému zásadnímu kroku došlo také novelou č. 326/2011 Sb., s účinností do 1. 1. 2012, kdy se sjednotily pojmy chráněné pracovní místo a chráněné pracovní dílny do výrazu chráněné pracovní místo. Hlavním důvodem této změny byla jejich podobnost a díky zrušení jednoho z pojmů mělo dojít ke zjednodušení této části zákona, § 75 (Papež, 2020).

V § 75 zákona o zaměstnanosti 435/2004 Sb. je pracovní místo pro osoby se zdravotním postižením definováno jako místo určené pro výkon práce, zřízené zaměstnavatelem. Pracovní uplatnění zde naleznou osoby se zdravotním postižením, kterým je místo nabízeno. Pracovní místo je zřízeno na základě písemné dohody mezi zaměstnavatelem a Úřadem práce. Zároveň je na pracovní nabídku nabízen příspěvek za splnění řady podmínek. Jednou z nich je to, že bude osoba se zdravotním postižením obsazena po dobu minimálně 3 let.

4.4.4 Chráněný trh práce

Chráněný trh práce vytváří zaměstnavatel, který z celkového počtu svých zaměstnanců zaměstná více než 50 % osob se zdravotním postižením. Zároveň musí uzavřít dohodu s Úřadem práce. Dohodu lze uznat za splnění řady podmínek, které jsou uváděny v zákoně o zaměstnanosti v § 78. Platí po dobu 3 let, následně nejpozději do 3 měsíců od jejího vypršení musí zaměstnavatel znovu zažádat a pak ji bude mít uzavřenou již na dobu neurčitou (Zákon č. 435/2004 Sb.).

U této formy pracovního uplatnění se nabízí otázka segregace osob s mentálním postižením. Zaměstnáváním většího počtu zaměstnanců s postižením jedním zaměstnavatelem dochází k menší sociální interakci intaktních osob s jedinci s mentálním postižením. Postupně může dojít k vyloučení osob ze společnosti. Proto je dobré, když je chráněný trh práce pouze dočasným typem pracovního uplatnění (Zajícová, 2014).

4.4.5 Sociální podniky a sociální firmy

Jako další možností pracovního uplatnění nejen pro osoby se zdravotním postižením uvádí Matoušek (2013) sociální podniky a sociální firmy. Jedinci získávají pracovní znalosti, dovednosti a jsou socializováni. Jedná se o pracovní příležitosti, které jsou prospěšné

v oblastech sociálních, ekonomických a environmentálních. Sociální podniky svými činnostmi prospívají jak životnímu prostředí, tak i společnosti. Vykonnávají ekonomické aktivity a zajišťují uspokojování potřeb komunit. Sociální firmy vytváří zboží a služby pro dosažení sociálních cílů. Jejich hlavním cílem je sociální a ekonomická integrace. Je možné ji založit jako neziskovou organizaci nebo jako podnikatelský subjekt.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 MOŽNOSTI SOCIALIZACE DOSPĚLÉ OSOBY S DOWNOVÝM SYNDROMEM

Tato bakalářská práce se zabývá tématem socializace dospělé osoby s Downovým syndromem. Pod pojem socializace spadá jak sociální zabezpečení, které je blíže popsáno v kapitole 3.2, tak i pracovní uplatnění z kapitoly 3.3. Práce je zaměřena na možnosti jedinců ve Zlínském kraji.

K výběru tohoto tématu vedl autorku zájem o osoby s Downovým syndromem a snaha zjistit bližší informace týkající se jejich socializačních možností – např. kde mají tito jedinci příležitost navazovat sociální vztahy a pracovat na svém seberozvoji.

5.1 Cíle výzkumné části

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaké možnosti socializace mají dospělé osoby s Downovým syndromem v rámci Zlínského kraje. Zapotřebí bylo tedy zmapovat, jaká zařízení jsou jim k dispozici a vytvořit seznam poskytovatelů sociálních služeb, kde je osobám s mentálním postižením nabízena pomoc v rámci podpory procesu socializace.

Jedním z dalších cílů výzkumného šetření bylo dozvědět se, jaký je zájem o využívání těchto sociálních služeb ze strany respondentů s Downovým syndromem.

Výzkum se zaměřil na osoby s Downovým syndromem, které ukončily školní docházku a v současné době navštěvují některé ze sociálních služeb. Stanoveny byly následující čtyři výzkumné otázky:

1. Jak probíhá socializace u jedinců s Downovým syndromem?
2. Jaká je informovanost jedinců s DS a jejich opatrovníků ohledně socializace u osob s mentálním postižením?
3. Jaké faktory ovlivňují socializaci jedince s DS?
4. Jaká je samotná motivace osob s DS se socializovat a zapojovat do běžného života?

5.2 Metody výzkumu

Pro praktickou část této bakalářské práce byl zvolen kvalitativní přístup. Od kvantitativního přístupu se liší svým filosofickým zdrojem. Kvalitativní metoda je založena na fenomenologii, která se zabývá **subjektivními aspekty jednání lidí**. Výzkumník zkoumá jevy do hloubky a začleňuje je do širšího kontextu (Maňák, a další, 2005; Chráška, 2016).

Hlavní tezí fenomenologie je samotné zkoumání faktů na základě lidské zkušenosti, díky kterým poznáváme fenomény, ze kterých je sestaven náš svět. Osoba provádějící fenomenologický výzkum musí mít dostatečné znalosti, schopnost fenomény popsat, chápat teorie a nezbytné je taktéž rovnocenné chápání a braní všech údajů v potaz. (Gulová, a další, 2013)

Kvalitativní přístup lze definovat jako přístup založený na vyhledávání a analyzování potřebných dat, které výzkumník získal pomocí zvolených metod k osvětlení předem stanovených výzkumných otázek. Mezi kvalitativní metody se řadí interview, pozorování, analýza textu a dokumentů nebo audio- a videozáznamy. Výzkumník pracuje na sběru dat přímo v terénu během delšího časového úseku a následně provádí jejich analýzu. Tento proces se může opakovat (Hendl, 2016).

Ke sběru dat bylo využito metody interview. Přimo v sociální službě se jednalo o **interview polostrukturované**, které se uskutečnilo s jedinci s Downovým syndromem navštěvujícími danou službu a s jednou pracovnící chráněného bydlení. Švaříček a Šed'ová (2014) uvádí, že polostrukturované interview je předem připravený seznam témat a otázek, který se řadí mezi jeden ze dvou typů hloubkového rozhovoru. Dle Miovského (2006) se interview kombinuje s metodou pozorování, která musí obsahovat extrospekci, ale zároveň sebereflexi tazatele.

Dále proběhly rozhovory s rodiči dvou respondentů. Pro tuto část výzkumu bylo zvoleno **telefonní interview**. Tato forma interview je řazena mezi moderované interview, která lze aplikovat na delší vzdálenost bez nutnosti osobního kontaktu. Nevýhodou však je, že není možné využít metodu pozorování. (Miovský, 2006)

V neposlední řadě byla využita **dotazníková forma interview – dotazník s otevřenými otázkami**, který byl respondentům zaslán emailem. Dle Hendla (2016) v rámci této metody dochází k tomu, že respondenti sepíší celé odpovědi, ovšem za podmínky, že mají na zodpovězení otázek dostatek času. Respondentkami dotazníků byly v této práci pracovnice určitých typů sociálních služeb. Pro každou sociální službu byly sady otázek mírně upraveny.

5.3 Výběr zkoumaného souboru a vstup do terénu

Výzkumný soubor byl zvolen za pomoci **záměrného (účelového) výběru přes instituci**. Miovský (2006) tuto metodu vysvětluje jako využití určitého typu služeb, které jsou pro výzkum zásadní. Dále se pracuje s cílovou skupinou a činnostmi této instituce/zařízení. Výhodami tohoto výběru jsou dle autora efektivnost z hlediska času a nákladů výzkumníka. Nevýhodou je naopak to, že jsou respondenti vybíráni jen z určitého spektra cílové skupiny.

Pro samostatný výběr respondentů v rámci této bakalářské práce byla stanovena následující kritéria hledání. První podmínkou bylo, že daná organizace či zařízení musela spadat pod Zlínský kraj. Jednotlivá zařízení byla zároveň zvolena za předpokladu, že je navštěvují klienti s Downovým syndromem starší 18 let. Aby výzkum přinesl větší spektrum informací, byli dále zapojeni zástupci sociálních služeb v rámci **sociální péče** – sociálně terapeutické dílny a **sociální prevence** – chráněné bydlení a centrum sociálních služeb.

Vstup do terénu je podle Švaříčka a Šed'ové (2014) důležitou částí výzkumu, jelikož míra otevřenosti a důvěry mezi respondentem a výzkumníkem může mít významný vliv na kvalitu získaných dat. Výzkumník v terénu může nabývat čtyř rolí – role **cizince** (výzkumník pro respondenty zcela neznámý, který jednorázově přijde a opět odejde), **návštěvníka** (výzkumník, který mezi respondenty dochází častěji a ti ho tak lépe znají a ví o něm základní informace – např. jméno), **zasvěceného** (výzkumník se s respondenty schází i mimo výzkum) a **domorodce** (výzkumník je sám členem zkoumané skupiny).

V rámci této bakalářské práce došlo ke vstupu do terénu především v roli cizince, případně návštěvníka. Co se týče respondentů v chráněném bydlení, jednalo se o dvě návštěvy v časovém rozpětí jednoho roku, výzkumník však pokaždé vystupoval v roli cizince. Poprvé byla u rozhovoru přítomna také sociální pracovnice, aby byla situace pro klienty důvěrnější. V sociálně terapeutických dílnách rozhovoru předcházela týdenní praxe, při které se výzkumník a respondenti měli možnost blíže poznat. Vytvořil se tak důvěrnější vztah na úrovni návštěvníka.

5.4 Charakteristika místa šetření a výzkumného souboru

Praktická část vychází z informací a odpovědí získaných v následujících sociálních službách:

Sociálně terapeutická dílna Rokytnice – Naděje Vsetín

Chráněné bydlení Otrokovice – Naděje

Centrum sociálních služeb Ergo Zlín.

NADĚJE

Naděje v České republice působí od roku 1989, což z ní činí jednu z prvních neziskových organizací u nás. Je financována z Evropského fondu a finančních darů veřejnosti. Naděje poskytuje služby pro lidi ve stáří, lidi bez domova, ohrožené rodiny, ohrožené děti a mládež a v neposlední řadě také pro lidi s handicapem. V rámci skupiny lidí s handicapem, do níž spadají také jedinci s Downovým syndromem, poskytne Naděje ročně péči 450 lidem s mentálním, zdravotním a kombinovaným handicapem.

Mezi nabízené služby se řadí služby duchovní, sociální, zdravotní, humanitní, charitativní, poradenské, vzdělávací, výchovné a doplňkové. Cílem je podpora kompetencí a zlepšení vztahů (Naděje a)).

V rámci Zlínského kraje má Naděje pobočky ve městech: **Bystřice pod Hostýnem** (Sociálně terapeutická dílna), Nedašov (Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem), **Otrokovice** (Domov pro osoby se zdravotním postižením, Denní stacionář, Chráněné bydlení, Podpora samostatného bydlení, Sociálně terapeutická dílna, Sociální rehabilitace), Rožnov pod Radhoštěm (Denní stacionář), **Uherské Hradiště** (Sociálně terapeutické dílny), Vizovice (Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež), **Vsetín** (Denní stacionář Sychrov, Denní stacionář Rybníky, Osobní asistence, Sociálně terapeutická dílna), Zlín (Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem, Denní stacionář pro osoby s demencí).

Sociálně terapeutická dílna Rokytnice – Naděje Vsetín

Sociálně terapeutická dílna v Rokytnici na Vsetíně je sociální služba, která se řadí k sociální péči. Je poskytována jedincům s mentálním a kombinovaným postižením. Jedná se o ambulantní službu, kam může v jednu chvíli docházet maximálně 15 klientů od 7 do 15 hodin. Hlavním cílem služby je pomáhat klientům rozvíjet jejich pracovní dovednosti a usilovat o jejich samostatnější fungování v životě a o jejich uplatnění v placeném zaměstnání.

Klienti své dovednosti rozvíjí ve 4 programech: hospodář (domácí práce), řemeslník (práce se dřevem, drobné opravářské práce, práce na zahradě, práce s náradím), výtvarník (různé výtvarné aktivity) a čtvrtým programem jsou individuální aktivity dle potřeb klientů (rozvoj finanční gramotnosti, orientace v čase, práce s počítačem, vyhledávání informací, všeobecné znalosti a dění ve světě, prostorová orientace a další).

Klienti pracují v hodinových blocích, po kterých následuje patnáctiminutová přestávka. Je dbáno na dodržování pracovních povinností a návyků běžných pro zaměstnání – zapisuje se docházka, klient omlouvá svou nepřítomnost, v případě dovolené se vypisuje dovolenka, při návštěvě lékaře propustka.

Služby sociálně terapeutické dílny jsou poskytovány zadarmo a klient za práci nedostává zaplacení. Služba je založena na dobrovolnosti a jedinec si zde rozvíjí sebedůvěru za pomoci drobných úspěchů (Naděje b)).

Tuto službu navštěvují dva respondenti, se kterými byl veden rozhovor přímo v dílnách. Bližší informace poskytl také rodiče klientů a sociální pracovníce. Jedná se o respondentku **Lucii** a respondenta **Ondřeje**. Lucii je 31 let a do sociálně terapeutických dílen dochází 7 let.

Dříve navštěvovala Denní stacionář na Vsetíně. Dílny navštěvuje čtyřikrát týdně. Ondřej má 34 let a po přechodu z Denního stacionáře na Vsetíně rovněž dochází 7 let do sociálně terapeutických dílen, a to třikrát týdně.

Naděje spolupracuje se sociální rehabilitací **Elim**.

Služba je poskytována osobám ve věku 18–75 let ambulantní nebo terénní formou, individuálně nebo skupinově. Je určena jedincům se zdravotním znevýhodněním, kteří usilují o co nejvyšší míru samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti. Služby Elim jsou financovány Evropskou unií a klientům jsou poskytovány bezplatně

Sociální rehabilitace nabízí tyto služby:

1. Zázemí, kde si klienti mohou utvrdit své běžné pracovní návyky nebo činnosti všedního dne, jako jsou:
 - péče o domácnost
 - péče o sebe sama nebo své blízké
 - nakupování, vaření a hospodaření s penězi
 - samostatný pohyb v místě pobytu
 - cestování dopravními prostředky
 - vyřizování záležitostí na úřadech
 - opakování čtení, psaní, počítání a učení se novým věcem
2. Základní sociální a dluhové poradenství
3. Pomoc s hledáním práce a řešením problémové životní situace
4. Skupinové aktivity, při nichž si je možno procvičovat pracovní návyky a manuální zručnost a rozvíjet své schopnosti, dovednosti a komunikaci (Elim Vsetín).

Chráněné bydlení Otrokovice

Chráněné bydlení v Otrokovicích je sociální službou poskytovanou pro dospělé jedince ve věku od 18–64 let. Podmínkou pro pobyt je snížená soběstačnost z důvodu mentálního a kombinovaného postižení. Klientům je nabízena nízká až střední míra podpory a pomoci v domácnosti, aby postupně každý dosáhl co nejvyšší míry samostatnosti. Samostatností se rozumí schopnost využívat vlastních zdrojů a přijmout zodpovědnost za svůj život v závislosti na svém handicapu.

Služby chráněného bydlení v Otrokovicích jsou hrazeny klientem na základě uzavření přílohy ke Smlouvě o poskytování sociální služby chráněné bydlení z určitého dne. Kapacita služby činí 24 lůžek. Soukromí, zázemí a nezávislost mohou klienti nalézt v chráněném

bydlení buď v bytě, nebo v rodinném domě. Služba je poskytována nepřetržitě, ve dne i v noci, za účelem naučit klienty žít v souladu se svým okolím, zapojovat se do reálného života a vést spokojený život (Naděje c).

V rámci služby chráněného bydlení byl veden rozhovor s klienty **Alešem, Janem** a **Michalem**. Polostrukturovaného interview se účastnila sociální pracovnice, aby vše probíhalo s větší důvěrou a otevřeností klientů. Sociální pracovnice také odpovídala na sadu otázek.

Zmínění klienti spolu dříve pobývali v Domově v Otrokovicích, takže se navzájem znali. V současné době využívají služeb Chráněného bydlení v Otrokovicích. Klient Aleš (53 let) dochází třikrát týdně na úklidy a dvakrát týdně do sociálně terapeutických dílen. Jan (36 let) se třikrát týdně účastní úklidu a klient Michal (33 let) dvakrát týdně působí v kavárně Naděje a rovněž dochází do sociálně terapeutických dílen.

ERGO

Ergo je součástí CSP Zlín, o.p.s. Jedná se o Centrum služeb a podpory Zlín, obecně prospěšnou společnost, která je nestátní neziskovou organizací. Hlavní náplní činnosti této společnosti je poskytování sociálních služeb lidem s duševním onemocněním a lidem s mentálním postižením. Pro jedince s mentálním postižením jsou určena zařízení Centrum sociálních služeb Ergo Zlín, Ergo Uherské Hradiště a Slunečnice. Společnost pro tyto jedince dále provozuje dílny Ergo Zlín, kde se vyrábí svíčky a litá keramika. Také zde byla zřízena šicí dílna. Ergo Kroměříž spolupracuje s několika firmami ze Zlínského kraje v rámci dokončovacích prací v oblasti kartonáže. Dílna Ergo Uherské Hradiště se specializuje na ruční výrobu tažených a dekorovaných svíček a na výrobu glycerinových mýdel a šití. Výrobním programem dílny Slunečnice je ruční tvorba keramiky a butonů. Dříve byla v provozu Kavárna Slunečnice, která je momentálně (k datu 1. 4. 2023) z technických důvodů uzavřena (Csp Zlín, o.p.s.; KISSOS, 2014).

