



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Sociální rehabilitace jako prostředek rozvoje samostatnosti osob s mentálním postižením

Bakalářská práce

Studijní program: B7508 – Sociální práce
Studijní obor: 7502R024 – Sociální práce a penitenciární péče
Autor práce: **Eva Novotná**
Vedoucí práce: **Mgr. Martin Korych**



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva Novotná**
Osobní číslo: **P16000624**
Studijní program: **B7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce a penitenciární péče**
Název tématu: **Sociální rehabilitace jako prostředek rozvoje samostatnosti osob s mentálním postižením**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl: Zjistit, jakým způsobem je poskytována služba sociální rehabilitace ve vybraném zařízení sociálních služeb a jaký vliv má na rozvoj samostatnosti osob s mentálním postižením.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Rozhovor a pozorování.

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucího práce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FREY, P., 1991. Člověk a handicap: k problematice zdravotního postižení z hlediska speciálních oborů a sociální rehabilitace. Praha: Federace zdravotně postižených v ČSFR

JESENSKÝ, J., 1995. Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. Praha: Karolinum. ISBN 80-706-6941-1

MATOUŠEK, O., a kol., 2003. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2010. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0

PFEIFFER, J., a kol., 2014. Koordinovaná rehabilitace. České Budějovice: ZSF JCU. ISBN 978-80-7394-461-2

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martin Korych

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **3. dubna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2019**


prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan




Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 3. dubna 2018

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

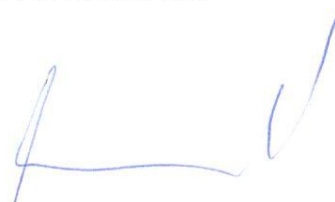
Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že texty tištěné verze práce a elektronické verze práce vložené do IS STAG se shodují.

17. 6. 2019



Eva Novotná

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce Mgr. Martinovi Korychovi za cenné rady, připomínky a metodickou pomoc při tvorbě bakalářské práce.

Z celého srdce děkuji svému muži a svým přátelům, kteří mi byli po celou dobu studia velkou oporou a také děkuji svým dětem za jejich vstřícnost a trpělivost, kterou prokázaly při plnění mých školních povinností.

Ve Pševsi dne 17. 6. 2019

Eva Novotná

Anotace

Tématem bakalářské práce je sociální rehabilitace jako prostředek rozvoje samostatnosti osob s mentální postihou. Cílem práce je zjistit, jakým způsobem je poskytována služba sociální rehabilitace pro osoby s mentální postihou ve vybraném zařízení a zjistit, jaký vliv má na rozvoj jejich samostatnosti.

Teoretická část bakalářské práce reflektuje aktuální poznatky odborné literatury a základní pojmy k problematice mentální postihy, sociálních služeb a služby sociální rehabilitace. Praktická část práce je věnována průběhu a výstupu výzkumného šetření, při kterém je použita smíšená kvalitativně-quantitativní strategie výzkumu a metody dotazování a pozorování. Při sběru dat je použita technika otevřeného zúčastněného pozorování a polostrukturovaných rozhovorů. Účastníky výzkumu jsou pracovníci a uživatelé služby sociální rehabilitace, kteří jsou pozorováni při průběhu sociální rehabilitace a následně jsou s nimi provedeny rozhovory.

Výstupem bakalářské práce je popis průběhu služby sociální rehabilitace, využívaných metod a technik a dopadu služby na samostatnost jejich uživatelů.

Klíčová slova

Mentální postihy, sociální rehabilitace, metody a techniky, oblast rozvoje, samostatnost osob s mentální postihou.

Annotation

The topic of the bachelor thesis is the social rehabilitation as a means of developing the independence of people with mental disabilities. The aim of the thesis is to find out how the social rehabilitation service is provided for people with intellectual disabilities in the selected facility and to find out what influence it has on the development of their independence.

The theoretical part of the bachelor thesis reflects the current knowledge of professional literature and basic concepts of the issue of mental disability, social services and social rehabilitation services. The practical part of the thesis is devoted to the course and the output of the research, in which a mixed qualitative-quantitative research strategy and methods of questioning and observation are used. Open data observation and semi-structured interviews are used to collect data. Research participants are social rehabilitation workers and users who are observed during social rehabilitation and then interviewed.

The outcome of the bachelor thesis is a description of the course of the social rehabilitation service, the methods and techniques used and the impact of the service on the independence of their users.

Keywords

Mental Disability, Social Rehabilitation, Methods and Techniques, Development Area, Independence of People with Intellectual Disabilities.

Obsah

Seznam použitých zkratk	8
Úvod	9
1 Mentální postižení	10
1.1 Mentální retardace	11
1.2 Klasifikace mentální retardace	12
1.3 Stupně mentální retardace	14
1.4 Příčiny vzniku mentální retardace	17
1.5 Epidemiologie	18
1.6 Mentální postižení a přidružená zdravotní postižení	19
1.6.1 Vícenásobné postižení	19
1.6.2 Dětská mozková obrna	20
1.6.3 Poruchy autistického spektra	20
1.7 Oblasti rozvoje samostatnosti osob s mentálním postižením	21
1.8 Práva osob s mentálním postižením	25
2 Sociální služby v České republice	27
2.1 Formy poskytování sociálních služeb	29
2.2 Druhy sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením	29
2.2.1 Sociální poradenství	29
2.2.2 Služby sociální péče	29
2.2.3 Služby sociální prevence	31
3 Sociální rehabilitace	34
3.1 Ucelená rehabilitace	34
3.2 Služba sociální rehabilitace	35
3.3 Cílová skupina sociální rehabilitace	37
3.4 Základní činnosti sociální rehabilitace	37
3.5 Metody sociální rehabilitace	39
3.6 Techniky sociální rehabilitace	39
3.7 Sociální rehabilitace osob s mentálním postižením	41
4 Praktická část	42
4.1 Cíl práce, výzkumný problém a výzkumné otázky	42
4.2 Výzkumný vzorek	43
4.3 Metodologie výzkumu	45
4.3.1 Strategie a metody výzkumu	45
4.3.2 Průběh výzkumného šetření	46
4.3.3 Etické aspekty výzkumu	47
4.3.4 Rizika výzkumu	48
4.3.5 Příprava polostrukturovaných rozhovorů	48
4.4 Sběr dat	49
4.5 Způsob vyhodnocování dat	50
4.6 Prezentace dat	50
4.7 Výsledky výzkumného šetření	66
4.8 Diskuze	68
4.9 Navrhovaná opatření	70
Závěr	71
Použitá literatura	73
Přílohy	79

Seznam použitých zkratk

aj.- a jiné

atp. - a tak podobně

DMO – dětská mozková obrna

IQ - inteligenční kvocientu

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MR – mentální retardace

např. - například

SR – sociální rehabilitace

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistik

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

Úvod

V naší populaci jsou v současné době podle odhadů 3 % lidí s mentálním postižením, přičemž až 80% z nich trpí lehkou formou mentální retardace. Tito lidé se od majoritní společnosti nějakým způsobem odlišují. Ve svém životě se vlivem svého postižení často setkávají se situacemi, které jsou pro ně obtížné a jsou odkázáni na pomoc či podporu jiné osoby. Cílem práce s osobami s mentálním postižením je dosažení nejvyšší možné míry nezávislosti. Velký význam při procesu dosažení nezávislosti má služba sociální rehabilitace, která lidem s mentálním postižením pomáhá rozšiřovat jejich dovednosti a podporuje jejich samostatnost a soběstačnost v každodenním životě.

Téma sociální rehabilitace jako prostředek rozvoje samostatnosti osob s mentálním postižením jsem si zvolila proto, že jsem v minulosti s touto cílovou skupinou osob pracovala a často jsem se z řad majoritní společnosti setkávala se zkresleným pohledem na osoby s tímto postižením a na význam sociální rehabilitace. Lidé s mentálním postižením, ačkoliv jsou ve svém životě odkázáni na pomoc či podporu ostatních, řeší přes svoji jinakost stejné problémy a situace v životě jako většina z nás (vztahy, zdraví, péče o domácnost, volný čas atp.). Proto jsem se rozhodla věnovat se této problematice podrobněji a získat více informací o osobách s mentálním postižením a významu sociální rehabilitace těchto osob. Smyslem bakalářské práce je představit problematiku mentálního postižení a význam sociální rehabilitace osob s mentálním postižením.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem je poskytována služba sociální rehabilitace ve vybraném zařízení sociálních služeb a jaký vliv má na rozvoj samostatnosti osob s mentálním postižením. Bakalářská práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola se věnuje mentálnímu postižení, klasifikaci a stupni mentální retardace, přidruženým postižením a oblastem rozvoje osob s mentálním postižením. Druhá kapitola se zabývá sociálními službami pro osoby s mentálním postižením v České republice. Třetí kapitola pojednává o sociální rehabilitaci, metodách a technikách sociální rehabilitace a jejich základních činnostech. Čtvrté kapitola, která představuje praktickou část bakalářské práce, se věnuje cíli bakalářské práce, metodologii výzkumu, výzkumnému vzorku a prezentaci dat. Výzkumné šetření bylo prováděno v organizaci Apropo Jičín, o. p. s., ve službě Sociální rehabilitace APROPO. Předmětem zkoumání byli 3 uživatelé služby sociální rehabilitace, jedna sociální pracovnice a dvě pracovnice v sociálních službách, které

s uživateli v rámci služby pracují. Při výzkumu byly použity metody pozorování a dotazování.

1 Mentální postižení

Mentální postižení je termín, který je v současné době používán jako synonymum k termínu mentální retardace a vztahuje se k němu celá řada definic (Luckasson, 2002, in Černá, 2008). Ve školství je například termín mentální postižení chápán širěji. Kromě osob s mentální retardací zahrnuje rovněž osoby s IQ 85 a méně, kterým jsou při jejich vzdělávání indikována podpůrná opatření jako např. speciální metody a postupy, didaktické pomůcky, zajištění asistenta pedagoga a podobně. To znamená, že kromě mentální retardace zahrnuje také pásmo kognitivně-sociální disability, znevýhodňující jedince především při edukaci na běžném typu škol (Valenta, 2012, str. 30).

Osoby s mentálním postižením jsou předmětem zájmu speciální pedagogiky, součástí které je psychopedie. Psychopedie je nauka, která se zabývá rozvojem, výchovou a vzděláváním osob s mentálním postižením. S termínem psychopedie se setkáváme pouze v českém jazyce. Ve světě je používán termín speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Cílem psychopedie je záměrným a speciálním způsobem dosáhnout u jedince s mentálním postižením maximálně možného individuálního rozvoje jeho schopností a dovedností a vytvoření podmínek pro kvalitní život (Černá, 2008, str. 9).

Lidé s mentálním postižením nahlíží na situace jinak než lidé bez handicapu. Disponují jiným způsobem cítění, myšlení a prožívání. Mají svůj poměrně specifický systém hodnot a jejich přístup k hodnocení je rovněž jiný. Přesto, že mají možnost vnímat hodnoty racionálně i emotivně, je jejich rozumová stránka výrazně potlačena. Naproti tomu emocionální stránka se u většiny lidí s mentálním postižením projevuje silněji, než je obvyklé u lidí z intaktní společnosti. Je proto častým jevem, že lidé s mentálním postižením nepovažují za hodnotné to, co je pro ně potřebné z hlediska společenského, ekonomického nebo praktického, ale to, co se jim právě líbí, z čeho mají radost a co okamžitě uspokojuje jejich potřeby. V jejich jednoduchém pohledu na život jsou tyto hodnoty zpravidla důležitější, než hodnoty se společenským a praktickým významem (Slowík, 2003, str. 182). Svět očima lidí s mentálním postižením je chápán v bodech.

Souvislosti v něm bývají nesrozumitelné. Získané smyslové vjemy jsou často využívány neadekvátně (Pipeková, aj., 2014, str. 48).

