

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Mgr. et Bc. Tomáš Jalůvka

PODPORA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V SAMOSTATNÉM
BYDLENÍ

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 19.4.2017

.....

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Tomáš Jalůvka
Katedra:	Speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lucia Pastierikova, PhD.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Podpora osob s mentálním postižením v samostatném bydlení
Název v angličtině:	Support for people with mental disabilities in a separate housing
Anotace práce:	<p>Obecným cílem diplomové práce je zmapovat, jak lidé s mentálním postižením vnímají a hodnotí přínos sociální služby Podpora samostatného bydlení, popis základních problémů, se kterými se tyto lidé při svém současném bydlení setkávají a identifikovat změny v současné etapě svého života oproti životu v ústavní péči. Významným oddílem teoretické části práce je charakteristika osobnostních specifik osob s mentálním postižením, vymezení různých přístupů k osobám s mentální retardací, definování pojmů mentální retardace, mentální postižení, podpora samostatného bydlení jako jedna z moderních forem chráněného bydlení. K výzkumu byly použity tři výzkumné kvalitativní metody, a to polostrukturovaný rozhovor, pozorování a analýza souvisejících dokumentů. Nedílnou částí výzkumu byla rovněž pilotáž, jejíž hlavním cílem bylo zjistit aktuální stav, vhodnost zvolených a plánovaných metod výzkumu. Údaje od účastníků výzkumu byly poté vyhodnoceny analýzou polostrukturovaného rozhovoru. V našem výzkumu jsme vyhodnotili, jak lidé s mentálním postižením vnímají svou aktuální životní etapu spojenou se samostatným bydlením, kdy se stávají součástí běžné komunity lidí.</p>
Klíčová slova:	Mentální retardace Mentální postižení Modely mentální retardace Podpora samostatného bydlení Polostrukturovaný rozhovor

Anotace v angličtině:	<p>The general aim of this thesis is to explore how people with mental disabilities perceive and evaluate the benefits of social service Independent housing support, a description of the basic problems that they encounter and identify changes at the current stage of their life compared to life in institutional care. A significant section of the theoretical part is characteristic personality specifics of persons with mental disabilities, defining the different approaches to people with mental retardation, defining the terms mental retardation, mental disability, support independent housing as one of the modern forms of sheltered housing. The study used three qualitative research methods, semi-structured interview, observation and analysis of related documents. An integral part of the research was also a survey with the main aim to determine the current status, expediency and planned research methods. Data from the research participants were then assessed by analyzing semi-structured interview. In our research, we evaluated how people with mental disabilities perceive their current life stage associated with independent housing and becoming a part of everyday community.</p>
Klíčová slova v angličtině:	<p>Mental retardation Mental disability Models of mental retardation Independent housing support Semi-structured interview</p>
Přílohy vázané v práci:	<p>Polostrukturovaný rozhovor</p>
Rozsah práce:	<p>72 stran</p>
Jazyk práce:	<p>Český</p>

OBSAH

I. ÚVOD	7
II. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 DEFINICE MENTÁLNÍ RETARDACE	8
1.1 Klasifikace mentální retardace dle MKN-10	11
1.2 Klinické symptomy mentální retardace dle MKN-10	12
1.2.1 Lehká mentální retardace (F70).....	12
1.2.2 Středně těžká mentální retardace (F71).....	12
1.2.3 Těžká mentální retardace (F72).....	12
1.2.4 Hluboká mentální retardace (F73).....	13
1.3 Klasifikace mentální retardace na základě míry podpory	13
1.4 Modely mentální retardace	14
1.5 Četnost výskytu osob s mentální retardací v běžné populaci	18
1.6 Etiologie mentální retardace	18
2 SPECIFIKA OSOBNOSTI ČLOVĚKA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	22
2.1 Kognitivní funkce jedince s mentálním postižením	23
2.2 Sebeurčení osob s mentální retardací	27
3 TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	30
3.1 Podpora samostatného bydlení	33
3.2 Moderní formy chráněného bydlení	34
III. VÝZKUMNÁ ČÁST	38
4 VÝZKUM: DESIGN A VÝCHODISKA	38
4.1 Formulace problému.....	38
4.2 Úskalí při výzkumu osob s mentální retardací	39
4.3 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	40

5 TYP VÝZKUMU	42
5.1 Metody zjišťování dat.....	43
6 VÝZKUMNÝ SOUBOR	45
6.1 JINAK o. p. s.	45
6.2 Životní příběhy účastníků rozhovoru	47
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	49
8 DISKUSE.....	60
IV. ZÁVĚR.....	63
V. SOUHRN	65
VI. LITERATURA	67
VII. SEZNAM ZKRATEK	69
VIII. SEZNAM PŘÍLOH.....	70
PŘÍLOHY	71

I. ÚVOD

Podpora samostatného bydlení je terénní sociální služba, která je poskytována osobám mající sníženou soběstačnost, a to z důvodu zdravotního postižení, chronického nebo duševního onemocnění, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Podpora samostatného bydlení u osob s mentálním postižením je úzce spojena s procesem transformace pobytových sociálních služeb, který byl v České republice nastartován v roce 2007, a to na základě přijetí stěžejního dokumentu *„Konceptce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících sociální začlenění uživatele do společnosti“*.

Cílem transformace sociálních služeb je poskytnout osobám s mentálním postižením takové podmínky, které jim pomohou při změně jejich dosavadního způsobu života, zasahující rovněž do oblasti bydlení.

Přestože samotný proces transformace v oblastech pobytových služeb je teprve na svém počátku a má před sebou řadu let získávání zkušeností a nových poznatků, jedná se jistě o krok správným směrem. Uživatelé sociálních služeb včetně osob s mentálním či jiným zdravotním postižením tak dostávají novou příležitost „vyzkoušet“ si dosud nepoznanou zkušenost žít obdobným životním způsobem jako mnoho jiných osob. Rovnocenná příležitost se tak nabízí i osobám „majoritní“ společnosti, kteří dostanou novou životní zkušenost spočívající v poznání osobnosti člověka s mentálním postižením jako svého souseda.

Diplomová práce s názvem **Podpora osob s mentálním postižením v samostatném bydlení** se snaží popsat, jak lidé s mentální retardací vnímají svou současnou životní etapu spočívající v přechodu z ústavního nebo obdobného pobytového zařízení do bydlení v běžném bytě v panelové zástavbě a jak současně hodnotí přínos sociální služby Podpora samostatného bydlení. V teoretické části nejprve definujeme a vymezujeme základní terminologii ve vztahu k osobám s mentálním postižením. Charakterizujeme specifika osobnosti člověka s mentálním postižením a následně obecně představujeme proces transformace sociálních pobytových služeb.

Základním pilířem praktické části je polostrukturovaný rozhovor s osobami s mentálním postižením, kteří v současné době využívají sociální službu Podpora samostatného bydlení poskytovanou organizací JINAK o. p. s. v běžných bytech v panelových zástavbách ve městě Opavě a jejich územních částí.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Definice mentální retardace

V současné době můžeme nalézt řadu definic mentální retardace, jež mají víceméně společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince a jeho schopnosti adaptace na prostředí.

Valenta, Müller (2013, str. 16) definují mentální retardaci „jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií“.

Obdobně definují mentální retardaci i Říčan, Krejčířová a kol. (1997, str. 151), kdy „mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či jedince v jeho sociálním prostředí“.

Mentální retardace není jen otázkou sníženého inteligenčního kvocientu, ale toto postižení se významně demonstruje rovněž při omezení v adaptivním chování postiženého jedince v jeho sociálním prostředí. Určité typy nedostatků adaptivního chování se poté projevují u různých věkových skupin odlišně. V raném dětství je mentální retardace spojena především s rozvojem komunikačních a sensorických schopností, se schopnosti sebeobsluhy a v socializaci. V období školního věku se jedná o schopnosti spojené s osvojením základních školních dovedností, schopností v běžných denních aktivitách a v sociálních dovednostech. V období dospívání a dospělosti je omezení v adaptivním chování spojeno zejména s oblastí profesní orientace, výkonu a sociální orientace (Bouček a kol., 2006).

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností, postižený jedinec je neschopen dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, vyjádřené procentní normou, a to i přes odpovídající výchovné působení. Nízká úroveň intelektových vlastností se poté projevuje ve struktuře osobnosti postiženého jedince, i celkovým snížením dalších schopností (Vágnerová, 1999).

Bouček (2006, str. 205) definuje mentální retardaci jako „globální postižení intelektových funkcí s narušeným vývojem celé osobnosti a společenskou nedostatečností od počátku duševního vývoje jedince“.

S pojmem mentální retardace se setkáme také v dokumentech, jejichž snahou je obsahově klasifikovat jednotlivá onemocnění a přidružené zdravotní problémy. Mezi nejznámější

dokumenty vydané Světovou zdravotnickou organizací, se kterou přicházejí pracovníci v praxi nejčastěji do styku, je Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10), která kategorizuje jednotlivá onemocnění, příznaky a příčiny onemocnění a další termíny z oblasti medicíny. Dle této aktuální klasifikace je mentální retardace popisována jako „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevující se v průběhu vývoje a podílející se na celkové úrovni inteligence“ (Valenta, Müller, 2013, str. 12).

Vedle MKN - 10 se setkáváme i s dalšími klasifikacemi. Jednou z nich je klasifikace podle Americké asociace pro mentální retardaci (AAMR), která definuje mentální retardaci jako „sníženou schopnost charakterizovanou signifikantními omezeními intelektových funkcí a adaptability, která se projevuje především v oblasti pojmové, praktické a sociální inteligence“ (Valenta, Müller, 2013, str. 12).

Dalším klasifikačním systémem je klasifikační systémem DSM-IV, který se používá převážně v USA. Jde o diagnostický a statistický manuál duševních poruch, který vydala Americká psychiatrická asociace. V roce 2013 vyšla ve Spojených státech amerických DSM 5, která používá ve svém klasifikačním systému pojem porucha intelektu, který je definován následovně: „poruchu intelektu je porucha, která vzniká v průběhu vývoje a zahrnuje poruchu intelektových a adaptivních funkcí v konceptuální, sociální a praktické oblasti“ (Raboch a kol., 2015, str. 33).

Pro naplnění diagnostických kritérií musí být naplněny následující tři kritéria:

- deficity kognitivních funkcí potvrzené klinickým vyšetřením a individualizovaným standardizovaným testováním intelektových schopností,
- deficity adaptivních funkcí, které bez trvalé podpory omezují jedince v činnostech každodenního života, jako např. komunikace, začlenění do společnosti a nezávislá existence,
- začátek obtíží spadá do období vývoje (ibid.).

Diagnostický termín porucha intelektu je ekvivalentem pro diagnostickou kategorii MKN - 11 (klasifikační systém je stále ve vývoji) nazvanou **vývojová porucha intelektu**, která zdůrazňuje, že tyto poruchy zahrnují narušení funkcí mozku v raném období života. Raboch a kol. (2015, str. 41) zdůrazňují, „že MKN-11 rozlišuje 4 podtypy vývojové poruchy intelektu: mírný, středně těžký, těžký a hluboký“.

Pojem mentální retardace byl zákonnými úpravami v USA nahrazen výše uvedeným termínem porucha intelektu, který je běžně užíván zdravotnickými, vzdělávacími a jinými profesemi. Stejně tak je používán v odborných časopisech a také širokou veřejností a zájmovými skupinami. Různé stupně závažnosti poruchy intelektu jsou definovány na základě úrovně adaptivních funkcí a nikoliv podle IQ skóre. Úroveň adaptivních funkcí tak určuje jakou míru podpory jedinec vyžaduje. Dle klasifikace DSM-5 je porucha intelektu dělena následovně:

317 (F70) mírná

318,0 (F71) středně těžká

318,1 (F72) těžká

318,2 (F73) hluboká

319 (F79) nespecifikovaná porucha intelektu (Raboch a kol., 2015).

Pro srovnání uvádíme dělení dle verze DSM-IV:

317 lehká mentální retardace

318 středně těžká mentální retardace

318.1 těžká mentální retardace

318.2 hluboká mentální retardace

319 mentální retardace, hloubka nespecifikovaná (Černá a kol., 2015).

Americká asociace pro intelektové a vývojové poruchy (AAIDD), která je spíše multidimenzionální než kategoriální a je založena na konceptu poruchy, používá rovněž termín porucha intelektu v obdobném významu jako DSM-5. Na rozdíl od této klasifikace, která uvádí klasifikátory, zdůrazňuje profil podpory odvíjející se od závažnosti poruchy (Raboch a kol., 2015).

Vedle pojmu mentální retardace, se můžeme v odborné literatuře také setkat s pojmem **mentální postižení**. Světová zdravotnická organizace poté definuje pojem „postižení“, jako „*částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu*“ (in Lečbych, 2008, str. 17).

Ve smyslu pedagogickém se za postižené považují všechny děti, mladí lidé a dospělí, kteří jsou v učení, v sociálním chování, v komunikaci a řeči tak omezení, včetně omezení psychomotorických schopností, že jejich zapojení ve společenském životě je podstatně omezeno (Pipeková a kol., 2006).

Hartl, Hartlová (2000) definují postižení jako jakoukoliv poruchu, duševní nebo tělesnou, která má dočasný, dlouhodobý nebo trvalý charakter, anebo hendikep, který jedinci brání účinně se přizpůsobit běžným nárokům života.

1.1 Klasifikace mentální retardace dle MKN-10

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) kategorizuje jednotlivé stupně mentální retardace. Tyto stupně vymezuje jako kontinuum, které je dáno hodnotou IQ. V rámci této klasifikace jsou rozlišovány následující stupně mentální retardace:

1. *lehká mentální retardace (F70, IQ 50-69);*
2. *středně těžká mentální retardace (F71, IQ 35-49);*
3. *těžká mentální retardace (F72, IQ 20-34);*
4. *hluboká mentální retardace (F73, IQ pod 20);*
5. *jiná mentální retardace (F78, hodnotu IQ nelze určit, s ohledem k jinému přidruženému postižení) (Lečbych, 2008, str. 18).*

Lečbych (2008) uvádí, že tento typ klasifikace v sobě skrývá řadu nebezpečí, kdy hodnota IQ nás informuje o celkové rozumové úrovni jedince, ale již nepopisuje individuální kvalitativní zvláštnosti inteligence konkrétní osoby s mentálním postižením. Říčan, Krejčířová a kol. (in Lečbych, 2008, str. 18) proto uvádějí, že „*číselné hodnoty IQ je nutné pojímat jen jako orientační vodítka s vědomím, že vyšetřením nikdy nezískáme přesnou hodnotu IQ. Rozhodující pro určení pásma retardace musí být vždy především kvalita zvládnutí životních nároků člověka v jeho prostředí*“.

To jakým způsobem je osoba s mentálním postižením schopna zvládat nároky daného prostředí zohledňuje jiná mezinárodní klasifikace, tzv. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), která má mnohem přímější dopad do sociální oblasti a vzdělávání osob s postižením než MKN-10. Tato klasifikace se snaží být nápomocna při zhodnocení skutečného dopadu a skutečných následků spojených s určitou diagnózou konkrétního člověka s postižením a jeho prostředí (Valenta, Müller, 2013).

Vedle výše uvedených klasifikací mentální retardace je na místě uvést také klasifikaci dle AAMR, která zohledňuje fungování osoby s postižením v běžném životě a v konkrétním prostředí. Schopnosti klienta s mentálním postižením jsou poté vyjádřeny mírou potřebné

podpory pro konkrétní činnosti. Tento přístup je popisován v tzv. ekologickém modelu péče o klienta s mentálním postižením (Valenta, Müller, 2013).

1.2 Klinické symptomy mentální retardace dle MKN-10

Symptomy neboli příznaky jsou zevní projevy nemoci, které vznikají následkem patofyziologických jevů v organismu a charakterizují určitý stav odchylovající se od „normy“ (Vágnerová, 1999).

1.2.1 Lehká mentální retardace (F70)

U osob s lehkou mentální retardací se setkáváme s opožděným psychomotorickým vývojem, malou slovní zásobou, sníženou zvědavostí, schopnosti předvídat a poznat nebezpečí. Hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy. Při dobrém vedení a podpoře je většina schopna absolvovat základní a odborný stupeň vzdělání, je plně nezávislá v sebeobsluze a je schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání. V praktických a domácích činnostech a pohybu v sociálně nenáročném prostředí je většina klientů bez omezení a problémů (Bouček a kol., 2006).

1.2.2 Středně těžká mentální retardace (F71)

Myšlení a řeč jsou výrazně omezené, stejně jako schopnosti sebeobsluhy. Jedinci jsou nápadní svým psychomotorickým opožděním s malým kontaktem s okolím. Možnosti edukace se omezují na trivium. Mnozí potřebují pomoc po celý život. V tomto směru vyžadují chráněné prostředí, tj. chráněné bydlení a podporované zaměstnání. Retardace psychického vývoje je provázána často epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami (Valenta, Müller, 2013).

1.2.3 Těžká mentální retardace (F72)

Podobá se středně těžké mentální retardaci, ale ve všech svých aspektech je výraznější. Možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitovány. Jedinci nejsou schopni sebeobsluhy. Potravu přijímají speciálně upravenou nebo jsou krmeni. V dospělosti mohou být tito lidé

zapojení do dílčích pracovních činností pod dohledem. Zaměstnání je realizováno v chráněných dílnách a v některých případech i v rámci podporovaného zaměstnávání. Lidé s těžkou mentální retardací, kteří jsou zapojeni do běžného života a společnosti, vyžadují rozsáhlou a vysoce individualizovanou podporu (Lečbych, 2006).