Centrum sociálních služeb Ergo Zlín

Centrum sociálních služeb Ergo Zlín je určeno pro osoby s lehkým až středně těžkým mentálním postižením staré 18–64 let. Službu mohou využívat také jedinci se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění nebo jiného zdravotního postižení s kombinací s mentálním postižením.

Posláním centra sociálních služeb je zlepšit komunikační dovednosti jedince a posílit jeho sociální kontakty. Zaměřuje se na aktivní působení na rozvoj schopností a dovedností pro

samostatný a soběstačný život. Cílem je dát jedincům možnost seberealizace a sebeuplatnění prostřednictvím tréninku pracovních návyků a činností a také je podpořit v osamostatnění se a v péči o domácnost. Za důležité v centru považují zpřístupnit klientům kontakt s běžným sociálním prostředím, integraci a hledání přátel za podmínky zachování důstojnosti člověka a dodržování lidských práv. Služba dále napomáhá při plánování volného času a v celoživotním vzdělávání.

Služba je vedena ambulantní formou a založena je na osobním růstu a individuální práci. Každý klient má právo na to vybrat si, v jakém oboru se chce zdokonalovat. Jedná se o placenou službu, výše poplatků za poskytování služeb je uvedena ve Smlouvě o poskytování sociálních služeb. Kapacita služby činí 10 uživatelů v daný okamžik a 23 uživatelů v jednom dni (Csp Zlín, o.p.s., KISSOS, 2014).

5.5 Vlastní šetření

Pro vlastní výzkum byly použity metody pozorování a interview. Pozorování probíhalo v sociálních službách, kam jedinci dochází. Navštívena byla sociálně terapeutická dílna v Rokytnici (dále STD) a Chráněné bydlení v Otrokovicích (dále CHB). Obě tyto služby spadají pod neziskovou organizaci Naděje. Zařízení byla pro výzkum vybrána, jelikož splňovala stanovené podmínky: tedy že jsou navštěvována jedincem s Downovým syndromem a že spadají pod Zlínský kraj. Součástí pozorování byla také návštěva kavárny Naděje v Otrokovicích, kam dochází klienti ze sociálně terapeutické dílny. Klienti tam mohou najít pracovní uplatnění a mají možnost vlastního výdělků. Zároveň zlepšují své dovednosti a schopnosti v oblasti komunikace a pracovních návyků.

Vedle pozorování bylo využito metody interview. Jedná se o hlavní kvalitativní metodu uplatněnou v této práci. Informace, které jsou předmětem analýzy, byly čerpány především z rozhovorů s rodiči klientů a se sociálními pracovníci z výše uvedených sociálních služeb. Doplňkově bylo vedeno interview s jednotlivými klienty. Rozhovory s klienty a rodiči byly nahrávány a následně písemně zpracovány. U interview se sociálními pracovníci byla kombinována písemná forma zaslaných otázek a následně i odpovědí, telefonický hovor a osobní setkání, při kterém došlo k simultánnímu zapisování odpovědí výzkumníkem. Formy interview byly zvoleny dle možností a preferencí každého respondenta.

K rozhovoru a pozorování došlo ve dvou termínech. První termín se konal v květnu roku 2022 a druhý termín v dubnu 2023. V roce 2022 byly navštíveny obě výše zmíněné sociální služby. Rozhovor byl veden se sociálními pracovníci, všemi klienty a s rodiči obou klientů

ze sociálně terapeutické dílny. Zároveň proběhla návštěva v chráněném bydlení, rozhovor s klienty a jednou sociální pracovnící. Po zanalyzování rozhovorů byla získaná data a informace výzkumníkem vyhodnocena jako nedostatečná. Pro jejich doplnění byl sociálním pracovním STD a CH v dubnu roku 2023 rozeslán písemný dotazník s otevřenými otázkami a zároveň byla kontaktována další sociální služba z oblasti sociální péče – Centrum sociálních služeb ve Zlíně, která pro tuto bakalářskou práci rovněž zodpověděla krátký dotazník. Dále byl pro doplnění informací opět veden telefonický rozhovor s oběma maminkami klientů z STD a proběhla druhá návštěva do CH. V CH v Otrokovicích měl výzkumník možnost vést opětovný rozhovor s třemi klienty s Downovým syndromem a s pracovníci. Proběhla i výše zmíněná návštěva kavárny Naděje.

Pro analýzu získaných informací byla zvolena metoda **konstantní komparace dat**. Jedná se o jednu z metod zakotvené teorie, která je založena na principu neustálého porovnávání dat v průběhu analýzy a hledání podobností a rozdílů v rámci všech rovin práce. V rámci jednoho interview, dvou rozhovorů se stejným klientem a v neposlední řadě také v rámci interview s odlišnými respondenty probíhá porovnávání dat na základě nacházení shodných a rozdílných prvků (Švaříček et al., 2014).

Hlavním subjektem, jímž se tato práce zabývá, je jedinec s Downovým syndromem, k jehož životu a socializaci se vztahovaly rozhovory s respondenty. Respondenty jsou zde myšleni nejen samotní jedinci s Downovým syndromem, ale také jejich opatrovníci a pracovníci sociálních služeb. Odpovědi byly následně analyzovány jak ve vztahu k jedinci s DS, tak ve vztahu k sociální službě. Předmětem zájmu byl proces socializace jedince do fáze života, v níž se právě nachází, dále pak informovanost opatrovníků a klientů v oblasti sociálních služeb a možnosti dalšího začlenění jedince do společnosti. Na základě zjištěných informací bylo možné zodpovědět výzkumné otázky a vyvodit závěr celého zkoumání.

Nejprve se zaměříme na analýzu rozhovorů. Jednotlivé otázky a odpovědi z každého interview budeme rozebírat v závislosti na výzkumných otázkách. Pro lepší orientaci ve výzkumu tuto část rozdělíme dle sociálních služeb. Jelikož se jedná o více skupin respondentů, budou odpovědi analyzovány jednotlivě na základě typu respondenta: sociální pracovník/opatrovník/klient s Downovým syndromem. K rozhovorům s jednotlivými klienty přidáme poznatky z pozorování, které rovněž probíhalo.

Sociálně terapeutické dílny

Interview s matkami klientů a se sociálními pracovníci proběhlo v STD ve dvou termínech. Při analýze budeme zohledňovat odpovědi z obou těchto termínů. S klienty s DS, Ondřejem a Lucií, bylo vedeno interview pouze v prvním termínu (duben 2022), jejich odpovědi jsou však pro vyvození závěrů brány pouze jako doplňkové.

Sociální pracovníci Sociálně terapeutické dílny Rokytnice

V této části budeme analyzovat dotazníkový rozhovor se dvěma sociálními pracovníci STD, který lze nalézt v příloze č. 1 a 2. Ke každé výzkumné otázce uvádíme shrnutí všech odpovědí z interview, které s výzkumnou otázkou souvisí. Odpovědi se vztahují ke klientovi Ondřejovi a klientce Lucií.

Jak probíhá socializace u jedinců s Downovým syndromem?

V rámci sociálně terapeutické dílny jsou u klientů rozvíjeny pracovní schopnosti a dovednosti, pracovní návyky a dodržování pravidel. Dále rozhodování a následování pokynů na základě slovních instrukcí. Práce s klientem probíhá prostřednictvím individuálního plánu.

Samotná socializace začíná již návštěvou STD a každodenním kontaktem s pracovníci a ostatními klienty. V rámci dílny je s klienty navštěvováno kino, restaurace, kavárny a další místa, kde také dochází k nábízení sociálních dovedností a kontaktu se společenským prostředím.

V souvislosti s návazností do pracovního uplatnění je klient po nalezení pracovního místa doprovázen sociálními pracovníci z STD na první a druhou schůzku a následně si jej přebírají pracovníci z o.p.s., které s ním chodí pravidelně. Dále probíhá spolupráce se sociální rehabilitací, která s klientem nacvičuje dovednosti samostatného cestování veřejnou dopravou.

Jaká je informovanost jedinců s DS a jejich opatrovníků ohledně socializace u osob s mentálním postižením?

Pro absolventy praktické školy Vsetín jsou nabízeny služby STD, o kterých jsou žáci/opatrovníci informováni. Dále spolupracují s odbornou školou v Kelči a s veřejnými opatrovníky. Dostatečné informace jsou poskytnuty také na webových stránkách.

Ze strany STD je opatrovníkům nabízena edukace v oblasti sociálních služeb. Sociální

pracovnice o možnostech dalších sociálních služeb informují. Avšak převážně o službách, se kterým má STD navázanou spolupráci. Mezi tyto služby se řadí sociální rehabilitace, chráněné bydlení v Rokytnici a Otrokovická o.p.s., která zaměstnává klienty na pozici pracovníci úklidu. O služby jako chráněné bydlení/podpora samostatného bydlení ze strany opatrovníků zájem není. Pokud takovou možnost sociální pracovnice nabídnou, rodiče ji zvažují jen neradi.

Jaké faktory ovlivňují socializaci jedince s DS?

Pro klienty v rámci STD není organizován žádný další program, zábava či kluby, kde by se mohli scházet i ve svém volném čase, navazovat kontakty a rozvíjet své sociální dovednosti. STD preferuje, když svůj volný čas klienti tráví mimo neziskovou organizaci Naděje a nachází si nové přátele.

Komunikace je u klientů s Downovým syndromem méně vyvinuta, což má za důsledek, že sociální interakci zahajují s menší intenzitou. Klienti Lucie a Ondřej jsou do velké míry samostatní a při plnění činností jim stačí převážně slovní doprovod a slovní motivace od sociálních pracovníků. U Ondřeje je poté potřeba větší podpory při práci s nářadím.

Ze strany opatrovníků není zájem o využití dalších sociálních služeb, jako je chráněné bydlení. Překážkou může být strach ze ztráty příjmů (příspěvku na péči), případně nedostatečná připravenost klientů na osamostatnění vzhledem k jejich věku.

Další překážkou pro klienty STD v rámci socializace a nalezení pracovního uplatnění může být malá nabídka pracovních míst. Pro klienty z Rokytnice je nabízen převážně úklid panelových domů přes obecně prospěšnou společnost v Otrokovicích. Klienti z STD Rokytnice však o takovouto pracovní pozici zájem nejeví. Byla rozjednána spolupráce v sociálních podnicích, kde prozatím nebylo vytvořeno pracovní místo.

Jaká je samotná motivace osob s DS se socializovat a zapojovat do běžného života?

Vzhledem k horším komunikačním dovednostem a verbálnímu projevu klienti Lucie a Ondřej konverzaci s ostatními klienty příliš často nenavazují. I přes to, že je Lucie velice komunikativní a přátelská, spíše komunikuje s pracovníky, kteří jí rozumí – bez ostychu a za využití gest a citoslovcí.

Klient Ondřej komunikaci příliš nevyhledává, avšak při dobrém psychickém rozpoložení se snaží o zahájení konverzace formou šťouchnutí. Oba zmiňovaní klienti mají v rámci STD své oblíbenější jedince, se kterými rádi komunikují, a také méně oblíbené. S pracovníky komunikují především přes uzavřené otázky.

Opatrovnice klientky Lucie

Následující část se bude věnovat odpovědím opatrovnice klientky Lucie, konkrétně její matky. Odpovědi budou řazeny k jednotlivým výzkumným otázkám. Rozhovor byl přepsán z nahrávky telefonického rozhovoru a celý si jej lze přečíst v příloze č. 3.

Jak probíhá socializace u jedinců s Downovým syndromem?

U Lucie docházelo a dochází k socializaci především přes instituce. Po odchození své povinné školní docházky na Základní škole Turkmenské na Vsetíně začala Lucie docházet na učební obor do Kelče. Kvůli vzdálenosti od bydliště zůstávala Lucie přes týden v Domově se zvláštním režimem. Domov organizoval společenské akce: kino, procházky, sport a organizovanou zábavu. Lucie se těchto aktivit ráda účastnila.

Po absolvování učebního oboru začala Lucie docházet do STD. Zároveň využívá služby sociální rehabilitace Elim, která Lucii napomáhá k dosažení větší míry osamostatnění v oblastech dopravy, nakupování, vaření a starosti o domácnost.

V neposlední řadě se Lucie socializuje i v rodinném prostředí. Klientka má ráda rodinné oslavy a společnost. Na akce se těší. Také má dva sourozence, starší sestru Evu a mladšího bratra Štěpána a dva synovce, se kterými tráví čas a podporuje tak svůj proces socializace.

Jaká je informovanost jedinců s DS a jejich opatrovníků ohledně socializace u osob s mentálním postižením?

S hledáním organizací, do kterých by Lucie mohla docházet, matce dopomáhala ředitelka základní školy a sociální pracovnice. Respondentka vyjádřila radost, že během tohoto procesu měla štěstí na velice milé a ochotné pracovnice. Informace si také sama dohledávala na internetu. STD vyhledala bez cizí pomoci.

O tématu chráněného bydlení a podpory samostatného bydlení se matka prozatím příliš neinformovala a nezaměřuje na něj pozornost.

Jaké faktory ovlivňují socializaci jedince s DS?

I přes své mentální postižení je Lucie samostatná. Dokáže se o sebe postarat, ale potřebuje průběžný dohled, kontrolu. Největším problémem dělá Lucii komunikace. Lucie je sama o sobě velice přátelská a společenská. Snaží se komunikovat, ale když jí ostatní nerozumí, využívá neverbální komunikaci, citoslovce a předměty kolem sebe, aby komunikaci usnadnila. Když se jí však i přes to nedostává porozumění, naštve se a s pokusy o komunikaci přestane. Dle matky ale platí, že čím více času jedinec s Lucií stráví, tím více jí poté rozumí.

Jaká je samotná motivace osob s DS se socializovat a zapojovat do běžného života?

Lucie je sama o sobě velice společenská a ráda tráví čas ve společnosti více lidí. Do kolektivu se dokáže začlenit. Zároveň ale potřebuje dostatečnou míru porozumění od svého komunikačního partnera. Respondentka se ráda účastní rodinných oslav. Nerada vyhledává pohybové aktivity. Akce spojené s větší fyzickou námahou pro Lucii nejsou lákavé.

Mimo STD dochází navíc do sociální rehabilitace Elim. Obě služby navštěvuje ráda a líbí se jí tam. Dle matky je Lucie dobrosrdečná, po většinu času má dobrou náladu, je pozitivní. Tyto vlastnosti jsou přínosem pro společnost, ve které se Lucie nachází a mohou ulehčit její proces socializace.

Lucie má motivaci nalézt si pracovní místo týkající se žehlení prádla, podle matky by však nejspíš nezvládla naplnit požadavky, a proto pozici s podobnou pracovní náplní Lucii nehledali.

Opatrovnice klienta Ondřeje

S matkou Ondřeje bylo vedeno telefonické interview. Její odpovědi jsou shrnuty a přiřazeny k jednotlivým výzkumným otázkám, celý rozhovor lze nalézt v příloze č. 4.

Jak probíhá socializace u jedinců s Downovým syndromem?

Ondřej do svých 25 let docházel do školy. Následně přešel do Denního stacionáře na Sychrově ve Vsetíně, kde byl 2 roky a teď je již 7. rokem v sociálně terapeutické dílně v Rokytnici na Vsetíně. O další socializaci v rámci sociálních služeb není ze strany Ondřeje ani jeho rodiny větší zájem.

Jaká je informovanost jedinců s DS a jejich opatrovníků ohledně socializace u osob s mentálním postižením?

Rodina Ondřeje byla o možnostech dalších služeb informována ředitelkou školy a následně sociálními pracovníky jak denního stacionáře, tak STD. Na rodině poté bylo, zda nabízených možností využije. Aby mohli určit, jestli se Ondřejovi v dané sociální službě bude líbit, vždy ji nejprve navštívili a v případě zájmu ze strany Ondřeje do ní začal docházet.

Ondřejovi byly nabídnuty i služby sociální rehabilitace a pracovní místo, a to díky spolupráci daných organizací se sociálně terapeutickou dílnou. Ondřej tyto služby ale odmítá.

O chráněném bydlení rodina zatím neuvažuje a nevyhledává žádné bližší informace.

Jaké faktory ovlivňují socializaci jedince s DS?

Dle Ondřejovy matky je hlavní překážkou socializace v jeho případě komunikace (verbální projev a porozumění). V případě, že se Ondřej snaží s někým komunikovat a dotyčný mu neporozumí, se často urazí a odmítá v rozhovoru dále pokračovat. Dalším zdrojem demotivace je také fakt, že Ondřej někdy neporozumí pokynům (např. co má donést) a úkol nesplní podle zadání, čímž je oslabena jeho motivace k další spolupráci.

Dalším z faktorů, který socializaci Ondřeje ovlivňuje, je jeho aktuální zdravotní stav, jelikož trpí alopecíí¹. Je to pro něj nová situace, na kterou si musí zvyknout, a proto v současné době společnost nevyhledává.

Co se týče cestování veřejnou dopravou, Ondřej má zhoršenou prostorovou orientaci a potřebuje jistotu dalších lidí, aby tento úkon zvládl.

Jaká je samotná motivace osob s DS se socializovat a zapojovat do běžného života?