1.1 Mentální retardace

Mentální retardace vychází z latinského “mens retardare”, které můžeme doslovně přeložit jako “opoždění mysli”. Tento stav je však mnohem složitější, postihuje celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách, nikoliv pouze mentální schopnosti. V průběhu vývoje jedince narušuje jeho schopnosti a dovednosti na úrovni emocí a komunikace, a tím zhoršuje schopnost jeho uplatnění ve společenském či pracovním životě (Slowík, 2007, str. 60).

Mezinárodní klasifikace nemocí definuje mentální retardaci jako stav, který se vyznačuje zastaveným nebo neúplným duševním vývojem jedince. Projevuje se v průběhu vývojového období, kdy postihuje všechny složky inteligence, jako jsou poznávací, motorické, řečové a sociální schopnosti. Vyskytuje se samostatně nebo spolu s jinými psychickými nebo somatickými poruchami (UZIS, 2017, str. 244).

Slowík (2007) uvádí 5 přístupů k definování mentální retardace:

- **Biologický**, kdy je příčinou postižení závažné funkční nebo organické poškození mozku.
- **Psychologický**, kdy je vzhledem k populační normě pomocí standardizovaných IQ testů zjištěna primárně snížená úroveň rozumových schopností.
- **Sociální**, kdy je charakteristickým znakem postižení neschopnost orientovat se ve světě a společnosti, která omezuje sociální existenci jedince, bez cizí pomoci.
- **Pedagogický**, kdy je, navzdory využití specifických postupů a vzdělávacích metod, snížená schopnost učit se.
- **Právní**, kdy je snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (Slowík, 2007, str. 59).

Mentální retardace se vztahuje především na vrozený mentální deficit, jenž vznikl v době prenatalního období až po období nejpozději do prvního roku od narození dítěte (Vágnerová, 2004, in Slowík, str. 62). Dítě s vrozeným deficitem se vyvíjí nestandardním způsobem již od počátku života. Na běžné životní podmínky reaguje obtížnější adaptací. Přesto, že se jedná o poruchu trvalou, může dojít k určitému zlepšení. Míra zlepšení závisí jak na příčině defektu, tak i na edukačním a terapeutickém působení prostředí (Fisher, Škoda, 2008, str. 92).

1.2 Klasifikace mentální retardace

V této podkapitole je popsána klasifikace mentální retardace dle typu postižení, podmíněnosti sociokulturního prostředí a dle stupně postižení.

Klasifikace podle typu postižení

V souvislosti s těžším stupněm mentální retardace rozlišujeme dle starší kategorizace dva typy postižení. **Typ torpidní**, který je charakteristický výraznou pomalostí pohybu, řeči, nízkou aktivitou, pohodlností a pasivitou. Lidi s tímto typem postižení je potřeba neustále do činností aktivizovat. **Typ eretický**, který je charakteristický výrazným psychomotorickým neklidem, neustálým pohybem, pobíháním, častou změnou činností a nesoustředěností. Je nutné aktivitou korigovat jednání těchto jedinců. Ve větší míře jsou však používány následující klasifikace:

Oligofrenie

Mentální retardace je způsobená organickým poškozením mozku v období prenatalním, perinatálním a postnatálním. Zpravidla tento pojem značí opoždění duševního vývoje na dědičném a vrozeném podkladě. Charakteristickým znakem jsou globálně snížené intelektové schopnosti.

Demence

V minulosti nazývaná jako sekundární intelektový defekt vzniká kdykoli po druhém roce věku. Charakteristickým znakem je rozpad nebo postupný úpadek již nabytých intelektových schopností. Kromě nejznámější stařecké demence dnes rozlišujeme celou

řadu dalších demencí: demence posttraumatické (po těžších úrazech hlavy), demence při nádorových onemocněních mozku, demence epileptické atp.

Sociokulturní podmíněnost prostředí

Tato problematika se dotýká výchovy a vzdělávání jedinců ze sociokulturně znevýhodněného a nepodnětného prostředí. Některé zdroje používají pro tento typ postižení označení **pseudooligofrenie**. Postižení je způsobeno vnějšími faktory, které dítě obklopují již v útlém dětství, kdy z důvodu nepodnětného prostředí nedochází k přiměřenému rozvoji psychických funkcí. Při dodržování speciálně pedagogických zásad a zajištění kvalitních podmětů se nejedná o stav trvalý ani neměnný. Prognóza je v takovém případě velmi dobrá, zvlášt', pokud se s dítětem začne cíleně pracovat již v předškolním věku (Franiok, 2014, str. 29 – 30).

Klasifikace podle stupně postižení

Na základě posouzení struktury inteligence, schopnosti adaptace a orientačně také na inteligenčním kvocientu a míře zvládnání běžných nároků na jedince, je určen stupeň mentální retardace (Valenta, 2012, str. 17).

V oblasti inteligence je výše IQ podstatná v případě, že profil dítěte nevykazuje značné nerovnoměrnosti a dítě je při práci soustředěné a motivované. Pokud subtesty vykazují významné rozdíly, je potřeba zjistit příčinu, porovnat výsledky s anamnézou, s výsledky jiných testů, případně zvážit podíl mimointelektových faktorů na celkovém výsledku. Odhad intelektové úrovně může být poté jiný než původní výše výsledku IQ (Krejčířová in Valenta, Michalík, Lečbych, 2018, str. 47). Stanovení diagnózy závisí na všeobecných intelektových funkcích, které určuje školený diagnostik. Sociální přizpůsobivost a intelektuální schopnosti jsou však proměnlivé a v průběhu času se nižší hodnoty mohou na základě rehabilitací a cvičení zlepšovat (UZIS, 2017, str. 244).

Výše zmíněnou speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostikou mentální retardace však nelze brát jako dogma, ale jako hrubý rámeček. Určité dílčí nedostatky v některé z oblastí můžou být nahrazeny lepšími schopnostmi, které jsou však těžko měřitelné běžnými standardizovanými testy. Ku příkladu oblast rozumové výchovy, která je jedinci ve čtrnácti letech nedostupná, se může úspěšně vyrovnat logickým úsudkem v pozdějších letech. Dopřejme proto jinakost, která je přirozená pro každého z nás, také

osobám s mentálním postižením, a to zejména v oblasti rozumové výchovy, která může být plně rozvinutá až v dospělosti. Psychický vývoj osob s mentálním postižením musíme z pohledu majoritní společnosti chápat jako celoživotní vývoj a rozvoj (Franiok, 2014, str. 41 – 42).

1.3 Stupně mentální retardace

Tato podkapitola blíže specifikuje stupně mentální retardace dle publikace MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) a některých autorů.

Tzv. „hraniční pásmo mentální retardace“ IQ 70–80 (85)

Dříve nazývané slaboduchost nebo také pásmo těžšího podprůměru IQ. Hodnota IQ se u člověka pohybuje v rozmezí 70 – 80 (85) a příčinou nemusí být poškození mozku, ale sociální a výchovná zanedbanost (Valenta in Novosád, Girgleová, 2013, str. 60).

Lehká mentální retardace F70 IQ 50 - 69

Hodnota IQ se u dospělého člověka s tímto stupněm MR pohybuje mezi 50 – 69 a odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let. Jedinec má obtíže především ve školní výuce (UZIS, 2017, str. 244-245). Dítě je na první pohled zdravé a čilé, jeho nedostatky jsou patrné zejména při náročnějších myšlenkových operacích (abstrakce, generalizace, atp.) Do hry se zapojuje obtížněji, jeví se jako méně chápavé. Do jisté míry je rozsah jeho postižení ovlivněný prostředím, ve kterém vyrůstá. Dítě z nepodnětného prostředí bude prokazovat nižší výkon než dítě z přiměřeně podnětného prostředí. V dospělosti však může být jedinec s lehkou mentální retardací schopen navázat vztahy, pracovat a přispět tak k životu společnosti (Franiok, 2014, str. 32 – 33).

Verbální projev jedince s touto formou postižení je ochuzený o abstraktní pojmy, věty jsou kratší a je častá chybná výslovnost. Chybí abstraktní myšlení, nechybí však schopnost učit se. Jedinec je schopen v dospělosti dosáhnout určitého stupně samostatnosti, která vyžaduje oporu a dohled (Vágnerová 2004, str. 301).

Středně těžká mentální retardace F 71 IQ35 – 49

Hodnota IQ se u dospělého člověka s tímto stupněm MR pohybuje mezi 35 – 49 a odpovídá mentálnímu věku 6–9 let. Vývojové opoždění je zřetelné již v dětství, přesto je možné, aby jedinec dosáhl přiměřených školních dovedností, komunikace a určité hranice soběstačnosti a nezávislosti. V dospělosti potřebuje k práci a činnosti ve společnosti určitý stupeň podpory (UZIS, 2017, str. 244-245). Jedinec je omezen v neuropsychickém vývoji. V dětství je jeho vývoj opožděn v oblasti pohybu i řeči. Dítě je neobratné z důvodu nekoordinovanosti pohybů. Myšlení i řeč se vyvíjí velmi opožděně. V komunikaci tyto lidé používají nejčastěji jednoduché nebo jednoslovné věty. V emoční oblasti jsou labilní a nevyrovnaní. Dobrých výsledků lze dosáhnout v oblasti sebeobsluhy. Je však zapotřebí dohled. Je zde více či méně omezená vychovatelnost a vzdělavatelnost. V současné době plní tyto jedinci povinnou školní docházku v praktických školách. V minulosti byli dospělý a děti s tímto stupněm postižení opomíjenou skupinou, proto by jim měla být v současné době věnována značná část pozornosti, především v oblasti alespoň částečného zapojení do sociálního či pracovního prostředí. To by mohlo přispět, pokud je to možné, k rozvoji jejich potenciálu (Franiok, 2014, str. 33 – 34).

Verbální projev jedinců s touto formou postižení je chudý, agramatický a vyskytuje se v něm špatná artikulace. Učí se formou mechanického podmiňování, je ovšem nutné časté opakování již nabytých dovedností. Jsou schopni osvojit si jednoduché dovednosti, či pracovní postupy, vyžaduje však trvalý dohled (Vágnerová 2004, str. 301).

Těžká mentální retardace F72 IQ 20 – 35

Hodnota IQ se u dospělého člověka s tímto stupněm MR pohybuje mezi 35 – 20 a odpovídá mentálnímu věku 3 – 6 let. Jedinec ve stavu těžké mentální retardace je závislý na trvalé podpoře (UZIS, 2017, str. 244-245).

Jedinec je celkově omezen v neuropsychickém i motorickém vývoji. Tento jev, který je spojený se značnou pohybovou neobratností, je častý právě u těžké mentální retardace. Pohyby zůstávají značně hrubé i v dospělosti. V některých případech se vyskytují automatické pohyby trupu a hlavy. V oblasti psychiky jsou významná omezení v jednotlivých procesech. Je zřejmá porucha v koncentraci pozornosti. Při vhodném

podnětném prostředí a kvalitní pedagogické péči zvládne jedinec, a to nejčastěji až v dospělosti, úroveň mechanického plnění několika základních úkonů. V nejběžnějších situacích sledujeme také základní stereotypy chování. To však může být narušeno důsledkem vysoké impulzivity, nestálosti nálad a poruchy afektivní sféry (Franiok, 2014, str. 35).

Verbální projev jedince s touto formou postižení je jen velmi omezený. Jedinec disponuje několika slovními výrazy, které může používat nepřesně, v některých případech řeč chybí úplně. Schopnost učení je značně omezená. Jedinec je zcela odkázán na péči jiné osoby, samostatně zvládá jen pár úkonů sebeobsluhy (Vágnerová 2004, str. 301).

Hluboká mentální retardace F73 do IQ 19

Hodnota IQ se u dospělého člověka s tímto stupněm MR pohybuje v rozmezí 19 a méně a odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Jedinec ve stavu hluboké MR je zcela nesamostatný a závislý na pomoci při komunikaci, pohybu či hygieně (UZIS, 2017, str. 244-245).