1.2.4 Hluboká mentální retardace (F73)

Lidé s hlubokou mentální retardací vyžadují trvalou péči i v těch nejzákladnějších životních úkonech. Dorozumívají se zpravidla jednoduchými gesty, zvuky a pokyny. Výrazné intelektové zpomalení je doprovázeno i výrazným zpomalením vývoje pohybového. Možnosti pohybu jsou v dospělosti zpravidla omezeny pouze na minimum (Lečbych, 2006).

1.3 Klasifikace mentální retardace na základě míry podpory

Americká asociace pro mentální retardaci (AAMM) vydala v lednu 2004 standardizovanou škálu na měření míry podpory. Manuál vychází ze strukturování mentální retardace nikoliv podle hodnoty IQ, která je málo vypovídající, ale podle míry podpory, kterou potřebuje klient v konkrétním prostředí pro konkrétní činnost (Valenta, Müller, 2013). Tato škála mapuje podporu v následujících oblastech:

- *„život v domácnosti;*
- *život v komunitě;*
- *učení;*
- *zaměstnání;*
- *zdraví a bezpečí;*
- *sociální aktivity“* (Lečbych, 2008, str. 22).

V těchto oblastech se následně zjišťuje typ podpory a frekvence jednotlivých činností. Jednotlivé typy podpory jsou definovány její mírou:

1. žádná podpora,
2. pobízení slovy a gesty,
3. částečná fyzická asistence,
4. úplná fyzická asistence (Lečbych, 2006).

Zmapování typu podpory je důležité pro stanovení individuálního plánu podpory, který v praxi vede k naplňování potřeb klienta za pomoci organizací působící v oblasti sociální péče. Silnou stránkou tohoto modelu je podpora samostatnosti, nezávislosti a sebeurčení osob s mentální retardací (Lečbych, 2006).

V souvislosti s ekologickým modelem mentální retardace je nutné upozornit na způsob sociální práce založený na silných stránkách osob s postižením. Pohled sociálního pracovníka na člověka s postižením by měl být zaměřen na jeho přednosti, které povedou k jiným způsobům práce, než v případě pohledu zaměřeného na jeho omezení a nedostatky. V praxi sociální práce je účelné u člověka s postižením zmapovat následující:

1. silné stránky osoby s postižením,
2. její představy a plány do budoucna („cíle“),
3. způsoby podpory, kterými lze plánů dosáhnout a se kterými osoba s postižením souhlasí (Lečbych, 2008).

1.4 Modely mentální retardace

Ve speciálněpedagogické praxi se v současné době můžeme setkat s různými přístupy k osobám s mentální retardací. Jednotlivé přístupy je možné popsat v podobě různých modelů mentální retardace. V současné době může být osoba s mentálním postižením součástí čtyř modelů, mezi které patří:

- medicínský model,
- sociální model,
- popisný model,
- ekologický model (Lečbych, 2008).

Černá a kol. (2015) uvádí, že služby poskytované osobám s postižením prošly za posledních 70. let v rozvinutých zemích světa intenzivním vývojem. Vývoj těchto služeb je popsán prostřednictvím tří stádií vývoje pro osoby s postižením.

	Stadium 1	Stadium 2	Stadium 3
<i>Výchozí otázka</i>	<i>Období ústavní péče</i>	<i>Období deinstitucionalizace</i>	<i>Období členství v občanské komunitě</i>
Kdo je ten, o koho se jedná?	Pacient	Klient	Občan
Co je typickým prostředím poskytovaných služeb?	Ústav	Skupinové/chráněné bydlení, podporované zaměstnání, základní škola pro žáky se zdravotním postižením	Vlastní domov jedince, místní firma, běžná škola v místě bydliště
Co charakterizuje organizaci služeb?	Podřízenost pacienta	Kontinuum alternativ	Specifický soubor položek potřebných pro jednotlivce.
Jaký je „model“ péče?	Ochranitelský/medicínský	Vývojový/behaviorální	Individuální podpora
Jak se nazývají poskytované služby?	Péče	Programy	Individuální podpora
Jaký model plánování se používá?	Plán péče	Individualizovaný pobytový plán	Individuální plánování budoucnosti
Kdo řídí plánovací proces?	Odborník (zpravidla lékař)	Interdisciplinární tým	Jedinec s postižením

Tab. 1 Tři stádia vývoje služeb pro osoby s postižením

Převzato z Boekhoff, I. - Kamp, M.: Supported Employment. The role of community care services, 1994, in Černá a kol., 2015.

Medicínský model v 1. a 2. stádiu určuje podobu, strukturu a organizaci péče o člověka s postižením. I přes své limity je v praxi stále dominující. K osobě s mentální retardací je přistupováno jako k pacientovi. Lékař stanovuje diagnózu „problému“, předepisuje léčbu a výsledkem by měl vyléčený pacient. V rámci tohoto modelu je při popisování osoby s mentální retardací kladen důraz na jeho nedostatky a omezení v oblasti rozumových schopností a adaptačních obtíží. Diagnostický proces se opírá o vyšší inteligenčního kvocientu

a posouzení schopností adaptace na určité sociokulturní prostředí. Riziko tohoto limitujícího modelu spočívá v tom, že lidé s mentální retardací mohou být zbavováni vlastních kompetencí a možností rozhodování o vlastním životě. Zodpovědnost a rozhodování o jejich životě je přenášena na jiné osoby (Lečbych, 2008).

Sociální model nebo také **model sociální péče** navazuje na medicínský model. Je založen na pomoci znevýhodněným osobám ze strany majoritní společnosti. Předpokládá pomoc osobám s mentální retardací v poskytnutí komplexní péče. Osoby s mentální retardací jsou ze strany pracovníků chráněni před neúspěchem a ponížením, se kterým by se mohli setkat ve světě majoritní společnosti. V rámci tohoto modelu je jako bydlení preferováno chráněné bydlení a v případě institucionální formy péče ústavy sociální péče (Lečbych, 2008).

Podle Olivera (1990, in Černá a kol., 2015, str. 83) *„postupné akceptování sociálního modelu otevřelo prostor k vytváření takových služeb, které přispívají k odstranění sociálních bariér“*. I člověk s postižením může prožívat spokojený život, stejně tak jako lidé bez postižení, a to tehdy není-li poskytovaný servis výlučně zaměřen na rehabilitaci, reedukaci a kompenzaci, ale zaměřuje se na odstraňování diskvalifikujících, segregujících a degradujících bariér ve vnějším prostředí.

Popisný model vnímá člověka jako pacienta s konkrétní lékařskou diagnózou. Diagnóza je osobám s duševní nemocí přisouzena ve formě tzv. „nálepky“ (též etiketizační teorie), která znemožňuje pro tyto osoby změnu, a naopak nemoc uchovává. Baštecká, Goldman (2001) uvádějí, že v medicíně akutních stavů je riziko nálepkování několikrát převyšeno ziskem správné léčby a následného vyléčení. U nemocí chronických a v oblasti postižení má „nálepka“ obvykle znehodnocující a případně i zahanbující označení.

Etiketizační teorii se v oblasti práce s osobami s mentálním postižením zabýval T. J. Scheff. Nálepkování vede ke stigmatizaci osoby, budování předsudků a zjednodušenému vnímání člověka. Osoby s danou lékařskou diagnózou jsou širší společností vnímány jako lidé s nemocí, pro které je typická pasivita, ztráta zodpovědnosti, závislosti na okolí a zdůraznění pracovní neschopností (Lečbych, 2006).

Snahou **ekologického modelu** je řešit praktické problémy, se kterými se osoby s mentální retardací v rámci integrace setkávají. Hlavním principem tohoto modelu je právo člověka podílet se na společenském životě dané společnosti, jejichž je součástí. V praxi tyto osoby využívají v různé míře, různé formy podpory. Jejich každodenní život se odvíjí v rámci běžné

komunity. Umístění do specializovaného zařízení je krajním řešením. Klasifikace osob s mentální retardací je dána mírou podpory, a nikoliv dosažené úrovně intelektu. Podle Huanga (in Lečbých, 2008) existují v tomto modelu tři pilíře, které jsou nezbytně nutné pro klasifikaci podpory člověka s mentální retardací.

K těmto pilířům patří:

1. **Možnosti neboli kompetence** člověka, které popisují, co jedinec dokáže a čím se může zapojit do společnosti.
2. **Prostředí** a konkrétními podmínky, ve kterých bude člověk žít, učit se, pracovat a spolupracovat s ostatními.
3. **Fungování**, které je definováno stupněm potřebné podpory, který člověk potřebuje k tomu, aby mohl žít v daném prostředí (Lečbých, 2008).

Tento model rozlišuje čtyři stupně podpory, kdy míra podpory není přímo úměrná úrovni intelektu. Osoba s těžším postižením může v praxi využívat menší míru podpory, když její schopnost adaptace na jednoduchou pracovní činnost je rychlejší, než je tomu u osoby, jejíž úroveň rozumových schopností je vyšší, ale pracovní činnosti jsou náročnější. Vedle výše zmíněných pilířů je potřeba zohlednit i časový aspekt, tj. po jakou dobu osoba s mentální retardací danou podporu využívá a v jakém prostředí. Popis kompetencí člověka umožňuje vytvořit přesnější představu o jeho schopnostech zapojit se do určitého prostředí, namísto popisu jeho omezení (Lečbých, 2008).

„Teoretický ekologický orientovaný model mentální retardace AAMR je založen na klíčových prvcích chápání hloubky mentální retardace a fungování jedince: prostředí, jedinec s mentální retardací a podpora“ (Černá a kol., 2015, str. 80).

Na fungování jedince v prostředí působí řada faktorů, např. adaptivní chování, participace, interakce, zdraví a prostředí, které je „filtrováno“ skrze poskytovanou podporu. Nastavení optimální podpory mění fungování jedince s mentální retardací ve společnosti (Černá a kol., 2015).

1.5 Četnost výskytu osob s mentální retardací v běžné populaci

Osoby s mentálním postižením mají převahu nad ostatními klienty psychopedické péče. Všeobecně se jejich zastoupení v populaci udává cca 3 – 4 %. Mentální retardace je co do četnosti nejfrekventovanější poruchou. Oproti minulosti je evidence nárůstu poruchy vyšší. Za jednu z příčin tohoto nárůstu, je považována lepší lékařská péče a s tím související kvalitnější technické vybavení, schopné udržet při životě i takového novorozence, který by v minulosti zemřel brzy po porodu. Narůstající dynamika vývoje civilizace je vnímána jako další aspekt mající za následek vyšší výskyt této poruchy. Na člověka jsou kladeny stále náročnější požadavky na ukotvení se ve společnosti, najít svého místa. Osoba dříve patřící do širší normy, může dnes i díky kvalitnější diagnostice spadnout pod její hranici. U četnosti zastoupení mentálního postižení z hlediska jeho stupňů, platí pravidlo tzv. nepřímé úměry, a to čím hlubší mentální postižení, tím nižší četnost. Z toho vyplývá, že nejvyšší zastoupení v populaci mají osoby s lehkou mentální retardací, přibližně 2,6 % (Valenta, Müller, 2013).

Přesný počet lidí s mentální retardací žijících v České republice není znám. Jejich evidence není úplná. Evidenci osob s mentální retardací zabraňuje nutnost dodržení lékařského tajemství. Podle údajů Národní rady zdravotně postižených (NRZP, 2004) se mentální postižení v České republice vyskytuje u 294 231 osob a lidé s mentálním postižením tvoří nejpočetnější skupinu mezi dalšími skupinami osob s jiným druhem postižení (Lečbych, 2006).

1.6 Etiologie mentální retardace

Etiologie mentální retardace je velmi rozmanitá. Na vzniku postižení se podílí celá řada vlivů ohrožujících zdravý růst plodu, úrazy, infekce, biologické faktory, defekty a řada dalších onemocnění. V současné české odborné literatuře se etiologií mentální retardace zabývá řada autorů, jako je např. Vágnerová (1999, str. 147), která uvádí, že „*mentální retardace je jedním z projevů odchylky, resp. poruchy centrální nervové soustavy*“ a příčiny vzniku shrnuje do tří základních skupin:

1. **Dědičně podmíněné postižení**, které je dáno poruchou ve struktuře nebo funkci genetického aparátu. Patří sem genová a chromozomální postižení, která mohou vést např. ke změně v počtu chromozomů. Takto pozměněná genetická výbava vede poté ke vzniku např. Downova syndromu.

2. Postižení způsobené vlivem **teratogenních faktorů** v prenatálním období. Jedná se o fyzikální vlivy (např. ionizující záření), chemické (např. alkohol, některé léky...) a biologické faktory (např. virové teratogeny).
3. **Postnatální poškození mozku**, způsobené např. infekčním onemocněním mozku, traumaty nebo nádory mozku a dalšími vlivy.

V prostředí speciální pedagogiky v publikaci Psychopedie (Valenta, Müller, 2013) jsou etiologické faktory děleny na příčiny prenatální, perinatální a postnatální. Z **prenatálních faktorů** jsou zdůrazněny vlivy dědičné, specifické genetické příčiny a faktory environmentální. U **perinatálních příčin** je uváděna perinatální encefalopatie, mechanické poškození mozku při porodu, hypoxie, předčasný porod, nízká porodní váha a nefyziologická novorozenecká žloutenka. Mezi **postnatální příčiny** jsou uváděny encefalitidy, meningitidy, nádorová onemocnění, krvácení do mozku, alkoholové demence aj. Ke snížení intelektových schopností může dojít i vlivem nepodnětného rodinného prostředí nebo institucionální péče (Černá a kol., 2015).

V populaci lidí s mentální retardací existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku tohoto postižení včetně jejich možných kombinací. Zároveň je důležité si uvědomit, že u každé osoby s mentální retardací nelze jednoznačně určit, zda je mentální retardace způsobena jen biologickými jevy, anebo v jaké míře se na aktuálním stavu podílejí též vlivy sociální. Biologické i sociální vlivy se v osobnosti člověka prolínají, navíc zde hraje důležitou roli i faktor času, totiž kdy a v jakých souvislostech k mentální retardaci došlo (Černá a kol., 2015).

Černá a kol. (2015) dále uvádí, že v průběhu let vznikla řada rozdílných klasifikačních systémů založených na etiologii mentální retardace. Jedním z nich je klasifikace dle AAMR, která je založená na časovém faktoru a dělí etiologii mentální retardace podle doby vzniku na období prenatální, perinatální a postnatální. Jednotlivým vývojovým obdobím jsou poté přiřazeny nejčastěji se vyskytující příklady, které jsou uvedeny v následujících tabulkách.

Prenatální období	
Chromozomální aberace	Downův syndrom
	Turnerův syndrom
	Syndrom fragilního X chromozomu
Metabolické a výživové poruchy	Fenylketonurie
	Nemoc Tay-Sachsova
	Galaktosemie
	Prader-Williho syndrom
Infekce matky	Zarděnky
	Syfilis
	HIV
	Cytomegalovirus
	Rh inkompatibilita
Podmínky prostředí	Fetální alkoholový syndrom
	Užívání drog
Neznámé	Anencefalie
	Hydrocefalus
	Mikro-, makrocefalus

Tab. 2 Prenatální vývojové období (Zpracováno podle Luckasson et al. in Černá a kol. 2015)

Perinatální období	
	Nízká porodní hmotnost
	Nezralost
Neonatální komplikace	Hypoxie
	Porodní úraz
	Následek klešťového porodu
	Respirační nouze
	Překotný nebo protahovaný porod
Postnatální příčiny	
Infekce, otravy, intoxikace	Otravy olovem
	Encefalitida
	Meningitida
	Reyův syndrom
Faktory prostředí	Špatné zacházení či zanedbávání dítěte
	Úrazy hlavy
	Podvýživa
	Deprivace
Onemocnění mozku	Neurofibromatóza
	Tuberkulózní skleróza

Tab. 3 Perinatální vývojové období a postnatální příčiny (*Zpracováno podle Luckasson et al. in Černá a kol. 2015*)

2 Specifika osobnosti člověka s mentálním postižením

Většina teorií osobnosti se snaží vymezit její základní charakteristiky a podstatu osobnosti. Řada definic vymezuje, že „*osobnost představuje souhrn, souvislost či propojení charakteru, temperamentu, schopností a také konstitučních vlastností člověka*“ (Cakirpaloglu, 2012, str. 16). Samotným pojmem osobnosti se zabývá řada vědních oborů, jako např. filozofie, sociologie, psychologie, pedagogika, speciální pedagogika a mnoho dalších. Na vymezení pojmu osobnosti mají vliv i různá teoretická východiska nebo školy. Jen v psychologii se můžeme setkat s padesáti různými vymezeními pojmu „osobnost“, publikovanými G. W. Allportem (Cakirpaloglu, 2012).

Jiný úhel pohledu na osobnost podává Vágnerová (1999), která definuje osobnost člověka jako duševní celek, charakterizován vnitřní jednotou a strukturovaností jeho dílčích složek, individuální specifíčností, odlišností od jiných osobností a vývojovou kontinuitou. Říčan (1972, str. 38) vymezuje osobnost jako: „*individuum chápané jako integrace k seberealizaci v interakci se svým prostředím*“.