Ondřej nejraději tráví čas se svými blízkými a rodinou, doma nebo na chalupě. Je rád, když jsou všichni pohromadě a nikdo ze členů rodiny nechybí. Ondřej s otcem navštěvuje kulturní akce, nejčastěji fotbalové a hokejové zápasy, nemá však rád velký hluk a vysoký počet diváků na stadionu. Proto v případech, kdy by se na stadionu cítil nekomfortně, raději sportovní akce sleduje v televizi či na počítači, popřípadě zůstává s matkou a dívá se s ní na seriály.

Dříve se Ondřej účastnil táborů organizovaných Auxiliem a výletů do Prahy. Při těchto akcích potřebuje mít po svém boku alespoň jednoho člověka, kterého zná a který v něm vyvolává pocit jistoty. Zde to byl jeho kamarád Ondřej. Přesto však na pobyt mimo domov reagoval tak, že každý večer telefonoval domů, a to i v pozdních nočních hodinách. Dle matky je Ondřej upjatý na rodinu a nemá rád změny.

Rodina možnost chráněného bydlení s Ondřejem zatím nediskutovala. Jak bylo zmíněno výše, nabídka sociální rehabilitace a pracovního místa na úklidech panelových domů byla Ondřejem zamítnuta.

Ondřej má celou řadu koníčků a zálib, jako jsou tanec, hudba, práce na zahradě, procházky se psem, jízda na kole, kterou provozuje se svým otcem, prohlížení novin a sledování seriálů a filmů.

Klienti Sociálně terapeutické dílny v Rokytnici – Lucie a Ondřej

V této části se budeme věnovat rozhovoru s klienty Lucií a Ondřejem, tedy s jedinci s Downovým syndromem. Interview proběhlo v dubnu roku 2022. Uvedeme zde krátké

¹ Jedná se o neinfekční onemocnění způsobující vypadávání vlasů a ochlupení.

shrnutí dat z rozhovorů a také poznatky z pozorování, které během návštěvy sociálně terapeutické dílny interview doprovázelo.

Respondentka Lucie

S Lucií jsme vedli rozhovor během její přestávky mezi jednotlivými pracovními bloky v STD. Respondentka má své vyhraněné místo u stolu, kam si pokaždé sedá, a většinu přestávek tráví na svém mobilním telefonu. S ostatními konverzaci příliš nenavazovala. Když ale výzkumník projevil zájem o rozhovor, ráda se zapojila a komunikovala. Dokázala konverzovat i při práci v bloku Výtvarník, kde spolu s výzkumníkem vytvářela košíky.

Při komunikaci s Lucií výzkumník vyvíjel vyšší snahu jí porozumět, pokud však došlo k nepochopení její odpovědi, Lucie se snažila využít více forem a metod komunikace a společně se nakonec k porozumění dopracovali. Dalšími formami a metodami je myšlena komunikace pomocí obrázků, citoslovcí, písemné formy (např. napsání číslice). Lucie byla po celou dobu rozhovoru ve velice pozitivním rozpoložení.

Výzkumník musel Lucií klást konkrétní, jednoduché otázky, na které bylo možné nejlépe jednoslovně odpovědět. Porozumění však respondentce potíže nečinilo, vždy pochopila, na co je výzkumníkem tázána. Tento závěr lze odvodit z toho, jak na otázky odpovídala.

Při rozhovoru byly zjištěny základní informace a klientčin postoj ke službě a další socializaci. Lucie danou službu navštěvuje ráda a líbí se jí tam. Nejraději má blok výtvarník, ale zároveň má také zálibu ve vaření. V budoucnu by chtěla bydlet sama. Na otázku, zda ve chráněném bydlení, odpověděla ano, sama by však bydlet nechtěla. Zároveň by si respondentka ráda našla pracovní místo, kde by se mohla věnovat prádlu, žehlení. Mezi aktivity, které Lucie nepreferuje, patří práce venku a obecně fyzická aktivita.

Co se týče samostatnosti, Lucie vykazuje velmi dobré výsledky. Do STD se naučila jezdit samostatně autobusem, ráno se dokáže samostatně nachystat. Jelikož měla potíže se zapínáním zipu a zavazováním bot, nosí nyní boty na suchý zip.

Při pozorování bylo zřetelné, že zvládá jemnou i hrubou motoriku a celkově vypadala velice spokojeně.

Respondent Ondřej

V době konaného rozhovoru působil Ondřej velice spokojeně a vyrovnaně. Na rozhovor si uvařil kávu a v průběhu ji pomalu upíjel. Během rozhovoru Ondřeje zdravili ostatní klienti, což se zdá naznačovat, že mezi klienty panují přátelské vztahy.

Při komunikaci s Ondřejem bylo důležité klást přímé otázky, na které se dá odpovídat ano/ne. Při komplikovanějších otázkách odpovídal především „nevím“. Za validní informace z interview s Ondřejem můžeme považovat to, že ho do STD vozí převážně maminka. Rád pobývá v blízkosti své rodiny, sám by tudíž bydlet nechtěl. Ve svém volném čase chodí na procházky s rodinným psem, který se jmenuje Miky.

V sociálně terapeutických dílnách si Ondřej osvojil převážně práce na zahradě a v dílně, které ho naplňují nejvíce. Výtvarné aktivity má naopak v oblibě nejméně. Díky zlepšování pracovních dovedností se zvedla klientova úroveň samostatnosti.

Chráněné bydlení Otrokovice

V chráněném bydlení Otrokovice byly vedeny rozhovory se sociálními pracovníci a klienty.

Sociální pracovníce

K zodpovězení výzkumných otázek v rámci Chráněného bydlení v Otrokovicích jsme pracovali s písemnými odpověďmi dvou pracovníků. Oba písemné dotazníky jsme v této části shrnuli a uvádíme je sjednocené. V celém, neupraveném znění je lze nalézt v příloze č. 5 a 6.

Při návštěvě chráněného bydlení byl dále veden jeden rozhovor se sociální pracovnící, a to ústní formou. Odpovědi byly výzkumníkem zaznamenávány simultánně do poznámkového bloku, jelikož nebyl dán souhlas k nahrávání. Data získaná z těchto odpovědí jsou taktéž zahrnuta v analýze pod konkrétními výzkumnými otázkami. Celý rozhovor je sepsán v příloze č. 7.

Jak probíhá socializace u jedinců s Downovým syndromem?

Klientům Chráněného bydlení Otrokovice je za účelem socializace nabízeno sportovní vyžití a kulturní akce. Mají také možnost navštěvovat klub a účastnit se organizovaných výletů. Volnočasový klub, který funguje od pondělí do pátku, klientům chráněného bydlení nabízí volnočasové aktivity, které mohou, ale nemusí využít. Jedná se o tzv. komunitní centrum Otrokovice, které je součástí neziskové organizace Naděje. Klienti společně navštěvují kavárny, kina, v létě koupaliště. Chodí na procházky a společné výlety.

Další nabízenou možností je trávení volného času s asistentem, které funguje na individuální domluvě. Klienti ho využívají převážně na procházky, jízdu na kole, výlety. Tímto mohou být naplněny individuální potřeby a plány klientů nejen s Downovým syndromem.

Jaká je informovanost jedinců s DS a jejich opatrovníků ohledně socializace u osob s mentálním postižením?

Klienti chráněného bydlení dostali možnost využití dané služby na základě svých dovedností a schopností. Všichni klienti s Downovým syndromem se do CHB přesunuli z Domova pro osoby se zdravotním postižením. Jedinci s DS a jejich opatrovníci mohou informace o CHB získat také prostřednictvím webových stránek a sociálních sítí.

Chráněné bydlení Otrokovice je součástí neziskové organizace Naděje a spolupracuje se službami v rámci této organizace. Mezi tyto služby řadíme začleňování klientů do pracovního procesu pomocí sociálně terapeutické dílny v Otrokovicích a ve Zlíně. Další službou, se kterou Chráněné bydlení v Otrokovicích spolupracuje, je Otrokovická o.p.s. a někteří klienti působí i na chráněném pracovním místě ve svíčkárně Impala.

V rámci chráněného bydlení je zřízeno komunitní centrum, které klientům nabízí přehled o pracovních místech na chráněném trhu práce. S klienty jsou probrány možnosti a nabídky a v případě zájmu se dále pracuje na jejich uskutečnění.

Jaké faktory ovlivňují socializaci jedince s DS?

Jedinci s Downovým syndromem jsou dle pracovníků velmi komunikativní. Dopomoc a podporu potřebují především při nakupování potravin, větším úklidu, během léčebného procesu, při řešení neshod v domácnosti mezi klienty a při komunikaci mezi službami a zaměstnavatelem.

Jaká je samotná motivace osob s DS se socializovat a zapojovat do běžného života?

Dva ze čtyř jedinců s Downovým syndromem mají rádi společnost. Nabízených akcí přes chráněné bydlení se ale často neúčastňují. Ze zkušenosti pracovníků mají klienti v chráněném bydlení zavedený svůj řád, kterým se řídí, a když tento řád nezahrnuje nějakou pravidelnou aktivitu, samostatně ji nevyhledávají. Pouze jeden ze čtyř klientů s Downovým syndromem všechny nabízené aktivity vyhledává a účastní se jich rád.

Klienti svůj volný čas tráví i se svými přáteli mimo CHB. Zároveň dobře vycházejí i s klienty v CHB, poslouchají společně hudbu, hrají počítačové hry a sledují filmy. K práci se jedinci staví svědomitě a dochází do ní rádi.

Někteří klienti volný čas preferují trávit jen v úzkém okruhu lidí, případně pouze s jedním určitým člověkem, se kterým se věnují dané aktivitě. Na tyto činnosti jsou vždy vybráni konkrétní klienti/pracovnice.

Respondenti Chráněného bydlení Otrokovice – Aleš, Michal a Jan

Pro zodpovězení výzkumných otázek k jednotlivým klientům Chráněného bydlení v Otrokovicích pracujeme s informacemi poskytnutými sociálními pracovníci. Jedná se o dříve zmíněné rozhovory v přílohách č. 5 a 7. Výzkumné otázky v této části nebudou jednotlivě rozepsány a analyzovány, jelikož by docházelo k opakování odpovědí z předchozí části.

Jsou zde zahrnuty poznatky z pozorování při osobním setkání s klienty. S Alešem, Michalem a Janem byly vedeny také individuální rozhovory, které ale nejsou pro praktickou část této bakalářské práce brány jako validní.

Aleš

S Alešem byl veden rozhovor se souhlasem k nahrávání. Při komunikaci byl klient velice ochotný odpovídat a neměl potíže porozumět otázkám výzkumníka. Byla potřeba větší nabídky odpovědí, na které by mohl Aleš reagovat. Do rozsáhlejších odpovědí se sám nepouštěl. Zároveň často využíval slov *sám*, *jo* a pro určení místa vše nazýval *tam*. Při komunikaci mu dělala problém artikulace jednotlivých odpovědí.

Aleš je dle sociálních pracovníků samostatný klient, který ale potřebuje dopomocť v jednotlivých úkonech jako nakupování, komunikace se zaměstnavatelem, práce v domácnosti atd. Aleš je jeden z klientů, který většinu času tráví samostatně, případně s oblíbenými jedinci a pracovníci, se kterými hraje např. ping-pong a jezdí na kole. Společenských akcí se moc neúčastní a větší skupiny lidí nevyhledává. V chráněném bydlení má kamaráda Jirku, který má také Downův syndrom, vzhledem k tomu, že Jirka bývá často nachlazený, však společně netráví mnoho času.

Klient Aleš se do chráněného bydlení dostal přes ředitele Naděje Otrokovice a sociální pracovníce z Domova pro osoby se zdravotním postižením. Dříve také navštěvoval Týdenní stacionář Naděje a byl klientem sociální rehabilitace. Dnes dochází do sociálně terapeutické dílny Otrokovice 2× týdně a 3× do týdne navštěvuje své pracovní místo v kuchyni a jídelně v Domově Naděje.

Aleš je klient, který se během dne rád věnuje nějaké aktivitě. Do zaměstnání se tedy těší a dopravit se tam dokáže sám autobusem.

Ve volném čase se rád věnuje jízdě na kole a sledování sportu v TV, ze které si do svého deníčku zapisuje zajímavosti. Také ho baví úklid a komunikace pomocí fotografií přes tablet. Aleš každý víkend dojíždí domů za svou rodinou.

Michal

Rozhovor s klientem Michalem byl veden v Kavárně Naděje v Otrokovicích během jeho přestávky. Do kavárny Michal dochází půl roku, a to 2× týdně. Navštěvuje i sociálně terapeutickou dílnu v Otrokovicích. Do chráněného bydlení se dostal z Domova pro osoby se zdravotním postižením prostřednictvím ředitele Naděje a sociálních pracovníků, kteří viděli, že je Michal samostatný natolik, aby samostatnější formu bydlení zvládl. K přesunu z Domova přispělo také chování ostatních klientů k jeho osobě.

V chráněném bydlení je od března roku 2022. Musel se zde přizpůsobit novým podmínkám a pravidlům, jelikož byl ze svého předchozího bydlení zvyklý, že všechny věci patřily všem. Tato skutečnost se po jeho příchodu do chráněného bydlení ukázala být jako problematická, jelikož za nepřítomnosti klienta Aleše vstoupil bez povolení do jeho pokoje, jenž s tím jeho sousedí. Alešovi tato situace nebyla příjemná. Konflikt napomohla vyřešit sociální pracovníce a docílilo se toho, že se dále nezhoršil.

Michal je společenský a nabízených aktivit se rád účastní. Ve volném čase tancuje, hraje na housle a poslouchá písně Zdeňka Svěráka. Do chráněného bydlení za Michalem dojíždí i rodina.

Sociální pracovníci byl Michal popsán jako vnímavý jedinec, který rád pozoruje. Má dobrou paměť a dává si do souvislosti chování a činnosti jiných lidí. Zvládá jemnou i hrubou motoriku. Slabší stránkou klienta Michala je verbální projev. Michal porozumí otázkám a pokynům, ale nedorozumí se. Otázky mu musí být kladeny s možností odpovědi ano či ne.

Při rozhovoru s Michalem bylo využito uzavřených odpovědí. Respondent měl však problém porozumět položeným otázkám. Odpovědi klienta se neshodovaly s tím, co o něm výzkumník zjistil od sociálních pracovníků. Jako příklad můžeme uvést to, že byl klient dotázán, zda do kavárny Naděje dochází v sobotu a v neděli. Klient o víkendu do kavárny nedochází, při rozhovoru ale odpověděl, že ano. Tento jev se během rozhovoru opakoval, z toho důvodu je tedy interview s tímto respondentem považováno za neplatné.

Jan

Třetím klientem, se kterým byl veden rozhovor, byl Jan. Jan bydlí v jiné budově chráněného bydlení než zbylí dva respondenti s Downovým syndromem. Jan během rozhovoru preferoval vykáni a celou záležitost bral zodpovědně. Často však neodpovídal na pokládané otázky. Namísto toho začal mluvit na jiné téma. Další překážkou sběru dat bylo to, že si v průběhu rozhovoru klient protiřečil, jeho odpovědi se zcela měnily. Vzhledem k této skutečnosti byl

rozhovor s Janem považován za méně validní, správnost objektivně zjistitelných faktů byla porovnávána s odpověďmi sociálních pracovníků.

Jan je v Chráněném bydlení Otrokovice od roku 2018. Předtím pobýval v Domově pro osoby se zdravotním postižením a navštěvoval týdenní stacionář. K datu této bakalářské práce se Jan třikrát do týdne věnuje úklidům panelových domů v Otrokovické o.p.s. a návštěvě sociálně terapeutických dílen Naděje. Do práce Jan dojíždí společně s dalšími klienty autobusem.

K přestěhování Jana z Domova do CHB došlo na základě nabídky ředitele Naděje a díky tomu, že sociální pracovníce Janovy schopnosti a dovednosti vyhodnotily jako vyhovující k samostatnějšímu bydlení. Pracovní místo Jan získal přes spolupráci Naděje s Otrokovickou o.p.s.

Jan se společenských akcí, které jsou chráněným bydlením pořádány, účastní nepravidelně. Z nabízených aktivit preferuje jízdu na tříkolce a návštěvy kavárny. Mezi jeho záliby patří návštěva kamarádů v obchodním centru ve Zlíně, kam dojíždí autobusem. Také rád poslouchá Karla Gotta a píše si zápisky. Dále hraje hry na playstationu. Někdy hraje sám, jindy s ostatními klienty. V chráněném bydlení si našel přátele, se kterými tráví čas. Domov během roku Jan navštěvuje nepravidelně, především na Vánoce.

Centrum sociálních služeb Ergo Zlín

Pro širší vzorek odpovědí byla kontaktována další sociální služba Zlínského kraje, ve které je přítomen klient s Downovým syndromem. Vzhledem k mlčenlivosti dané služby nebylo možné blíže pracovat s klientem. Sociální pracovníce však prostřednictvím písemného dotazníku zodpověděla obecné otázky týkající se služby, informovanosti klientů a práce s nimi. Celý písemný dotazník lze nalézt v příloze č. 8.

Jak probíhá socializace u jedinců s Downovým syndromem?

Samotná socializace probíhá již návštěvou daného zařízení a dále náplní, programy a aktivitami, které jsou pro centra denních služeb typická. Mezi tyto aktivity, díky nimž si jedinci nejen zlepšují své dovednosti a schopnosti, ale zároveň u nich probíhá i proces socializace, můžeme řadit výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, zdokonalení se ve společenských aktivitách, sebepoznání, seberozvoji a další.

Organizací CSP Zlín o.p.s. je jednou ročně pořádán tzv. Fest'áček. Jedná se o akci hudebního a kulturního charakteru, kde se mohou setkat rodiny a klienti nejen služby Centra sociálních služeb Zlín.

Jaká je informovanost jedinců s DS a jejich opatrovníků ohledně socializace u osob s mentálním postižením?