Neuropsychický vývoj je výrazně omezený v průběhu celého života. Typickým vnějším projevem jedince jsou nápadné stereotypní automatické pohyby celého trupu. Psychika je narušená v celé oblasti. V dospělosti je úroveň paměti a myšlení minimální, nebo zcela chybí. Řeč je nerozvinutá, hovoříme spíše neartikulovatelném výkřiku nebo echolalickým opakování slov. Rozvoj komunikace v oblasti nonverbální složek řeči při maximálním respektování individuálních zvláštností těchto jedinců se jeví zřejmě jako jediná možnost. Jedinec má také důsledkem porušení afektivní sféry sklony k sebepoškození. Socializace je omezená pouze na základní rozeznávání osob, ve výjimečných případech na zvládnutí jednoduchých návyků sebeobsluhy. Z důvodu rozsáhlých neurologických a somatických vad bývají jedinci často upoutáni na lůžko (Franiok, 2014, str. 36).

Verbální projev jedince s touto formou postižení zcela chybí, nejsou vytvořeny základy řeči. Jedinec na okolí reaguje pouze libostí či nelibostí. Je schopen rozpoznávat známé či neznámé objekty. Je rovněž závislý na péči jiné osoby a obvykle bývá umístěný v ústavní péči (Vágnerová 2004, str. 301).

Jiná mentální retardace F78

K použití této kategorie dochází v případě, že určit stupeň MR klasickým způsobem není snadné nebo je zcela nemožné. K takové situaci dochází například při určování stupně MR u jedinců nevidomých, neslyšících, nemluvících nebo u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob (Slowík, 2007, str. 62).

Neurčená mentální retardace F79

K použití této kategorie dochází v případě, že byla MR prokázána, avšak chybí dostatek informací k přesnému zařazení do určité kategorie (Slowík, 2007, str. 62).

1.4 Příčiny vzniku mentální retardace

Mentální retardace má z důvodu velkého množství možných vlivů ohrožujících prosperitu plodu, celé řady onemocnění, úrazů či vlivem dědičnosti a metabolických či chromozomálních poruch velmi rozmanitou etiologii (Černá, aj., 2008, str. 84).

Příčiny vzniku MR dle časového hlediska

Z časového hlediska můžeme příčinu vzniku MR zařadit do třech následujících období:

- **Prenatální období (období, kdy se plod vyvíjí v těle matky)** – příčinou vzniku MR je působení dědičných faktorů, infekce v těle matky během těhotenství, onemocnění matky, či patogenní činitelé jako užívání alkoholu, drog a jiné. Významné postavení v etiologii MR mají specifické genetické poruchy, z nichž největší skupinu tvoří syndromy, které jsou způsobeny změnou počtu chromozomů nebo narušením jejich struktury a genové mutace. Mezi tyto syndromy patří například Downův syndrom, Edwardův syndrom, Wiliamsův syndrom a jiné (Valenta, aj., 2012, str. 55-60).

- **Perinatální období (období během porodu a časně po něm)** – vývoj centrální nervové soustavy je poškozen především nezvyklou zátěží jako je nedonošenost, nedostatek kyslíku, mechanické poškození mozku, nízká porodní váha a jiné.
- **Postnatální období (období dále po porodu a v průběhu života)** - příčinou vzniku MR je mnoho různých negativních faktorů jako jsou záněty mozku, nádorová onemocnění nebo sociální faktory jako například dlouhodobé nenasyčení určitých základních lidských potřeb (například vlivem ústavní výchovy, rodiny, atp.) Je prokázáno, že právě sociokulturní činitel má největší význam u lehké MR (Valenta, aj., 2012, str. 61).

Příčiny vzniku MR podle Penrose

V literatuře bývá často uváděná klasifikace příčin vzniku podle Penrose. Výše uvedené příčiny dle období vzniku nalezneme u tohoto autora mezi příčinami vzniklými vlivem prostředí. Jako další faktor autor uvádí příčiny dědičné neboli genetické.

1. **Endogenní** (dědičné, genetické):
 - Dávnné - příčinou je spontánní mutace již v zárodečných buňkách
 - Čerstvé - příčinou jsou spontánní mutace
2. **Exogenní** (vzniklé vlivem prostředí):
 - V raném těhotenství - je poškozené oplodněné vajíčko
 - V pozdním těhotenství - špatná výživa, infekce
 - Intranatální - abnormální plod
 - Postnatální - úrazy nebo nemoci v dětství, špatný vliv výchovy (Černá, aj., 2008, str. 85).

1.5 Epidemiologie

V současné době jsou v naší populaci na základě kvalifikovaných odhadů mentální retardací postižené asi 3% populace. Nejvyšší procento připadá na osoby s lehkým stupněm mentální retardace. Až 80% lidí s mentálním postižením trpí lehkým

stupněm mentální retardace, středním stupněm trpí přibližně 15 % osob. Závažnější formy postižení jsou vzácnější. Mezi muži a ženy se toto postižení vyskytuje převážně ve stejné míře. Mezi ostatními osobami s postižením tvoří osoby s mentálním postižením značně početnou skupinu (Fisher, aj., 2014, str. 127).

Ačkoliv se prevalence mentálně postižených osob v populaci pohybuje mezi 3 až 4 %, je v porovnání s minulostí evidován jistý nárůst. Jednou z příčin tohoto nárůstu může být narůstající dynamika vývoje civilizace a neustále se zvyšující požadavky na jedince ve společnosti. Vzhledem k této dynamice dnes pod širší normy spadají jedinci, kteří by dříve do této normy nepatřili (Valenta, 2011, str. 112). Prevalence duševních poruch je u jedinců s mentálním postižením, v porovnání s intaktní společností tři až čtyři krát častější. Schopnost adaptace jedinců s mentálním postižením je narušena ve všech případech. Pokud je však jedinec s lehkou mentální retardací v bezpečném sociálním prostředí a je mu poskytnuta určitá míra podpory, nemusí být narušení nápadné (Valenta, aj., 2012, str. 15).

1.6 Mentální postižení a přidružená zdravotní postižení

U mentálního postižení se mohou v různé míře projevit i jiná přidružená postižení jako jsou poruchy autistického spektra, vývojové vady, poruchy chování nebo tělesná postižení. Prakticky ve všech případech se u mentální retardace vyskytuje narušená komunikační schopnost, jejíž příčinou jsou symptomatické vady řeči (Slowík, str. 149).

1.6.1 Vícenásobné postižení

Vícenásobné postižení je v současné době v České republice nejpoužívanější výraz pro označení postižení s různorodým množstvím nedostatků. Tento výraz nahrazuje dříve používané kombinované vady nebo kombinované postižení, se kterými se ještě můžeme setkat a na které nahlížíme jako na synonyma (Ludvíková, str. 4). Vícenásobná postižení v sobě zahrnuje velmi různorodé množství nedostatků, jež jsou také označovány jako vady vícečetné nebo sdružené. Vzájemným prolínáním či vázáním postihují v různé míře tělesnou, společenskou a duševní oblast. V případě kombinovaných vad je podstatným hlediskem primární postižení, na které se posléze váží další nedostatky. Kombinované

postižení již ve svém názvu vystihuje fakt, že má jedinec více typů postižení (Franiok, 2014, str. 40).

V případě kombinace mentálního postižení s jiným typem postižení, pokládáme mentální postižení za vedoucí, protože nejvíce narušuje strukturu osobnosti a do jisté míry vymezuje maximálně dosažitelný stupeň socializace. Ve velké míře se s mentálním postižením sdružují postižení tělesná, nejčastěji dětská mozková obrna (Vančová, 2001, str. 12).

1.6.2 Dětská mozková obrna

Nejčastěji se mentální postižení v kombinaci s tělesným postižením vyskytuje u dětské mozkové obrny (DMO). Rozsah mentálního postižení je u DMO velmi široký. Přibližně ve 20 % případů se nemusí vyskytovat vůbec (Slowík, 2016, str. 150). Dětská mozková obrna je onemocnění, pro které jsou nejtypičtější poruchy hybnosti. Dalšími typickými znaky jsou smyslové postižení, postižení intelektů, epileptické a senzitivní záchvaty. Postižení dále nepokračuje, naopak může prostřednictvím rehabilitace docházet ke zlepšení klinického stavu. Určité zvláštnosti toho onemocnění vyplývají z nezralosti dětského mozku. Onemocnění vzniká v průběhu těhotenství, porodu nebo do jednoho až dvou let od narození. V souvislosti se zlepšením lékařské a novorozenecké péče přibývá jedinců s tímto postižením, kteří by v minulosti na takové onemocnění mozku umírali (Seidl, 2008, str. 143).

1.6.3 Poruchy autistického spektra

V minulosti byl autismus, který je spojen s poruchou komunikace a společenských vztahů řazen mezi duševní onemocnění. V současné době jej řadíme mezi pervazivní vývojové poruchy, které se projevují zhoršenou společenskou komunikací a stereotypním opakováním zájmů a činností. Velká část jedinců s klasickým autismem trpí současně také mentálním postižením, což představuje značný diagnostický problém. Poruchy se objevují v prvních pěti letech života. Poruchy autistického spektra zahrnují:

- **Klasický autismus** – také nazýván dětský autismus, kdy se abnormální vývoj jedince projevuje již do tří let věku dítěte. Tyto pervazivní vývojové poruchy jsou zastoupeny všemi stupni IQ, převažují především případy s mentálním postižením.
- **Aspergerův syndrom** – na rozdíl od klasického autismu nebývá zasažena inteligenční složka, dokonce jsou známe případy, kdy byla naměřena nadprůměrná hodnota IQ.
- **Dezintegrační poruchu v dětství** – nazývanou také pozdní začátek autismu. Symptomy se objevují mezi 1,5 – 4 rokem života, kdy dochází k zastavení dosud normálního vývoje a vývojem autistických symptomů nastává zpětný vývoj dovedností.
- **Jiné poruchy příbuzné autismu** – kdy přesto, že jsou patrné určité znaky autismu, nesplňují všechna kritéria autismu a jsou obtížně diagnostikovatelné.
- **Autistické rysy** – které jsou časté u jedinců s motorickou neobratností, poruchou pozornosti nebo u mentálního postižení (Šnýdrová, 2008, str. 132 – 133).

1.7 Oblasti rozvoje samostatnosti osob s mentálním postižením

Tato podkapitola se věnuje vymezení pojmu samostatnost ve vztahu k člověku s mentálním postižením a oblastem rozvoje osobnosti těchto osob.

Samostatnost si můžeme představit jako psychickou připravenost vést svůj vlastní život. Člověk, který je samostatný, je dostatečně zralý na to, aby sám uvažoval, komunikoval, činil rozhodnutí a převzal za sebe odpovědnost (Riegrová, 2014). Pro člověka s postižením je však představa nepotřebnosti cizí pomoci či podpory velmi obtížná. Přesto je cílem práce s osobami s postižením dosažení alespoň nejvyšší možné míry nezávislosti. Z pohledu intaktní společnosti je nezávislost chápána jako synonymum pro pojem svoboda, samostatnost a volnost a je na velmi vysoké pozici v žebříčku hodnot. O prožívání nezávislosti u člověka s mentálním postižením můžeme hovořit ve chvíli, kdy i přes to, že je o něj pečováno a je mu poskytována určitá míra podpory, je tento člověk přijímán jako rovnocenný partner. Podobně můžeme nahlížet i na jiné hodnoty, které člověk s postižením vnímá způsobem, který nám může bořit naše zažité a ustrnulé představy (Slowík, 2003, str. 184).

Lidé s mentálním postižením by se měli rozvíjet a upevňovat svoje schopnosti a dovednosti v průběhu celého života. Prostřednictvím různých aktivit a za podpory rodičů, přátel, asistentů či sociálních služeb jsou lidé s mentálním postižením podporováni v oblastech, které jim pomáhají lépe se orientovat ve společnosti. Tím se stávají samostatnějšími v běžném životě. Oblasti rozvoje samostatnosti u osob s mentálním postižením jsou:

Komunikace

U lidí s mentálním postižením je komunikace cílem i prostředkem rozvoje sociálních kompetencí a učení. V praxi by měl rozvoj komunikace lidí s mentálním postižením zahrnovat situace, které posilují jednotlivé poznávací procesy a spojovat je s osobními zážitky. V praxi si proto uživatelé prostřednictvím modelových situací nebo jiných technik naučí základy mezilidské komunikace (pozdravení, oslovení, vykání/tykání...), způsoby komunikace (kresba, pantomima...), telefonickou komunikaci, porozumění textu, rozvíjet slovní zásobu atp. (Solovská, 2013, str. 17 – 34).