Dle Smékala (2009) je každý člověk osobností lišící se od sebe stupněm své osobní zralosti a způsobilosti zvládat úkoly života. Osobnost je to, co způsobuje, že člověk zaujímá určitý sobě vlastní a jedinečný vztah k jednotlivým oblastem a úkolům svého života. Zvládá určitým jemu vlastním způsobem řešit nároky, které před něj klade život. V osobnosti se spojují všechny vrozené i získané dispozice a způsoby poznávání a jednání člověka, které určují a regulují jeho obraz světa (Smékal, 2009).

Osobnost je individuální jednota člověka, jeho duševních vlastností a dějů, která je založena na jednotě těla a projevuje se ve společenských vztazích (Lečbych, 2008, str. 29). Lečbych (2008) dále uvádí, že v odborné literatuře, a to zejména z oblasti patopsychologie a speciální pedagogiky se můžeme téměř vždy setkat s popisem osobnosti osoby s mentální retardací. Samotný popis je většinou písemným vyjádřením nedostatků těchto osob, kdy osoba s mentální retardací je charakterizována sklonem ke zvýšené závislosti na rodičích, infantilností osobnosti, tendencí k úzkosti, sugestibilitě, rigidním chováním, zvýšenou potřebou bezpečí apod. Řada autorů se však shoduje, že při realizaci diagnostiky je potřeba hledat především silné stránky člověka s mentálním postižením, tzn. vyjádřit či popsat vliv sociálního prostředí na tyto osoby a schopnost jejich fungování v tomto prostředí. Důležitou

stránku zde hraje i popis s ohledem na prostředí, ve kterém člověk s mentální retardací vyrůstal. Neméně důležitá je oblast diagnostiky osob s mentální retardací, kde se setkáváme s řadou mýtů, kdy jsou lidé s tímto duševním onemocněním přirovnáváni k vývojově mladší osobě, „mladšímu dítěti“. K dané interpretaci často přispívá i zpráva z psychologického vyšetření, kde je často uváděn tzv. mentální věk dítěte. Přestože intelektové schopnosti odpovídají normě pro mladší vývojové období, nelze předem vyvozovat, že se osoba s mentální retardací bude takto i chovat.

Valenta, Müller (2003) upozorňují na skutečnost, že u mentálního postižení dochází ke strukturálním vývojovým změnám a ne jen k časovému opožďování duševního vývoje. Nelze proto osoby s mentálním postižením přirovnávat k mladšímu jedinci, jelikož v jejich osobnosti dochází jak ke změnám kvantitativním, tak i kvalitativním.

Vedle tendence přirovnávat osoby s mentální retardací k vývojově mladším jedincům se v odborné terminologii setkáváme s dalším pojmem, který je přisuzován lidem s postižením, a to pojem „speciální potřeby“. Dolejší (1973, in Lečbych, 2008, str. 30) uvádí, že *„člověk se i přes svou mentální retardaci nemůže vymykat všeobecným psychologickým zákonitostem“*, tzn., že člověk s mentální retardací má stejné potřeby jako člověk bez postižení. Rozdíl mezi oběma jedinci může být v tom, jakým způsobem své potřeby uspokojují. Při uspokojování svých potřeb hraje významnou roli i faktor sociálního prostředí, ve kterém se pohybujeme, a proto lidé žijící ve „speciálním prostředí“ si našli „speciální způsoby“, jak své přirozené potřeby uspokojit.

2.1 Kognitivní funkce jedince s mentálním postižením

Psychické funkce jsou nezbytné pro kognitivní proces. Postižení těchto funkcí je primárním specifickým mentální retardace, kdy následně dochází k řetězujícím souvislostem, které v životě osoby s mentální retardací vedou k jedinečné adaptaci na postižení a na vytvoření jedinečné osobnostní struktury (Lečbych, 2008).

Smyslová percepce

U zdravého dítěte je proces utváření zkušeností rychlý, naopak u dětí s mentálním postižením je pomalý a probíhá s určitými odchylkami. Zvláštnosti percepce osob s mentálním postižením shrnuje Rubínšteinová (1973, in Valenta, Müller 2003) následovně:

- zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání (u osob s mentálním postižením je narušeno globální vidění, vidění je postupné, čímž dochází k těžkostem v orientaci v novém okolí, rovněž je narušeno i vnímání obrazu),
- nediferencovanost počitků a vjemů – tvarů, barev, předmětů, silně je porušena diskriminace figury a pozadí. Osoby s mentálním postižením nejsou schopny rozlišit obrys geometrických tvarů v prostředí,
- jedinec s mentálním postižením není schopen vnímat všechny detaily,
- nedostatečné prostorové vnímání,
- snížená citlivost hmatových vjemů,
- narušena stránka koordinace pohybu,
- nedokonalé vnímání času a prostoru.

Uvedené nedostatky v oblasti vnímání lze v praxi překonávat speciálněpedagogickými metodami a přístupy, mezi které patří např. smyslová výchova nebo reedukační péče zaměřená na rozvoj podpůrných percepčních a percepčně motorických funkcí.

Myšlení je poznávací funkcí, jehož nástrojem je převážně řeč. Myšlenky jsou vyjadřovány pomocí slov. Řeč bývá u osob s mentálním postižením často deformována. Do základních myšlenkových operací počítáme rozlišování, třídění, porovnávání, analýzu, syntézu a zobecnění.

Pro osoby s mentální retardací je charakteristická:

- konkrétnost, jedinec není neschopen vyšší abstrakce a generalizace, objevují se nepřesnosti a chyby v myšlenkové analýze a syntéze,
- schopnost logicky operovat se projevuje pouze u známých činností a s konkrétním materiálem,
- nedostatky v rozvoji fonemického sluchu, kdy jedinec slyší hlásky, ale nerozlišuje je nebo je rozlišuje nedostatečně,
- nedostatky v artikulaci,
- oslabená sluchová činnost,
- nedostatečná schopnost rozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči – defekt obsahu sdělení (Valenta, Müller, 2003).

Paměť – znamená schopnost přijímat, držet a znovu si vybavovat minulé vjemy. Paměť má schopnost uchovávat informace o podnětu, který již nepůsobí (Hartl, Hartlová, 2004). Paměť má selektivní funkci, a proto si pamatuje jen to důležité. Paměť u osob s mentálním postižením vykazuje určitá specifika. Nové informace si osvojují pomalu a za pomoci mnohočetného opakování, které je mnohokrát vyšší než je tomu u intaktní populace. To, co se naučí, rychle zapomínají a pamětní stopy si vybavují nepřesně. Vědomosti neumí adekvátně využít v praktickém životě. U osob s mentální retardací převládá více paměť mechanická než logická, objevuje se nekvalitní třídění pamětních stop. Tyto nedostatky vycházejí ze zvláštností vyšší nervové činnosti jedinců s mentálním postižením, z tendence podmíněných spojů vyhasínat rychleji (Lečbych, 2008).

Pozornost lidí s mentální retardací je charakteristická nízkým obsahem sledovaného pole, snadnou unavitelností a rozptýlitelností. Snížena je také distribuce pozornosti mezi více činnostmi. S nárůstem množství výkonu narůstá i počet chyb (Kysučan, 1982 in Lečbych, 2008). Jedinec s mentální retardací je schopen udržet pozornost jen v krátkém časovém úseku, než je to u člověka intaktní populace. Míra schopnosti udržet pozornost je také ovlivněna druhem postižení. Z hlediska edukace je nutné, aby po soustředění následovala relaxace (Valenta, Müller 2013).

Řeč u osob s mentální retardací je narušena jak v obsahové složce, tak i ve složce formální. Pro tyto osoby je charakteristická méně přesná výslovnost, spojená s nedostatky v motorické koordinaci mluvidel v rámci organického poškození mozku. Objevuje se zhoršená sluchová diferenciací neposkytující adekvátní zpětnou vazbu. Pro mentálně postižené je obtížnější porozumět běžnému verbálnímu projevu. Je pro ně charakteristické:

- omezenější slovní zásoba,
- potíže v porozumění celkovému kontextu,
- neakceptace složitějšího sdělení,
- zvládnou běžné konkrétní pojmy, využívající při dorozumívání,
- u závažnějších postižení se řeč nerozvíjí vůbec,
- jazyková necitlivost spojená s četnými agramatismy,
- preference krátkých vět, jednoznačných a konkrétních pojmů (Vágnerová, 1999).

V oblasti emocí dochází u lidí s mentální retardací k velké citové otevřenosti a spontánnímu projevení emocí. Schopnost ovládat se v porovnání s intaktními jedinci daného věku je menší. Emoce jsou projevovány bezprostředně. V dětském věku je vyšší tendence podléhat afektu (Rubinštějnová, 1973 in Lečbych, 2008). Intenzita emočních reakcí klesá dle Dolejšího (1973) úměrně s rostoucím věkem.

Výčet zvláštností emocionální sféry člověka s mentálním postižením podle Rubinštějnové (1973):

- dlouhodobá nediferencovanost citů, rozsah prožitků je jednostranně uspokojen nebo jednostranně neuspokojen, chybí citová rozmanitost,
- neadekvátní citová intenzita, povrchové vnímání nebo neúměrně silné a interní prožitky,
- egocentrické emoce podstatně ovlivňují tvorbu hodnot a postojů,
- jedinec snáze podléhá afektu.

Volní projevy jedinců s mentálním postižením jsou doprovázeny zvýšenou sugestibilitou, citovou a volní labilitou, agresivitou, úzkostí a pasivitou. Specifickým rysem u těchto osob je:

- porucha vůle a nerozhodnost,
- nedostatek vůle,
- neschopnost zahájit činnost,
- ztráta či snížení volních činností (Hartl, Hartlová, 2000).

Vzhledem k oslabeným kognitivním funkcím jsou lidé s mentální retardací od počátku svého vývoje více závislí na druhých osobách a na zprostředkování informací těmito osobami. Na jedné straně je zde pohled diagnostický, vymezující pouze kognitivní potenciál těchto osob, na druhé straně se však osoby s mentální retardací pohybují v různých prostředích s různými nároky, které mají přirozeně rozdílný vliv na formování jejich osobnosti. Lečbych (2008) to uvádí na příkladu společnosti herců s mentální retardací Maatwerk, kdy tyto lidé ovládají řadu sociálních dovedností, jako je ovládání platební karty nebo cestování taxíkem v neznámém městě. Mezi těmito lidmi můžeme najít širokou různorodost osobností stejně tak jako v majoritní společnosti. Pokud bychom je srovnali s jedinci se stejnou mentální retardací žijícími v ústavní péči, dospěli bychom k dramaticky odlišným obrazům.

2.2 Sebeurčení osob s mentální retardací

Sebeurčení lze v obecné rovině definovat mírou a způsobem, jakým lidé ovládají a kontrolují své životy. Deci a Ryan (1985 in Lečbych 2008, str. 33) definovali sebeurčení „jako vrozený sklon zabývat se svými zájmy, rozvíjet své možnosti, vyhledávat a zdolávat přiměřené výzvy. Sebeurčení chápou také jako potřebu činit rozhodnutí bez vlivu vnějšího okolí, zároveň předpokládají, že lidé mají vrozené předpoklady k sebeurčení, které je vedou k osobní autonomii.

Konceptem sebeurčení aplikovaného na osoby s mentální retardací se zabývají Wehmeyer, Kelchner a Richards (1996 in Lečbych, 2008), kteří vymezili sebeurčení na základě funkční charakteristiky chování. Jednání jedince se považuje za sebeurčující, pokud splňuje čtyři charakteristiky. První z nich je **autonomie**, kdy jedinec jedná samostatně. Chování je vyjádřením vlastních preferencí, zájmů a schopností. Vliv vnějšího prostředí je minimální.

Sigafoos (1989 in Lečbych, 2008) operacionalizoval koncept autonomie a ve vztahu k lidem s mentální retardací identifikoval čtyři kategorie autonomního chování:

1. aktivity spojené s péčí o vlastní osobu a péčí v rodině – denní činnosti, např. starost o osobní hygienu, příprava jídla, nakupování, uklízení, údržba domácnosti,
2. sebeřízení – je dáno stupněm, kdy osoba jedná samostatně se svým okolím spočívající ve využívání zdrojů v komunitě, plnění osobních povinností a závazků vůči ostatním členům komunity,
3. rekreační aktivity – je dána mírou uplatnění svých zájmů a zálib ve svém volném čase a při odpočinku,
4. sociální a pracovní aktivity – zahrnují sociální začlenění a uplatnění v pracovním procesu.

Druhou charakteristikou je **sebeovládání**, které je pojímáno jako komplexní systém umožňující jedinci prozkoumat prostředí a vlastní repertoár strategií pro zvládání jeho nároků. Dále je definováno jako schopnost činit rozhodnutí o tom, jak jednat, odhadnout úspěch výsledků akce a prozkoumat vlastní plány. Sebeovládání je spojeno se sebezpozorováním, ohodnocením vlastního chování, výchovou sebe sama a sebe oceněním, je kombinací konativních, kognitivních a copingových strategií (Lečbych, 2008).

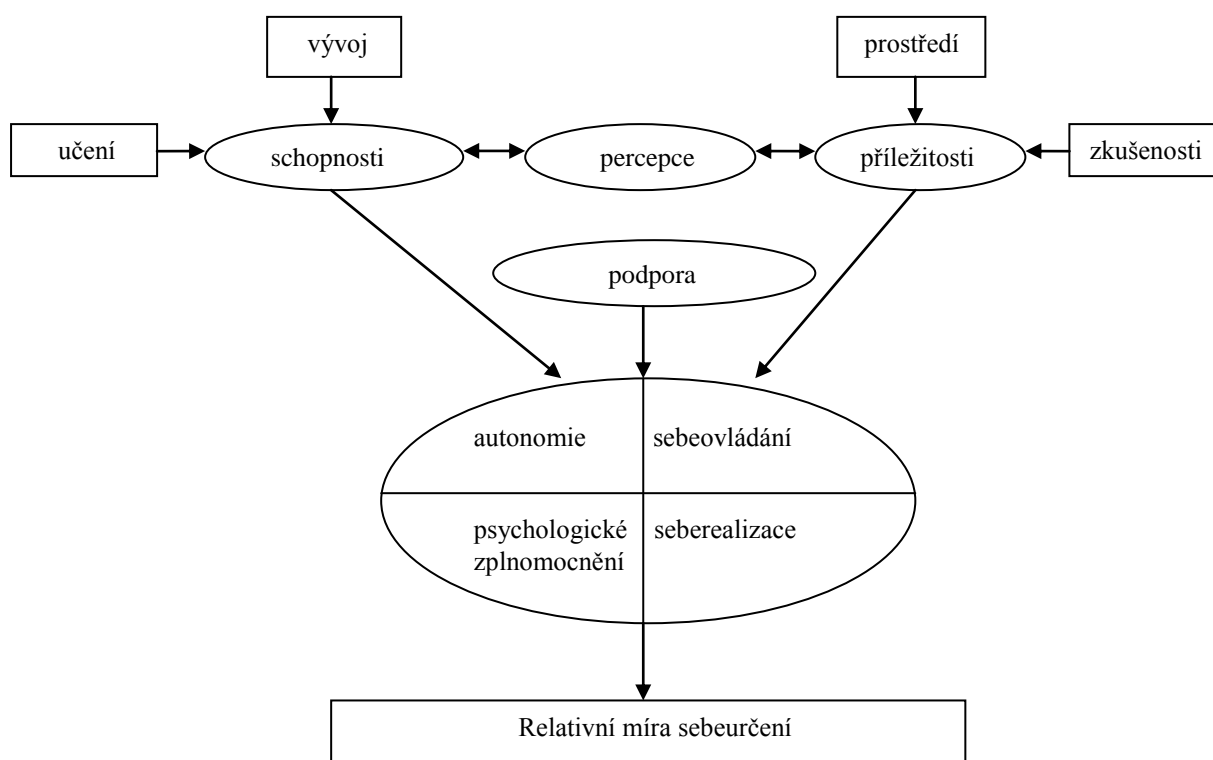
Psychologické zplnomocnění představuje třetí charakteristiku. Vztahuje se ke třem úrovním vnímání vlastního života, zahrnující aspekt kognitivní, kdy osoba s mentální retardací vnímá vlastní zdatnost, dále aspekt osobnostní a oblast motivační, spočívající

v očekávání úspěchu. Lidé, kteří naplňují toto pojetí, jednají na základě víry, že:

- mají kontrolu nad podmínkami, které jsou v životě důležité,
- vlastní dovednosti k dosažení požadovaných cílů,
- dosáhnou úspěchu (Lečbých, 2008).

Poslední charakteristikou je oblast **seberealizace**, která představuje stav, kdy osoba využívá všechny znalosti o své osobě, o svých silných i slabých stránkách vedoucí k tomu, aby předvedla takové chování, které těchto znalostí výhodně využívá (Wehmeyer, Schwartz, 1997 in Lečbých, 2008).