Jako zdroj informací slouží internetové stránky, kde se mohou zájemci dozvědět vše potřebné. Další možností jsou letáky distribuované do ordinací psychiatrických lékařů a do speciálních škol. Centrum sociálních služeb má s těmito zařízeními navázanou spolupráci.

Jaké faktory ovlivňují socializaci jedince s DS?

Klient musí mít potvrzení od lékaře, že spadá do cílové skupiny dané služby. Pokud toto kritérium splní a centrum má volnou kapacitu, je posléze přijat.

Jaká je samotná motivace osob s DS se socializovat a zapojovat do běžného života?

V rámci služby pracují klienti se svým klíčovým pracovníkem, se kterým společně vypracovávají individuální plán. Do individuálního plánu jsou zahrnuty individuální i skupinové aktivity.

Zájem klientů o socializaci je v rámci služby individuální, ale centrum podporuje, aby docházelo ke komunikaci mezi všemi klienty navzájem.

5.6 Výsledky šetření

Ve vlastním šetření jsme pomocí metod pozorování a různých forem interview hledali odpověď na to, jak probíhá proces socializace jedinců s Downovým syndromem, jaká je informovanost mezi jedinci a opatrovníky a které faktory ovlivňují socializaci a samostatnou motivaci k zapojení do běžného života.

Pozorování probíhalo v prostředí služby, kterou jedinec navštěvuje. Závěry vlastního šetření vychází především z rozhovorů se sociálními pracovníky daných služeb a s matkami dvou respondentů. Doplnkově jsou popsány i rozhovory a poznatky získané z rozhovorů s jednotlivými klienty s Downovým syndromem.

V rámci stanovených výzkumných otázek jsme na základě získaných dat dospěli k následujícím závěrům:

Jak probíhá socializace u jedinců s Downovým syndromem?

Samotná socializace začíná již tím, že klient danou **službu navštěvuje**. Dostává se tak do kontaktu s dalšími klienty a sociálními pracovníky. Své dovednosti a schopnosti pak zlepšuje v rámci daných sociálních služeb.

Když zkoumáme, kdo má v rámci socializace na jedince největší vliv, je důležité zvážit, zda je klientem nějaké samostatnější formy bydlení, nebo bydlí u rodičů. U respondentů, které jsme navštívili v chráněném bydlení, jsme pozorovali větší míru samostatnosti a přizpůsobení se nové situaci. Jedinci jsou v takovém případě do procesu socializace zapojeni po celou dobu využívání služby. Se sociálními pracovníci a dalšími klienty jsou v nepřetržitém kontaktu a nabízí se jim možnost většího zapojení do společenského prostředí prostřednictvím programu, který ve volném čase klienta sociální služba nabízí. K dispozici bývají individuální aktivity zprostředkované asistentem či sociální pracovníci a skupinové činnosti. Těmito aktivitami je například procházka, jízda na kole, návštěva kina, koupaliště, kavárny, případně výlety. Záleží pouze na klientovi, zda tuto možnost využije, či nikoli.

U jedinců pobývajících u rodičů probíhá socializace v rodině a následně v navštěvované službě. Jedinci navštěvují buď jednu službu, nebo kombinaci více služeb. V těchto zařízeních se klient věnuje nabízeným aktivitám. V sociálně terapeutické dílně to bývají pracovní návyky, výtvarné a zahradnické práce, starost o domácnost. V sociální rehabilitaci převážně cestování veřejnou dopravou, nakupování, starost o domácnost, vaření. V Centru sociálních služeb výchovné, vzdělávací aktivity, kontakt se společenským prostředím, seberozvoj, péče o vlastní osobu, ovládání techniky a spotřebičů a další aktivity.

V případě, že je primární skupinou **rodina**, probíhá socializace převážně v uzavřeném okruhu blízkých, známých a rodinných přátel. Jedná se o prostředí, které je respondentům známé. Setkávají se zde s osobami, které je znají a přijímají takové, jací jsou. I tato forma socializace a kontaktu se společenským prostředím je pro klienty důležitá. Představuje pro ně bezpečí a jistotu.

Jaká je informovanost jedinců s DS a jejich opatrovníků ohledně socializace u osob s mentálním postižením?

Ze strany sociálních pracovníků bylo nejčastěji odkazováno **na webové stránky** dané služby. V případě zájmu o navštěvování určitého typu zařízení jsou všechny informace a kontakty k dispozici na internetu.

V rámci informovanosti hraje velkou roli **spolupráce daných služeb s ostatními službami**. Nejčastěji sociální pracovníci informují o možnostech další socializace a využití sociálních služeb (nejčastěji těch, se kterými mají sjednanou spolupráci). Jedná se především o spolupráci se službami, které daného jedince vedou k ještě vyšší míře osamostatnění, než které nabízí daná služba. Jako příklad můžeme uvést zmíněnou sociální rehabilitaci Elim nebo Otrokovickou o.p.s., které spolupracují s neziskovou organizací Naděje. Dále dochází ke

spolupráci se speciálními školami, ze kterých mohou klienti do dané služby přijít. Častá je také spolupráce uvnitř jedné organizace. Klientům se tak dostává více možností uplatnění a trávení času, socializace a osamostatnění.

Informovanost zprostředkovává i **komunitní centrum**, které je součástí Chráněného bydlení v Otrokovicích. Jedinci se zde mají možnost dozvědět o nabízených pracovních místech.

Další formou propagace služeb jsou **propagační letáky**, které jsou rozšířeny na nejčastějších místech, kam případní zájemci dané služby docházejí, jako je ordinace psychiatrických lékařů a speciální školy.

Sociální pracovníce daných služeb komunikují především s opatrovníky klientů. Ti zajišťují veškerou organizační a informační činnost. Jelikož jsou klienti dospělými osobami, rozhodnutí, zda se jim vybraná služba zamlouvá a budou do ní docházet, je poté na nich.

Jaké faktory ovlivňují socializaci jedince s DS?

Nejčastěji zmiňovaným faktorem, který z největší části ovlivňuje začlenění jedinců s Downovým syndromem do společnosti, je **samotný verbální projev – komunikace**. Pro většinu klientů, se kterými byl rozhovor veden, byl slovní projev velice problematický. Ze strany výzkumníka bylo potřeba vynaložit většího úsilí, aby jejich výpovědím porozuměl.

Sociální pracovníce a matky respondentů uvádí, že při pravidelném styku s klienty se komunikace postupně usnadňuje. Komunikační partneři si časem vzájemně lépe rozumí, pracovníce s klienty po delším navštěvování služby dokážou jednodušeji komunikovat. Z počátku však může být komunikace náročná pro všechny zúčastněné strany. Pokud totiž není klientovi porozuměno, dochází ke změnám nálad a k negativním pocitům, které ústí až ke vzteku a demotivaci v komunikaci dále pokračovat.

Mezi další faktory, které mohou socializaci daných jedinců ovlivnit, můžeme řadit **povahu, charakter a vlastnosti** daného jedince. Tyto faktory však při začleňování do společnosti nemusí činit překážku jen námi pozorované skupině, ale také jedincům intaktním. U osob s Downovým syndromem se k těmto aspektům řadí také **mentální postižení**.

Uveden byl také **aktuální zdravotní stav jedince** a případné **změny vzhledu**, které mohou proces socializace komplikovat. V námi dotazovaném vzorku respondentů hrál tento faktor roli jen u jednoho z nich, tuto skutečnost tudíž nelze brát jako obecně platné pravidlo.

Jaká je samotná motivace osob s DS se socializovat a zapojovat do běžného života?

Samotná motivace klientů zapojit se do společenského života je **individuální**. Ovlivňuje ji například rodinné prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal, možnosti sociálních služeb, které má

k dispozici, informovanost, věk klienta nebo připravenost osamostatnit se. K tématu osamostatnění se je potřeba zmínit také připravenost rodičů, aby jejich dítě bydlelo samostatně. Ať už buď v domově pro osoby se zdravotním postižením, chráněném bydlení nebo podpoře samostatného bydlení.

Během práce v terénu jsme se setkali s klientkou, která momentálně bydlí s rodinou, ale při rozhovoru zazněla touha, že by se ráda odstěhovala a bydlela samostatně. Na stejné téma jsme se pak ptali také opatrovnice dané klienty, která však tuto možnost zatím nezvažuje. Stejná odpověď zazněla od opatrovnice druhého klienta, který také navštěvuje Sociálně terapeutickou dílnu v Rokytnici. U něj se však setkáváme s vlastním nezájmem měnit prostředí a chtít se osamostatnit. Tento klient odmítá i další nabízené služby, jako je sociální rehabilitace a pracovní místo při úklidech panelových bytů. Matka uvádí, že je nejvíce spokojený, když je celá rodina pohromadě a můžou trávit čas spolu.

Vlastní motivaci k socializaci jsme mohli také pozorovat v chráněném bydlení. I zde se našly rozdíly mezi klienty, je tedy třeba zvolit individuální přístup. Chráněným bydlením jsou nabízené řady aktivit, které mohou klienti využívat. Někteří jedinci preferují aktivity pouze za přítomnosti jedné sociální pracovnice, případně jednoho dalšího klienta. Těmito aktivitami je myšlen například ping pong či jízda na kole. Jiní se naopak rádi účastní akcí, kde je přítomno více jedinců.

Klienti mezi sebou navazují přátelské vztahy. Zároveň rozlišují, kteří jedinci a sociální pracovnice jim vyhovují více a kteří méně. Přátelí se rovněž s osobami mimo sociální služby. Také z hlediska aktivit vykazují preferenci určitých činností na úkor jiných.

6 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá možnostmi socializace dospělého jedince s Downovým syndromem v rámci Zlínského kraje. V praktické části byly osloveny sociální pracovnice sociálních služeb, klienti daných služeb a matky dvou respondentů. Na základě jejich vyjádření byly nalezeny odpovědi na čtyři výzkumné otázky. Pro analýzu odpovědí z rozhovorů s respondenty jsme použili metodu konstantní komparace, pomocí které jsme si námi stanovené výzkumné otázky zodpověděli. Výpovědi jsme doplnili o poznatky z pozorování, které probíhalo při osobních návštěvách daných sociálních služeb.

Pro bakalářskou práci byli respondenti hledáni na základě metody záměrného (účelového) výběru přes instituci. V první řadě byl navázán kontakt s danou sociální službou a v případě že jedinec s Downovým syndromem do služby dochází, byl veden rozhovor se sociálními pracovníci, opatrovníky a samotnými jedinci s Downovým syndromem.

Vlastní terénní výzkum se konal ve dvou termínech. První návštěva sociálních služeb proběhla v květnu roku 2022 a druhá v dubnu 2023. Hlavní příčinou opakované návštěvy sociálních služeb bylo nedostatečné množství získaných dat po prvních vedených rozhovorech se sociálními pracovníci a rodiči dvou klientů. Autorka se při druhé návštěvě lépe připravila na kontakt s daným prostředím a také na vedení samotného polostrukturovaného rozhovoru. Doplňkové informace získané během tohoto termínu významně napomohly zodpovězení výzkumných otázek.

První rozhovory z roku 2022 byly vedeny na základě osobní návštěvy sociálních služeb, sociálně terapeutické dílny, chráněného bydlení a ústního rozhovoru se sociálními pracovníci i klienty. Během rozhovorů z roku 2023 autorka využila více forem této kvalitativní metody, dle možností respondentů i svých. Se sociální pracovníci ze sociálně terapeutické dílny byl veden rozhovor pouze písemnou formou, otevřené otázky jí byly zaslány prostřednictvím emailu. S rodiči byl veden rozhovor telefonicky, došlo k doplnění a potvrzení informací z předešlého roku. S klienty se rozhovor podruhé neprováděl.

V chráněném bydlení byli klienti individuálně tázáni na sadu otázek z polostrukturovaného rozhovoru, s jednou sociální pracovnící byl veden rozhovor ústní formou a při komunikaci s druhou sociální pracovnící bylo využito dotazníkového šetření prostřednictvím otevřených otázek zaslanych online formou. Aby práce postihla širší okruh sociálních služeb, autorka se rozhodla kontaktovat sociální službu ve Zlíně, Centrum sociálních služeb Ergo, a sociální pracovnice zvolila písemnou formu interview prostřednictvím emailu.

Rozhovory s klienty sociálních služeb jsou do závěru zahrnuty pouze jako doplňkové. Z důvodu jejich mentálního postižení, problémové komunikace a potíží vyjádřit se, nebylo z uskutečněných rozhovorů možné vyvozovat závěry a odpovědi k výzkumným otázkám. Jednalo se pouze o zdroj informací, který autorce poskytl podněty pro otázky směřované na opatrovníky a sociální pracovníce. Je ale důležité zmínit, že tato setkání s jednotlivými klienty byla pro autorku velice přínosná, jelikož získala náhled do fungování služeb i do osobností klientů. Všichni klienti projevili snahu zodpovědět otázky dle svých možností. Autorka každý rozhovor přizpůsobila danému respondentovi, jeho komunikační úrovni a schopnosti na dotazy odpovídat.

Po druhém kole sběru dat bylo možné zodpovědět autorkou stanovené výzkumné otázky. Bylo potvrzeno působení na socializaci jedince primárně v rodinách. Rodina na jedince působí ve větší míře, pokud je klientem ambulantní služby, a méně, když služby pobytové. Jedním z důvodů je intenzivnější styk rodiny s klientem. Toto působení však v některých případech může vést k menší podpoře soběstačnosti u jedinců a k nižší motivaci klienta osamostatnit se.

Součástí rozhovorů bylo také téma pracovního uplatnění. Klienti využívají často nabízených pracovních míst, která jsou k dispozici prostřednictvím spolupráce dané sociální služby a poskytovatele pracovního uplatnění. Jedinci nabídek využívají individuálně.

7 Závěr

V této bakalářské práci jsme blíže nahlédli do procesu socializace dospělé osoby s Downovým syndromem v rámci Zlínského kraje. V teoretické části jsme popsali Downův syndrom a klasifikovali mentální postižení. Zároveň byla zmíněna a stručně popsána 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Porovnali jsme změny se starší revizí MKN-10. Na základě zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. a zákona o zaměstnání 435/2004 Sb. jsme charakterizovali jednotlivé možnosti socializace pro jedince se zdravotním postižením, jak v resortu sociálním, tak pracovním.

V praktické části jsme za využití kvalitativních metod sběru dat hledali odpovědi na námi stanovené výzkumné otázky. Byly vedeny rozhovory se sociálními pracovníci daných sociálních služeb, opatrovníci dvou klientů a s pěti klienty ze dvou sociálních služeb. Pro komunikaci s jednotlivými respondenty byly voleny rozdílné formy interview dle jejich preferencí a potřeb. Při interview s opatrovníky bylo využito telefonického rozhovoru, sociálními pracovníci byly otevřené otázky položeny prostřednictvím dotazníkové formy zaslané emailem. S jednou sociální pracovnící byl veden ústní polostrukturovaný rozhovor. Se všemi respondenty s Downovým syndromem komunikace probíhala pomocí ústního polostrukturovaného rozhovoru přímo v navštěvované službě. Byly kladeny přímé a jednoduché otázky dle možností respondenta.

V rámci výzkumu byly kontaktovány tři sociální služby. Centrum sociálních služeb Ergo Zlín poskytlo dotazníkový rozhovor od sociální pracovníce. Ostatní dvě služby byly navštíveny osobně, jednalo se o Sociálně terapeutickou dílnu v Rokytnici a Chráněné bydlení v Otrokovicích. Obě tyto služby spadají pod neziskovou organizaci Naděje. Při návštěvě těchto zařízení bylo rovněž využito metody pozorování.

Na základě pozorování a rozhovorů jsme mohli vyvodit odpovědi na naše zkoumané výzkumné otázky a naplnit cíl práce, kterým bylo zjistit, jaké možnosti socializace mají klienti s Downovým syndromem a jestli mají o navštěvování zařízení/služeb zájem. Hlavní roli při výběru zařízení, kam bude jedinec s Downovým syndromem docházet, hraje dostupnost služby a motivace samotného klienta k jejímu využívání. I přes dostatečnou informovanost opatrovníků a rostoucí počet míst, kde se dají potřebné informace dohledat, je zásadní samotné rozhodnutí klienta, zda má zájem službu navštěvovat. V případě nezájmu je poté na opatrovnících nebo sociálních pracovnících jedinci najít službu, která by mu vyhovovala více. Příležitosti pro klienty, které sociální pracovníce nabízí, jsou často vybírány

na základě spolupráce mezi jednotlivými sociálními službami. Dané zařízení informuje o dalších možnostech využívání služeb, se kterými má uzavřenou spolupráci.

Zájem o využívání sociálních služeb ze strany jedinců s Downovým syndromem je vysoce individuální. Závisí na jejich povaze, výchově a přístupu rodiny. Rozhodující roli může hrát i věk, připravenost rodiny na osamostatnění respondenta a finanční možnosti. Každému jedinci může vyhovovat jiná sociální služba i jiné časové rozvržení.

V rámci této bakalářské práce jsme zároveň zmapovali možnosti sociálních služeb pro osoby s Downovým syndromem ve Zlínském kraji. Do našeho seznamu byly vybírány převážně sociální služby pro jedince s mentálním postižením, kdy mentální postižení je jedním ze společných znaků všech jedinců s Downovým syndromem.