Rozvoj logického myšlení

Ačkoliv je u lidí s mentálním postižením jedním z charakteristických projevů neschopnost dospět ve vývoji do stádia logického myšlení, je pro jejich orientaci ve světě důležité naučit se uvažovat ve vztazích, v důsledcích jednání atp. Rozvoj logického myšlení u osob s mentálním postižením musí probíhat v individuálních a přizpůsobených podmínkách. Děje se tak prostřednictvím různých aktivit a her, které podporují rozvoj logického myšlení. Důsledkem spojení osobní zkušenosti a několikanásobného opakování vzniká logika vzájemných vztahů (Solovská, 2013, str. 36).

Orientace v čase

Pro lidi s mentálním postižením může být obtížné představit si abstraktní pojmy jako jsou „ted“, „potom“, dřív“, „později“, „dnes“ atp. Je proto důležité propojení teoretických znalostí s praktickými zkušenostmi a prostřednictvím prožití reálných situací pomoci lidem s mentálním postižením pochopit co jednotlivé pojmy znamenají (Solovská, 2013, str. 53).

Orientace v prostoru a ve městě

Schopnost orientace v prostoru ovlivňují u lidí s mentálním postižením specifika myšlení, pozornosti a vnímání. Také tlak, stres nebo zvýšené nároky mohou tlumit použití správně naučených informací. Proces učení musí probíhat v souladu se zásadami komplexního a multismyslového přístupu, které uživateli prostřednictvím různých aktivit rozvíjejí například schopnost rozlišit pojmy související s prostorovou orientací (např. pod, vzadu, nad...), schopnost pravolevé orientace, seznáení se s budovami v obci atp. (Solovská, 2013, str. 72).

Nakupování

Lidé s mentálním postižením se s tématem nakupování potřebují cvičně setkávat v různých podmínkách a situacích. Poznatky a zkušenosti, které mají se tímto propojí se zážitky a lépe se tak dostanou do podvědomí a paměti. Nácvik nakupování je složen z více samostatných úkonů. Jedná se o práci s pozorností, čísly, pamětí, orientací v prostoru atp. V rámci nácviku se poté trénuje orientace v cenách, v typech obchodů, sestavení nákupního seznamu, příprava požadovaného obnosu a jiné (Solovská, 2013, str. 72).

Rizika v každodenním životě

I běžné každodenní situace mohou být pro člověka s mentálním postižením v důsledku nedostatků informací rizikové nebo nebezpečné. Je proto velmi důležité, v souladu s prevencí, rizikové chování lidem s mentálním postižením bezpečnou formou přiblížit a ponechat jim prostor nebezpečné situace rozpoznat a vyřešit. Lze toho dosáhnout mnohonásobnými pozitivními zkušenostmi, nácvikem a opakováním postupů a pravidel. Intaktní společnost má tendence lidi s mentálním postižením chránit před nebezpečnými situacemi. Tím mohou vzbudit jejich zvědavost k zakázaným věcem nebo znemožnit rozšíření jejich dovedností (Solovská, 2013, str. 96).

Cestování

Tento pojem souvisí jednak s využíváním dopravních prostředků, ale také s oblastí trávení volného času. Také nácvik cestování je složen z více samostatných úkonů. Při nácviku jsou využívány aktivity jako povídání si o cestování, seznáení s dopravními prostředky, s jízdním řádem, nákupem jízdenky, nácvikem balení se atp. (Solovská, 2013, str. 111-119).

Zdraví a péče o zevnějšek

Každý jedinec má právo na péči o sebe tak, aby mu to bylo příjemné. Tím dochází k naplňování potřeb a ke zvýšení kvality jeho života. Má ale také právo ovlivňovat to, jakým způsobem o něj bude pečováno jinou osobou. Podpora osob s mentálním postižením v oblasti samostatnosti a poskytnutí informací o vlastním zdraví a péči o sebe, může působit jako prevence před problémovým chováním. Lidé s mentálním postižením jsou často nadměrně opečovávaní a tím se stávají závislí na pomoci druhých (Solovská, 2013, str. 122).

Navazování vztahů

Rozlišování osob a vztahů prostřednictvím slov může být pro lidi s mentálním postižením velmi obtížné. Orientace ve slovních označeních rolí, vztahů a citů a jejich porozumění pomáhá propojovat emoce a chování k druhým. Správné odhadování vztahů k druhým pomáhá chápat vlastní práva, práva ostatních a také chrání před zneužitím vlastní osoby (Solovská, 2013, str. 142).

Člověk a společnost

Řád ve společnosti je tvořen kulturními zvyky, službami, institucemi atp. Pro pochopení našeho místa ve společnosti a společnosti jako takové je potřeba orientovat se ve složitostech vztahů mezi právy a povinnostmi, kulturou, administrativou, zvyky a službami. Všechny tyto oblasti spolu navzájem souvisejí a vytvářejí síť informací, bez jejich porozumění je velmi těžké se ve společnosti orientovat. V případě nepochopení těchto informací dochází ke stížnosti orientace a reakce na požadavky společnosti, což může mít za následek postupné vyloučení a ztrátu výsad svobody a vlastních práv. V rámci rozvíjení a upevňování dovedností v této oblasti je vhodné s uživateli vykonávat aktivity, při kterých si uživatelé uvědomují vlastní osobnost, význam základních osobních dokladů a údajů, význam veřejných institucí a služeb a seznámí se se základními lidskými právy (Solovská, 2013, str. 152 – 166).

Práce a volný čas

Zaměstnání, práce a trávení volného času mohou svým způsobem pozitivně ovlivňovat osobnost, jednání a rozvoj člověka. Pokud je člověk s mentálním postižením přiměřenou činností motivován k aktivitě, jsou naplňovány jeho psychické i sociální potřeby a zvyšuje se jeho sebevědomí. Zaměstnání člověka s mentálním postižením v sobě zahrnuje více rovin, jako jsou vlastní schopnosti a dovednosti člověka s mentálním postižením, možnosti jeho blízkých či pečujících osob a požadavky a nároky společnosti. Předpokladem pro zvládnutí procesu zaměstnání nebo aktivizaci k této činnosti je prostor

pro rozvoj komunikačních a sociálních dovedností, trénování poznávacích procesů atp. V rámci rozvíjení a upevňování dovedností v této oblasti je vhodné s uživateli vykonávat aktivity, při kterých si uživatel uvědomuje svoje povinnosti a režim dne, připomíná si význam zaměstnání, jeho různost a postup při jeho hledání (Solovská, 2013, str. 152 – 166).

Dle Ledecké (in Slowík, 2005. str. 36) nemohou lidé s mentálním postižením obstat ve společnosti nikoliv z důvodu svých snížených rozumových schopností, ale z důvodu nepochopení společnosti, která nerozumí jejich komunikační strategii. Jedinci s mentálním postižením vstupují do komunikace pro intaktní společnost nezvykle. Jejich komunikace je "průhledná". Intaktní společnost komunikuje velmi složitě, používá složitá mimoverbální sdělení a to, co sděluje mezi řádky je často důležitější než obsah vyřčených slov. U jedinců s mentálním postižením však tento způsob komunikace nenajdeme.

Jako východisko se proto jeví, zaměřit se nejen na naplnění cíle sociální práce, kterým je pomoc jednotlivcům, skupinám nebo komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování, je také potřeba vytvářet společensky příznivé podmínky pro jeho naplnění (Matoušek, 2007, str. 184).

1.8 Práva osob s mentálním postižením

V šedesátých letech 19. století vznikla Evropská liga společností mentálně handicapovaných, jejichž cílem bylo hájit zájmy osob s mentálním postižením například v oblasti vzdělávací, léčebné, bytové či v oblasti sociálních služeb. To bez ohledu na národnost, rasu či přesvědčení. V této době se stala jedním ze zastánců mezinárodních lidských práv také organizace rodičů dětí s mentálním postižením. Požadavkem organizace bylo, aby byly služby pro osoby s mentálním postižením poskytovány na základě jejich práv, nikoliv na bázi dobročinnosti. Z důvodu obtížné komunikace osob s mentálním postižením, která je zbavuje možnosti prosazování svých práv, byla na Valném shromáždění Organizace spojených národů v roce 1971 vyhlášena Deklarace o právech mentálně postižených osob (Pipeková, 2014, str.78).

Tato deklarace slouží k ochraně práv osob s mentálním postižením v oblastech jako jsou:

- Zachování stejných práv jako pro ostatní lidské bytosti a to co možná v nejvyšší míře.

- Právo na zdravotní péči, fyzikální terapii jakož i na výchovu či vedení k rozvoji možností a schopností v co nejvyšší možné míře.
- Právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň, kdy má osoba s mentálním postižením s ohledem na své možnosti právo produktivně pracovat nebo vykonávat jinou užitečnou činnost.
- Právo žít v kruhu vlastní rodiny, pokud je to možné a současně se podílet na společenském životě v různých formách. Z toho vyplývá, že má být takové rodině poskytnuta pomoc. Pokud je osoba s mentálním postižením umístěna do pobytového zařízení, má právo na zajištění normálních podmínek a prostředí, které je pro život běžné.
- Pokud to stav osoby s MP vyžaduje, má tato osoba právo na kvalifikovaného opatrovníka.
- Právo na ochranu před jakýmkoliv vykořisťováním, ponižujícím zacházením či zneužíváním.
- V případě, že není osoba s mentálním postižením důsledkem svého postižení schopná účinně využívat svých práv, nebo v případě, že je nutné osobu v některých právech omezit, musí postup tohoto řízení zákonně chránit osobu s postižením před jakoukoliv formou zneužití (Valenta a jiní, 2012, str.).

2 Sociální služby v České republice

Sociální služby jsou jedním z důležitých nástrojů sociální politiky. Řadíme je do třetího pilíře sociálního systému pod systém sociální pomoci. Sociální služby jsou nápomocné při uspokojování specifických potřeb určité skupiny obyvatel (Duková, 2013, str. 55). Sociální služby můžeme v první řadě rozdělit na sociální služby státní a obecní a sociální služby nestátní. Státní a obecní sociální služby mohou být svěřeny nestátním institucím, vždy jsou ovšem regulované státem. Lidé předpokládají, že stát bude dohlížet na poskytovatele nestátních sociálních služeb a tím chránit jejich zájmy. Sociální služby můžeme dále dělit podle toho **kdy, s jakým cílem nebo jakým způsobem jsou poskytovány**. Podle těchto kritérií rozeznáváme:

- sociální služby preventivní, terapeutické, intervenční a pečovatelské
- služby poskytované v bytě, v centru (denní nebo týdenní provoz) a v domově (formou rezidenčního pobytu)
- služby poskytnutím informací (nebo pomůcek), úkonem (např. úklid), zastupováním (např. před úřady)
- péči po určitou dobu nebo trvalou péči v rezidenčním zařízení (Matoušek, 2007, str. 178- 179).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění rozděluje sociální služby do tří kategorií: sociální poradenství, sociální péče a sociální prevence. Tento zákon přinesl do sociální práce dlouho očekávané změny. Hlavním cílem zákona o sociálních službách je podpora začlenění lidí v nepříznivé sociální situaci a předcházení sociálního vyloučení těchto osob ze společnosti a to prostřednictvím vytváření podmínek pro uspokojení opodstatněných potřeb lidí oslabených v jejich prosazování a zabezpečení základní sféry k zajištění potřebné pomoci a podpory. Pomoc a podpora má být dle zákona dostupná, efektivní, kvalitní, bezpečná a hospodárná (Gulová, 2011, str. 31).

Sociální pracovník

Nástrojem sociální služby je sociální práce. Cíle sociální práce realizují sociální pracovníci, kteří sociální službu profesionalizují. Profesionální sociální pracovníci pracují s uživateli, zastupují je, poskytují jim rady nebo jiné odborné služby. Jejich odbornost se vyznačuje znalostí základů psychologie, sociologie, práva, sociální politiky atp.