Sebeurčení má představovat způsob jednání osoby s mentální retardací, které není vázáno na konkrétní činnost, jako je např. vlastnit platební kartu nebo uzavřít sňatek, ale na funkci. Funkcí je myšleno jednání jednotlivce, tj. žít, s kým chci, žít způsobem, kterým chci já. Wehmeyer (1999 in Lečbých, 2008) hovoří o svém konceptu jako o **funkčním modelu sebeurčení**, který je znázorněn v následující grafické podobě (viz obr. 1).



Obr. 1 Funkční model sebeurčení

Z daného modelu je zřejmé, že pro rozvoj sebeurčení je nutná souhra jedincových schopností, příležitostí a podpory, které mu poskytuje jeho prostředí. V oblasti prostředí

pedagogického, které je zaměřeno na výchovu a vzdělávání osob s mentální retardací by se měl klást důraz na nácvik schopností činit volby a rozhodnutí, podporovat jedince v schopnosti samostatného řešení problémů, nezávislosti, podporovat odvahu riskovat a zvyšovat důvěru ve vlastní úspěch (Lečbych, 2008).

3 Transformace pobytových sociálních služeb

„Transformace sociálních služeb je souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách“ (Krejčířová, in Kozáková 2013, s. 78).

Cílem transformace sociálních služeb je poskytnout osobám s mentálním postižením takové podmínky, které jim pomohou při změně jejich dosavadního způsobu života. Tato změna je vedena zejména do oblasti bydlení, které bylo do této doby ve velké míře spjato, zejména s pobytem v ústavní sociální péči. Samotná změna bydlení poté vede k dalším postupným změnám v životě osob s mentálním postižením (Krejčířová, in Kozáková, 2013).

„Transformace sociálních služeb přispívá k začlenění lidí s různým znevýhodněním do běžného života společnosti. S náležitou podporou mohou tito lidé žít v běžných domácnostech, převzít odpovědnost za svůj život a zvládat péči o sebe a domácnost tak, jak to dělají ti, kdo v ústavech nežijí. Mohou chodit do zaměstnání, pěstovat své záliby nebo se stýkat s přáteli a jinými lidmi, se kterými mají společné zájmy, nikoliv jen postižení. Zařízení, která je oddělují od ostatní společnosti a příležitostí, jež běžné prostředí nabízí, nejsou vhodnou formou jejich podpory“ (Transformace. www.trass.cz [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015 [cit. 2017-04-6]).

S procesem transformace úzce souvisí pojmy **deinstitucionalizace** a **humanizace**.

Deinstitucionalizace je proces, při kterém dochází ke změně institucionální péče na péči v komunitě. Toto širší pojetí pak zahrnuje také změny, které se dějí, aby se předcházelo další institucionalizaci lidí žijících do té doby ve své domácnosti. V praxi to není nic jiného než taková podpora těchto lidí a jejich okolí, která jim umožňuje zůstat doma. Péče v komunitě je podporována zejména systémem sociálních služeb zaměřených na individuální podporu osob s mentálním postižením. Zatímco **humanizace** vede ke změnám podmínek v prostředí velkokapacitních pobytových zařízení, tj. dosavadního bydlení uživatelů s mentálním postižením. Změny podmínek souvisí s naplňováním práv a potřeb uživatelů (Müller et al., 2013).

V centru změn souvisejících s procesem transformace je vždy člověk, který potřebuje nějakou podporu či pomoc. Při realizaci podpory či pomoci je podporována samostatnost uživatele sociálních služeb, je využíváno jeho potenciálu. Zároveň je podporována i jeho

nezávislost na sociální službě, zapojení do běžného dění ve společnosti, tedy využívání běžných veřejných služeb, navazování formálních i neformálních vztahů, zapojování do veřejných aktivit od společenských akcí až po volby (Transformace. www.trass.cz [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015 [cit. 2017-04-6].

Krejčířová (in Kozáková, 2013) uvádí, že změnou ústavní péče u osob s mentálním postižením na přirozenou síť služeb v komunitě vyplývá zároveň potřeba v podpoře rozvoje sociálních služeb, které umožní svým uživatelům nejvyšší možnou míru variabilního života srovnatelného s vrstevníky. K primárním výstupům poté patří:

- služby chráněného bydlení, osobní asistence a služby podpory samostatného bydlení,
- zajištění následných podpůrných občanských služeb poskytovaných člověku s postižením v přirozené komunitě,
- programová pomoc lidem s mentálním postižením na cestě k začlenění se do běžné společnosti,
- předpoklad zvýšení zájmu místních společenství o své občany s mentálním postižením díky rozvoji chráněného a podporovaného bydlení.

V Evropě, v USA, ale i na Novém Zélandu probíhají procesy transformace již od 70. let minulého století. Přístup jednotlivých států k procesním změnám je odlišný, odvíjející se od politické vůle konkrétního státu, národních zvyklostí, ekonomické úrovně, ale i lidského smýšlení. Společným prvkem však zůstává hledání cest jak v maximálně možné míře podporovat osoby se zdravotním postižením v jejich „začlenění“ do společenského, pracovního a kulturního života daného státu. Vzorem pro přípravu a zahájení transformace byla Velká Británie, která začala realizovat transformační proces již před 30 lety. Vedle tradičních ústavních zařízení, začaly vznikat nové druhy služeb, jejichž snahou bylo přinést uživatelům takovou podporu, která by jim umožnila zachování pobytu v přirozeném prostředí rodiny i komunity (Krejčířová, in Kozáková 2013).

Podpora transformace sociálních služeb v České republice se zaměřuje zejména na služby pro lidi se zdravotním postižením. Hlavním koordinátorem a garantem procesu transformace v České republice je Ministerstvo práce a sociálních věcí. V této oblasti působí od roku 2006, a to různými nástroji (Transformace. www.trass.cz [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015 [cit. 2017-04-6].

Mezi základní nástroje patří:

Strategické dokumenty – transformace sociálních služeb, respektive deinstitucionalizace se ve strategických dokumentech Ministerstva práce a sociálních věcí objevuje již od roku 2006. Stěžejním dokumentem byla *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. V roce 2016 byla vyhotovena závěrečná zpráva této Koncepce, a to na základě naplnění většiny bodů a zahrnutí tématu deinstitucionalizace sociálních služeb do **Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025** jako samostatný specifický cíl (ibid).

Projekty Ministerstva práce a sociálních věcí podporují transformaci či deinstitucionalizaci metodicky, a to skrze fungování Národního centra podpory transformace sociálních služeb. Proces transformace sociálních služeb podporuje MPSV svými projekty, již od roku 2009. Prvním projektem byl projekt **Podpora transformace sociálních služeb**, který byl realizován od února 2009 až do května 2013. Cílem tohoto projektu bylo podpořit transformaci sociálních služeb tak, jak byla pojata v Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. Koncepce byla schválena vládou usnesením č. 127 dne 21. února 2007. Na předchozí projekt plynule navázal další s názvem **Transformace sociálních služeb**, jeho cílem bylo vytvářet na národní úrovni prostředí pro transformaci pobytových zařízení sociálních služeb na služby komunitní. Byl zaměřen na posílení kompetencí lidí se zdravotním postižením, kteří žijí v ústavech nebo je opouštějí. Na období 2016 až 2019 připravilo MPSV další z projektů s názvem **Život jako každý jiný**. V projektu jsou naplánovány věcné aktivity zaměřené na analýzu a hodnocení, podporu systémových změn, metodickou podporu, vzdělávání a osvětu. Cílem projektu je rovněž usilovat o větší změny na straně dalších aktérů, kteří mají velký vliv na začleňování lidí s postižením do společnosti, jako jsou například lékaři, soudci, policisté a další osoby (ibid).

Nedílnou součástí nástrojů transformace je i finanční podpora, která je zaměřena nejen přímo na samotnou transformaci, ale i na další související témata. Dále tzv. **Příklady dobré praxe**, které jsou určeny pro inspiraci. Ukazují, jak správně má změna probíhat a jak mají vypadat konečné služby. Příklady přicházejí nejen z vnitřních zdrojů v České republice, ale

také ze zahraničí. Posledním nástrojem je zahraniční spolupráce, kdy Ministerstvo práce a sociálních věcí oslovuje partnery ze zahraničí za účelem výměny zkušeností s procesem deinstitucionalizace (ibid).

3.1 Podpora samostatného bydlení

Podpora samostatného bydlení je sociální služba definována v **Zákoně o sociálních službách** (Zákon č. 108/2006 Sb.), jako terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost, a to z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje následující základní činnosti:

- a) *pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
 - b) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
 - c) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
 - d) *sociálně terapeutické činnosti,*
 - e) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*
- (Zákon o sociálních službách. www.mpsv.cz [online]. 2009 [cit. 2017-04-08]).

Z výše uvedené definice je zřejmé, že podporu v samostatném bydlení mohou využívat i **osoby s mentálním postižením** jako nositelé duševního onemocnění. Osoba s mentálním postižením využívá k zajištění svých denních potřeb pomoc ze strany jiné fyzické osoby. V praxi se zejména jedná o pracovníka v sociálních službách s potřebnou kvalifikací. Oproti jiným formám bydlení je služba podporovaného bydlení poskytována v bytě, který je ve vlastnictví či pronájmu uživateli služby.

V prostředí neziskového sektoru se podpoře samostatného bydlení osob s mentálním postižením věnuje řada organizací. Obecným posláním této terénní sociální služby **Podpora samostatného bydlení** je podporovat lidi s mentálním postižením ve využívání vlastních schopností a dovedností k osobní realizaci a vedení plnohodnotného života srovnatelného s životem jejich vrstevníků. **Hlavní snahou** je, aby uživatel zvládal samostatný život a zůstal

v běžném prostředí dle svých možností co nejdéle. Konkrétní cíle jsou pak dány ze strany volby klienta a jejich zakomponování do **individuálního plánu** (Transformace. www.ctyrlistekostrava.cz [online]. 2016 [cit. 2017-04-08].).

Uživatel sociální služby v podpoře samostatného bydlení:

- využívá podle vlastní volby běžně dostupné služby v místě, kde žije – obchody, veřejnou dopravu, zdravotnické služby, pošty, úřady a také zařízení související s volným časem,
- má právní postavení odpovídající jeho schopnostem nabývat práva a zavazovat se k povinnostem,
- v běžných situacích se rozhoduje samostatně nebo v rámci možností využívá poskytovanou podporu,
- bere na sebe přiměřené riziko vyplývající z běžných situací,
- využívá nabídky pracovního uplatnění v chráněné dílně, sociálně terapeutických dílnách, na volném trhu práce,
- má zájem o aktivní způsob využívání svého volného času, a to dle vlastní volby,
- umí hospodařit s penězi, připravit stravu a postarat se o domácnost nebo při těchto činnostech využívá podpory (ibid).

Při poskytování sociální služby jsou dodržovány základní zásady. Uživateli je poskytována jen taková služba, která je nad rámec jeho schopností. Podpora je realizována jen v nezbytných úkonech a při podpoře uživatele hraje významnou roli jeho motivace k rozvíjení jeho schopností a získávání životních zkušeností (ibid).

Lečbych (2008) uvádí, že v praxi se dnes setkáváme s řadou odlišných způsobů podpory samostatného bydlení, které jsou osobám s mentálním postižením poskytovány. Jedná se o různé formy chráněného bydlení, které podrobněji popisujeme v kapitole 1.2.

3.2 Moderní formy chráněného bydlení

Chráněné bydlení je v zákoně o sociálních službách definováno jako pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo

chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení (Zákon o sociálních službách. *Www.mpsv.cz* [online]. 2009 [cit. 2017-04-08]).

Posláním služby chráněného bydlení je poskytovat podporu lidem s dlouhodobým duševním onemocněním, kteří chtějí samostatně bydlet. Součástí této sociální služby je pomoc v obnovení či získání schopností a dovedností potřebných k vedení domácnosti, a to v takové míře, která umožní uživatelům žít v běžném prostředí a zároveň zvládat nároky samostatného bydlení i důsledky svého onemocnění (Krejčířová, in Kozáková 2013).

Uživatel si volí potřebnou míru podpory, která je poskytována pracovníkem v sociálních službách konkrétní smluvní organizace, a to při obstarávání běžného chodu domácnosti (nákupy, úklid, vaření, péče o sebe, finanční gramotnost, apod.). Cílem této služby je postupným nácvikem získat či prohloubit dovednosti, které uživatel potřebuje ke zvládnutí samostatného bydlení v běžných podmínkách (Müller et al., 2013).

Dle Krejčířové (2013, in Kozáková, 2013) v procesu transformace sociálních služeb mohou v současné době osoby s mentálním postižením v rámci svých individuálních potřeb využívat tyto základní formy chráněného bydlení:

Chráněné bydlení v rámci služeb ústavního zařízení

Tato forma bydlení je poskytována v rámci ústavního zařízení s vybudovanými jednotkami chráněného bydlení. S uživatelem je realizována individuální práce na základě stanovení individuálního plánu. V individuálním plánu jsou jasně definovány cíle. Chráněné bydlení má být nápomocno při přechodu do jiné formy sociálního bydlení vedoucí k větší míře samostatnosti. Uživatel může i nadále využívat přímou péči přítomných pracovníků přímé péče, díky které mají uživatelé stálý pocit jistoty a bezpečí. Zároveň může být operativně reagováno na případnou změnu potřeb ze strany uživatele sociálních služeb (ibid).

Domov rodinného typu

Jedná se o formu bydlení, při které uživatelé využívají bydlení v nemovitosti, která je tvořena několika nezávislými bytovými jednotkami. Každá bytová jednotka je obsazena předem daným počtem uživatelů, nejčastěji v počtu 3 až 4 osob, kteří zároveň využívají pomoc svého asistenta. V rámci bydlení je podporována samostatnost uživatelů při rozhodování (ibid).

Chráněné byty

Jsou provozovány formou několika samotných bytových jednotek situovaných v konkrétní bytové zástavbě, které jsou svým účelem vyčleněny pro účely chráněného bydlení. Hlavní formou podpory uživatelů je služba sociální asistence. Výhodou daného typu bydlení je posílení samostatnosti při rozhodování o sobě samém. Každý uživatel má v bytové jednotce svůj pokoj. Důležitou součástí je zachování a respektování důležitosti soukromí, každého uživatele. Konkrétní forma bydlení je vhodná pro osoby, které jsou samostatné v oblasti sebeobsluhy a zároveň ovládají základy vedení domácnosti a další úkony s tím spojené. Pomoc ze strany asistenta je využívána při řešení složitějších otázek, jako je hospodaření s penězi, jednání na úřadech, objednávání k lékařskému vyšetření a návštěva lékaře aj. (ibid).

Nezávislé bydlení se supervizí

Daný typ bydlení je vhodný pro uživatele, kteří jsou zcela samostatní v sebeobsluze a ovládají základní vedení domácnosti. Uživatel žije v bytové jednotce běžné bytové zástavby, vlastníkem bytové jednotky, může být obec, město nebo soukromá společnost. Pomoc asistenta uživatel využívá jen při řešení složitějších úkonů, jako je vyřizování osobních záležitostí na úřadech, hospodaření s penězi nebo při vyhledávání a zprostředkování chráněného zaměstnání (ibid).

Tréninkové bydlení

Tvoří významnou součást transformace domovů pro osoby se zdravotním postižením a přispívá k úspěšnému zařazení klienta do společenského života. Tréninkové bydlení můžeme chápat jako formu cvičných bytů, které jsou v České republice zřizovány institucionálními zařízeními. Cílem tréninkového bydlení je, aby uživatel po určité době přestoupil do chráněného bydlení nebo samostatného bydlení, jakožto pokročilejší formy samostatného bydlení. Zároveň je možno tréninkové bydlení vnímat jako zastřešující pojem pro jakékoliv bydlení, které připravuje klienta na samostatnější formu bydlení (ibid).

Kozáková (in Valenta, Müller 2013) uvádí aktuální souhrn forem podpory v oblasti bydlení a sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením následovně:

- Vlastní bydlení s nasmlouvanými službami
- Podporované bydlení využívající určitou míru podpory při vedení domácnosti

- Chráněné bydlení v běžné zástavbě patřící poskytovateli sociálních služeb
- Domov pro osoby se zdravotním postižením s týdenním či celoročním pobytem
- Denní stacionáře
- Život člověka v běžné rodině
- Bydlení s asistenční službou
- Domov s ošetrovatelskou službou pro osoby s potřebou rozsáhlejší zdravotní péče
- Domovy na půl cesty určené pro osoby opouštějící ústavní zařízení, léčebny, komunity
- Osobní asistence
- Pečovatelská služba využívána především za účelem péče o domácnost a oblast osobní péče
- Centra denních služeb
- Chráněné pracovní místo
- Podporované zaměstnávání pro uplatnění se v běžném pracovní prostředí
- Přechodné zaměstnávání
- Poradny poskytující podporu zejména v oblasti práva a sociální oblasti
- Raná péče působící v oblasti pomoci rodině s dětmi v raném věku ohroženém vlivem zdravotního postižení
- Respitní péče poskytující podporu lidem a rodinám pečujícím celoročně o osobu se zdravotním postižením
- Pěstounská péče
- Centra samostatného života

III. VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUM: design a východiska

V předchozích kapitolách jsme se podrobně zabývali vybranými poznatky týkající se vymezení pojmu mentální retardace a mentální postižení. Také jsme se zaměřili na modely mentální retardace, etiologii a klasifikaci mentální retardace dle různých systémů. V kapitole popisující problematiku podporovaného bydlení u osob s mentálním postižením jsou tyto lidé v rámci sociálních služeb důležitými činiteli při rozhodování o sobě samém, o svém životě a své budoucnosti. Proto rovněž považujeme za přínosnou kapitolu popisující specifika osobnosti jedinců s mentální retardací, kdy individuální osobnost se stává významným faktorem ovlivňující úspěšnost adaptace v samostatném podporovaném bydlení. Vzhledem k tomu, že od roku 2014 působím v neziskové organizaci JINAK, o. p. s. na pozici pracovníka v sociálních službách, byla volba tématu diplomové práce pro mě motivací k prohloubení znalostí o životě lidí s mentálním postižením. Zároveň jsem považoval za přínosné se o výsledky našeho bádání podělit s potenciálními čtenáři.