Respondenti také odpovídali na otázky spojené s tématem pracovního uplatnění. Pro klienty daných služeb jsou nabízena pracovní místa na chráněném trhu práce nebo v sociálních podnicích, na základě zřízených spoluprací mezi sociálními službami a zaměstnavateli daných firem. Následně je pouze na klientovi, zda nabídky využije a pracovní místo přijme. Motivace k docházení do zaměstnání jsou u klientů individuální. U jedinců pobytové služby, chráněného bydlení, je motivace vyšší, jak u klientů služby ambulantní, sociálně terapeutické dílny. Respondenti nejčastěji navštěvují pracovní místa v Kavárně Naděje Otrokovice nebo sociální podniky, jako Naděje, otrokovická o.p.s. - úklidy bytových prostor a jídelny.

Seznam literatury

1. AINSWORTH, Patricia a Pamela C. BAKER, 2004. *Understanding mental retardation*. Jackson: University Press of Mississippi. Understanding health and sickness series. ISBN 978-1-57806-646-9.
2. Anon., 2003. *Standardy kvality sociálních služeb. 2.*, upr. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-86552-67-5.
3. ATKINSON, Rita L., Erik HERMAN, Miroslav PETRŽELA a Dagmar BREJLOVÁ, 2003. *Psychologie. 2.*, aktualiz. vyd., V Portálu 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-640-5.
4. BAJO, Ivan a Štefan VAŠEK, 1994. *Pedagogika mentálne postihnutých: (Psychopédia)*. 1. vyd. Bratislava: Sapiencia. ISBN 80-967180-1-0.
5. BARTÁK, Jan a Milan DEMJANENKO, 2021. *Sociální andragogika: andragogika v procesu socializace člověka*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3997-7.
6. BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ, 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání. 2.* vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-161-4.
7. BEDNÁŘ, Martin, 2012. *Kvalita v sociálních službách. 1.* vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3069-0.
8. BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL, 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole. Vyd. 1.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3854-3.
9. ČERNÁ, Marie, 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vydání druhé.* Praha: Univerzita Karlova v Praze : Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.
10. DOLEJŠÍ, Mojmír, 1978. *K otázkám psychologie mentální retardace. 2.* vyd. Praha: Avicenum/zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-065-78.
11. FAITOVÁ, Ivana, 2001. *MOZAIKOVÝ DOWNŮV SYNDROM*. ISSN 1211-2720.
12. FISCHER, Slavomil, 2014. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální : učebnice pro studenty učitelství. 1.* vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-792-7.
13. GULOVÁ, Lenka a Radim ŠÍP, 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi. Vyd. 1.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4368-4.
14. HARTL, Pavel, Helena HARTLOVÁ-CÍSAŘOVÁ a Karel NEPRAŠ, 2010. *Velký psychologický slovník. Vyd. 4., V Portálu 1.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

15. HELUS, Zdeněk, 2015. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4674-6.
16. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
17. HORECKÝ, Jiří a Petra CIBULKOVÁ, 2020. *Management a kvalita sociálních služeb*. Vydání 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-06-0.
18. CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.
19. CHVÁTALOVÁ, Helena, 2012. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0054-3.
20. JEDLIČKA, Richard, 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5447-5.
21. JEDLIČKA, Richard, Jaroslav KOŤA a Jan SLAVÍK, 2018. *Pedagogická psychologie pro učitele: psychologie ve výchově a vzdělávání*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0586-1.
22. KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Olga KREJČÍŘOVÁ a Oldřich MÜLLER, 2013a. *Charakteristika dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3712-5.
23. KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Olga KREJČÍŘOVÁ a Oldřich MÜLLER, 2013b. *Charakteristika dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3712-5.
24. KRATOCHVÍL, Stanislav, 1995. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-85824-20-9.
25. KREJČÍŘOVÁ, Olga a Zdeňka KOZÁKOVÁ, 2013. *Profesní příprava a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3711-8.
26. KREJČÍŘOVÁ, Olga, Zdeňka KOZÁKOVÁ a Oldřich MÜLLER, 2013. *Teoretická východiska speciální pedagogiky u osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3715-6.
27. KREJČÍŘOVÁ, Olga a Ivana TREZNEROVÁ, 2011. *Malý lexikon sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2754-6.
28. KROUPOVÁ, Kateřina, 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5264-8.

29. KŘÍŽKOVSKÁ, Petra a Petra TOMALOVÁ, 2012. *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3375-2.
30. KUČERA, J., 1981. *Downův syndrom, model a problém*. Praha: Avicenum/zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-084-81.
31. KYSUČAN, J., 1982. *Úvod do psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
32. LEČBYCH, Martin, 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2071-4.
33. MAŇÁK, Josef, Štefan ŠVEC a Vlastimil ŠVEC, 2005. *Slovník pedagogické metodologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita : Paido. ISBN 978-80-7315-102-7.
34. MATOUŠEK, Oldřich, 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.
35. MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN, 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
36. MICHALÍK, Jan, 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
37. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1362-5.
38. MOLEK, Jan, 2009. *Marketing sociálních služeb*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416-026-4.
39. MONTOUSSÉ, Marc, Gilles RENOARD, Kateřina DOHNALOVÁ a Jan KELLER, 2005. *Přehled sociologie*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-976-5.
40. NAKONEČNÝ, Milan, 2013. *Lexikon psychologie*. 2., podstatně rozšířené vyd. Praha: Vodnář. ISBN 978-80-7439-056-2.
41. NAKONEČNÝ, Milan, 2020. *Sociální psychologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-842-0.
42. NOVOSAD, Libor, 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
43. OPATŘILOVÁ, Dagmar, 2005. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-3819-6.
44. PILÁT, Miroslav, 2015. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Vydání první. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0932-4.

45. PIPEKOVÁ, Jarmila a Hans HOVORKA, 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 978-80-85931-65-5.
46. PIPEKOVÁ, Jarmila, Marie VÍTKOVÁ a Miroslava BARTOŇOVÁ, 2014. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení = From education to social inclusion of people with health disabilities with focus on intellectual disabilities*. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7689-1.
47. PIVARČ, Jakub, 2020. *Na cestě k inkluzi: proměny pedagogických procesů ve vzdělávání a jejich pojetí učiteli a zástupci vedení ZŠ*. Place of publication not identified: Charles University, Faculty of Education Press : Charles University, Faculty of Education Press. ISBN 978-80-7603-197-5.
48. POKRIVČÁK, Tomáš, 2009. *Syndromy a symptomy*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-136-9.
49. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2013. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.
50. PUESCHEL, Siegfried M., 1997. *Downův syndrom: metodická příručka pro rodiče : pro lepší budoucnost*. Praha: Tech-Market. ISBN 978-80-86114-15-6.
51. RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, 2015. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. První české vydání. Praha: Hogrefe - Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.
52. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ, 2006. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1475-1.
53. RUBINŠTEJNOVÁ, S. J., 1986. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. B.m.: SPN. ISBN 14-428-86.
54. SELIKOWITZ, Mark a Dagmar TOMKOVÁ, 2011. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-882-1.
55. SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
56. SMÉKAL, Vladimír, ed., 2004. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 2., opr. vyd. Brno: Barrister & Principal. Studium. ISBN 978-80-86598-65-9.
57. STRUSKOVÁ, Olga, 2000. *Děti z planety D.S.* 1. vyd. Praha: G plus G. Zde a nyní. ISBN 978-80-86103-31-0.

58. STUPKOVÁ, V., H. NOVÁKOVÁ a K. KÖLBLOVÁ, 2004. *Tranzitní program - ze školy do práce*. Praha: Jedliškův ústav a školy. ISBN 80-247-0704-7.
59. ŠIŠKA, Jan, 2005. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0992-8.
60. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva, 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.
61. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
62. THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
63. VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-308-4.
64. VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
65. VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
66. VALENTA, M. a O. KREJČÍŘOVÁ, 1997. *Psychopedie: kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Vyd. 1. Olomouc: Netopejr. ISBN 978-80-902057-9-6.
67. VALENTA, Milan, 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0602-6.
68. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, 2018. *Mentální postižení. 2.*, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.
69. VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER, Marie VÍTKOVÁ, Jan MICHALÍK, Zdeňka KOZÁKOVÁ, Petra JURKOVIČOVÁ, Jaroslava DOSEDLOVÁ, Iva STRNADOVÁ, Monika MUŽÁKOVÁ a Ondřej JEŠINA, 2021. *Psychopedie. Šesté aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-290-3.
70. VÍTKOVÁ, Marie, 2004a. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální. 2.*, rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-071-6.
71. VÍTKOVÁ, Marie, 2004b. *Otázky speciálně pedagogického poradenství: základy, teorie, praxe : učební text k projektu „Integrované poradenství pro znevýhodněné osoby na trhu práce v kontextu národní a evropské spolupráce“*. Vyd. 2. Brno: MSD. ISBN 978-80-86633-23-7.
72. VOSMIK, Miroslav, 2018. *Inkluze a kariérové poradenství*. B.m.: Dr. Josef Raabe s.r.o. ISBN 978-80-7496-357-5.

Články a klasifikační práce:

1. ARRON, K., C. OLIVER, J. MOSS, K. BERG a C. BURBIDGE, 2011. The prevalence and phenomenology of self-injurious and aggressive behaviour in genetic syndromes: Self-injurious behaviour in genetic syndromes. *Journal of Intellectual Disability Research* [online]. 55(2), 109–120. ISSN 09642633. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01337.x
2. DESAI, Sindoor S, 1997. Down syndrome. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* [online]. 84(3), 279–285. ISSN 10792104. Dostupné z: doi:10.1016/S1079-2104(97)90343-7
3. PAPEŽ, Jiří, 2020. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením* [online]. Plzeň. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/handle/11025/41387>
4. SHERMAN, Stephanie L., Emily G. ALLEN, Lora H. BEAN a Sallie B. FREEMAN, 2007. Epidemiology of Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* [online]. 13(3), 221–227. ISSN 10804013, 10982779. Dostupné z: doi:10.1002/mrdd.20157
5. ZAJÍCOVÁ, Zuzana, 2014. *Analýza chráněných pracovních míst v ČR podle jejich vzniku v občanském sektoru a v obchodních společnostech* [online]. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Katedra studií občanské společnosti. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/71650>

Internetové zdroje:

1. CSP ZLÍN, O.P.S. *Centrum sociálních služeb Ergo Zlín* [online]. © 2023 [cit. 2023-12-04]. Dostupné z: https://www.cspzlin.cz/zarizeni/centrum_socialnich_sluzeb_ergo_zlin.htm
2. ELIM VSETÍN. *Sociální rehabilitace Elim* [online]. © 2009 - 2017 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <http://www.elimvsetin.cz/o-sluzbe5>
3. KISSOS. *Centrum sociálních služeb Ergo Zlín* [online]. © 2014 - 2023 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://www.socialnisluzbyzk.cz/sluzby/centrum-socialnich-sluzeb-ergo-zlin-108/>
4. MPSV. *MPSV: Sociální služby* [online]. © 2020 [vid.2022-04-17]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>
5. NADĚJE a). *O Naději* [online]. © 2013 - 2023 [cit. 2023-15-03]. Dostupné z: https://nadeje.cz/ustredi_nadeje

6. NADĚJE b). *Sociálně terapeutická dílna Rokytnice* [online]. © 2013 - 2023 [cit. 2023-15-03]. Dostupné z: https://www.nadeje.cz/vsetin/socialne_terapeuticka_dilna4
7. NADĚJE c). *Chráněné bydlení Otrokovice* [online]. © 2013 - 2023 [cit. 2023-15-03]. Dostupné z: https://www.nadeje.cz/otrokovice/chranene_bydleni
8. ÚZIS ČR. *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. © 2022 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/Q90>
9. ÚZIS ČR. *Náhled české verze Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize - MKN-11 pro statistiky úmrtnosti a nemocnosti* [online]. © 2023 [cit. 2023-11-04]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/ext/mkn-11-nahled/>
10. WHO. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* [online]. © 2023 [cit. 2023-18-02]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1207960454>

Legislativa

1. *Zákony pro lidi, zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách*, [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2023 [cit. 2022-13-04]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
2. *Zákony pro lidi, zákon č. 435/2004 Sb. Zákon o zaměstnanosti*, [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2023 [cit. 2022-13-04]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

Seznam zkratk

MKN	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
str.	strana
AAMR	Americká asociace pro mentální retardaci
et al.	a další
tzv.	takzvaně
DSM - V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
IQ	intelligenční kvocient
SVP	specifické vzdělávací potřeby
Sb.	sbírka
č.	číslo
STD	Sociálně terapeutická dílna
CHB	Chráněné bydlení
o.p.s.	Obecně prospěšná společnost
např.	například
atd.	a tak dále

Seznam příloh

Příloha č. 1: Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovníce Sociálně terapeutické dílny Rokytnice 1

Příloha č. 2: Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovníce Sociálně terapeutické dílny Rokytnice 2

Příloha č. 3: Telefonický polostrukturovaný rozhovor s matkou klienty Lucie ze Sociálně terapeutické dílny Rokytnice

Příloha č. 4: Telefonický rozhovor polostrukturovaný s matkou klienta Ondřeje ze Sociálně terapeutické dílny Rokytnice

Příloha č. 5: Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovníce Chráněné bydlení Otrokovice 1

Příloha č. 6: Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovníce Chráněné bydlení Otrokovice 2

Příloha č. 7: Ústní otevřený polostrukturovaný rozhovor se sociální pracovnící Chráněné bydlení Otrokovice

Příloha č. 8: Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovníce Centrum sociálních služeb Ergo Zlín

Příloha č. 9: Seznam sociálních služeb zlínského kraje pro osoby s mentálním postižením

Příloha č. 10: Informovaný souhlas

Příloha č. 1: Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovnice Sociálně terapeutické dílny Rokytnice 1

SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÉ DÍLNY

1. Máte stále 4 klienty ve službě s Downovým syndromem (DS)? Kolik máte klientů celkem?

„Nyní máme v naší službě STD celkem 24 klientů z toho 4 s Downovým syndromem.“

2. S jakými organizacemi spolupracujete? Další možnosti socializace? Případně které další služby klienti navštěvují/mají možnost navštěvovat (sociální rehabilitace, chráněné bydlení, nějaké pracovní uplatnění)?

„Nyní úzce spolupracujeme se sociální rehabilitací, kde realizujeme pravidelné schůzky skrze trojstrannou dohodu. Na těchto schůzkách se věnujeme individuálním plánům a jakými společnými kroky a postupy na těchto individuálních plánech můžeme spolupracovat. O chráněném bydlení, taktéž informujeme. O toto zařízení není zatím od opatrovníků zájem. Co se týká možnosti uplatnění, tak nemáme moc možností. Nyní spolupracujeme s obecně prospěšnou společností, kde mají klienti možnost uklízet panelové domy. Toto zatím využil 1 klient s Downovým syndromem. Avšak po náhledech a vyzkoušení si této práce, tuto nabídku nepřijal. Další možné uplatnění bylo rozjednáno v sociálním podniku, kde však prozatím nebylo vytvořeno pracovní místo.“

3. Informujete rodiče/klienty/opatrovníky o dalších možnostech socializace? Radí se s Vámi?

„O možnostech sociální rehabilitace, obecně prospěšné společnosti nebo o sociálním podniku vědí. Jinak pokud nemáme navázanou spolupráci, neinformujeme. Klienty podporujeme v rámci socializace v návštěvách kin, restaurací apod. tak, že s nimi tento nácvik provádíme v rámci kontaktu s přirozeným prostředím. Rodiče/ opatrovníci se s námi o těchto možnostech neradí.“

4. Jaká je informovanost o možnosti návštěvy STD v Rokytnici? Přes co/koho se o Vás jedinci/opatrovníci klientů dozvěděli?

„Jsme v kontaktu se s praktickou školou Vsetín, kde nabízejí absolventům služby STD. Kontaktujeme také odbornou školu v Kelči, kde spolupráce je stejná. Také spolupracujeme s veřejnými opatrovníky, kteří naši službu znají a tím pádem mohou kontaktovat osoby naší cílové skupiny. Jinak jsem na webových stránkách.“

5. Mají rodiče/opatrovníci a klienti zájem další socializace? Najít si práci, případně chráněné bydlení/podpora samostatného bydlení?

„Je to různé. Někteří rodiče/opatrovníci mají o výše uvedené zájem, ale někdo nechce ani slyšet. Někteří z rodičů či opatrovníků mají strach o příjmy jako je příspěvek na péči apod. Toto se týká především pracovního uplatnění. Potřebu chráněného bydlení si neuvědomují a odůvodňují to věkem klientů. Rodiče v tomto směru bylo edukováni sociální pracovníci STD.“

6. Jak probíhá práce s klienty (převážně s DS) v STD?

„Poslání v STD je rozvíjet a udržovat pracovní dovednosti a schopnosti a také je připravovat na možné uplatnění na pracovním trhu. Od toho se odvíjí náš přístup. Pracujeme v pracovních blocích a přestávkách a dbáme na jejich dodržování. Tak klienty připravujeme na dodržování určitých pravidel i v práci. Klienti s Downovým syndromem mají obtíže ve verbálním projevu, proto využíváme u některých komunikační systém voks, u některých stačí si jejich komunikační kanál naposlouchat. Při zadání činnosti, podle toho, ve kterém programu klient zrovna je, mu dáváme na výběr z činností. Tak podporujeme jeho rozhodování. Klienti činnosti přijímají a pracují na nich. Při vysvětlování činnosti nenastává komunikační blok a klienti pochopí zadání. Pracujeme také podle individuálního plánu, který je sestaven například pomocí fotek apod.“

7. Jak probíhá proces od navštěvování STD po pracovní rehabilitaci?

„Na Vsetíně je málo pracovních míst. Navazuje o.p.s. (obecně prospěšnou společnost) a Otrokovice Naděje – úklid panelových domů – na první a druhou schůzku jde s klientem pracovnice z dílny na nácviky, aby tam měl klient někoho známého k sobě, a potom se předá o.p.s., kdy pracovnice z OPS s klientem chodí pokaždé. Zároveň se spolupracuje se sociální rehabilitací, která tam klienta vodí a odvádí. Nacvičuje to s nimi.“

8. Je možnost společného trávení času i po programu v STD? Jsou pořádány nějaké akce/společenské události NADĚJÍ na Vsetíně, kam klienti z STD chodí?