Na odborné služby těchto oborů uživatele odkazují, sami je neposkytují (Matoušek, 2007, str. 179-180). Sociální pracovník pomáhá uživateli zorientovat se ve vlastním sociálním prostoru, identifikovat svoje potřeby a možnosti podpory (Repková in Matoušek, 2005, str. 96). Požadavky pro výkon profese sociálního pracovníka upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění kde stojí, že sociální pracovník má být plně svéprávný, bezúhonný a zdravotně a odborně způsobilý.

Způsobilost k výkonu sociálního pracovníka shrnula Havrdová (in Matoušek, 2003, str. 15-16) do soustavy základních kompetencí, které zahrnují následující schopnosti a dovednosti:

- rozvíjení účinné komunikace
- orientace a plánování postupů
- podpora a pomoc k samostatnosti
- přispívání k práci v organizaci
- odborný růst

Pomoc druhým je velmi těžká a náročná práce, proto se předpokládá, že sociální pracovník bude disponovat také předpoklady a dovednostmi jako jsou zdatnost a inteligence, přitažlivost, důvěryhodnost, komunikační dovednosti a empatie (Matoušek, Hartl, 2003, str. 52 – 54). Z vlastní zkušenosti ze zaměstnání v oboru sociální práce si však dovoluji tvrdit, že odborná způsobilost (dosažení požadovaného vzdělání v oboru) nejsou zárukou toho, že sociální pracovník bude těmito dovednostmi disponovat. Výše zmíněné předpoklady a dovednosti jsou jakýmsi osobním a jedinečným kapitálem každého sociálního pracovníka. Z praxe mám zkušenost, že absence těchto dovedností u pracovníka, který pracuje s lidmi s mentálním postižením je omezující a v jejím důsledku nedochází k adekvátnímu naplňování cílů sociální práce potažmo dané služby. Přesto považuji odbornou způsobilost za důležitý faktor, který do sociální práce přináší profesionalitu.

2.1 Formy poskytování sociálních služeb

Z hlediska formy poskytování dělíme sociální služby na:

- **pobytové** - zařízení sociální služby poskytuje ubytování
- **ambulantní** – do zařízení sociální služby uživatel dochází, je doprovázen nebo dopravován, tato služba ubytování neposkytuje
- **terénní** – služba je poskytována v přirozeném prostředí uživatele (Arnoldová, 2016, str. 18).

2.2 Druhy sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách existují tři základní druhy sociálních služeb. Jedná se o sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Tato podkapitola se zaměřuje na sociální služby vhodné pro osoby s mentálním postižením.

2.2.1 Sociální poradenství

Cílem sociálního poradenství je poskytnout informace přispívající k řešení nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství zahrnuje poradenství základní a odborné, přičemž základní poradenství mají povinnost zajistit všichni poskytovatelé sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., § 37, odst. 1-2). Odborné sociální poradenství se orientuje na potřeby určitých sociálních skupin osob např. v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, v poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí atp. Odborné poradenství zahrnuje také půjčovny kompenzačních pomůcek (Sociální revue, 2019).

2.2.2 Služby sociální péče

Cílem služeb sociální péče je pomoc osobám s ustáleným zdravotním stavem k jejich fyzické a psychické soběstačnosti a snaha o jejich zapojení do běžného života společnosti.

Osobní asistence

Je to terénní služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností, jejichž stav vyžaduje pomoc jiné osoby, v jejich přirozeném sociálním prostředí s činnostmi, které osoba potřebuje (Zákon č. 108/2006 Sb., § 39, odst. 1). Služba je s uživatelem smluvená na určitou dobu, kdy osobní asistent může pomoci uživateli například s doprovodem (k lékaři, na úřady, nebo také do divadla, na plavání a podobně), či s nácvikem samostatnosti v domácnosti uživatele (např. oblékání, uklízení, vaření). Je to služba placená, sazba je hodinová a uživatel platí pouze za čas, který u něj asistent stráví (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, 2018).

Chráněné bydlení

Je placená služba, při které si uživatel hradí asistenci, ubytování a stravu. Lidé s postižením žijí v menších bytech nebo rodinných domech v běžné obecní zástavbě. Tyto obytné jednotky patří poskytovateli služby. Uživatelům je poskytována míra podpory, která je nastavena individuálně podle jejich potřeb. Je zde běžná trvalá asistenční služba, s pomocí které si lidé sami zabezpečují svoje potřeby. Míra podpory musí být dostupná každému obyvateli v takové výši, jakou jeho postižení vyžaduje (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, 2018).

Podpora samostatného bydlení

Člověk s postižením žije ve vlastním nebo v pronajatém bytě, čímž je méně závislý na sociálních službách. Službou podporovaného bydlení je uživateli poskytována pouze potřebná asistence (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, 2018). Služba poskytuje základní činnosti jako je pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

a jiné (Zákon č. 108/2006 Sb., § 43, odst. 2). Ve srovnání s lidmi, kteří žijí sami nebo jsou hospitalizováni, vede podporované bydlení v malých zařízeních ke zlepšení kvality života, lepšímu fungování a větší spokojenosti. Uživatel má možnost udržet si bydlení, které si sám vybere, žít v běžném, stabilním domově s podporou v takové intenzitě, jakou potřebuje (Vachková, 2008, str. 139).

Denní stacionář

Služba nabízí uživatelům denní pobyt, většinou ve všedních dnech a v daném časovém rozmezí (např. mezi 7 – 17 hodinou), který umožňuje pravidelné setkávání lidí s postižením. Za podpory a vedení asistentů a při pestré nabídce činností se rozvíjí vzájemná komunikace uživatelů a procvičují se dovednosti, vedoucí k co největší samostatnosti. Jedná se o službu placenou (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, 2018).

Týdenní stacionář

Jedná se o pobytovou službu. Uživatelé v týdenním stacionáři bydlí v průběhu pracovního týdne, víkendy a svátky tráví u své rodiny. Oproti činnostem v denním stacionáři jsou zde doplněné činnosti jako nácvik péče o domácnost, nakupování, návštěva kulturních akcí a podobně. Služba je placená (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, 2018).

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Je celoroční pobytová služba, která svým uživatelům poskytuje komplex služeb jako je ubytování, strava, pomoc při osobní hygieně, praní prádla apod. Domovy umístěné ve starších objektech (dříve ústavy sociální péče) jen málo vyhovují moderním požadavkům. V ložnicích zde bydlí např. 18 obyvatel. Existují však (v menším množství) i malé domovy s rodinnou atmosférou. Jedná se o placenou službu, kdy si uživatelův příspěvek na péči v přiznané výši ponechává domov, uživatel si hradí stravu a ubytování ze svého důchodu. Vždy však musí uživateli zůstat alespoň 15 % z jeho příjmů i v případě, že tento příjem nepokryje náklady za ubytování a stravu (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, 2018).

2.2.3 Služby sociální prevence

Služby sociální prevence pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou jim z různých důvodů ohroženy. Služby sociální prevence slouží jako prostředek podpory osob při řešení jejich nepříznivé sociální situace a ochrany společnosti před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (Sociální revue, 2019).

Významná část osob s určitým znevýhodněním by se při absenci cílené sociální práce, pomoci, prevence a služeb nedokázala zapojit do běžného života ve společnosti. Docházelo by tak ke znemožnění jejich občanských i lidských práv, důsledkem čehož by bylo jejich sociální vyloučení. Služby sociální prevence svou pomocí přispívají ke zvládnání těchto situací a to zejména v případech kdy:

- je jedinec ohrožen na svých právech
- jedinec není schopen uspokojit své potřeby v důsledku hmotné či existenční nouzi
- je při uspokojování potřeb jedinec znevýhodněn
- jedinci jedna z výše uvedených situací hrozí (Novosad, 2009, s.64).

Raná péče

Je služba poskytující podporu raného vývoje dětí s postižením ve věku 0 – 7 let. Uživatelé mohou využívat službu terénní nebo ambulantní. Pracovníci služby poskytují rodičům informace o tom, jak s dítětem pracovat a jak jej rozvíjet. V raném dětství je předmětem podpory dítěte rozvoj smyslového vnímání, diferenciací předmětů, rozvoj motoriky atp. Součástí rané péče je také poradenství zaměřené právě na to, jak nejlépe rozvíjet dovednosti dítěte, na dostupnost služeb, orientaci v pobírání dávek, atp. (Matoušek, 2005, str. 121).

Sociálně terapeutické dílny

Jsou to nejčastěji keramické nebo textilní dílny či dřevodílny. Jsou určeny lidem, kteří nejsou schopni pracovat na běžném pracovním nebo chráněném místě. Uživatelé zde, dle svých schopností a ve svém vlastním tempu, vykonávají drobné práce. Tato služba je

neplacená, uživatel si hradí pouze stravu (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, 2018).

Cílovou skupinou této služby jsou osoby, které mají z důvodu zdravotního postižení sníženou soběstačnost, v důsledku které nejsou umístitelní na otevřeném ani chráněném trhu práce. V sociálně terapeutických dílnách je sociálně pracovní terapie provozována bez nároku na odměnu. Vzhledem k účelu tohoto typu služby, kterým je zvýšit šanci uživatelů na chráněném nebo otevřeném trhu práce, je pobyt v dílně omezen na co nejkratší dobu. V případě, že poskytovatel dosáhne prodejem výrobku uživatele určitý výnos, může v rámci motivace k dalšímu rozvoji poskytnout uživateli jednorázovou odměnu.

Sociálně terapeutická dílna, provozující sociálně pracovní terapii, představuje určitou nástavbu ke službě sociální rehabilitace. Poté, co se uživatel prostřednictvím sociální rehabilitace stane samostatnějším a soběstačnějším v běžném životě, může projevit zájem o rozvoj pracovních dovedností a návyků. V takovém případě by měl poskytovatel služby s uživatelem ukončit službu sociální rehabilitace a nabídnout mu službu sociálně terapeutické dílny, kde bude moci pracovat na rozvoji svého potenciálu v oblasti pracovního uplatnění (MPSV, 2012).

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Sociálně aktivizační služby jsou poskytované seniorům nebo osobám se zdravotním postižením, kteří jsou ohroženi sociálním vyloučením. Služba poskytuje svým uživatelům zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti nebo pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., § 66, odst. 1-2).

Sociální rehabilitace

Jelikož se bakalářská práce zaměřuje na službu sociální rehabilitace, bude tato služba podrobněji specifikována v následující kapitole.

3 Sociální rehabilitace

Třetí kapitola vymezuje pojmy sociální rehabilitace a sociální rehabilitaci jako součást ucelené rehabilitace. Dále uvádí cílovou skupinu a základní činnosti této služby.

3.1 Ucelená rehabilitace

V oblasti komplexní péče o člověka s postižením je často používaný pojem komprehensivní neboli ucelená rehabilitace. Jedná se o nový rozměr, který spočívá v multidisciplinárním (víceoborovém) přístupu, kdy se na rehabilitaci již nenahlíží jenom z lékařského hlediska, ale také z hlediska pedagogiky, psychologie a sociálně právních oborů (Jankovský, 2001, str. 16-17).

Ucelená rehabilitace je souhrn prostředků a postupů zdravotně sociální péče, které vedou k integraci lidí se zdravotním postižením do normálního života. Zaměřuje se na jedince s tělesným, smyslovým, psychickým nebo jiným postižením, kteří nedokáží vlastními silami toto postižení překonat. V doporučení Rady Evropy z dubna 1992 stojí, že: *„Cílem ucelené rehabilitace je poskytnout osobám se zdravotním postižením, ať už je jejich postižení jakékoliv povahy a původu, co nejširší účast na společenském i hospodářském životě a co největší nezávislost.“* (Novosad, Novosadová, 2000, str. 13).