4.1 Formulace problému

Lečbych (2008) uvádí, že problematice dospívání a rané dospělosti osob s mentální retardací se v české odborné literatuře věnuje jen poměrně malý prostor. Většina pozornosti je věnována vývojovému období dětství a s tím související problematice začleňování osob s mentální retardací do školského prostředí. Takto nerovnoměrné rozdělení pozornosti může dle výše zmíněného autora vést ze strany laické veřejnosti, ale i odbornosti veřejné k názorům, které mají za následek, že na osoby s mentální retardací je nahlíženo jako na děti. I přes svůj pokročilý věk je k těmto lidem v praxi často takto přístupováno a rovněž jsou ignorovány jejich přirozené vývojové potřeby.

Důležitou roli hraje i oblast výzkumného zaměření, řada výzkumníků se zaměřuje na oblasti týkající se např. mapování počtu osob žijících v ústavní péči nebo na počty uživatelů jednotlivých sociálních služeb. Velká míra pozornosti je rovněž věnována rodičům pečujícím o děti s mentální retardací či na další rodinné příslušníky, přičemž tématem výzkumu se ukazuje např. oblast vyrovnání se rodičů s narozením postiženého dítěte (Lečbych, 2008).

Podpora samostatného bydlení je dle Zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) zahrnuta mezi služby sociální péče. Tato oblast poskytuje osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně onemocnění duševního, terénní službu vyžadující pomoc jiné fyzické osoby. Z hlediska transformace pobytových sociálních služeb je Podpora samostatného bydlení jednou z příležitostí pro osoby s mentálním postižením na zapojení se do majoritní společnosti. V rámci této služby sociální péče je potřeba se zaměřit i na podporu seberealizace těchto osob v řadě oblastí, vyplývající např. z možností samostatného bydlení.

4.2 Úskalí při výzkumu osob s mentální retardací

Při výzkumu osob s mentální retardací se setkáme s řadou problémů, které jsou spojeny s osobností člověka s mentálním postižením. Pokud se výzkumník rozhodne zaměřit se např. na oblast prožívání vlastního postižení u osob s mentální retardací a vyrovnání se s postižením, na oblast týkající se názorů na podmínky, ve kterých žijí, jakým způsobem by chtěli žít, na oblast volnočasových zájmů apod., tak z pravidla dochází k rezignaci na zapojení osob s mentální retardací do výzkumu. Proto se mnoho výzkumů zaměřuje spíše na získání informací zprostředkovaně od blízkých osob. Hojně se tedy hovoří o nich, ale málokdy se hovoří přímo s nimi (Lečbych, 2008).

Při realizaci výzkumu u osob s mentální retardací spatřuje Lečbych (2008) největší úskalí v následujících výzkumných problémech:

- 1. Využitelnost testových a dotazníkových metod** – spočívá v problematice využití dotazníků a standardních psychologických testů osobnosti s ohledem na problémy osob s mentální retardací v oblasti čtení, psaní a porozumění psanému textu. Pomocí těchto prostředků lze zkoumat jen omezenou skupinu osob, které v těchto oblastech nevykazují obtíže (ibid.).
- 2. Platnost a spolehlivost sebeposouzení osob s mentální retardací** – Wehmeyer a Kelchnerová (1995, in Lečbych, 2008) upozorňují na problém sebeposouzení osob s lehkou mentální retardací. Studie uvedených autorů upozorňuje na nízkou stabilitu a konzistenci sebeposouzení osob s mentální retardací na sebeposuzovacích škálách

i v přímých odpovědích na jednoduché dotazníkové položky. Osoby s mentální retardací jsou zároveň více ovlivnitelní okolím, zároveň mají tendence chápat dotazníkové otázky jako výkonové zkoušky, kdy vyhledávají správnou odpověď.

- 3. Problematický přístup do prostředí, ve kterém osoby s mentální retardací žijí** – i přes rostoucí tlak na integraci a inkluzi osob s mentální retardací stále podstatná část těchto osob žije v určitém typu instituce či využívá určitého typu sociálních služeb. Ze strany těchto institucí se objevují obavy spojené jak s ochranou osobních údajů těchto osob, tak obavy ze závěrů, ke kterým by mohl výzkumník při realizaci svého výzkumu dospět. Instituce zabývající se o výsledky výzkumu mají tendenci rozvíjet kvalitu poskytování sociálních služeb (Lečbych, 2008).
- 4. Systémová provázanost mezi způsobem života osob s mentální retardací a možnostmi, které nabízí jejich prostředí** – lidé s mentální retardací vyžadují různou míru podpory k tomu, aby dokázali žít podle svých představ a přání. Zdroje a formy podpory se velmi liší v závislosti na tom v jakém regionu tito lidé žijí a také z jakých rodin pocházejí. V rámci výzkumu je také nutné pro porozumění osobám s mentální retardací zohlednit širší systémové souvislosti a při výzkumu brát zřetel i na zdroje podpory a její rozličné poskytovatele. Je patrné, že jinak bude svůj život prožívat člověk, který získal díky službě podporovaného zaměstnání práci na otevřeném trhu práce a vydělané peníze mu umožňují bydlet ve vlastním podnájmu. Jinak bude na svůj život pohlížet osoba obdobných schopností pobírající invalidní důchod navíc bydlící s rodiči (ibid.).
- 5. Interindividuální rozdíly v pojetí kategorie „mentální retardace“** – lidé s mentální retardací vykazují stejně jako ostatní lidé v populaci interindividuální rozdíly. Rozdělení mentální retardace na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou je dle Lečbycha (2008) obvykle založena na značném zjednodušení a mnohdy až na nerealistickém zobecnění. V rámci výzkumu by proto mělo být zahrnuto široké spektrum osob s různou úrovní mentální retardace, což však značně komplikuje využití jednotné výzkumné metody (ibid.).

4.3 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumného šetření diplomové práce bylo zjistit, jak lidé s mentálním postižením vnímají a hodnotí přínos sociální služby Podpora samostatného bydlení, popsat základní problémy, se kterými se tito lidé při svém současném bydlení setkávají a identifikovat změny

v současné etapě svého života oproti životu v ústavní péči.

Na základě zpracování teoretické části diplomové práce jsme si stanovili následující dílčí výzkumné otázky (DVO):

1. Jsou osoby s mentálním postižením při určité míře podpory schopny běžného života v samostatném bydlení?
2. Jaké rozdíly vnímají osoby s mentálním postižením ve svém současném životě oproti životu v ústavní péči?
3. V jakých oblastech svého života potřebují osoby s mentálním postižením podporu a jakou podporu si žádají?
4. Jak hodnotí osoby s mentálním postižením kvalitu svého života ve vztahu k samostatnému bydlení?
5. Jsou osoby s mentálním postižením schopny zapojit se do pracovního procesu?

5 Typ výzkumu

Jako typ výzkumu jsme zvolili kvalitativní výzkum, podpořený kvalitativními metodami. Kvalitativní přístup je definován jako „proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 17).

Samotný výzkum jsme v počátcích doplnili o pilotáž. Pilotáž je dle Chráska (2016) metoda k získávání předběžných informací o dané problematice. Může být realizována jako volný rozhovor či pozorování, kterým provádíme sondu do zákonitostí, které hodláme zkoumat. Získané údaje se zpravidla nevyužívají při vlastním výzkumu, ale mohou přinést cenné informace pro samotný výzkum.

Kvalitativně orientované výzkumy vycházejí z fenomenologie, která zdůrazňuje subjektivní aspekty jednání lidí a připouští tak existenci více realit. Vedle kvalitativně orientovaného výzkumu se v praxi setkáváme také s kvantitativně orientovaným výzkumem, jejichž hlavní rozdíly jsou popsány v následující tabulce (Chráska, 2016):

Kvantitativně orientovaný výzkum	Hledisko	Kvalitativně orientovaný výzkum
pozitivismus	filozofická východiska	fenomenologie
jedna realita	existence reality	více realit
vysvětlení jevu	cíle výzkumu	porozumění smyslu
číslo	přístup	slovo, význam
velké skupiny osob		malé skupiny osob
zobecnění		jedinečnost
odstup		vcítění se

Tab. 4 Srovnání kvalitativně a kvantitativně orientovaného výzkumu (Gavora, in Chráska, 2000).

Chráska (2016) dále uvádí, že tyto dvě orientace současných pedagogických výzkumů jsou naprosto protikladné a navzájem neslučitelné, a proto jsou mnohdy stavěny proti sobě. Zároveň je však pokládáno za výhodné, aby se oba přístupy v konkrétních výzkumech kombinovaly.

Objektem zkoumání jsou v našem případě osoby s mentálním postižením v Podpoře samostatného bydlení, které se dle Lečbycha (2008) snaží využít integračních sociálních služeb k tomu, aby zvýšily své příležitosti uplatnit se v majoritní společnosti a dosáhly vyšší míry vlastní seberealizace.

S ohledem na stanovené cíle výzkumu a dílčí výzkumné otázky zaměřené na oblast života osob s mentálním postižením v Podpoře samostatného bydlení nám právě tento typ výzkumu umožňuje získat vhled do této „nezmapované“ oblasti a porozumět ji.

5.1 Metody zjišťování dat

Pro účely diplomové práce jsme potřebná data výzkumného šetření získávali prostřednictvím následující metodologie:

- pilotáž,
- rozhovor,
- pozorování,
- analýza souvisejících dokumentů.

Jako stěžejní metodu k získání potřebných informací jsme zvolili techniku **polostrukurovaného rozhovoru** (semistrukturované interview). Rozhovor nám umožňuje získat nenahraditelné informace o názorech, postojích, obavách a přáních jedince. Technika polostrukurovaného rozhovoru má předem připravený soubor otázek. Způsob a forma odpovědi na tyto otázky zůstává víceméně volná. Respondent si může sám vybrat styl odpovědi (Ferjenčík, 2000).

Výhodou polostrukurovaného rozhovoru je i určitá volnost jak na straně výzkumníka, tak na straně komunikačního partnera. Do rozhovoru je možno oboustranně vkládat nová témata, která v průběhu rozhovoru vyvstala a jsou s ohledem na cíl výzkumu přínosná. Při takto stanoveném rozhovoru je vhodné použít i upřesnění a vysvětlení odpovědi respondenta, tzv. inquiry, které nám umožňují ověřit si, zda jsme danou věc správně pochopili a interpretovali (Miovský, 2006).

Při rozhovorech jsme kladli našim respondentům předem připravené otázky. Respondenti však měli možnost se rozhovořit o tom, co je pro ně podstatné. Kladené otázky spíše ukazovaly směr, kterým se měl rozhovor ubírat, aby nedošlo k „odbočení“ od tématu. Pro rozhovor byl vytvořen soubor otázek, týkajících se života lidí s mentálním postižením

v Podpoře samostatného bydlení. Otázky byly formulovány tak, aby daly respondentům možnost k rozvyprávění se a povídání si o jejich dosavadních zkušenostech s využívanou sociální službou, abychom mohli co nejvěrněji zaznamenat jejich názory.

Pozorování – patří mezi velmi cennou metodu kvalitativního výzkumu, zejména pokud se výzkumníkovi podaří metodu pozorování realizovat v reálném prostředí, kde se život osob s mentální retardací odehrává. Pozorování by mělo probíhat dlouhodobě, a to z důvodu možných změn v chování respondenta z důvodu změny atmosféry přítomnosti další osoby. Pozorování osoby s mentální retardací by také mělo probíhat v různých sociálních situacích, ve kterých je jedinec přítomen, jako je rodina, zaměstnání nebo zařízení sociální péče. Jednotlivé sociální situace mají vliv na chování lidí s mentální retardací. Velmi cenné je rovněž přímé pozorování v průběhu rozhovoru, které může být cenným informačním zdrojem k porozumění, která témata jsou pro respondenty zajímavá a která v něm naopak vyvolávají rozpaky (Lečbych, 2008).

Analýza souvisejících dokumentů – přínos této metody je velmi cenný, pokud se tyto materiály týkají výzkumného záměru. V případě, že se podaří výzkumníkovi získat materiály, které přímo souvisejí s popisem chování člověka s mentální retardací v určité sociální situaci, která výzkumníka zajímá, může být jejich analýza stěžejní výzkumnou metodou. Za velmi cenný materiál jsou považovány například zprávy z přímé podpory klienta pracovníkem v sociálních službách, které popisují denní činnosti vyplývající z individuálního plánu podpory osoby s mentální retardací (ibid.).

6 Výzkumný soubor

Výzkumný vzorek kvalitativní metodologie byl tvořen souborem lidí s mentální retardací, kteří se zapojili do projektu Podpory samostatného bydlení realizovaného obecně prospěšnou společností JINAK. Organizace JINAK se zapojila do projektu Moravskoslezského kraje s názvem „Podpora procesu transformace pobytových sociálních služeb v Moravskoslezském kraji II“. Tento projekt organizací umožnil realizovat podporu samostatného bydlení v šesti vybraných chráněných bydleních v Moravskoslezském kraji. Jako lokalitu působnosti projektu zvolili města Opava, Osoblaha, Nový Jičín a Kopřivnice. Volba lokalit navazuje na proces transformace příspěvkových organizací Moravskoslezského kraje. Jedná se o pokračování transformace původních ústavů – Zámek Dolní Životice (Opava), Harmonie, příspěvková organizace (JINAK o.p.s. www.jinakops.cz [online]. 2016 [cit. 2017-04-14]).

Celkový počet osob s mentálním postižením, které v současné době využívají sociální službu Podpora samostatného bydlení je 16, z toho je 14 mužů a 2 ženy. Na počátku projektu bylo organizací JINAK podporováno 5 osob. Samotného výzkumu se zúčastnili 4 muži, kteří využívají sociální službu již déle jak 18 měsíců. Délka pobytu v samostatném bydlení byla jedním z kritérií pro účast ve výzkumu. Druhým kritériem bylo předchozí bydlení v ústavu sociální péče. Věkové rozpětí těchto osob se pohybovalo mezi 28 až 54 roky. Z hlediska hodnocení úrovně mentální retardace se jednalo o osoby s lehkou mentální retardací. Z hlediska způsobu bydlení žijí 3 účastníci v nájemních bytech soukromé společnosti v běžné bytové zástavbě ve městě Opava. Jeden účastník měl byt v osobním vlastnictví.

Pro lepší dokreslení celého výzkumu uvádíme bližší informace o organizaci JINAK a účastnících výzkumu v následujících podkapitolách JINAK o. p. s. a Životní příběhy účastníků rozhovoru.

6.1 JINAK o. p. s.

Organizace JINAK, o. p. s. byla založena v roce 2013. V prostředí sociálních služeb se mimo jiné zaměřuje na oblast podpory samostatného bydlení osob s mentálním postižením, provozuje sociálně terapeutickou dílnu a realizuje kurzy pro lidi s postižením i kurzy pro pracovníky v sociálních službách. V roce 2014 bylo zahájeno poskytování sociální služby „Podpora samostatného bydlení JINAK“ ve městě Opava a okolí. Díky tomu 5 lidí odešlo z pobytových sociálních služeb a začalo žít ve vlastním nájemním bydlení s podporou terénní

sociální služby. V oblasti samostatného bydlení, jsou v současné době místem působnosti dané služby města Opava, Osoblaha, Nový Jičín a Kopřivnice. Ve městě Osoblaha organizace provozuje sociálně terapeutické dílny, které kromě nabídky pracovní činnosti s výhledem na možnost zapojení se v budoucnosti do práce mimo dílnu zároveň umožňují lidem s postižením společná setkávání se svými kolegy. Obsah a náplň kurzů pro lidi s postižením vychází z potřeb každodenního života a jsou zaměřené na řešení běžných životních praktických situací (Výroční zpráva 2013. www.jinakops.cz [online]. 2016 [cit. 2017-04-14]).

Oblasti pomoci:

- zajištění chodu domácnosti (pomoc při vaření, uklízení, praní, nakupování a dalších činnostech),
- hospodařením s penězi,
- pracovní uplatnění,
- vyřizování potřebných věcí na úřadech, u lékaře apod.,
- rozhodování v běžném životě.

Co tedy dělá organizace JINAK?

- Podporuje bydlení lidí s postižením aneb Podpora samostatného bydlení JINAK.
- Dopoledne práce, odpoledne zábava aneb Sociálně terapeutická dílna JINAK.
- S obyvateli a pracovníky chráněných bydlení plánuje a naplňuje volný čas aneb Volný čas v chráněném bydlení JINAK.
- Nabízí vzdělávání pro každého aneb Vzdělávací aktivity pro lidi s postižením a akreditované kurzy pro pracovníky.
- Se studenty diskutuje o životě v komunitě aneb Besedy se studenty středních škol.
(Výroční zpráva 2015. www.jinakops.cz [online]. 2016 [cit. 2017-04-14]).