„Ne. Preferujeme, aby klienti trávili volný čas samostatně. Tak aby nebyl realizován Nadějí a tím pádem abychom klienty nekonzerovali jen v kontaktech Naděje.“

9. Komunikují klienti s DS často s ostatními klienti? V případě že ano, tak tráví jedinci s DS spolu čas navzájem, nebo i s jedinci s jiným typem postižením? Mají i vlastní motivaci o socializaci mezi s sebou navzájem?

„Jelikož nemají dobrou verbální komunikaci, tak sami kontakty nenavazují. Musí k nim někdo dojít a pak se baví rádi. Ale když něco potřeba. Ondra, když má dobrou náladu, tak do ostatních drcne a tím začne komunikaci. Mají v dílnách oblíbené i méně oblíbené lidi, se kterými se baví.“

10. Snažíte se o socializaci klientů i v rámci STD?

„Ano. Socializace probíhá prostřednictvím výkonu kontakt se společenským prostředím. Už to, že klienti dochází do STD, probíhá socializace.“

11. Do jaké míry jsou jedinci s DS z STD samostatní? Kolik potřebují dopomoci a při jakých činnostech obzvlášť?

„Ve větší míře jsou klienti samostatní. Během činnosti klienti potřebují pouze slovní podporu a slovní motivaci k činnosti.“

12. Jakou podporu Vám poskytuje stát? Za jakých podmínek může STD fungovat? Případně jaká podpora je poskytována rodičům ve vztahu k sociálním službám a pracovní rehabilitaci?

„Jelikož je služba STD bezplatná, tak je ve větší míře ztrátová. Jsme závislí na dotaci a podpoře od kraje. Musíme také dokládat počty výkonů vzhledem k úvazkům a poskytované podpoře. Myslím, že služba STD je velmi špatně uchopena státem a jejím nastavením.“

Informace přímo o klientech:

1. Kolik je Lucii a Ondřejovi let?

„Ondřejovi je 34 let, Lucii je 31 let.“

2. Jaké jsou dovednosti Lucky a Ondry komunikovat, sociální dovednosti, pracovní dovednosti?

„Žádný z těchto klientů nepoužívá systém voků ani jinou alternativní komunikaci. Rozumějí mluvenému slovu, a tím pádem i slovnímu vedení k činnosti. Nenavazují samostatně komunikaci, pracovní dovednosti jsou velmi dobré. Zvládají starost o domácnost.“

3. Jak dlouho jsou již klienty STD? A kde případně byli/jaká zařízení navštěvovali dříve?

„Dochází do STD 7let, dříve do DS.“

4. Ve které dny do STD dochází?

„Lucie – 4x týdně a Ondřej – 3x týdně“

5. Která další zařízení/služby využívají (osobní asistence,...)

„Sociální rehabilitace“

6. Spolupracuje STD s rodinnými příslušníky/opatrovníky?

„Ano, jsme s nimi v kontaktu.“

7. Vidíte u Lucky a Ondry nějakou změnu v rámci socializace (komunikace, samostatnost, ..) za dobu, co jsou u Vás v STD?

„Jsou více samostatnější a více se zapojují do kolektivu.“

Příloha č. 2: Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovnice Sociálně terapeutické dílny Rokytnice 2

1. Popis služby v sociálně terapeutických dílnách. Krátká charakteristika.

„Sociálně terapeutická dílna Naděje je ambulantní služba pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Pomáháme klientům rozvíjet jejich pracovní dovednosti, usilujeme o jejich samostatnější fungování v životě či jejich uplatnění v placeném zaměstnání.

Klienti se rozvíjí své dovednosti ve 4 programech:

-hospodář- domácí práce (práce v kuchyni, úklidové práce, vaření, péče o domácnost)

-řemeslník- práce se dřevem, drobné opravářské práce, práce na zahradě, práce s nářadím

-výtvarník- různé výtvarné aktivity

-program č. 4- individuální aktivity dle potřeb klienta- rozvoj finanční gramotnosti, orientace v čase, práce s počítačem, vyhledávání informací, všeobecné znalosti a dění ve světě, prostorová orientace...

Klienti pracují v hodinových blocích, po kterých následuje 15min přestávka, dbáme na dodržování pracovních povinností. Pravidla jsou nastavena podobně jako v běžném zaměstnání - svou nepřítomnost klient omlouvá, v případě dovolené vypisuje dovolenku, v případě ošetření u lékaře si bere propustku, zapisuje si docházku.

Pracujeme s vizualizací, rutinou, činnosti zadáváme (tak jako v běžném zaměstnání).“

2. S jakými organizacemi spolupracujete s možností následného zaměstnání pro své klienty?

„Spolupracujeme s Otrokovickou o.p.s., která zaměstnává některé naše klienty jako pracovníky úklidu. Dále se sociální rehabilitací, která má v náplni práce vyhledávání vhodných pracovních pozic, nácviky v novém zaměstnání až do úplného zaučení. S pracovní rehabilitací ÚP nespolečně pracujeme, neboť se nám spolupráce neosvědčila. Vhodné pracovní nabídky hledáme také při individuální práci s klientem v STD.“

3. Jaké předpoklady musí mít jedinci pro možnost docházení do STD?

„Službu STD Naděje, pobočka Vsetín mohou využívat osoby s mentálním či kombinovaným hendikepem ve věku 15-64 let. Osoba by měla být samostatná v oblasti hygieny, stravování a péče o vlastní osobu. Jedná se tedy o osoby s nižší mírou podpory.“

4. Lucie:

a. V čem se Lucka zlepšila během svého pobytu v STD?

„Klientka je více samostatná v činnostech důležitých pro samostatný život (péče o domácnost), nabyla sebevědomí, že je v určitých činnostech dobrá. Zažívá úspěch, je motivovaná najít si zaměstnání.“

b. Jaká činnost jí nejvíce baví v STD? Co ráda dělá?

„Lucii baví žehlení. Ráda by si našla takového placené zaměstnání. Dále se ráda věnuje výtvarným aktivitám.“

c. Jaká činnost Lucku nebaví?

„Nebaví jí práce v řemeslné dílně a fyzicky náročnější činnosti.“

d. Bavili jste se s maminkou o možnostech zaměstnání? Případně v jaké oblasti?

Konkrétní místo?

„S maminkou jsme se bavily o možnostech v sociálním podniku Chceš Můžeš, Letokruhy, Vsetín- žehlení.“

e. Je samostatná nebo potřebuje hodně dopomoci? Případně s čím?

„Klientka je samostatná, pomoc spíše formou slovní podpory s průběžnou kontrolou.“

f. Jak je Lucka zapojena v kolektivu ostatních?

„Klientka je velmi komunikativní a přátelská. Více však komunikuje s pracovníky, kteří ji rozumí. Pokud se nemůže domluvit, snaží se zapojit gesta, citoslovce, ... Komunikace je pro ni velmi důležitá a většinou se komunikovat neostýchá.“

5. Ondra:

a. V čem se Ondra zlepšil během svého pobytu v STD?

„Klient si osvojil především mužské činnosti, upevnil svou mužskou roli. Celkově rozvoj pracovních dovedností vedl k samostatnosti.“

b. Jaká činnost ho nejvíce baví v STD? Co rád dělá?

„Typicky mužské činnosti- práce na zahradě, práce s nářadím.“

c. Jaká činnost Ondru nebaví?

„Některé výtvarné aktivity.“

d. Bavili jste se s maminkou o možnostech zaměstnání? Případně v jaké oblasti?

Konkrétní místo?

„S klientem a jeho maminkou byl rozjednán nástup do zaměstnání do Otrokovické o.p.s.- klient měl pracovat jako pracovník úklidu panelového domu ve Vsetíně. Nakonec klient toto pracovní místo odmítl.“

e. Je samostatný nebo potřebuje dopomoci?

„Klient je samostatný a u velké části činností je potřeba pouze slovní dopomoc. Při práci s náradím je potřeba větší míry dopomoci.“

f. Je Ondra zapojen do kolektivu ostatních? Baví se s ostatními?

„Vzhledem k hendikepu v oblasti verbální komunikace se klient do komunikace zapojuje pouze s vybranými klienty. Při komunikaci s pracovníky klient pouze odpovídá na dotazy, většinou na uzavřené otázky. Sám od sebe víceméně komunikaci nevyhledává, neboť si svůj hendikep uvědomuje.“

Příloha č. 3: Telefonický polostrukturovaný rozhovor s matkou klientky Lucie ze Sociálně terapeutické dílny Rokytnice

V rozhovoru minulý rok jsme se bavily, že Lucie docházela na Základní školu Turkmenskou a poté přešla na učební obor do Kelče. Momentálně je 7. rokem v dílnách v Rokytnici.

„Ano, chodila na Turkmenskou. A poté na učiliště v Kelči, kde to je původně na 2 roky, ale ona to měla rozložené na čtyři. Nabídla mi to paní ředitelka ze základní školy. Bylo to na její podnět. Já bych ji tam sama nedala. Myslela bych si, že to nezvládne.“

A jak probíhal proces, před nástupem na školu?

„Napřed jsme se tam jeli jen podívat, jaké to bude, pak jsme ji tam přihlásili. To bylo všechno a tím, že jsme z Hošťálkové, tak by tam denně nemohla dojíždět, takže jsme se rozhodli, že tam bude na intru. Z toho jsem měla největší hrůzu. Lucka to teda zvládla levou zadní, jak se říká, úplně bez problémů a hlavně máme vždycky štěstí na hodné lidi, co jsou ve školských zařízeních nebo na intru. Pomáhali Lucce nad rámec jejich povinností.“

A na ubytování? Měli nějaké společenské aktivity? Jak to tam probíhalo?

„Byla v domově se zvláštním režimem, takže volný pohyb úplně nehrozil, že by mohli chodit a dělat cokoliv, bylo to vždy organizované a zvládla to dobře.“

Organizovaně chodili ven. Víím, že jeden den chodili na hřiště, chodili do kina. Vychovatelka třeba týden dopředu psala, abych dala Lucce 50 Kč víc. Jinak tam měli i taneční, ale to Lucka nechtěla. Protože tam měli jen 2 ogary a zbytek dcérky. A ti, co byli na normálním učilišti, tak nechtěli tancovat s holkami z té zvláštní školy. Jako by se jich trochu stranili. Tak prostě do tanečních nechodila. Zároveň to bylo problematické, že to bylo v pátky večer a to už jezdila Lucka domů.

Jinak tam měli organizované vycházky a hodně i sport přes zimu. Hráli i nějaké hry. Takže spíše organizovaná zábava. A toho se účastnila, tam byla spokojená.“

A co měla za obor/zaměření na učilišti?

„Byla to taková rodinka. Bylo to tak všeobecné. Jsou tam totiž jak kuchaři, prodavačky, zdravotní sestry, chlapi nějaké technické – kovo, zahradník. Takže co bylo potřeba, tak to oni dělali. Chodili do dílen, učit se vařili. Takový základ do života.“

A co po ukončení školy? Jak jste se rozhodli co dál? A informace jste si hledala přes někoho, nebo vám někdo pomáhal?

„Potom jsem hledala něco, kam by mohla po ukončení té školy jít. Oni říkali, že může pořád chodit do školy. Vlastně až do 40 let. Ale my jsme nic nenašli, nebylo nic nikde. Takže

mi doporučili terapeutickou dílnu Naděje nebo ta druhá by byla U Oveček, ale víc si k tomu nepamatují. Takže to byly dvě takové prostě... a nějak jsme prostě vybrali tu Naději.

Ne, to jsem si sama již zjišťovala, protože Kelč je Valašské Meziříčí spíš. Takže ono to se Vsetínem nespolupracuje. Nikdo mi k tomu nic neřekl.“

A před nástupem jste se v dílnách byli podívat, jestli se tam bude Luce líbit? A pak jste se rozhodli?

„Jo. Byli jsme se podívat. Máme štěstí na dobré lidi. Jsou tam lidi, co mají zájem s těmi klienty pracovat, jde vidět, že je to baví. Teď už to bude 5/6 let co Lucka do dílen dochází.“

Kromě Naděje, navštěvuje Lucka ještě další služby?

„Lucie chodí jen do Naděje a odpoledne již víc nenavštěvuje. Ale nabídli nám z Elimu rehabilitační službu, že jí naučí jezdit autobusem. Na začátku si ji vyzvedávali doma, pak na zastávce a pak se naučila jezdit úplně sama na ten Vsetín. A teď nám paní nabídla, že by tam mohla Lucie docházet ve čtvrky, protože ve čtvrtek neměli prostor v STD, když se tam přihlašovali. A teď nám z Elimu nabídli, že nám na čtvrtek udělají program, protože věděli, že mám čtvrtek nepokrytý a že oni mají kapacitu. A teď vlastně, učili se poznávat peníze, nakupovat z toho Elimu, do města. Taky jí paní učila, aby zvládla i jiný spoj, než ten jeden naučený. A teď budou mít vaření. Vždycky si ve čtvrtek uvaří oběd. Vybírají 100 Kč. Dojdou si nakoupit. Posledně měli smažený sýr, teď vaří krupici. A Lucka zvládne pak dojet i zpět.“

Má Lucie sourozence a jak s nimi vychází?

„Má starší sestru Evu. Ta bude mít letos 34. A pak bratra Štěpána a ten bude mít letos 21. Ona je prostřední. Chodíme k nim a Štěpán do nedávna bydlel s námi, takže se navštěvujeme. A teď máme i vnoučata. Klukům je 4 a 6. Vychází dobře, v rámci možností. Lucka má někdy svoje nápady, což těm normálním se nelíbí, ale v rámci možností dobré.“

Jak probíhá komunikace s Lucií?

„Lucka chápe, co jí kdo říká, ale nemluví. Snaží se vysvětlit, ale někdy se rozčiluje. Někdy když to ten člověk nemůže dlouho pochopit a ona se snaží to vážně rukama nohama vysvětlit, tak ona se rozčiluje. Ona je taková jako, jak to že jí prostě nechápe. Při konverzaci se vážně snaží pomoci, jak se dá, aby jí i ostatní porozuměli.“

Lucka je hodně společenská a ráda komunikuje s lidmi. A když začala chodit do toho Elimu, tak paní taky říkala, že jí moc nerozumí, ale teď už úplně v pohodě a to tam chodí stabilně už půl roku.“

Přemýšleli jste nad nějakým pracovním místem, kde by mohla Lucie docházet?

„Jojo, učila se žehlit, ale asi nemají nic, kam by jí dali. Vim, že měli nějaký úklid, ale tam nechtěla. To ona ani doma moc, to jen z domucení. Ona jako žehlení, že by dělala, ale asi nic není nebo to prostě nezvládá, jak by měla.

V dílnách si myslím, že to cvičí. Asi čas od času. Že by oni donesli něco na vyžehlení. Ale nevím, jak to tam funguje. Nikdy jsem se neptala. Doma vyžehlí, ale jen když je to rovné. Někaké košile, tak to ne. A je problém než spíš to vyžehlit asi to na jakou teplotu to vyžehlit. Že by jí to musel někdo nahromádkovat.“

Přemýšleli jste o nějaké formě samostatného bydlení? Bavili jste se s ní o tom?

„O chráněném bydlení o tom asi budeme uvažovat, co by s ní bylo, když já tady nebudu. Jestli by si jí dcera vzala nebo jak. Ale ještě jsme se o tom nebavili. Jako dcera jí třeba straší tím, že jí dáme někam, když bude zlobit. Ale nevím. Nechci je do toho nutit. Dcera má svou rodinu a syn má taky dcerku, takže taky sám nezůstane, aby se o ní staral, takže nevím. Ale vím, že je něco vedle Naděje, takže jsem si říkala, že bych se tam šla někdy podívat. Nebo se do budoucna informovala. To chráněné bydlení ani nevím, jestli patří pod město, nebo pod Naději, ale nevím jak to tam je a jaké jsou tam podmínky. Ještě jsem to nezjišťovala.

S Luckou jsme se o tom ještě nebavili. Ona je celkem závislá na rodině. Popravdě se mi dopředu do toho ani nechce. Jen kdyby se mi něco stalo, ale jinak je to takové nepříjemné. Lucce vysvětlovat, že by měla být někde jinde. Sice já ji taky někdy říkám, když mě nasere, že dám tě někde do ústavu, budeš tam sama, ale stejně se pak udobříme a člověku to nedá.“

Jaké jsou silné a slabé stránky od Lucie?

„Silná stránka je její dobrosrdečnost. Je to takové naše sluničko. Největší problém je u Lucky ta řeč, to procentně. Je tam nějaký blok. Chodili jsme k logopedce. I toho Štěpána máme kvůli tomu jejímu mluvení. Já jsme již nechtěla, ale chodili jsme v Olomouci k logopedce a psychologce a ta navrhla, že by se s mladším sourozencem mohla naučit mluvit. I teď, jak má ty vnuky, tak i tak jsme tam na stejné úrovni. Mně přijde, že ona vždycky, když se naučí nějaké nové slovo, tak jedno staré zapomene. Asi na to nemá kapacitu nebo co. Ale jinak po nich opakuje.“

Má Lucie ráda společnost?

„Rodinné oslavy miluje. Teď budu mít já narozeniny, tak to těší. Hlavně hodně jídlo.“

Kdo pomáhá Vám, když je potřeba?