Prostředky ucelené rehabilitace

1. Léčebné prostředky – které zahrnují fyzikální terapii (masáže, elektroléčba, léčba ultrazvukem...), léčebnou tělesnou výchovu, ergoterapie, různé formy animoterapie (např. hipoterapie, canisterapie), případně jiné specifické terapie (např. psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie)

2. Pedagogické prostředky – u lidí s postižením se používá metod speciální pedagogiky (psychopedie, somatopedie, tyflopédie, surdopedie, etopedie, logopedie a speciální pedagogiky pro kombinovaná, resp. vícečetná postižení) včasnou intervencí již v rané péči, v předškolní přípravě, při školní práci, v profesionální přípravě včetně možností rekvalifikace. Poradenskou a metodickou činnost včetně diagnostiky zajišťují speciálně pedagogické centra (SPC) nebo pedagogicko-psychologické poradny (PPP).

3. Sociální prostředky - jsou závislé na ekonomické prosperitě státu a jeho sociální politice. Cílem prostředků je reedukace, kompenzace a akceptace, jež směřují k úspěšné socializaci člověka s postižením do intaktní společnosti. Optimálně by mělo docházet k vyrovnávání příležitostí a vytváření důstojných podmínek pro život a tím přispět k dosažení optimální kvality života lidí s postižením. Je ovšem nutná existence kvalitních legislativních norem, fungující sociálně právní poradenství a programy zohledňující potřeby rodiny, stupeň postižení atp.

4. Pracovní prostředky – jejichž cílem je pracovní integrace lidí s postižením na trhu práce, prostřednictvím obnovení pracovního potenciálu či pracovní přípravy. Jedním z nástrojů je vytváření nových pracovních míst pro lidi s postižením, chráněné dílny, pracoviště atp. (Vítková, 2004, str. 72 – 74).

3.2 Služba sociální rehabilitace

Službu sociální rehabilitace řadíme do služeb sociální prevence. Cílem těchto služeb je pomoci osobám zvládnout nepříznivé situace v jejich životě a zároveň chránit společnost před vznikem nebo šířením nežádoucích společenských jevů. Další služba, která se řadí pod službu sociální rehabilitace a jejím cílem je pomoci lidem s postižením s uplatněním se na běžném trhu práce je podporované zaměstnávání. Uživatelé zde mohou získat nové dovednosti, potřebné pro hledání či udržení zaměstnání (psaní životopisu, práce na PC, telefonování) nebo se můžou za pomoci asistenta zacvičit na konkrétní pozici. Jedná se o neplacenou službu (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, 2018).

Principem sociální rehabilitace, jako součástí ucelené rehabilitace, jsou specifické činnosti zaměřující se na nácvik nezbytných dovedností u osob se zdravotním postižením s ohledem na jejich dlouhodobý nepříznivý stav. Tyto činnosti směřují k dosažení jejich samostatnosti a soběstačnosti (Duková, 2013, str. 120). Aby byla zachována kvalita života jedinců s postižením, je úkolem sociální rehabilitace integrace jedinců a jejich přijetí vlastního znevýhodnění, nemoci či poruchy (Jankovský, a jiní, 2005, str. 103).

Sociální rehabilitaci dále můžeme definovat jako proces zahrnující konkrétní úkony a programy, prostřednictvím kterých se zlepšují sociální dovednosti a postavení uživatelů. Důraz je přitom kladen na definici pojmu rehabilitace jako celku. Hlavní společný cíl všech sociálních i zdravotních intervencí rehabilitace je, aby byli uživatelé schopni žít v běžných životních podmínkách, zastávat běžné osobní a sociální role a fungovat v nejvyšší možné míře samostatně. Z hlediska efektivnosti a praktičnosti je vhodné,

pokud se péče o uživatele vykonává především v jeho přirozeném prostředí či komunitě (Hejzlar, 2010, str. 120).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, vymezuje sociální rehabilitaci jako: *“soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb”*. Služba je poskytována ambulantně nebo formou terénních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., § 70, odst. 1).

Vymezení pojmů

Pojem **sociální** se vztahuje k lidské společnosti, mezilidským vztahům (sociální jevy, poměry, atp.), k úsilí a snaze o zlepšení společenských poměrů (hnutí, demokracie, revoluce), k životním podmínkám jednotlivce ve vztahu k společnosti a státu (postavení, služby, zabezpečení), nebo také z hlediska biologického k živočichům, kteří po celý svůj život žijí pohromadě (včely, mravenci, atp.) (Petráčková, Kraus, 2000, str. 698). Z výše uvedeného je patrné, že nejvhodnějším synonymem k pojmu sociální je pojem společenský.

Rehabilitace je známý a běžně užívaný termín vztahující se k lidem, kteří důsledkem nemoci nebo úrazu získali nějaké postižení a prostřednictvím rehabilitace usilují o návrat do plnohodnotného života (re-habilitace). Habilitace se vztahuje k jedincům, kteří se již s postižením narodili (Jankovský, 2011, str. 16). Rehabilitace také představuje solidárnost, humanitu a demokracii společnosti. Je to proces probíhající a měnící se v čase. K rehabilitaci se vztahují zákony o zdraví, sociálním zabezpečení, zákoníkem práce a školskými zákony (Novosad, Novosadová, 2000, str. 13). Podle WHO 2011 je rehabilitace soubor opatření, který pomáhá lidem s postiženým zdravím dosáhnout nebo udržet optimálního fungování v běžném životě. Je to nástroj, který umožňuje lidem s omezením fungování nebo návrat do svého přirozeného prostředí, působení na trhu práce a v běžném životě. Rehabilitační opatření směřují k prevenci ztráty funkce nebo jejímu zpomalením, zlepšení a obnovení funkce, ke kompenzaci ztracených funkcí nebo k udržení

stávající funkce. Rehabilitace má pomoci zmocnit jedince s postižením i jeho rodinu (WHO, 2011).

3.3 Cílová skupina sociální rehabilitace

Zákonem není jednoznačně definovaná cílová skupina osob, kterým je určena služba sociální rehabilitace. Z činností, které tato služba nabízí, však můžeme vyvodit, že se zaměřuje na osoby se zdravotním postižením, v důsledku kterého mají tyto osoby sníženou soběstačnost. Pro správné vymezení cílové skupiny můžeme vycházet ze situací stejně jako u ostatních typů sociálních služeb. V první řadě se jedná o to, jak dokáže sociální služba svými činnostmi reagovat na potřeby osoby charakterizující určitou skupinu lidí. Klíčovým kritériem pro určení cílové skupiny osob sociální rehabilitace je schopnost služby přispět svými základními činnostmi k naplňování potřeb těchto osob (MPSV, 2012).

3.4 Základní činnosti sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace naplňuje svůj cíl prostřednictvím široké škály činností, které poskytovatel služby nabízí svým uživatelům. K provozování těchto činností dochází vždy s využitím zachovaných schopností a kompetencí uživatele. Nabízené činnosti pomáhají uživatelům rozvíjet své schopnosti a dovednosti, upevňují pozitivní návyky a procvičují činnosti potřebné pro samostatný život (MPSV, 2012).

Základní činnosti, které poskytuje služba sociální rehabilitace jsou uvedené v zákoně 108/2006 sb. § 70. Rozsah úkonů je uveden ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. §35, následovně:

„Nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování:

Nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů:

- *nácvik péče o domácnost, například péče o oděvy, úklid, drobné údržbářské práce, chod kuchyně, nakupování*
- *nácvik péče o děti nebo další členy domácnosti*

- *nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním i venkovním prostoru*
- *nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, například vlastnoručního podpisu*

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

- *doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět*
- *nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky*
- *nácvik chování v různých společenských situacích*
- *nácvik běžných a alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi*

Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

- *upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*

Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

- *podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek*
informační servis a zprostředkovávání služeb

Poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:

- *ubytování*
- *úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení*

Poskytnutí stravy, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:

- *zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietní stravy, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel*
- *pomoc při podávání jídla a pití*

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:

- *pomoc při úkonech osobní hygieny*

- *pomoc při základní péči o vlasy a nehty*
- *pomoc při použití WC“ (Vyhláška č. 505/2006 Sb. §35, odst. 1, písm. a-g).*

3.5 Metody sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace využívá při své práci s uživateli metody reedukace, kompenzace a akceptace. Metodami rozumíme cílevědomé postupy, které prostřednictvím technik směřují ke splnění zadaných cílů (Jesenský, 1995, str. 48).

1. **Metoda reedukace** – je souhrn postupů, které směřují k nápravě, zlepšení a rozvoji porušených funkcí. V rámci metod reedukace se cíleně působí na funkci, která byla narušená nebo nebyla vyvinutá, případně vymizela. Reedukace se také zaměřuje na odstranění důsledků předchozí nevhodné výchovy (Kroupová, 2016, str. 38).
2. **Metoda kompenzace** – jako náhradu za porušené funkce se zaměřuje na výkonnost neporušených funkcí (Kroupová, 2016, str. 30). Prostřednictvím nácviku, který ke kompenzaci patří, se uživatelé rozvíjejí s pomocí speciálních pomůcek a technik. Mohou být použité prostředky jako znaková řeč, kompenzační pomůcky, počítačová a zvuková technika atp. (Jesenský, 1995, str. 49).
3. **Metoda akceptace** – snahou metody akceptace je přenastavit některé hodnoty ve struktuře osobnosti a obnovit porušené funkce tak, aby byl jedinec schopen vyrovnat se s postižením a naučil se s ním žít (Jesenský, 1995, str. 49).

3.6 Techniky sociální rehabilitace

1. **Technika mluveného slova** – je technika, prostřednictvím které lze přesvědčovat a vysvětlovat. Je to technika využívaná především při komunikaci s lidmi. Doprovází jí prostředky jako ukázky, praktické cvičení atp.
2. **Technika meditace** – je technika, pomocí které uživatelé nacházejí nové hodnoty, postoje nebo přijímají svoje vady a učí se s nimi žít. Pomáhá také při ilustraci smyslu činnosti nebo vlastního života. Techniku může realizovat rehabilitační pracovník nebo sám uživatel. Atmosféru pro meditaci lze navodit pomocí sledování krajiny, poslouchání hudby nebo jiných příjemných činností.
3. **Technika pohybového rozvoje a orientace** – je technika, pomocí které lze procvičovat určité typy pohybů, které jsou typické pro konkrétní životní situaci.

4. **Technika rehabilitačního působení umění** – je technika, která přispívá k uvolnění napětí uživatelů, posílení jejich sebevědomí a aktivního projevu. Zprostředkovává příjemné prožitky a vytěsňují ty negativní. Dělí se podle druhů umění.
5. **Techniky rehabilitačního působení pracovními činnostmi** – do těchto rozsáhlých technik patří sebeobsluha, domácí práce, drobné opravy v domácnosti, nácvik pracovních dovedností atp. Rozvíjejí poškozené i nepoškozené funkce. Podporují růst sebevědomí a určité pověsti uživatelů, uvolňují jejich napětí.
6. **Technika relaxace** - zahrnuje rozmanité aktivity a cvičení, které podporují především oblasti pohybu, dýchání a dalších funkcí organismu. Příznivě působí na psychický i fyzický stav organismu.
7. **Technika rekreace a rekondice** – poskytuje činnosti, s pomocí kterých dochází k regeneraci fyzické síly, funkčních schopností a psychickému uvolnění. Jedná se o dlouhodobé a krátkodobé aktivity, které se týkají především pohybu (turistika, sportování, atp.).
8. **Technika povzbuzování** – je založena na všímání si osobních úspěchu, uznání či potřebě vyrovnání se s problémy. S její pomocí lze překonávat nežádoucí reakce na stresové situace (např. méněcennost). Techniku lze provádět formou pochvaly, uznání, ocenění či povzbuzení.
9. **Technika situační hry a aplikace humoru** – předpokládá, že uživatel může vnímat řešení určitých situací konfliktně. Protože hra v uživateli nevzbuzuje výrazný konflikt, napomáhá mu tak situaci lépe zvládnout. Úspěšně zvládnuté situace z hry, často spojené s humorem, lze aplikovat do věcných situací. Reálné řešení náročných situací lze poté zvládnout s nižším napětím jak u uživatele, tak u zdravých partnerů.
10. **Technika soutěživosti** - působí motivačně. Člověk chce vyniknout, prosadit se a být oceněný. Při nevhodném či nesprávném použití techniky může dojít k opačnému efektu.
11. **Technika represe** – je technika nejčastěji využívaná u dětí, při které dochází k potlačování negativních projevů určitým způsobem trestání či zesměšňování a při které nedochází k ohrožení zdraví uživatele (Jesenský, 1995, str. 62-69).