Co se již podařilo:

- 1 člověk má placené zaměstnání na pracovní smlouvu.
- 2 lidé docházejí do sociálně-terapeutických dílen.
- 1 člověk absolvoval kurz Hodnocení kvality a stal se auditorem klientských auditů.
- 2 lidé si zapojili domů internet a učí se pracovat na počítači.
- Všichni si postupně zvykají na život v bytě, hledají možnosti naplnění volného času ve městě a nové přátele (ibid.).

6.2 Životní příběhy účastníků rozhovoru

Účastník výzkumu 1

Účastník 1 je muž ve věku 54 let. Jeho komunikační schopnosti jsou dobré, rád hovoří o sobě. Rovněž se zajímá o život druhých lidí. V samostatném bydlení bude 1. května 2017 bydlit již třetím rokem. Při rozhovoru ochotně spolupracuje, je uvolněný. V současném typu bydlení žije společně se dvěma spolubydlícími, a to především z důvodu finančních nákladů na bydlení. Byt je v pronájmu soukromé společnosti o velikosti 3+1 v běžné bytové zástavbě. Každý z uživatelů má svůj vlastní pokoj, ostatní bytové prostory jsou společné. Před příchodem do současného typu bydlení vystřídal několik zařízení, které měly formu chráněného bydlení nebo ústavu sociální péče, později byly transformovány na domovy pro osoby se zdravotním postižením. Během svého života aktivně pracoval, nyní se účastní jako spolupracovník společnosti JINAK, o. p. s. besed v základních a středních školách, kde vypráví svůj životní příběh a dále se podílí na auditech hodnocení kvality poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních. Ve svém volném čase rád vaří, nakupuje, hraje hry a poslouchá hudbu na notebooku. Občasně si zahraje stolní tenis.

Účastník výzkumu 2

Účastník 2 je muž ve věku 28 let. V současném bydlení žije rok a 8 měsíců. Tento byt má v osobním vlastnictví. Předchozí bydlení rovněž odpovídalo formě samostatného bydlení. Byt byl v pronájmu od města. Ve svém bytě žije s přítelkyní a psem. Pracuje jako kuchař v domově pro osoby se zdravotním postižením. Do práce chodí pravidelně a z rozhovoru je patrné, že je se svým současným životem velmi spokojen. Rozhovor probíhal plynule, „svižně“. Při rozhovoru se nespokojí jen s krátkou odpovědí. Velikost bytové jednotky je 1+1. Podporu společnosti JINAK využívá poslední 3 roky. V různých formách pobytových zařízení žil od svých 14 let. Ve svém volném čase jezdí rád na kole, poslouchá hardrockovou hudbu, hraje karty, věnuje se svému psovi a využívá nejrůznější mobilní aplikace.

Účastník výzkumu 3

Účastník 3 je muž ve věku 51 let. V samostatném bydlení žije od června 2015. Předchozí pobytové formy – chráněné bydlení, ústav sociální péče, dětský domov a od raného věku kojenecký ústav. Byt má v pronájmu se svým spolubydlícím od soukromé společnosti. Bytová

jednotka je velikosti 2+1, umístěna ve 3. patře panelového domu v běžné bytové zástavbě. Z počátku se objevují obavy z rozhovoru, a to zejména z důvodu špatné výslovnosti. Po několika minutách rozhovoru na témata, která jsou pro účastníka důležitá, dochází k zahájení polostrukturovaného rozhovoru. Podporu od organizace JINAK využívá od prvopočátku, kdy se do bydlení přestěhoval. V současné době nepracuje. Ve volném čase rád vypráví o nových zážitcích, poslouchá hudbu, rád nakupuje a používá svůj mobilní telefon.

Účastník výzkumu 4

Čtvrtým účastníkem je muž ve věku 34 let. Rád si povídá, má smysl pro humor, často hovoří o své osobě, opakovaně si ujasňuje informace, které jsou pro něj důležité. V Podpoře samostatného bydlení je od června 2015. S předchozím respondentem tvoří spolubydlící. Do samostatného bydlení přichází z pobytové formy chráněného bydlení, předtím část svého života strávil v ústavu sociální péče. Své dětství prožil v dětském domově. Mezi jeho záliby patří sport, zejména posilování, stolní tenis, hudba 90. let a sledování filmů. Během svého života vykonával v pobytovém zařízení nejrůznější pracovní činnosti. Mimo tato zařízení nikdy nepracoval. Dle jeho slov je vyučen kuchařem. Podporu od organizace JINAK využívá pravidelně.

7 Výsledky výzkumu

V této kapitole seznámíme čtenáře s výsledky našeho šetření, které byly získány námi užitými metodami, tedy metodou polostrukturovaného rozhovoru, pozorováním a analýzou souvisejících dokumentů. Samotnému výzkumu předcházela metoda pilotáže, která plní popisnou funkci. Jejím hlavním cílem bylo zjistit aktuální stav, základní údaje, vhodnost zvolených a plánovaných metod výzkumu. V rámci pilotáže byly otázky rozčleněny do tří následujících kategorií. Každá kategorie byla tvořena souborem otázek, které měly za cíl dotvářet komplexnější obraz o jednotlivých účastnících výzkumu.

První kategorie byla tvořena souborem otázek zaměřených na oblast týkající se základních údajů účastníka výzkumu:

- věk účastníka,
- rok a měsíc přechodu do stávající formy bydlení,
- adresa současného bydliště,
- velikost bytové jednotky,
- počet spolubydlících,
- údaje o aktuálním zaměstnání, příp. předchozím zaměstnání,
- trávení volného času, tj. zájmy, záliby, koníčky.

Druhá kategorie byla vymezena souborem otázek zaměřených na životní etapu, která souvisí s pobytem v ústavním zařízení:

- V jakém zařízení jste bydlel před příchodem do současného bydlení?
- Kolik let jste žil v ústavním či jiném pobytovém zařízení?
- Jaká byla kapacita pokoje, tj. kolik jste měl spolubydlících?
- V kolika pobytových zařízeních jste během svého života žil?
- Jaký byl denní režim v pobytovém zařízení?

Třetí kategorie otázek byla zaměřena na oblast související se současným životem v podpoře samostatného bydlení:

- Co vás přivedlo do současného bydlení?
- Co vás motivovalo k rozhodnutí zvolit tuto formu bydlení?
- S čím jste byl v předchozím bydlení spokojen, příp. nespokojen?
- Jak se cítíte v novém domově?

Tento soubor otázek byl účastníkům výzkumu předkládán na počátku výzkumného záměru. Respondenty jsme seznámili s cíli diplomové práce, zároveň jsme požádali o součinnost při realizaci polostrukturovaného rozhovoru v pozdějších etapách výzkumného záměru. Výsledky pilotáže se částečně odrazily v kapitole Životní příběhy účastníků rozhovoru a větší část otázek byla poté opětovně využita při konstrukci polostrukturovaného rozhovoru. K záměru použít stejné otázky, které již byly účastníkům řízení předloženy v pilotáži nás vedl předpoklad, že sociální služba Podpora samostatného bydlení, bude respondenty vnímána v časovém období od stanovení záměru výzkumu až po realizaci samostatných rozhovoru odlišně.

V následujícím textu se zaměříme na analýzu jednotlivých dílčích výzkumných otázek, které jsme si stanovili k ověření cílů diplomové práce.

DVO 1 Jsou osoby s mentálním postižením při určité míře podpory schopny běžného života v samostatném bydlení?
<i>Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jakou míru podpory respondenti využívají k tomu, aby mohli bydlet v samostatném bydlení.</i>
Otázky:
Jak často využíváte podporu ze strany pracovníků v sociálních službách? Službu využíváte denně, 2 až 3krát týdně, 4 až 6krát týdně.
Jaké je časové rozpětí využívání podpory? Méně než 1 hodina, 2 až 3 hodiny, více jak 3 hodiny.
Máte v plánu využívat podporu ze strany pracovníků i v dalším období?

Tab. 5 DVO 1

Tato dílčí výzkumná otázka měla zjistit, zda jsou osoby s mentální retardací schopny běžného života v samostatném bydlení, při využití podpory ze strany konkrétní sociální služby. Z rozhovoru se všemi zúčastněnými vyloučily následující údaje:

- Sociální službu poskytovanou smluvní organizací využívá každý z účastníků rozhovoru, a to od počátku, kdy jim byla poskytnuta příležitost využít sociální službu Podpora samostatného bydlení.
- Každý z respondentů má také v plánu danou sociální službu využívat i v následujícím, časově neohrazeném období.
- Účastníci rozhovoru využívali podporu v průměru čtyřikrát týdně, nejméně podporu využíval účastník výzkumu 1, a to jednou týdně a nejvíce účastník výzkumu 4, který využíval podporu ze strany smluvní organizace šest dnů v týdnu.
- Časové rozpětí poskytování podpory činilo v průměru 90 minut v jednom dni.

Komentář:

Každý z účastníků výzkumu využívá aktuálně podporu ze strany smluvní organizace a rovněž v budoucnu má v plánu tuto podporu využívat v jednotlivých, pro ně potřebných oblastech. Podporu ze strany sociální služby využívají od samého počátku, kdy přestoupili z ústavního pobytového zařízení či chráněného bydlení do současné formy bydlení. Tuto dílčí výzkumnou otázku jsme rozšířili o následující výpověď, která nám měla objasnit, zda počet dnů, kdy respondenti využívají sociální službu, je od počátku standardní nebo došlo k postupnému snižování včetně snižování časového rozpětí. Z výpovědi vyšlo najevo, že v určitých oblastech, bylo možné přistoupit k postupnému snižování podpory ze strany smluvní organizace (např. v oblasti nakupování, cestování v městské hromadné dopravě) z důvodu navýšení vlastních kompetencí účastníků výzkumu. U jednoho respondenta naopak došlo k navýšení podpory v konkrétní oblasti, a to v rámci dohledu na pravidelnost užívání léků.

DVO 2 Jaké rozdíly vnímají osoby s mentálním postižením ve svém současném životě oproti životu v ústavní péči?
<i>Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jaké rozdíly („výhody, nevýhody“) vnímají osoby s mentálním postižením v současné formě bydlení, oproti bydlení v ústavním zařízení.</i>
Otázky:
Co se vám na současném bydlení líbí?
Co se vám na současném bydlení nelíbí?
Je něco, co byste na současném bydlení změnil?
Byl jste spokojen v předchozím typu bydlení?

Tab. 6 DVO 2

Cílem následující dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jaké rozdíly vnímají osoby s mentální retardací ve svém současném životě oproti životu v ústavní péči? Z rozhovoru s účastníky výzkumu vyplynuly následující údaje:

- Účastník výzkumu 1 je v současném typu bydlení spokojen, spokojenost vymezuje následovně „*mohu si jít kdykoliv sám nakoupit, mohu chodit ven, kdy se mi zlíbí*“; účastník výzkumu 2 ocenil, že může bydlet ve vlastním bytě, kde žije s přítelkyní, která je pro něj dle jeho slov velkou oporou, navíc bydlí pro něj v klidné lokalitě; naopak účastníkům výzkumu 3 a 4 se v aktuálním typu bydlení moc nelíbí, respondent 3 vymezil svou nelibost následovně „*chybí mi, co potřebuji*“, co konkrétního respondent myslel svým vyjádřením, však poté nebyl schopen více popsat; respondentovi 4 se nelíbila lokalita bydlení, ale naopak byl spokojen s tím, že má volnost, může cestovat, může si kdykoliv zapálit cigaretu, navazovat přátelství a nemusí dodržovat žádná režimová opatření.
- Na otázku, zda je něco, co by chtěli v současném bydlení změnit, se jeden z respondentů vyjádřil, že by rád změnil vybavení svého pokoje, a to tak, aby bylo v souladu s jeho trávením volného času, konkrétně má v úmyslu si v budoucnu pořídit výkonnější počítač a další z účastníků by rád upřednostnil bydlení v garsonce nebo v menším bytě, kde by bydlel sám.
- Předchozí typ bydlení ať už v ústav sociální péče, nebo chráněné bydlení hodnotili jednotliví respondenti takto: účastník výzkumu 1 byl spokojen i v předchozím typu bydlení, a to jak v pobytu v ústavní péči, tak i následně v chráněném bydlení; druhému z účastníků rozhovoru naopak vadil permanentní dohled, absence soukromí a režimová opatření; účastník výzkumu 3 hovořil o tom, že mu nejvíce chybí ztráta přátel, které v předchozích

pobytech měl a také absence své sestry, kdy společně bydleli ve stejném pobytovém zařízení, což bylo chráněné bydlení.

Komentář:

Jednotliví účastníci výzkumu si během svých životních cest prošli nejdříve pobytovým zařízením. Všichni respondenti zažili pobyt v ústavním zařízení, někteří poté v rámci transformace pobytových služeb byli přemístěni do chráněného bydlení. Všichni oslovení rovněž zažili pobyt v dětském domově. V aktuální formě bydlení je většina respondentů spokojena, kdy po dlouhé době zažívají pocity volnosti, svobody a příležitosti. Úskalí samostatného podporovaného bydlení je komentováno výběrem bytové lokality, zpravidla se jedná o městské, vícepodlažní panelové byty umístěné v neatraktivním prostředí sídlištní zástavby. Dalším negativem byla absence přátel, která byla vyvolána změnou pobytového prostředí, což vedlo k výraznému zásahu do dosavadního společenského života jednotlivých účastníků. Navazování nových vztahů se u osob s mentálním postižením, a to i z důvodu obtížnější adaptace na nové prostředí jeví jako jedna z klíčových priorit zahrnutých do individuálních plánů podpory oslovených respondentů.

DVO 3 V jakých oblastech života potřebují osoby s mentálním postižením podporu ze strany smluvní organizace?
<i>Cílem této dílčí otázky bylo zjistit, ve kterých oblastech potřebují osoby s mentálním postižením podporu a jaký typ podpory aktuálně využívají.</i>
Otázky:
Jaké oblasti podpory máte nastavené ve svém individuálním plánu podpory?
Jaké oblasti podpory jste dosud využíval?
Jaké oblasti podpory využíváte i nadále?
Ve kterých oblastech využíváte podporu nejčastěji?

Tab. 7 DVO 3

Třetí dílčí výzkumná otázka byla zaměřena na oblasti podpory, které osoby s mentálním postižením aktuálně využívají v rámci nasmlouvaných aktivit ze strany podporující organizace. Při rozboru této dílčí výzkumné otázky se primárně vycházelo z analýzy souvisejících dokumentů, ke kterým jsme měli přístup v rámci ústního souhlasu respondentů.

Při výzkumu byl využit dokument „**Můj plán podpory**“, který byl vypracován pro každého respondenta individuálně. V tomto plánu podpory si každý z účastníků výzkumu stanovil základní cíl, kterého by chtěl dosáhnout. K dosažení tohoto cíle poté vedli jednotlivé kroky napříč konkrétními oblastmi podpory. Všichni oslovení mají stanoveny následující oblasti podpory:

- zdraví
- hospodaření s penězi,
- volný čas,
- vyřizování na úřadech,
- moje nepohoda, stres, zvládání konfliktů.

Každý z respondentů má mimo výše vydefinované oblasti podpory také ve svém plánu individuálně nastaveny i další oblasti, které považuje za důležité. V každé z nich využívají účastníci výzkumu individuální podporu, která je stanovena na základě dohody s respondentem a tato podpora může být poskytována buďto pravidelně nebo jen příležitostně. Jednotlivé podporované oblasti jsou poté respondentem a pracovníkem pravidelně aktualizovány dle plnění stanovených dílčích kroků, a to zpravidla jeden krát za půl roku. Analýza jednotlivých plánů podpor byla doplněna o rozhovory, jejichž cílem bylo ověření aktuálního nastavení podpory v jednotlivých oblastech, kdy z rozhovoru vyplynulo následující:

Účastník výzkumu 1 – si stanovil jako svůj základní cíl to, že se **chce osamostatnit a časem se postarat o všechno sám, bez pomoci pracovníka**. Z rozhovoru vyplynulo, že podporu využívá při návštěvách lékaře, kde je pro něj obtížné chodit sám, při konzultacích ohledně hospodaření se svými financemi, rovněž rád uvítá nabídku volnočasových aktivit a pomoc při vyřizování na úřadech, kde si sám nezvládne např. vyplnit formulář. Někdy se necítí dobře, má somatické obtíže (něco ho bolí), je v celkové nepohodě a proto je rád, že si může s pracovníky popovídat a ujistit se, že vše zvládne, což ho uklidní. Jednotlivé oblasti podpory využívá od začátku pobytu v samostatném bydlení a nejvíce využívá oblast moje nepohoda, stres a zvládání konfliktů, kde oceňuje možnost individuálních konzultací s podporujícími pracovníky, a to i v době, kdy se cítí velmi dobře.