„Naděje, Elim a prarodiče. Její dědečci a babi. Když je potřeba, tak pro ní přijedou a vyzvednou. Nebo když je potřeba pohlídat, tak s tím taky nemají problém. A nebo taky dcera Eva. Bydlí v druhém baráku vedle.

Byla jsem v divadle, tak tu Lucka byla sama, jenom jí přišla sestra Eva zkontrolovat, jestli je vše v pořádku. Jediné co, tak že tu byla sama. Ale jinak samostatná to je.“

Příloha č. 4: Telefonický polostrukturovaný rozhovor s matkou klienta Ondřeje ze Sociálně terapeutické dílny Rokytnice

Po škole začal Ondřej chodit do sociálně terapeutické dílny v Rokytnici? Jak je tam již dlouho?

„Já už to ani nepočítám, když tak řeknu. Letos bude mít 35. Takže teď už jenom chodíme 3x týdně. Já ho doprovázím a jako jezdíme dopravou a někdy ho vozí manžel nebo syn, když mu vyjdou směny. Většinou mívá ale na ráno, takže jezdíme spolu. Ale on tam bývá jenom do 12. hodin.“

Jak jste se o denním stacionáři a následně o sociálně terapeutické dílně dozvěděli?

„V té škole mi nabídli denní stacionář na Sychrově, tak tam docházel. A tam byli různí i na vozíčku. A po nějaké nám nabídli, že by mohl jít do STD v Rokytnici. Že je pohybově dobrý, a tam by mohl dělat na zahradě a tak.“

Na Sychrově tam většinou byli to. Ale jak je v té Rokytnici, tak tam se mu to líbí, protože my často jezdíme i na chalupu a tam pracuje. Máme takovou menší zahrádku a tam ho to baví.“

A do STD ho tedy dovážíte?

„Je to lepší, ale nabízeli mi už dopravu Elim, nebo tak něco, ale pořád říká, že ne jako. Asi se bojí, nebo já nevím. On má taky ostych a nemá důvěru, nebo já nevím. No jako jsme zvyklí být spolu.“

Navštěvuje Ondra sociálně terapeutické dílny rád?

„Oni si všichni si tam rozumí. Kolikrát já nerozumím, jak si oni rozumí. Ondra se účastní akcí. Měli plesy a teď mají jet do Březin. Ale uvidíme, jak na tom bude se zdravím, protože mu vypadaly ty vlasy, obočí a všechno teď.“

On se i těší do stacionáře a rád tam chodí. I na ty obědy. I doma, když je 12 hodin, tak se dívá, co se děje, že není oběd a tak.“

Tráví Ondřej rád čas s ostatními lidmi? Má rád společnost?

„On není nijak vázán, on i sám ubude. Chodí třeba sám s pejskem. Také nezdržuje se pořád u nás, jako že by to, ale on spíš od malička byl takový že, když byli všichni doma, tak byl spokojený, a když někdo chyběl, tak byl smutný. On třeba i k babičce nechtěl moc chodit, když byl malý jako jenom přes den, ale na noc dom. No jako já nevím, měl to prostě jinak nastavenější.“

On i jako s tatškou chodívá na fotbal na hokej, ale jenom když je méně lidí. Když je jich tam víc, tak ho to tolik nebaví. To radši pak sedí u počítače a dívá se tam. Mají to tady, tak

taťka mu to zapne, on si dá šálu a divá. Rád tančí, má rád hudbu, to je jeho. Takový ale jako, tím autobusem jsem kolikrát říkala, že by jako.... Ale dřív se mi stalo, že ten autobus stávil v Janyšově, tak jsem ho poslala, že jeli klienti dva, tři, tak jsem ho poslala tím autobusem z autobusového nádraží, tak to jel. Ale sám nechtěl. Ale tak sám nechtěl, tak pro něj jezdím a spíš jako říkám, když něco tak...“

Ondra asi nemá moc rád změny, že?

„Asi jo no. On i ve škole, když se měnil nějaký učitel, tak byl z toho takový špatný. On byl zafixovaný jenom na jednoho, jako on má také. Ondru Koutného, kamaráda ze školy, tak to se znají a teď mají, že jedou do Březin. Tak tak. On i dříve jezdil na tábory, ale teď to mají tak zafixované, že ten jeden člověk s nimi jezdil dva tři roky a on vždycky věděl, kdo co má, kdo co potřebuje a tak.“

Třeba byli v Praze tady se stacionářem. On má takový ten seniorský telefon. Tam má naše portréty a on to zmáčkne a my mu rozumíme, že někdo mu třeba nerozumí. No on zas tak dobře nemluví. Někdo mu třeba nerozumí, ale my jo. A on nám i z té Prahy volala. Klidně v noci, ale takový byl z toho nešťastný. No on spíš prostě neměl to svoje.“

Řadíte k důvodům menší snahy socializovat se jeho nižší schopnost komunikace?

„Jo, to asi jo. Já už zas vím, co on chce vyjádřit. Někdo mu nerozumí, ale i já někdy nepochopím, co on vlastně chce, no.“

A další příčina je i to, že teď mu vypadaly vlasy a má alopecii. To jako asi kvůli lékům, ale nevíme, ještě to zkoumáme. Ale taky je z toho takový nešťastný, ale no sice těch vlasů nebylo tolik, ale je to pro něj taková změna. I plakával, tak ho utišujeme. I rodina, oni už ví, co a jak, tak ho taky... Nevím, no.“

Přemýšleli jste nad nalezením pracovního místa pro Ondru? Případně jaký byl proces a jak to dopadlo?

„Uvažovali jsme o tom. Měl možnost jít na úklidy panelových domů. On jo, první jo, byl zápal. Potom že ne. Pořád se rozmýšlel. Pak jsme se vlastně s manželem domluvili, že ne. On jako, jak by tu komunikaci zvládl. No. Někdo by po něm něco chtěl a on, co byl jako. Já nevím, no. On by to zvládl, neříkám, že by to nezvládl. On první že jojojo, ale pak jsme se ho zastali, protože ve stacionáři říkali, ale tak říkám, že to rozhodnutí je na něm. Nemůžeme mu říct, že půjdeš a budeš chodit, protože on tam pak půjde dvakrát třikrát a pak už nebe chtít, protože mu někdo nebude rozumět a bude pořád na něj naléhat, tak on už potom nechce. I mně se několikrát stalo, že po nás něco chtěl a my jsme mu nerozuměli, tak on se otočil a přestal se mnou komunikovat a chvíli byl jako to, on jako není špatný. On za chvíli zas jde a směje se.“

On má prostě takové chvíle. Ale tak jsme od toho odstoupili s manželem i my. Ta komunikace vlastně jak by mu to tam vázlo.

On by byl z toho zbytečně špatný. On by po něm někdo mohl něco požadovat a on by mu něco chtěl říct a on to... On i doma něco podělá, ale když po něm chceme něco donést, tak on to donese většinou špatně, ale ono to nevádí jako u nás, tak to je. On by to třeba jako, měl strach, že to udělá špatně, že to udělá zle, tak jsme od toho ustoupili. On byl nadšený, ale jak k tomu mělo dojít, tak pořád přemýšlel, jestli jo ne, a tam mu mamka říkala, že ho nechají doma a on byl pak spokojený. Bylo by pro něj dobré to vyzkoušet, ale násilím jsme ho do toho nechtěli tlačit.

Já jsem si říkala, že bych tam s ním i docházela, ale jako jak se to začalo blížit, tak byl z toho nervóznější a pak byl i nerozhodný. I doma, na všechno řekne na začátku ano a pak jak se to začne blížit, tak je z toho méně nadšený. Třeba i hokej, řekne na začátku, že se půjde dívat, ale když už se má jet, tak řekne, že ne, a raději se díve se mnou na seriál a na hokej se ani nejde. Já nevím, jako. Už je dospělý a taky má svoje volby. Nemůžeme mu diktovat, co má. Jestli chce, tak může a jestli ne, tak ne.“

Uvažujete nad nějakou formou samostatného bydlení pro Ondru?

„O chráněném bydlení vlastně ještě ani nepřemýšlíme. Nechci si to ještě ani připustit. Ale nevím, jako do budoucna. Ale jako jo, nějak to budeme muset vyřešit. Ale nevím, jestli se starším synem zůstane.

Má staršího bratra, se kterým vycházejí dobře a tráví spolu čas. Chodí spolu na hokej a tak.“

Co Ondru baví, co rád dělá ve svém volném čase? Co jsou naopak jeho slabší stránky?

„Ondřej si rád čte noviny, hudbu má rád, rád chodí s pejskem. Má kolo a v létě chodí ještě na kole. Rád se díve na časopisy, on to nečte, ale dívá se podle obrázků. Rád se dívá na seriály ZOO, a tak. A ví, kdy už to je i v televizi a tak všechno.

Jde mu tančení a hudba. To má na 100 %. A ty slabší stránky, že spíš nepochopí, co člověk po něm chce. Pochopí to později. Ty slabší, jak bych vám to vysvětlila. Nebývá rád sám, chce nás mít pohromadě.“

Příloha č. 5: Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovnice Chráněné bydlení
Otrokovice 1

CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ OTROKOVICE

1. Počet osob s Downovým syndromem (DS) v rámci služby? Momentálně, případně jaké je to procento ze všech klientů?

„Momentálně 4 klienti.“

3. S jakými organizacemi spolupracujete? Další možnosti socializace? Případně které další služby klienti navštěvují/mají možnost navštěvovat?

„STD, v rámci STD provozovna kavárna, Otrokovická o.p.s. <https://nadeje-otrokovickaops.cz/uklid/>“

4. Jaké podmínky musí jedinci splňovat, aby mohli bydlet v chráněném bydlení?

„Dospělí lidé ve věku 18 - 64 let, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení (mentální a kombinované postižení) a jejichž situace vyžaduje nízkou až střední míru podpory a pomoci.“

5. Jaká je informovanost o možnosti chráněného bydlení v Otrokovicích? Přes co/koho se o Vás jedinci/opatrovníci klientů dozvěděli?

„Většina klientů, která žije v CHB jsem přešla z Domova pro osoby se zdravotním postižením NADĚJE. Na základě svých dovedností a schopností klienti dostali možnost posunout se do CHB.“

6. Mohou zde jedinci navštěvovat různé volnočasové činnosti? Je pro klienty vytvořen nějaký program? Případně účastní se těchto aktivit jedinci s Downovým syndromem často? Když se neúčastní, tak co je důvodem?

„Klienti mohou využít možnosti zúčastnit se odpoledních aktivit v Komunitním centru Otrokovice, který je součástí NADĚJE. Zde mají možnost využít různé programy - divadelní, hudební, taneční a výtvarný. Naši klienti s DS mají své přátele mimo CHB, které navštěvují a tráví čas s nimi. Také mohou využít individuální čas s asistenty (procházky, jízda na kole, výlety, na individuálním programu se klient domlouvá s asistentkou podle svého přání a potřeb).“

7. Tráví klienti s DS čas v kolektivu i ve svém volném čase? Komunikují často s ostatními? V případě že ano, tak tráví jedinci s DS spolu čas navzájem, nebo i s jedinci s jiným typem postižením?

„Všichni naši klienti s DS jsou velmi komunikativní a tráví čas i společně se všemi klienty CHB, poslouchají hudbu, hrají pc hry, sledují filmy.“

8. Jakým způsobem se snažíte jedince s DS v chráněném bydlení socializovat?

„Nabízíme klientům kulturní akce, sportovní vyžití.“

9. Do jaké míry jsou jedinci s DS samostatní? Kolik potřebují dopomoci a při jakých činnostech obzvlášť?

„Klienti s DS jsou samostatní, v jejich případě se jedná spíše o podporu při nákupu potravin, větším úklidu, podpora v léčebném procesu (pokud je klient nemocen, například), podpora při řešení neshod v domácnosti mezi klienty, podpora při komunikaci mezi službami a zaměstnavatelem, podpora při návštěvách lékaře.“

Informace o klientech:

1. Kolik je Alešovi/Jirkovi/Michalovi let?

„Aleš 53 let, Jiří 46 let, Michal 33 let, Jan 36 let.“

2. Navštěvuje Aleš/Jirka/Michal během dne jiné zařízení (STD, sociální rehabilitace, ...)?

„Aleš pracuje v kuchyni DOMOVA NADĚJE

Jan pracuje v Otokovické o.p.s. - úklid

Jiří a Michal STD a kavárna“

3. Jak dlouho jsou již klienty chráněného bydlení? A kde případně byli/jaká zařízení navštěvovali dříve?

„Aleš od 1.1.2018, předtím Týdenní stacionář NADĚJE, SR a STD NADĚJE

Jiří od 1.1. 2018, předtím Týdenní stacionář NADĚJE, SR a STD NADĚJE

Michal od 30.3.2022, předtím Domov pro osoby se zdravotním postižením NADĚJE, SR a STD NADĚJE

Jan od 1.1.2018, předtím Domov pro osoby se zdravotním postižením NADĚJE, Týdenní stacionář NADĚJE, STD NADĚJE“

4. Jakým způsobem se o chráněném bydlení/STD/sociální rehabilitaci/... dozvěděli? Kdo je informoval?

„Ředitel Naděje Otokovice a sociální pracovnice.“

5. Jakým způsobem tráví Aleš/Jirka/ Michal svůj volný čas? Co jsou jejich koníčky? Co je naopak nebaví?

„Aleš rád jezdí na kole, sleduje sport v TV, “zapisuje si zajímavosti”, rád uklízí, rád komunikuje s podporou tabletu (fotografi)

Jirka poslouchá hudbu a “zapisuje si zajímavosti”, rád odpočívá, má rád svůj klid

Michal má rád společnost, baví ho hra na housle

Jan rád jezdí za kamarády do obchodního centra, hraje hry na playstationu.“

6. Jak často jezdí Aleš/Jirka/Michal za svými rodinnými příslušníky? Mívají klienti návštěvy?

„Aleš a Jirka každý víkend

Jan občas a na Vánoce

za Michalem rodina většinou přijede na CHB“

7. Z jakých zařízení se Aleš/Jirka/Michal dostali k Vám do chráněného bydlení?

„Domov, týdenní stacionář viz. Výše.“

8. Vidíte u Aleše/Jirky/Michala nějakou změnu v rámci socializace (komunikace, samostatnost, ..) za dobu, co jsou u Vás v chráněném bydlení?

„Určitě je vidět posun v komunikaci, schopnosti mluvit, vyjádřit své potřeby, přání.“

Příloha č. 6: Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovníce Chráněné bydlení Otrokovice 2

1. Popis Chráněného bydlení v Otrokovicích. Krátká charakteristika.

„Chráněné bydlení v Otrokovicích patří pod organizaci Naděje. Je to pobytová služba určená dospělým osobám s mentálním či kombinovaným postižením. Službu poskytujeme na několika místech v Otrokovicích. Téměř všichni klienti obývají svůj pokoj a sdílejí koupelnu a kuchyň s několika dalšími klienty.“

2. Počet osob s Downovým syndromem (DS) v rámci služby? Momentálně, případně jaké je to procento ze všech klientů?

„Službu aktuálně využívají 4 klienti s Downovým syndromem. Celkem službu využívá 24 klientů.“

3. S jakými organizacemi spolupracujete? Další možnosti socializace? Případně které další služby klienti navštěvují/mají možnost navštěvovat?

„Spolupracujeme se službami, které jsou v rámci naší organizace (Naděje), kde se mohou naši klienti začleňovat do pracovního procesu – sociálně terapeutická dílna v Otrokovicích a ve Zlíně, otrokovická O.P.S. Dále také někteří klienti působí na chráněném pracovišti Impala (svíčkárna). V rámci naší organizace funguje také volnočasový klub pro klienty.“

4. Jaké podmínky musí jedinci splňovat, aby mohli bydlet v chráněném bydlení?

„Podmínkami bydlení jsou dovršení dospělosti, mentální postižení, nízká či střední míra podpory a žadatel také nesmí vykazovat známky agresivního chování, které by mohlo ovlivnit soužití ostatních klientů.“

5. Jaká je informovanost o možnosti chráněného bydlení v Otrokovicích? Přes co/koho se o Vás jedinci/opatrovníci klientů dozvěděli?

„Webové stránky, sociální sítě.“

6. Mohou zde jedinci navštěvovat různé volnočasové činnosti? Je pro klienty vytvořen nějaký program? Případně účastní se těchto aktivit jedinci s Downovým syndromem často? Když se neúčastní, tak co je důvodem?

„Ano mohou. Volnočasové aktivity jsou zajištěny prostřednictvím volnočasového klubu (od pondělí do pátku). Dále pořádáme akce a aktivity také v rámci služby (divadelní setkání, výlety, sportovní aktivity atd.) Z mé zkušenosti se klienti s Downovým syndromem často nezapojují, jeden z těchto klientů ale naopak veškeré volnočasové aktivity vyhledává. Ostatní z nich se příliš nezapojují pravděpodobně z důvodu vlastního „řádu“, který je pro ně ve

většinu případů neměnný a pokud nejsou zvyklí na pravidelnou aktivitu, tolik je nevyhledávají.“

7. Tráví klienti s DS čas v kolektivu i ve svém volném čase? Komunikují často s ostatními? V případě že ano, tak tráví jedinci s DS spolu čas navzájem, nebo i s jedinci s jiným typem postižením?