3.7 Sociální rehabilitace osob s mentálním postižením

Sociální rehabilitace osob s mentálním postižením je vhodným řešením potíží s uchováním dovedností, řešením problémů, asertivním chování, přijetím sociálních rolí a jejich zvládnutí. Sociální rehabilitace je v některých zařízeních realizována v rámci skupinové práce. Výhodou skupiny, jako malého sociálního prostředí je pocit sounáležitosti, možnost setkání s novými lidmi, vznik nových přátelství, získání nových zkušeností, možnost komunikace, naslouchání atp. Skupina dále umožňuje jedinci uvědomit si svoje práva a motivuje jej k převzetí své vlastní odpovědnosti. Další pozitivum sociálně- rehabilitačních setkání je stimulace sociální komunikace, podpora vyjadřovacích schopností, možnost naučit se řešit problémy každodenního života, formulovat vlastní názory a hledat odpovědi na otázky (Bajer, 2010, str. 24).

4 Praktická část

Tato kapitola se bude věnovat praktické části bakalářské práce na téma sociální rehabilitace jako prostředek rozvoje osob s mentálním postižením. V následujících podkapitolách bude vymezen hlavní cíl bakalářské práce, výzkumný problém a dílčí výzkumné otázky v návaznosti na teoretickou část bakalářské práce, dále budou popsány metody a techniky sběru dat, charakteristika výzkumného vzorku a průběh výzkumného šetření. Poznatky z výzkumného šetření budou vyhodnoceny a budou z nich vyvozeny závěry.

4.1 Cíl práce, výzkumný problém a výzkumné otázky

Výzkumný problém byl stanoven na základě poznatků, které jsou obsaženy v teoretické části bakalářské práce a z vlastní zkušenosti získané z praxe v sociální rehabilitaci osob s mentálním postižením. Výzkumným problémem je: Způsob poskytování služby sociální rehabilitace pro osoby s mentálním postižením a vliv služby na rozvoj samostatnosti těchto osob. Cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem je poskytována služba sociální rehabilitace pro osoby s mentálním postižením ve vybraném zařízení a zjistit, jaký vliv má na rozvoj jejich samostatnosti. Sociální rehabilitace v praxi bude zkoumána v organizaci APROPO v Jičíně z vybraného vzorku třech uživatelů a třech zaměstnanců této služby.

Na základě vymezení cíle bakalářské práce a v závislosti na kvalitativním výzkumném šetření byly stanovené tyto otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

Jak probíhá služba sociální rehabilitace a jak pomáhá k rozvoji samostatnosti respondentů?

Dílčí otázky:

VO1: *Jak probíhá postup od výběru uživatele až po stanovení jeho individuálního plánu (IP)?*

Cílem této otázky je zjistit, pro jaké uživatele je služba sociální rehabilitace vhodná, jakým způsobem probíhá přijetí uživatele do služby a kdo a jakým způsobem se podílí na stanovení individuálního plánu uživatele.

VO2: *Jaké metody a techniky jsou užívány v rámci sociální rehabilitace?*

Tato výzkumná otázka má odpovědět na to, jaké metody a techniky se při práci s cílovou skupinou osob s mentálním postižením využívají a jak konkrétně jsou prováděny.

VO3: *V jakých oblastech pomáhá sociální rehabilitace s rozvojem samostatnosti osob s mentálním postižením?*

Cílem této otázky je zjistit, v jakých oblastech pomáhá sociální rehabilitace rozvíjet samostatnost uživatelů této cílové skupiny.

VO4: *Jak uživatelé uplatňují zkušenosti ze sociální rehabilitace v běžném životě?*

Tato výzkumná otázka má odpovědět na to, jaký efekt má služba sociální rehabilitace na rozvoj samostatnosti osob s mentálním postižením v běžném životě v jednotlivých oblastech rozvoje.

4.2 Výzkumný vzorek

Vzorek výzkumného šetření byl vybrán prostým záměrným výběrem, při kterém o výběru vzorku nerozhodla náhoda, ale úsudek výzkumníka (Chráška, 2016, str. 19). Z důvodu efektivního sestavení polostrukturovaného rozhovoru byly vybrány 2 kategorie respondentů, celkem 6 respondentů. Do první kategorie respondentů byly vybrány dvě pracovnice v přímé péči a jedna sociální pracovnice služby sociální rehabilitace. Při výběru oslovených pracovnic služby bylo kritériem výběru délka praxe v sociální rehabilitaci. Do druhé kategorie respondentů byli vybráni tři uživatelé služby. Do této kategorie byli vybíráni uživatelé, se kterými výzkumník v minulosti v rámci služby sociální rehabilitace pracoval. Cílem tohoto výběru bylo kladné přijetí výzkumníka v průběhu výzkumného šetření. Všichni respondenti byli seznámeni s cílem bakalářské práce a s průběhem výzkumného šetření.

1. Pracovnice Sociální rehabilitace APROPO

Pro účely výzkumu byly v první kategorii záměrně na doporučení manažerky služby osloveny:

- a) Sociální pracovnice** - žena, VŠ vzdělání, délka praxe v dané službě 1,5 roku.

- b) **Pracovnice v sociálních službách 1** – žena, SŠ vzdělání, v minulosti pracovala ve dvou denních stacionářích pro osoby s mentálním postižením, délka praxe v dané organizaci 2 roky.
- c) **Pracovnice v sociálních službách 2** – žena, SŠ vzdělání, délka praxe v dané organizaci 1 rok.

2. Uživatelé služby Sociální rehabilitace APROPO

Druhou kategorií respondentů tvořili uživatelé služby sociální rehabilitace. Kritériem k výběru uživatelů bylo, aby byly činnosti a místo jejich nácviku odlišné. Výběr uživatelů z odlišnými činnostmi a místem nácviku měl poskytnout větší okruh metod a technik práce s touto cílovou skupinou.

- a) **Uživatel č. 1** – je muž, ve věku 36 let. Žije v domácnosti se svým sourozencem. Sociální rehabilitace je mu poskytována formou terénní služby. Uživatel dále využívá služby denního stacionáře, osobní asistence a sociálně terapeutické dílny. V důsledku nepříznivého zdravotního stavu spolupracuje také s pečovatelskou službou. V průběhu sociální rehabilitace pracuje na nácviku dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu a nácviku péče o domácnost. Jeho konkrétním cílem je, aby si uměl zařídit, co zrovna potřebuje bez přímé podpory pracovnice a sám poznal, co je potřeba v domácnosti uklidit.
- b) **Uživatel č. 2** – je muž ve věku 27 let. Žije v domácnosti se svými rodiči. Službu sociální rehabilitace využívá ve cvičném bytě a venku. Využívá také služby denního stacionáře a sociálně terapeutické dílny. Službu sociální rehabilitace začal využívat krátce po absolvování praktické školy. V rámci sociální rehabilitace pracuje na nácviku chování v různých společenských situacích a nácviku péče o domácnost a vaření tak, aby byl schopen umět vyjádřit, co potřebuje při běžných pochůzkách bez pomoci pracovníka a sám zvládl nakoupit suroviny na přípravu guláše a následně jej uvařit.
- c) **Uživatel č. 3** – je muž ve věku 24 let. Žije v domácnosti se svými rodiči. Po absolvování běžné základní školy a dvouletém učebním oboru ošetřovatel, který nemohl pro svou nemoc (dětská mozková obrna) dokončit, začal využívat služeb denního stacionáře a následně také sociální rehabilitace. V rámci sociální

rehabilitace pracuje na nácviku chování v různých společenských situacích a nácviku péče o domácnost tak, aby byl schopný bez pomoci pracovníka zařídit vše, co potřebuje v běžném životě a v rámci svých možností si mohl sám připravit svačinu. Příprava svačiny je zaměřená zejména na procvičení jemné motoriky.

4.3 Metodologie výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v organizaci Apropo Jičín, o.p.s. (Asociace **pro** postižené), která je v současné době jednou z největších neziskových organizací na Jičínsku. Hlavní činností organizace je poskytovat podporu dětem a mladým dospělým s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením. V současné době tato organizace poskytuje tři registrované služby. Denní stacionář APROPO, Osobní asistenci APROPO a Sociální rehabilitace APROPO. Vedle těchto služeb organizace nabízí aktivity, které jsou prevencí sociálního vyloučení a celkově usiluje o zvyšování kvality života pečující rodiny. Organizace funguje již od roku 1996, kdy vznikla jako organizační jednotka Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice. Od roku 2014 nově funguje jako obecně prospěšná společnost, která si zakládá na přístupu, který respektuje odlišnost lidí s postižením jako jedinečných bytostí a osobností stejných jako všichni ostatní.

Služba sociální rehabilitace APROPO nabízí uživatelům, za podpory asistenta, učit se samostatně, spokojeně a soběstačně fungovat v běžném životě. Služby poskytuje v domácnosti uživatele, ve cvičném bytě nebo venku. Je určena osobám s mentálním, tělesným, zrakovým nebo kombinovaným postižením ve věku od 18 do 30 let z Jičina a širokého okolí. Cílem služby je pomoci uživateli zkvalitnit jeho život a podpořit jej v nalezení jeho potenciálu a využití (APROPO Jičín, 2019).

4.3.1 Strategie a metody výzkumu

Za účelem získání odpovědí na výzkumné otázky v průběhu výzkumného šetření byla zvolená smíšená kvalitativně-quantitativní strategie výzkumu a metody dotazování a pozorování. Při výzkumném šetření byla použita technika otevřeného zúčastněného pozorování, která byla zvolena za účelem získání reálného pohledu na danou problematiku. Při zúčastněném pozorování bylo možné sledovat průběh služby sociální rehabilitace v reálných situacích. Pro doplnění toho, co nebylo možné zjistit při pozorování, byla použita metoda dotazování. Z důvodu přizpůsobení rozhovorů respondentům byla použita

technika polostrukturovaného rozhovoru s možností doplňování otázek. Tato technika byla zvolena proto, aby bylo možné, zejména při rozhovorech s uživateli služby, ověřit správné porozumění odpovědí prostřednictvím kontrolních otázek.

- 1. Polostrukturovaný rozhovor** je charakteristický připraveným souborem témat či otázek, které budou předmětem rozhovoru. Pořadí otázek není striktně stanovené. Tazatel má možnost formulace otázek z části upravit, položit však musí všechny otázky. Vzniká tak jistá volnost, která umožňuje vytvořit přirozenější kontakt mezi tazatelem a informantem, ulehčit průběh komunikace a akceptovat osobnostní specifika (Reichel, 2009, str. 111-112).
- 2. Otevřené zúčastněné pozorování** má za cíl zapojit se do aktivit studovaného objektu. Důležitým faktorem je kladné přijetí skupiny a získání její důvěry, což může mít za následek například změnu způsob oblékání, vyjadřování atp. V závislosti na specifiku sledované skupiny se někdy může jednat o velmi náročnou úlohu (Urban, 2008, str. 61).

4.3.2 Průběh výzkumného šetření

V listopadu 2017 byla prostřednictvím emailu oslovena manažerka organizace APROPO Jičín s žádostí o spolupráci při výzkumném šetření v této organizaci a následně bylo domluvené osobní setkání se sociální pracovníci služby sociální rehabilitace. Schůzka se sociální pracovníci proběhla v srpnu 2018, kdy byl pracovníci představen cíl bakalářské práce a byl zadán požadavek na oslovení vybraných uživatelů. Dva ze tří uživatelů ke spolupráci nejprve oslovila sociální pracovnice poté, co se spoluprací souhlasili, byl uživatelům výzkumníkem představen cíl a průběh výzkumu. Při žádosti o oslovení třetího uživatele došla (z vlastního úsudku) sociální pracovnice k závěru, že rodiče uživatele s výzkumem nebudou souhlasit. Po domluvě s pracovníci byli proto rodiče uživatele osloveni výzkumníkem osobně. Poté, co se spoluprací souhlasili, byl požádán také samotný uživatel, kterému byl také představen cíl a průběh výzkumu. Poté bylo dopředu určeno, na co bude zaměřeno pozorování a byly připraveny polostrukturované rozhovory, které byly v průběhu výzkumu použity. S pracovníci sociální rehabilitace bylo domluveno, že bude pozorování probíhat v domácnosti jednoho z uživatelů, ve cvičném bytě a venku. Uživatelé byli pozorováni při nácviu přípravy svačiny, vaření, úklidu, nákupu a vyřizování běžných záležitostí. Rozhovory probíhaly ve cvičném bytě

a v domácnosti jednoho z uživatelů. Pozorování a rozhovory probíhaly od prosince 2018 do března 2019.