Účastník výzkumu 2 – jeho základním cílem je **osamostatnit se, žít samostatně v bytě bez podpory sociální služby**. Podporu ze strany pracovníka v sociálních službách využívá

k občasnému dohledu, zda má aktuálně všechny léky, které pravidelně užívá a také k připomenutí kontroly u lékaře a dále k naplánování rozdělení financí na celý měsíc. Rád využívá také podporu při vyřizování na úřadech, o tuto podporu si sám řekne. Ostatní oblasti podpory využívá zřídka. Ve svém plánu má rovněž nastaveny oblasti týkající podpory v bydlení a v zaměstnání, tyto však využívá nepravidelně, jen v případě vyskytnutí se neočekávané situace.

Účastník výzkumu 3 – **cílem respondenta je být samostatný a mít klidný a pohodový život.** V oblasti zdraví potřebuje účastník výzkumu podporu při kontrole v pravidelnosti užívání léků, při objednání léků u lékaře a při doprovodu k lékaři. Pro respondenta je důležitá oblast podpory v nakupování, kde potřebuje pomoc se správným výběrem potravin odpovídající jeho denním finančním možnostem. S tím souvisí i pomoc při správném hospodaření se svými penězi v podobě sestavení měsíčního finančního plánu. Tuto oblast podpory využívá nejčastěji. Velmi problematická, ale neméně důležitá je oblast spojená s péčí o domácnost, kde se respondentovi nedaří plnit stanovený dílčí cíl. K úklidu je méně motivovaný, a to i přestože se o úklid společných prostorů dělí se svým spolubydlícím. Naopak je velmi posílen v oblasti spojené s orientací v prostředí, kdy je schopen samostatně cestovat městskou hromadnou dopravou, některé cesty např. k lékaři již zvládá bez pomoci asistenta. S pracovníky si vyřídil průkaz na autobus. O oblasti týkající se navazování sociálních vztahů, která je pro respondenta velmi důležitá, si rád povídá a objasňuje si nejrůznější situace, se kterými se setkává a snaží se jim správně porozumět. Rovněž jej zajímá oblast týkající se partnerských vztahů. I nadále má v plánu využívat podporu dle potřeby v jednotlivých dohodnutých oblastech.

Účastník výzkumu 4 – si stanovil jako základní cíl to, že si chce **najít práci, žít samostatně v bytě s přítelkyní a aktivně trávit volný čas.** Mezi oblastmi podpory, které v současné době využívá, patří oblast zdraví, kde je podpora směřována k pomoci při objednání k lékaři a při kontrole chystání a užívání léků. V oblasti úklidu má respondent stanovený týdenní harmonogram úklidu, který se snaží plnit sám. Dříve využíval pomoc ze strany asistentů. Jde o oblast pro účastníka velmi problematickou, kdy chybí motivace k plnění stanoveného harmonogramu. Tato oblast podpory je s respondentem diskutována nejčastěji. S oblastí podpory týkající se úklidu, blízce souvisí i oblast osobní hygieny a péče o zevnějšek. Respondent si stanovil podporu při nakupování správných hygienických potřeb, které by rád využil k úpravě zevnějšku. V měsíčním finančním plánu počítá s odložením

adekvátní finanční částky na nákup těchto potřeb. V samostatném bydlení dále využívá podporu při hospodaření s financemi, nakupování, vyřizování na úřadech a podporu v oblasti mezilidských vztahů.

DVO 4 Jak hodnotí osoby s mentálním postižením kvalitu svého života ve vztahu k samostatnému bydlení?
<i>Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jak hodnotí svou dosavadní etapu života spojenou s formou samostatného bydlením.</i>
Otázky:
Jak se ve svém současném bydlení cítíte?
Jste ve svém současném bydlení spokojen, nebo naopak nespokojen?
V čem se změnil váš současný život v návaznosti na současné bydlení?

Tab. 8 DVO 4

Cílem následující dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jak hodnotí osoby s mentálním postižením kvalitu svého života ve vztahu k samostatnému bydlení. Jednotliví účastníci výzkumu sdělili následující údaje:

- Účastník výzkumu 1 je v současném bydlení spokojen a ve svém bytě se cítí dobře. Velmi kladně hodnotí vztahy s pracovníky pomáhající organizace. Ve svém současném bydlení zvládá samostatně spoustu úkonů, které se naučil v předchozích pobytových zařízeních. Samostatně zvládá úkony spojené např. s hospodařením s vlastními penězi, základní péči o domácnost, nakupování, drobné opravy. Změnu rovněž pociťuje i v možnosti mít svou vlastní televizi, počítač, internet, vybavení domácnosti.
- Účastník výzkumu 2 je se svou aktuální životní situací velmi spokojen. Dle jeho slov „došlo ke změně o 100%“. Tato změna je spojená s větší volností, možností získat více přátel, mít svůj vlastní denní režim, osobní náplň volného času, možností plánovat budoucnost. Pozitivně hodnotí i související změny v návaznosti na současné bydlení, a to v oblasti trávení volného času, kdy rád jezdí na kole, chodí se psem na procházky, poslouchá hudbu, hraje karty a využívá mobilní aplikace.
- Účastník výzkumu 3 hodnotí své současné bydlení s rozpaky. Žádné velké změny nevnímá, ale přesto uvádí, že v aktuálním bydlení nemusí dodržovat žádný řád, má pro sebe spoustu volného času, může samostatně cestovat po městě, navštěvovat známé, mít pro sebe více

peněz, možnost koupit si, co potřebuje.

- Účastník výzkumu 4 má spojenou změnu současného bydlení především s trávením svého volného času, kdy se může svobodně pohybovat po městě, jezdit městskou hromadnou dopravou, seznamovat se s novými přáteli. Dále poslouchat hudbu, sledovat filmy nebo si chodit zahrát stolní tenis.

Komentář:

Většina respondentů se cítí v současném bydlení spokojena. Spokojenost je spojena s možnostmi, které aktuální forma bydlení nabízí. Mezi tyto možnosti patří:

- svobodný pohyb po městě, možnost cestování městskou hromadnou dopravou,
- nacházet nové přátele a seznamovat se s nimi,
- naplňovat své zájmy,
- rozhodovat a plánovat své denní aktivity,
- rozhodovat se sám za sebe,
- plánovat budoucnost,
- koupit si, co potřebují.

DVO 5 Využívají osoby s mentálním postižením možnost se zapojit do pracovního procesu, jako jednu z forem náplně svých denních aktivit?
<i>Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, zda osoby s mentálním postižením jsou schopny zapojení se do pracovního procesu, jako jedné z forem aktivní podpory.</i>
Otázky:
Jaké pracovní činnosti jste ve svém životě vykonával?
Jaké pracovní činnosti nyní vykonáváte?
Kolikrát týdně chodíte do práce?
Jaká je vaše pracovní doba?
Při jaké pracovní činnosti se cítíte nejvíce spokojen?

Tab 9. DVO 5

Pátá dílčí výzkumná otázka byla zaměřena na oblasti pracovní činnosti, jako jedna z forem náplně svých denních aktivit. Z rozhovoru bylo zaznamenáno následující:

- Respondent 1 uvedl, že během svého života vystřídal několik profesí, kdy pracoval jako závozník, pomocný dělník na stavbě a také jako horník. Od roku 1992 je v plném

- invalidním důchodu 3. stupně. V ústavní péči vykonával pomocné práce v kuchyni, pomáhal s úklidem a také se podílel na pomocných činnostech v „domově důchodců“. V současné době spolupracuje s organizací JINAK při besedách na základních a středních školách, kde vypráví o svém životě v Podpoře samostatného bydlení a o předchozím životě v ústavní péči. Cílem těchto besed je poukázat na to, že osoby, které svou část života prožily v ústavní péči, mohou při určité míře podpory žít stejným plnohodnotným životem, jako všichni ostatní. Dále se podílí na hodnocení kvality sociálních služeb jako auditor. Tyto dvě jmenované činnosti vykonává nepravidelně, délka přednášek činí dle jeho slov asi 3 hodiny, při auditech poté vykonává 7 až 8hodinovou pracovní činnost. Ve svém životě nejraději vaří, ale tuto činnost nevykonává jako zaměstnání, ale pro sebe a své spolubydlící.
- Respondent 2 pracuje jako pomocný kuchař v domově pro osoby se zdravotním postižením. Jeho pracovní doba je 8,5hodinová a do práce chodí pět dnů v týdnu. Tato činnost jej naplňuje a o žádné jiné zaměstnání v současné době zájem nemá. V ústavní péči vykonával pomocné a úklidové práce.
 - Respondent 3 ve svém životě vykonával různorodé brigády zaměřené např. na pomocné stavební práce, práce v zahradnictví nebo sázení lesních stromků. Dlouhodobou pravidelnou pracovní činnost ve svém životě nevykonával a v současné době do práce nechodí. Pro práci není motivován. Pokud jej někdo osloví s výpomocí, tak rád pomůže. Jakou práci by rád ve svém životě vykonával, odpovídá žádnou, a to z důvodu svého věku.
 - Poslední respondent pracoval během svého života pouze v rámci pobytových zařízení. Mezi činnostmi, které vykonával, patřily pomocné práce, pečovatelské práce a pomocné práce v kuchyni. V současné době má nasmlouvanou práci opět v chráněném bydlení, kde bude pomáhat při demontáži elektroniky. Představu o vlastním ideálním zaměstnání nemá, ale umí vařit.

Komentář:

Jednotliví účastníci výzkumu během svého života vykonávali různorodé pracovní činnosti, které při pobytu v ústavní péči nebo v chráněném bydlení měly charakter pomocných prací. Mimo tyto pobytové služby, pracovali pouze 2 účastníci výzkumu. Účastník výzkumu 2 pracuje na otevřeném pracovním trhu i nadále, a to v domově pro osoby se zdravotním postižením. Během rozhovoru s tímto účastníkem zaznělo, že je v současné době i nadále omezen ve svých právech při nakládání s financemi. Vydělané peníze jsou posílány na bankovní účet, který spravuje jeho opatrovník. Tato skutečnost může hrát významnou roli při motivaci osob s mentálním postižením při vyhledávání zaměstnání. Z rozhovoru také

vyplývalo, že při zajišťování zaměstnání je důležitá spolupráce osob s mentálním postižením se smluvní organizací poskytující podporu těmto osobám. Tato organizace je zároveň zprostředkovatelem a komunikátorem se zaměstnávající organizací.

V rámci výzkumné strategie byla zvolena jako hlavní výzkumná metoda, metoda polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda byla doplněna o metodu pozorování, realizovanou v průběhu jednotlivých rozhovorů s účastníky výzkumu. Cílem této metody bylo dokreslit samotný průběh rozhovorů, opřený o pozorování chování respondentů během výzkumu, přičemž bylo možné pozorovat stav jejich nálady a trpělivost při odpovídání na výzkumné otázky. Významný faktor bylo také prostředí, kde rozhovor probíhal, spolu s případnými rušivými momenty. Zde je nutno podotknout, že pro účastníky výzkumu byl výzkumník známou osobou a oslovení respondenti byli od počátku záměru diplomové práce informováni o cílech výzkumu. Tato skutečnost se poté projevila i na realizovaných rozhovorech, které probíhaly v poklidné a přátelské atmosféře, kdy ze strany oslovených bylo ochotně odpovídáno na jednotlivé otázky, které byly dle potřeby objasňovány a případně doplňovány o otázky související. Tři rozhovory probíhaly v pokojích účastníků, jeden probíhal ve společných prostorách, v tomto případě v kuchyni. Účastníci byli předem informováni o možnosti rozhovor kdykoliv přerušit, případně jej ze své potřeby ukončit. K přerušení došlo v rámci realizace rozhovorů jen jednou, a to z důvodu potřeby respondenta si zapálit cigaretu. K ukončení rozhovoru nedošlo. U jednoho z respondentů byla patrná netrpělivost, a to z důvodu délky rozhovoru. Průběžnou motivací bylo poté dosažení úspěšného dokončení rozhovoru. V průběhu výzkumu bylo potřeba respektovat i diskuzi nad tématy, které nesouvisely přímo s výzkumem, ale vyplývaly v jeho průběhu a byly pro účastníky výzkumu v danou chvíli důležité a potřebovali o nich vést rozhovor. K rušivým momentům během jednotlivých rozhovorů nedošlo.

8 DISKUSE

V rámci kapitoly Diskuse se vrátíme k námi formulovaným dílčím výzkumným otázkám, které se pokusíme zodpovědět interpretací získaných výsledků. Tyto výsledky budou rovněž diskutovány ve vztahu k teoretickým poznatkům a navazující část bude mít snahu učinit poznání dokreslující kvalitu života osob s mentálním postižením v Podpoře samostatného bydlení.

První dílčí výzkumná otázka se zaměřila na život osob s mentálním postižením v samostatném bydlení a na poskytování podpory ze strany smluvní organizace. Analýzou polostrukturovaného rozhovoru doplněnou o metodu pozorování jsme dospěli k závěru, že osoby s mentálním postižením jsou schopny běžného života v samostatném bydlení. Důležitou součástí jejich života však bude poskytování určité míry podpory ze strany pomáhající organizace. Hlavním cílem této organizace bude i nadále podporovat osoby s mentálním postižením ve využívání vlastních schopností a dovedností k osobní realizaci a vedení plnohodnotného života, který je srovnatelný s životem lidí „většinové“ populace, tak jak je to definováno v Zákoně o sociálních službách. Během realizovaných rozhovorů bylo zaznamenáno, že každý z účastníků výzkumu využívá aktuálně podporu ze strany smluvní organizace a rovněž má v plánu tuto podporu využívat i v budoucnu. Společným přáním všech respondentů bylo dospět k tomu, aby došlo k postupnému snižování podpory, a tím se stali více samostatnější a zodpovědnější za svůj život. Z výpovědí vyšlo najevo, že v určitých oblastech bylo možné již přistoupit k postupnému snižování podpory ze strany smluvní organizace (např. v oblasti nakupování, cestování v městské hromadné dopravě nebo orientace v prostředí), a to z důvodu navýšení vlastních kompetencí účastníků výzkumu. U jednoho respondenta naopak došlo k navýšení podpory v konkrétní oblasti, a to v rámci dohledu na pravidelnost užívání léků, která je pro samostatné fungování osob s mentálním postižením velmi důležitá a zásadní.

Jak již zaznělo v předchozím odstavci, pokud se lidé s mentálním postižením rozhodnou ve svém životě pro změnu spočívající v přechodu z jedné formy bydlení do jiné, bude pro ně velmi důležité, aby zejména v počátcích využívali podporu ze strany pomáhající organizace. Tato podpora bude směřována do oblastí, které si jedinec dohodne ve svém individuálním plánu podpory, kde si zároveň stanoví základní cíl, kterého chce postupnými kroky dosáhnout. Tyto kroky jsou naplněny dílčími cíli, tj. jednotlivými oblastmi podpory. Jednou z velmi

důležitých oblastí, kterou je zapotřebí podporovat je dle Lečbycha (2008) oblast zaměřena na rozvoj sociálních kontaktů a budování sociálně podpůrné sítě. Jako vhodná forma se jeví rozvoj seznamovacích služeb nebo volnočasových klubů, ve kterých by mohly osoby s mentálním postižením přicházet do vzájemného kontaktu a v bezpečném prostředí se seznamovat, navazovat nová přátelství a partnerské vztahy. Tato potřeba vyplynula i z analýzy našeho rozhovoru s účastníky výzkumu potvrzující důležitost navazování partnerských i přátelských vztahů. Jeden z respondentů při výzkumu velmi kladně hodnotil možnost společného bydlení se svou partnerkou. Navazování nových vztahů se u osob s mentálním postižením, a to i z důvodu obtížnější adaptace na nové prostředí jeví jako jedna z klíčových priorit zahrnutých do individuálních plánů podpory oslovených respondentů.

Mezi významné rozdíly, které vnímají osoby s mentálním postižením ve svém současném životě oproti životu v ústavní péči, jmenovali účastníci výzkumu, např. pocity volnosti spojené s cestováním ve městě i mimo město, možnost se svobodně rozhodovat, plnit si svá přání, kdy si mohou koupit to, co považují za důležité, cítit se „svobodní“ nebo využívat příležitostí k navazování přátelství. Jako negativní vnímali někteří respondenti absenci starých přátel, která byla vyvolána změnou pobytového prostředí, což vedlo k zásahu do dosavadního společenského života jednotlivých účastníků. V podobném duchu hovoří i výsledky výzkumu realizované Lečbychem (2008), kdy bylo zjištěno, že samostatný život se může stát životem bez kontaktů s lidmi, chybí v něm pochvala, ocenění a radost z toho, že jedinec bydlí sám, nebo že zvládá základní úkony v domácnosti. Právě výše zmíněné pozitivní pocity se mohou brzy vytratit, právě kvůli tomu, že najednou všechno dělá sám. Z daného důvodu se jeví jako přínosnější nevstupovat do nového bydlení samostatně, ale např. se spolubydlícím, známou osobou a tím předcházet pocitům osamělosti.

Hodnocení kvality života ve vztahu k samostatnému bydlení úzce souvisí s předchozími poznatky, které byly získány v průběhu realizovaných rozhovorů. Naprostá většina respondentů se vyjadřovala ke změně bydlení velmi kladně. Tato změna jim přinesla řadu nových příležitostí a podnětů. Během dosavadního pobytu ve svém novém bydlení se naučili novým věcem, které obohatily jejich dosavadní repertoár životních zkušeností. Rovněž došlo k posílení jejich sebevědomí a jednotliví respondenti si tak uvědomili, že jsou schopni zvládnout i situace, se kterými neměli doposud zkušenosti nebo které realizovali výhradně s pomocí asistenta. Je patrné, že tato zásadní změna v životě osob s mentálním postižením nepřináší vždy jen samá pozitiva, ale v určitých chvílích jejich života se projevují i „stezky“ po předešlých přátelích a zážitcích.