„To je spíše individuální. Vím, že dva ze čtyř klientů s DS mají velmi rádi společnost. Nevšimla jsem si ale toho, že by vyhledávali cíleně klienty se stejným typem postižení.“

8. Jakým způsobem se snažíte jedince s DS v chráněném bydlení socializovat?

„Snažíme se je socializovat stejně jako ostatní klienty. Nabízíme možnost využití klubu, výlety i jakékoliv jiné aktivity. Často se však setkáme s tím, že mají vlastní program a tím, že jsou zvyklí dělat si to po svém, stává se, že se nechtějí akci účastnit. Co se však týká práce, chodí velmi svědomitě a myslím, že i rádi.“

9. Do jaké míry jsou jedinci s DS samostatní? Kolik potřebují dopomoci a při jakých činnostech obzvlášť?

„Já sama můžu mluvit hlavně za jednoho z klientů (Jana), kterého mám jako sociální pracovnice na starost jako jediného z klientů s DS. O něm můžu říct, že je velmi samostatný. Aktivity, na které je zvyklý a má zaběhlé, zvládá s přehledem sám s nižší mírou podpory (např. úklid, příprava jídla). Je zvyklý cestovat sám do práce i do jiných aktivit, na které je zvyklý (např. rád navštěvuje obchodní centrum, kde se velmi dobře orientuje).“

Příloha číslo 7: Otevřený polostrukturovaný ústní rozhovor sociální pracovníce Chráněné bydlení Otrokovice

Sociální pracovníce – ústní rozhovor

„Chráněné bydlení v Otrokovicích je zřízeno od roku 2017. Většina klientů, která je zde, přešla z Domova se zvláštním režimem hned na začátku. Bylo to na základě jejich schopností. Jinak je možné všechny informace zjistit přes internet na webových stránkách. Klienti se do chráněného bydlení mohou hlásit přes žádosti. Zároveň je zajištěna spolupráce mezi Domovem a Chráněným bydlením.

Aleš má 53 let. Dříve pobýval v Domově a již 6. rokem je na chráněném bydlení. O víkendech a o svátcích jezdívá klient domů. Přes týden navštěvuje chráněná pracovní místa, kterými jsou: 1x úklid jídelny, 2x úklid kuchyně. Dva dny v týdnu tráví v sociálně terapeutické dílně. Za úklidy dostává Aleš výplatu, kterou si využívá sám, je určena pouze pro něj. Ohledně práce a věcí s ní spojenými je zodpovědná především maminka Aleše. Ta řeší všechny potřebné věci. Do práce a stacionáře Aleš dojíždí sám autobusem, nebo dříve jezdil na kole s asistentkou.

V chráněném bydlení funguje forma komunitka, přes které mohou jedinci nalézt pracovní uplatnění. Sociální pracovníce naleznou pracovní místo a s klienty se pak o možnosti baví, jestli by se jim tato nabídka líbila. Komunitko také zahrnuje volnočasové aktivity, kterých se mohou jedinci účastnit. Mezi tyto aktivity jsou například procházky, kino, kavárny. To je velká motivace klientů, návštěva kavárny. A v létě se jedná především o trávení času v nedalekém koupališti.

Každý z klientů má v bydlení svůj harmonogram, který zahrnuje také nakupování se sociální pracovnící. Jedná se o nákupy 2 × týdně. Jedinci dostanou určitou sumu, za kterou si musí zvládnout nakoupit potraviny a potřeby. Při přání si koupit věci, jako jsou noviny, sladkosti, musí si jedinci hradit z vlastního kapesného.

Klient Aleš nerad komunikuje se všemi. Někdy se může stát, že prostě odmítne komunikovat a neodpovídá. Zároveň on moc dobře ví, co si na koho může dovolit. Když má někoho rád a vychází s ním dobře, nosí i kytice a nabídne sladkosti.

Na různé aktivity má své oblíbené a své oblíbené pracovníce, se kterými dané aktivity vykonává. Například má rád ping-pong, jízdu na kole. Ale větších a společenských aktivit se

spíše straní a má rád svůj klid. V rámci svého klidu a volného času ho tráví sledováním fotbalu v televizi, prohlížením novin a zapisování do sešitu.

Aleš pracuje především na motivaci pomocí pochval v deníčku. Za jeho vykonané činnosti rád dostává pochvaly a v případě, že je potřeba ho namotivovat k určité aktivitě, tak je forma pochval u Aleše jednou z nejeftivnějších forem. Zároveň to u Aleše také působí jako výchovný prostředek.

Dalším klientem Chráněného bydlení je Michal. Michal má 22 let. Má výbornou paměť a je výborný pozorovatel. Všimá si, co se děje kolem něj a co dělají ostatní. Do chráněného bydlení přešel z Domova se zvláštním režimem, protože ho tam šikanovali, ale zároveň měl dostatečné schopnosti a dovednosti na samostatnější formu bydlení.

V chráněném bydlení sousedí s Alešem. Moc spolu nevychází z důvodu Michalových naučených zvyklostí z domova, že si můžou všechno sdílet. Když Aleš někdy nebyl na pokoji, tak mu vešel Michal do pokoje a vzal mu nějaké věci, které pak Aleš hledal. To bylo i při jejich prvním setkání, když se Michal nastěhoval do CHB. Vešel Alešovi za jeho nepřítomnosti do pokoje, což se Alešovi moc nelíbilo. V tom se už ale Michal zlepšil, pomalu se učí, že se to tak nesmí dělat. Zároveň si ale na svém okně v pokoji zřídil malou kancelář, kde se nachází i věci od sociálních pracovníků, které vzal jim z kanceláře.

Michal se nedorozumí. Odpovídá pouze pomocí odpovědi ano/ne. S tím, že otázkám rozumí. Zároveň moc dobře zvládá práci na počítači a také používá tablet. Také se rád věnuje tanci, se kterým také vystupuje. Michal dochází do kavárny Naděje a do sociálně terapeutických dílen. Dokáže dobře pozorovat a napodobovat pracovní činnosti, které mu jsou zadány. Práce v kavárně Naděje mu byla nabídnuta na základě jeho zručnosti. V kavárně pracuje více s nádobím a v kuchyni, přes komplikaci s komunikací. “

CENTRUM DENNÍCH SLUŽEB ERGO ZLÍN

1. Jaká je informovanost o možnosti návštěvy centra sociálních služeb ve Zlíně?

Přes co/koho se o Vás jedinci/opatrovníci klientů/klienti dozvěděli?

„Zájemci mají možnost informovat se o naší službě přes naše internetové stránky, případně formou letáčků, které necháváme u psychiatrických lékařů, nebo ve speciální škole, se kterou také spolupracujeme. Studenti ze školy k nám docházejí na praxi.“

2. Jaké aktivity jsou s klienty prováděny?

- *„Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, péče o domácnost, vaření, obsluha běžných spotřebičů, nácvik orientace v prostředí, hospodaření s penězi, práce na počítači, používání mobilního telefonu, vyrábění zajímavých předmětů a dárků, opakování již získaných znalostí a vědomostí.*

- *Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, zdokonalování se v různých společenských situacích, ve schopnosti využívat běžně dostupné zdroje, orientace ve vnějším prostředí formou exkurzí, výletů, společenských akcí, pomoc při zvyšování kompetencí při samostatném cestování a kontaktu se společenským prostředím.*

- *Sociálně terapeutické činnosti vedoucí k možnosti učení znát sám sebe a snažit se poznat druhé osoby pomocí zájmových a společenských aktivit, hraní divadla s dramaterapeutickými prvky, soutěže, hry.*

- *Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, pomoc při obstarávání osobních záležitostí, vyhledání dalších návazných služeb a sociální poradenství. Pomoc při jednání s úřady, na poště, u lékaře, atd.*

- *Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při základní péči o vlasy a nehty, při použití WC. Tato pomoc vychází z individuálně určených potřeb uživatelů. Podmínkou je působení na aktivitu a rozvoj samostatnosti, tak aby nedocházelo k prohlubování nepříznivé sociální situace.“*

3. Jak probíhá práce s klienty (převážně s DS) v centru sociálních služeb (práce jeden na jednoho, zaměření se na aktivity, které konkrétní jedinec potřebuje, dodržování určitých plánů nácviku...)?

„Každý klient má svého klíčového pracovníka, který s ním vypracovává individuální plán. Ten je naplňován v rámci individuálních i skupinových aktivit.“

**4. Jaký je proces před tím, než jedinci mohou pravidelně navštěvovat centrum SS?
Jsou některá větší kritéria, která musí splňovat (v rámci určité míry samostatnosti)?**

„Každý klient musí potvrzení od lékaře, že spadá do naší cílové skupiny. Pokud tuhle podmínku splní, a máme volnou kapacitu, tak ho přijmeme.“

**5. Je možnost společného trávení času i po programu v centru sociálních služeb?
Jsou pořádány nějaké akce/společenské události ERGEM?**

„Naše zařízení je otevřeno od 7.30 do 16.00. Mimo tuhle dobu služby neposkytujeme. 1x ročně pořádáme FESTÁČEK, což je hudební a kulturní akce pro veřejnost pořádaná naší organizací CSP Zlín o.p.s.“

6. Komunikuje klient s DS často s ostatními klienty? Má klient i vlastní motivaci o socializaci? Je na socializaci v rámci návštěvy v centru prostor?

„Všichni klienti jsou aktivně podporováni ke komunikaci mezi sebou. Zájem o vlastní růst je velmi individuální.“

7. Snažíte se o socializaci klientů i v rámci centra společnými aktivitami?

„Aktivity našeho zařízení jsou zaměřeny jak na skupinové činnosti, ve kterých je podporována vzájemná interakce, tak na individuální činnosti, zaměřené na osobní růst a rozvoj samostatnosti, podle přání a možností každého klienta.“

8. Případně dochází k socializaci i s intaktní skupinou obyvatel?

„V rámci aktivit děláme nácvik samostatnosti v oblasti nakupování osobních věcí, potravin, atd. Nácvik samostatného cestování v hromadných dopr. prostředcích a využívání běžně dostupných služeb.“

Příloha č. 9: Seznam sociálních služeb Zlínského kraje pro osoby s mentálním postižením

SEZNAM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ZLÍNSKÉHO KRAJE PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Centrum pro zdravotně postižené Zlínského kraje o. p. s., Gahurova 5265, 760 01 Zlín
Centrum služeb a podpory Zlín, o.p.s. (CSP Zlín, o.p.s.)
Centrum sociálních služeb Ergo Zlín, Mostní 4058, 760 01 Zlín
Slunečnice, tř. T. Bati 1276, 760 01 Zlín
Ergo Uherské Hradiště, Štěpnická 1156, 686 01 Uherské Hradiště
Diakonie Valašské Meziříčí, Žerotínova 1421, 757 01 Valašské Meziříčí
Diakonie Valašské Meziříčí, Žerotínova 1421, 757 01 Valašské Meziříčí
Domov Jitka o.p.s., Jesenická 1362, 755 01 Vsetín
Dotek z.ú., Pardubská 1194, 763 12 Vizovice
Handicap Zlín, z.s
„HVĚZDA z. ú.“, Masarykova 443, 763 02 Zlín – Malenovice
Charita Otrokovice, Na Uličce 1617, 765 02 Otrokovice
Charita Otrokovice, Charitní pečovatelská služba, Na Uličce 1617, 765 02 Otrokovice
Charita Zlín, Charitní pečovatelská služba Zlín, Broučkova 5352, 760 01 Zlín
NADĚJE, pobočka Otrokovice, třída T. Bati 1619, 765 02 Otrokovice
NADĚJE, pobočka Otrokovice, Dům Naděje Otrokovice – Domov pro osoby se zdravotním postižením, Wolkerova 1274, 765 02 Otrokovice
NADĚJE, pobočka Otrokovice, Dům Naděje Otrokovice – Sociálně terapeutická dílna, tř. Tomáše Bati 331, 765 02 Otrokovice, tř. Spojenců 1840, 765 02 Otrokovice, Nivy 283, 765 02 Otrokovice; Průmyslová 712, 686 01 Uherské Hradiště; Čs. brigády 132, 768 61 Bystřice pod Hostýnem
NADĚJE, pobočka Otrokovice, Dům Naděje Otrokovice – Denní stacionář, Wolkerova 1274, 765 02 Otrokovice
NADĚJE, pobočka Otrokovice, Dům Naděje Otrokovice – Chráněné bydlení, Školní 1300, 765 02 Otrokovice, tř. Osvobození 166 a 167, 765 02 Otrokovice tř. Tomáše Bati 505, Otrokovice, 765 02 Otrokovice
NADĚJE, pobočka Otrokovice, Dům Naděje Otrokovice – Podpora samostatného bydlení, Erbenova 990, 765 02 Otrokovice
NADĚJE, pobočka Otrokovice, Dům Naděje Otrokovice – Sociální rehabilitace tř. Tomáše

Bati 331, 765 02 Otrokovice
NADĚJE, pobočka Zlín, Okružní 5550, 760 05 Zlín
NADĚJE, pobočka Zlín - Dům Naděje Zlín - chráněné bydlení, Bratří Sousedíků 3016, tř. T. Bati 1010, Mostní 978, Vodní 4208, 760 01 Zlín, Okružní 4699, 760 05 Zlín
NADĚJE, pobočka Zlín – Dům Naděje Zlín – Sociálně terapeutické dílny, Bratří Sousedíků 349, Díly IV/3692, 760 01 Zlín, Na Honech I/5540, 760 05 Zlín
NADĚJE, pobočka Zlín – Dům Naděje Zlín – Sociální rehabilitace Kvítková 4703, 760 01 Zlín
Oblastní spolek Českého červeného kříže Zlín, Potoky 3314, 760 01 Zlín
Oblastní spolek Českého červeného kříže Zlín – Pečovatelská služba, Potoky 3314, 760 01 Zlín
Podané ruce – osobní asistence, Vodní 1972, 760 01 Zlín (sídlo: Zborovská 465, 738 01 Frýdek-Místek)
SENIOR Otrokovice, K. Čapka 1615, 765 02 Otrokovice
SENIOR Otrokovice, Nivy 283, 765 02 Otrokovice
Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, příspěvková organizace, Na Hrádku 100, 763 16 Fryšták
Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, příspěvková organizace, Na Hrádku 100, 763 16 Fryšták
Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, p. o. - Radost, týdenní stacionář Zlín, Pod Vodojemem 3651, 760 01 Zlín
Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, p. o. - Denní stacionář Zlín, Broučkova 372, 760 01 Zlín
Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, p. o. – Chráněné bydlení Fryšták, Na Hrádku 455, 763 16 Fryšták
Svaz tělesně postižených v České republice, z.s. okresní organizace Zlín, Podlesí IV 5348/B, 760 05 Zlín
VČELKA sociální služby o.p.s., Malá 5654, 760 01 Zlín
„HVĚZDA z. ú.“, Masarykova 443, 763 02 Zlín – Malenovice
HELPING HOME, s. r. o., Šedesátá 7015 (budova č. 64/1), 760 01 Zlín

Příloha číslo 10: Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci mé bakalářské práce s názvem „Možnosti socializace dospělé osoby s Downovým syndromem“ chci provést výzkumný rozhovor se sociálními pracovníci, klienty sociálních služeb s Downovým syndromem a rodiči/opatrovníky klientů. Tímto se na Vás obracím s žádostí o spolupráci.

Při výzkumném šetření a zpracování výsledků bude zachována Vaše anonymita.

Svým podpisem potvrzujete Vaši účast na výzkumném šetření.

Lucie Špůrková

Jméno a příjmení.....

Zařízení.....

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

Podpis respondenta/tky

Podpis studentky

Anotace

Jméno a přímení:	Lucie Špůrková
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2023

Název práce:	Možnosti socializace dospělé osoby s Downovým syndromem
Název práce v anglickém jazyce:	Opportunity of socialization with the adults people suffering from Down syndrome
Anotace práce:	Tato bakalářská práce se věnuje problematice socializace dospělé osoby s Downovým syndromem a jejich možnostech ve Zlínském kraji. Teoretická část se zaměřuje na vysvětlení základních pojmů, jako jsou Downův syndrom, klasifikace mentálního postižení, dospělost a socializace dospělé osoby v sociálních službách a pracovním uplatnění. V empirické části se pomocí hloubkových rozhovorů s klienty, opatrovníky a sociálními pracovníci zkoumá proces socializace a informovanost o sociálních službách u respondentů.
Klíčová slova:	Downův syndrom, mentální postižení, dospělost, socializace, sociální služby
Anotace práce v angličtině:	The bachelor thesis deals with the topic of socialization of adults suffering from Down syndrome and their opportunities to socialize in the Zlín region. The theoretical part focuses on explaining basic concepts such as Down syndrome, mental disability classification, adulthood, and socialization of adult persons in social services and employment settings. The empirical part employs in-depth interviews conducted with clients, caretakers, and social workers, examining the process of socialization and the respondents' knowledge of social services.

Klíčová slova v angličtině:	Down syndrom, mental disability, adulthood, socialization, social services
Přílohy vázané v práci:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovníce Sociálně terapeutické dílny Rokytnice 1 2. Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovníce Sociálně terapeutické dílny Rokytnice 2 3. Telefonický polostrukturovaný rozhovor s matkou klienty Lucie ze Sociálně terapeutické dílny Rokytnice 4. Telefonický rozhovor polostrukturovaný s matkou klienta Ondřeje ze Sociálně terapeutické dílny Rokytnice 5. Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovníce Chráněné bydlení Otrokovice 1 6. Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovníce Chráněné bydlení Otrokovice 2 7. Ústní otevřený polostrukturovaný rozhovor se sociální pracovnící Chráněné bydlení Otrokovice 8. Strukturovaný písemný rozhovor sociální pracovníce Centrum sociálních služeb Ergo Zlín 9. Seznam sociálních služeb zlínského kraje pro osoby s mentálním postižením 10. Informovaný souhlas
Rozsah práce:	70
Jazyk práce:	Čeština