Za velmi důležité považujeme, aby lidem s mentálním postižením bylo nabízeno co nejširší spektrum aktivit, které jim pomohou s náplní dne. Je zřejmé, že palčivým problémem může být nedostatek vhodných činností, prožívání nudy a nadbytek volného času. Proto za stěžejní aktivitu považujeme podporu při hledání vhodného zaměstnání a následnou motivaci k pravidelné docházce. Podpora směřující k zapojení se do pracovních činností je tak vhodnou prevencí před nedostatkem aktivit v životě osob s mentálním postižením. Aktivní přístup a zapojení se do pracovních činností bylo zaznamenáno rovněž i ve výpovědi našich respondentů. Jeden z účastníků výzkumu pracuje na otevřeném trhu práce, a to v domově pro osoby se zdravotním postižením. Další respondent se zapojuje do besed a dalších pracovních příležitostí, které mu jsou ze strany podporující organizace nabízeny.

V závěru diskuse bychom chtěli upozornit na skutečnost, že výsledky výzkumu jsou jen obtížně zobecnitelné. Výběr účastníků výzkumu byl proveden na základě parametrů, které byly dány jednak délkou pobytu v samostatném bydlení a motivací k vyplnění. Zkoumaný soubor je relativně malý a bohužel málo srovnatelný z hlediska pohlaví, ale i přesto se domníváme, že naše závěry mohou být zajímavým příspěvkem do diskuse týkající se života osob s mentálním postižením v Podpoře samostatného bydlení.

Do budoucna bude zajímavé zmapovat posun účastníků výzkumu v rámci svého života v samostatném bydlení a obohatit a porovnat tyto poznatky o další respondenty i opačného pohlaví.

IV. ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak lidé s mentálním postižením vnímají a hodnotí přínos sociální služby Podpora samostatného bydlení, popsat základní problémy se kterými se tyto lidé při svém současném bydlení setkávají a identifikovat změny v současné etapě svého života oproti životu v ústavní péči. Ve dvou částech, teoretické a praktické, jsme se snažili vymezit a popsat systém Podpory samostatného bydlení u osob s mentálním postižením a zároveň jsme se pokusili získat co nejvíce odpovědí a názory na otázky, které by nám pomohly hlouběji proniknout do této problematiky.

Podpora samostatného bydlení je terénní sociální služba, která je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost, a to z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Obecným posláním této terénní sociální služby je podporovat lidi s mentálním postižením ve využívání vlastních schopností a dovedností k osobní realizaci a vedení plnohodnotného života srovnatelného s životem běžných lidí. Hlavní snahou je, aby uživatel zvládal samostatný život a zůstal v běžném prostředí dle svých možností co nejdéle.

Z tohoto důvodu byla výzkumná část zaměřena na mapování názorů a potřeb osob s mentálním postižením v Podpoře samostatného bydlení. Ve výzkumném šetření realizovaném prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, doplněno o metodu pozorování a analýzu souvisejících dokumentů, v tomto případě se jednalo o dokument „Můj plán podpory“ jsme dospěli k těmto závěrům:

- Osoby s mentálním postižením jsou stejně jako lidé s „majoritní“ společnosti schopny běžného života v samostatném bydlení. Toto bydlení může být realizováno např. v bytech v běžných městských sídlištních zástavbách. V počátcích nové životní etapy je však důležité, aby těmto osobám byla poskytnuta náležitá podpora ze strany pomáhající organizace, a to v takovém rozmezí a oblastech života, které budou dostačující pro kvalitní fungování osob s mentálním postižením v samostatném bydlení.
- Pro osoby s mentálním postižením se jeví jako velmi významné, že oproti životu v ústavní péči mohou v současném bydlení žít dle svých vlastních plánů, s ohledem na své individuální potřeby. Za důležité rovněž považují možnost se samostatně rozhodovat a zvolit si, kdy využijí podporu ze strany pracovníků v sociálních službách, případně pomoc ze strany jiné osoby. Jako negativum byla změnou pobytového prostředí vnímána absence přátel, což vedlo

k výraznému zásahu do dosavadního společenského života jednotlivých účastníků.

– Osoby s mentálním postižením využívají v Podpoře samostatného bydlení pomoc ze strany pomáhající organizace. Mezi základní oblasti, které jsou podporovány, patří oblasti zaměřené na zdraví, hospodaření s penězi, volný čas, pomoc při vyřizování na úradech a oblast, která je definována jako moje nepohoda, stres a zvládání konfliktů. Každý z respondentů má poté ve svém plánu podpory dohodnuty i další oblasti, které vnímá jako důležité, aby mohl plnohodnotně žít ve svém současném bydlení. Mezi nejčastější oblasti podpory, které účastníci výzkumu využívají, patří oblast hospodaření s penězi, kde zároveň dochází k pravidelnému měsíčnímu finančnímu plánování.

– Změna bydlení je v životě každého občana zásadním zásahem v jeho každodenním životě. U osob s mentálním postižením je tato změna navíc umocněna tím, že s příchodem do samostatného bydlení pro ně vyvstává spousta nových okolností, se kterými v předchozím typu bydlení nebyli konfrontováni. I přesto se většina účastníků výzkumu cítí v současném bydlení spokojena, což je popisována možnostmi jako je např. svobodný pohyb po městě, možnost cestování městskou hromadnou dopravou, nacházet a seznamovat se s novými přáteli, využívat plně své zájmy, rozhodovat a plánovat své denní aktivity, rozhodovat se sám za sebe, plánovat budoucnost, koupit si co potřebují.

– Osoby s mentálním postižením jsou schopny se aktivně zapojit do pracovních činností jako jedné z forem aktivní podpory. Každý z účastníků výzkumu ve svém dosavadním životě vykonával nějakou pracovní činnost, ať již při pobytu v ústavní péči nebo v chráněném bydlení. Dva z respondentů mají zkušenost i s prací na otevřeném trhu práce.

Provedené šetření a naznačené výsledky nelze považovat za zobecnitelné pro všechny osoby s mentálním postižením, kteří využívají službu Podpory samostatného bydlení. Každý jedinec má svou osobnostní charakteristiku, má svůj specifický druh zdravotního postižení, má svou představu o svém životě a má právo se rozhodnout, jak se svým životem „naloží“. Snahou této diplomové práce byl určitý vhled do této problematiky, kterou lze stále považovat „za tolika neprobádanou“. Věříme, že pohled na osoby s mentálním postižením v samostatném bydlení napomůže, případně povede k dalším podobným výzkumům, které nám ukážou život lidí se zdravotním postižením z jiného úhlu pohledu a budou tak přínosem pro zlepšení přístupů a možností při podpoře lidí s mentálním postižením.

V. SOUHRN

Sepsání diplomové práce bylo vedeno snahou učinit odborný vhled do problematiky života osob s mentálním postižením v Podpoře samostatného bydlení. Zaměření této práce lze v obecné rovině vymezit jako analýzu pohledu lidí s mentálním postižením na svůj život v aktuální formě bydlení, v konkrétní rovině jako poznání faktu o tom, co se vše v jejich životě na základě přechodu z pobytu v ústavní péči do samostatného bydlení odehrává.

V první kapitole teoretické části jsme se zabývali definováním pojmů mentální retardace, mentální postižení a vývojová porucha intelektu. Důležitou součástí této kapitoly bylo vydefinování klasifikace mentálního postižení dle různých klasifikačních systémů jako je MKN-10, DSM IV, DSM-5 a klasifikace na základě míry podpory. Osoby s mentálním postižením jsou součástí čtyř modelů, jejichž základní rozdíly jsme vymezili v kapitole Modely mentální retardace. První kapitola je doplněna o četnost výskytu a etiologii mentální retardace.

Ve druhé kapitole teoretické části jsme se věnovali specifikům osobnosti lidí s mentálním postižením. Vymezili jsme si pojem osobnost, charakterizovali jsme kognitivní funkce jedince s mentálním postižením a ukázali jsme si funkční model sebeurčení osob s mentální retardací.

V poslední kapitole teoretické části jsme se zabývali transformací pobytových sociálních služeb, seznámili jsme se s pojmy deinstitutionalizace a humanizace a popsali jsme proces transformace z pohledu hlavního koordinátora a garanta procesu transformace v České republice tj. Ministerstva práce a sociálních věcí. Součástí této kapitoly bylo také vymezení Podpory samostatného bydlení jako jedné z forem terénní sociální služby.

Za hlavní cíl výzkumné části diplomové práce jsme si vytkli prozkoumání názorů, jak lidé s mentálním postižením vnímají a hodnotí přínos sociální služby Podpora samostatného bydlení, jak řeší základní problémy se kterými se ve svém současném bydlení setkávají a identifikují změny v současné etapě svého života oproti životu v ústavní péči. Potřebná data výzkumného šetření jsme získávali prostřednictvím kvalitativní metodologie, doplněnou o úvodní metodu pilotáže. Kvalitativní přístup nám umožnil zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí, a tím získat ucelenější obraz o těchto jevech založených na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. V rámci kvalitativního šetření jsme zvolili techniku polostrukturovaného rozhovoru (k nahlédnutí v příloze č.1), doplněnou o metodu pozorování. V rámci doplnění rozhovoru s účastníky

výzkumu byla rovněž využita metoda ucelnější analýzy souvisejících dokumentů, v tomto případě se jednalo o Plán podpory každého respondenta, který nám poskytl komplexnější obraz o oblastech, ve kterých jsou účastníci výzkumu, tedy osoby s mentálním postižením podporovány.

Na základě zpracovaných výsledků jsme dospěli k závěru, že osoby s mentálním postižením jsou schopny života v samostatném bydlení. Důležitou součástí, a to zejména v počátcích je podpora v nasmlouvaných oblastech ze strany pomáhající organizace. Neméně důležitý je i praktický nácvik chování v konkrétních sociálních situacích, které v pozdějších etapách vede ke snižování míry podpory a směřování tak k větší samostatnosti osob s mentálním postižením v každodenním životě.

Také jsme dospěli k závěru, že přechod z pobytové služby v ústavní péči do Podpory samostatného bydlení má pozitivní vliv na uvědomování si změn v životě osob s mentálním postižením. Se změnou bydlení se před respondenty objevily nové situace, se kterými před tím nebyli pravidelně konfrontováni. Větší samostatnost, podílení se na sestavování měsíčního finančního plánu, hospodaření s penězi, plánování si nákupů, vybavení si domácnosti, seznamování se s novými lidmi, nacházení nových partnerů i plánování budoucnosti a celého dne sebou přináší pozitiva ve smyslu získávání a nabytí potřebných kompetencí, které vedou k posílení sebevědomí a procítění důležitosti vlastní osoby.

Pro posílení celkové osobnosti jedinců s mentálním postižením je zároveň potřebné, aby během svého života v samostatném bydlení využili veškeré možnosti, které jim budou nabízeny k zapojení se do pracovní činnosti. Účastníci výzkumu si již ve svém životě vyzkoušeli řadu nejrůznějších zaměstnání či pomocných profesí. Jeden z respondentů je v současné době zaměstnán na plný pracovní úvazek. Další z účastníků výzkumu se podílí na besedách pro studenty a zároveň se realizuje v pozici hodnotitele kvality sociálních služeb.

Souhrnné výsledky výzkumu nás přivedly ke konstatování následujícího závěru. Ať už hovoříme o osobě s mentální retardací, o osobě s mentálním postižením nebo o jedinci s vývojovou poruchou intelektu, vždy je potřeba vidět za tímto označením člověka, který má i přes svůj zdravotní handicap právo na to, aby si mohl zvolit takový život, po kterém „touží“ nebo si „vysnil“. My, jako zástupci „majoritní“ společnosti bychom měli mít tu povinnost těmto lidem připravit takovou cestu a nastavit takové podmínky, které jim tento život umožní nebo alespoň v co nejvyšší míře přiblíží.

VI. LITERATURA:

1. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
2. BOUČEK, J. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2006. ISBN 80-244-1354-X.
3. CAKIRPALOGLU, P. *Úvod do psychologie osobnosti*. 1 vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4033-1.
4. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*. 2. vyd. Praha: Karolinum 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.
5. Transformace. *Www.ctyrlistekostrava.cz* [online]. 2016 [cit. 2017-04-08]. Dostupné z: <http://www.ctyrlistekostrava.cz/transformace>.
6. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 2 vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
7. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Avicem, 1983.
8. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.
9. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
10. JINAK o.p.s. *Www.jinakops.cz* [online]. 2016 [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: <http://www.jinakops.cz/informace/podpora-chranenych-bydleni/15>.
11. KOZÁKOVÁ, Z. *Charakteristika dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2013. ISBN 978-80-244-3712-5.
12. LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
13. LEČBYCH, M. *Psychologické aspekty podporovaného zaměstnávání u lidí s mentálním postižením*. Olomouc, 2006. Rigorózní práce na Filozofické fakultě Univerzita Palackého na katedře psychologie.
14. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
15. RABOCH, J. a kol. *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-5*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5

16. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
17. SMÉKAL, V. *Psychologie osobnosti*. 3. vyd. Brno: Barrister, 2009. ISBN 978-80-87029-62-6.
18. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
19. Transformace. *Www.trass.cz* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015 [cit. 2017-04-6]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/transformace/>
20. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0.
21. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 5. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.
22. Zákon o sociálních službách. *Www.mpsv.cz* [online]. 2009 [cit. 2017-04-08]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/zakon_c._108_2006__stav_k_1.8.2016.pdf
23. Výroční zpráva 2013. *Www.jinakops.cz* [online]. 2016 [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: <http://www.jinakops.cz/foto/image/files/JINAK%20vy%CC%81roc%CC%8Cni%CC%81%20zpra%CC%81va%202013.pdf>.
24. Výroční zpráva 2015. *Www.jinakops.cz* [online]. 2016 [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: <http://www.jinakops.cz/foto/image/files/JINAK%20vy%CC%81roc%CC%8Cni%CC%81%20zpra%CC%81va%202015.pdf>.

VII. SEZNAM ZKRATEK

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí - 10 revize.

DSM IV – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

DSM 5 – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

AAMR – Americká asociace pro mentální retardaci

IQ – inteligenční kvocient

O.P.S. – obecně prospěšná společnost

NRZP – Národní rada zdravotně postižených

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

DVO – dílčí výzkumné otázky

AAIDD – Americká asociace pro intelektové a vývojové poruchy

VIII. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Polostrukturovaný rozhovor

PŘÍLOHY

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Dílčí výzkumné otázky (DVO):

DVO 1 Jsou osoby s mentálním postižením při určité míře podpory schopny běžného života v samostatném bydlení?

Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jakou míru podpory respondenti využívají k tomu, aby mohli bydlet v samostatném bydlení.

Otázky:

Jak často využíváte podporu ze strany pracovníků v sociálních službách? Službu využíváte denně, 2 až 3krát týdně, 4 až 6krát týdně.

Jaké je časové rozpětí využívání podpory ? Méně jak 1 hodina, 2 až 3 hodiny, více jak 3 hodiny.

Máte v plánu využívat podporu ze strany pracovníků i v dalším období?

DVO 2 Jaké rozdíly vnímají osoby s mentálním postižením ve svém současném životě oproti životu v ústavní péči?

Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jaké rozdíly („výhody, nevýhody“) spatřují osoby s mentálním postižením v současné formě bydlení, oproti bydlení v ústavním zařízení.

Otázky:

Co se vám na současném bydlení líbí?

Co se vám na současném bydlení nelíbí?

Je něco, co byste na současném bydlení změnil?

Byl jste spokojen v předchozím typu bydlení?

DVO 3 V jakých oblastech života potřebují osoby s mentálním postižením podporu a jakou podporu si žádají?

Cílem této dílčí otázky bylo zjistit, ve kterých oblastech potřebují osoby s mentálním postižením podporu a jaký typ podpory aktuálně využívají.

Otázky:

Jaké oblasti podpory máte nastavené ve svém individuálním plánu podpory (IP)?

Jaké oblasti podpory jste dosud využíval?

Jaké oblasti podpory využíváte i nadále?

Ve kterých oblastech využíváte podporu nejčastěji?

DVO 4 Jak hodnotí osoby s mentálním postižením kvalitu svého života ve vztahu k samostatnému bydlení?

Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jak hodnotí svou dosavadní etapu života spojenou s formou samostatného bydlením.

Otázky:

Jak se ve svém současném bydlení cítíte?

Jste ve svém současném bydlení spokojen, nebo naopak nespokojen?

V čem se změnil váš současný život v návaznosti na současné bydlení?

DVO 5 Využívají osoby s mentálním postižením možnost se zapojit do pracovního procesu, jako jednu z forem náplně svých denních aktivit?

Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, zda osoby s mentální retardací jsou schopny zapojení se do pracovního procesu, jako jedné z forem aktivní podpory.

Otázky:

Jaké pracovní činnosti jste ve svém životě vykonával?

Jaké pracovní činnosti nyní vykonáváte?

Kolikrát týdně chodíte do práce?

Jaká je vaše pracovní doba?

Při jaké pracovní činnosti se cítíte nejvíce spokojen?