4.3.3 Etické aspekty výzkumu

Při výzkumu bylo vycházeno z těchto etických principů:

- **Úcta k lidem** – s každým člověkem je potřeba zacházet jako s autonomní bytostí (schopnou uvažování a následného jednání), z čehož vyplývá, že výzkumník poskytl subjektu o výzkumu veškeré informace a subjekt těmito informacím porozuměl. Povinností výzkumníka bylo získání informovaného souhlasu.
- **Respektování důstojnosti člověka** – pojem důstojnost úzce souvisí s úctou. Úctou vůči ostatním ukazujeme, jakou hodnotu v nich vidíme, což se odráží v jejich vlastním vnímání sebe sama.
- **Požadavek neškodit a prospěšnost** – účast na výzkumu je dobrovolná. Účastníci výzkumu byli ubezpečeni, že informace získané při výzkumném šetření je nijak nepoškodí ani nebudou zneužity.
- **Spravedlnost** – zvážení rizik plynoucích pro účastníka výzkumu s předpokládaným užitkem (Kutnohorská, 2009, str. 98-99).

Při rozhovorech s osobami s mentálním postižením, které se vedly za účelem výzkumného šetření, bylo bráno na zřetel následující doporučení:

- Tázané osobě srozumitelně vysvětlit, jak bude rozhovor probíhat a proč.
- Pokládat otázky postupně, po každé otázce vyčkat na odpověď.
- Při rozhovoru být trpělivý, mluvit přímo na tázanou osobu, nikoliv na doprovod (SPMP, 2011).
- Při rozhovoru nepoužívat cizí slova a abstraktní pojmy.
- Přizpůsobit rychlost řeči, podpořenou vhodnou gestikulací.
- Ujistit se, zda tázaný porozuměl otázce.
- Projevit zájem.
- Prostřednictvím kontrolních otázek ověřit správné porozumění (Krejčíková, 2007, str. 38).

4.3.4 Rizika výzkumu

Za riziko výzkumu můžeme považovat fakt, že při zúčastněném pozorování mohou být účastníci výzkumu ovlivněni tím, že jsou pozorováni (Miovský, 2006, str. 154). Riziko využití zúčastněného pozorování pro potřeby této bakalářské práce však bylo zmírněno tím, že pozorovatel v minulosti s účastníky výzkumu pracoval, což přispělo k jeho kladnému přijetí. Dalším faktorem, který mohl ovlivnit výsledek výzkumu je, že při rozhovorech s osobami s mentálním postižením došlo k situacím, kdy byl tazatel nucen doptávat se nebo vysvětlovat podstatu otázky a tím mohl ovlivnit odpověď respondenta.

4.3.5 Příprava polostrukturovaných rozhovorů

Pro účely výzkumného šetření byly vytvořeny dva typy polostrukturovaných rozhovorů, dle kategorie respondentů. Rozhovory pro každého respondenta byly připravené v programu LibreOffice Writer. Všechny otázky byly otevřené, v případě potřeby byly respondentům pokládány doplňující otázky.

1. Polostrukturovaný rozhovor pro pracovnice sociální rehabilitace

Rozhovor pro pracovnice sociální rehabilitace byl sestaven tak, aby bylo možné z jednotlivých otázek získat informace k dílčím výzkumným otázkám. Otázky se zaměřovali na informace o:

- pracovních a jejich vlivu na sestavování IP uživatele
- metodách a technikách, které jsou v rámci sociální rehabilitace užívány
- oblastech rozvoje samostatnosti osob s mentálním postižením
- používání dovedností získaných v sociální rehabilitaci v běžném životě

1. Polostrukturovaný rozhovor pro uživatele

Rozhovor pro uživatele byl sestaven tak, aby mu respondenti vzhledem ke svému postižení porozuměli. Cílem otázek bylo získat informace o tom:

- jak to u respondenta bylo před vstupem do služby
- zda a v jakých oblastech mu služba pomohla v běžném životě
- co mu při nácviku činností způsobuje potíže
- zda dovednosti získané v SR využívá také v běžném životě

4.4 Sběr dat

Při sběru dat byla jako první použita technika otevřeného zúčastněného pozorování, polostrukturované rozhovory s respondenty byly provedeny v závěru výzkumu.

1. Otevřené zúčastněné pozorování

Všem účastníkům pozorování byl představen cíl bakalářské práce, všichni účastníci s pozorováním souhlasili. O termínu výzkumu byly účastníci předem informováni. Pozorování proběhlo následovně:

- První pozorování proběhlo v domácnosti Uživatele č. 1. Přítomni byli výzkumník, uživatel a pracovník. V průběhu pozorování domácnost navštívila také pracovnice pečovatelské služby. Účastníci výzkumu pracovali na nácviku úklidu domácnosti, přípravy oběda a po příchodu pracovnice pečovatelské služby na vyřizování běžných záležitostí. Pozorování trvalo přibližně 2 hodiny.
- Druhé pozorování proběhlo venku a ve cvičném bytě sociální rehabilitace s Uživatelem č. 2. Přítomni byli výzkumník, uživatel a pracovník. Účastníci výzkumu byli pozorováni při přípravě nákupního seznamu, nácviku nakupování, vaření a úklidu. Pozorování trvalo 2,5 hodiny.
- Třetí pozorování s Uživatelem č. 3 proběhlo rovněž ve cvičném bytě. Přítomni byli výzkumník, uživatel a pracovník. Účastníci výzkumu byli pozorováni při nácviku sebeobsluhy, přípravě svačiny, nácviku vyhledávání informací a nácviku jednání na úřadě. Pozorování trvalo 2,75 hodin.

2. Polostrukturované rozhovory

Polostrukturované rozhovory byly, až na rozhovor s Uživatelem č. 1, provedeny ve cvičném bytě sociální rehabilitace. Rozhovor s Uživatelem č. 1 proběhl v jeho domácnosti. Kvůli srozumitelnosti byly rozhovory s uživateli služby individuálně přizpůsobeny. S respondenty byly podepsané informované souhlasy s využitím výzkumného rozhovoru. Pro účely pozdějšího přepisu byly rozhovory nahrávány na diktafon. Rozhovory trvaly 30 – 60 minut.

4.5 Způsob vyhodnocování dat

Při analýze dat získaných z rozhovorů a pozorování byla použita metoda vytváření trsů. Trsy vznikají na základě podobností mezi určitou skupinou jevů, míst atp. Principem metody vytváření trsů je srovnávání dat, kdy prostřednictvím řazení základních jednotek do kategorií vytváříme jednotky obecnější (Miovský, 2006, str. 220).

Rozhovory s respondenty byly doslovně přepsány v programu LibreOffice Writer. V textu byly barevně rozlišené oblasti podle dílčích výzkumných otázek, které byly na základě získaných informací následně vyhodnoceny. Barvy byly přiřazeny následovně:

- **Oranžová** – Proces od výběru klienta až po stanovení IP
- **Zelená** – Metody a techniky využívání v rámci sociální rehabilitace
- **Žlutá** – Oblasti rozvoje osob s mentálním postižením
- **Fialová** – Uplatnění zkušeností ze sociální rehabilitace v běžném životě

4.6 Prezentace dat

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem je poskytována služba sociální rehabilitace pro osoby s mentálním postižením ve vybraném zařízení a zjistit, jaký vliv má na rozvoj jejich samostatnosti. Na základě pozorování a polostrukturovaného rozhovoru bylo zjištěno:

Dílčí otázka VO1: *Jak probíhá postup od výběru uživatele až po stanovení jeho individuálního plánu (IP)?*

Sociální pracovnice

Sociální pracovnice uvedla, že uživatelé do organizace přicházejí sami, nebo jsou osloveni díky široké síti služeb, které organizace nabízí. V případě, že pracovníci jiné služby dané organizace zjistí, že by byla služba sociální rehabilitace pro uživatele vhodná, je mu nabídnuta. Následně probíhá šetření, při kterém pracovnice zjišťuje, v jaké sociální situaci se uživatel nachází, jaká má omezení, v čem mu může služba pomoci a následně je připraven IP. Na přípravě IP uživatele se v první řadě podílí klient, klíčový pracovník

a sociální pracovníce. Jaký cíl zvolit, jeho vhodnost či potřebnost však mohou dle slov sociální pracovníce ovlivnit také rodinný příslušníci, opatrovník, či pracovníci jiných služeb, kteří jsou s uživatelem v kontaktu. Za důležité považuje sociální pracovníce především přání uživatele. Pokud se na sestavování plánu uživatel nepodílí, chybí mu motivace k nácviu činností. Stanovení IP může ohrozit nespolupráce rodiny, případně přehnané nároky na uživatele.

Pracovnice v přímé péči

Pracovnice v přímé péči se se sociální pracovníci shodují zejména v tom, že se na přípravě IP může podílet více lidí. Za nejdůležitější rovněž považují názor uživatele. V průběhu praxe se jedna pracovníce setkala s tím, že byl individuální plán stanoven na základě přání jiné osoby. Uživatel poté nebyl motivován k plnění tohoto plánu a byly na něj kladeny vysoké nároky. Cíl musel být poté ukončen.

Sociální pracovníce: *„Na přípravě IP se podílí klíčový s klientem a se sociální pracovníci, což je ten nejdůležitější okruh a zároveň opatrovník třeba. Ale ve finále se na něm může podílet celá řada dalších lidí, protože jsou tady další členové rodiny, kteří mají co říct a nejsou opatrovníkem, může přijít klíčový pracovník z jiný služby, je to opravdu strašně individuální a ty informace se sbírají všude možně, že každá ta informace Vám pomůže v tom, ukázat toho klienta. Samozřejmě je prioritní to, co říká klient, vždycky.“*

Pracovnice č. 1: *„Tak na přípravě plánu se podílí vlastně klient, případně jeho opatrovník, nebo rodinný příslušník, sociální pracovníce a vlastně klíčový pracovník. Určitě tam důležité je, aby se vyjádřil ten klient, aby měl nastavené ty cíle, které opravdu potřebuje a které ho i trochu baví, aby se nenutil do něčeho co třeba v životě neužije nebo nepotřebuje, aby se učil vařit když toto neužije, což si myslím, že se docela daří tady v sociální rehabilitaci, že opravdu se ten klient může vyjádřit, říct tohle bych chtěl.“*

Pracovnice č. 2: *„Stalo se i to teda, že sociální pracovníce vymyslela cíl, který byl nereálný. Že jsem to potom řekla já, že tohle by nešlo, už jak s tím přišla, ale brala jsem to tak, že nadřícená stanovila takový cíl, tak to jako zkusíme a potom budu mít argumenty, proč to nejde. I když mi hned bylo jasné, že to nevyjde.“*

Uživatelé

Z rozhovoru s uživateli vyplynulo, že službu začali hledat poté, co ukončili školní docházku. Všichni oslovení uživatelé uvedli, že nejprve začali navštěvovat denní stacionář. Službu sociální rehabilitace začali využívat až později.

Uživatel č. 1: *„Že mi pomáhaly pečovatelky uklízet, žil jsem tady s bráchou, pečovatelky uklízely, ony potom už sem nepřicházely, potom jsem chodil do stacionáře a potom už jsem měl tu rehabilitaci nahoře v cvičném bytě, tak jsem se naučil s pračkou. Předtím jsem to neuměl. Taký praní, úklid, taký neuměl vařit. Pečovatelky vaření ne, jenom uklízely. Vaření bylo v cvičném bytě, jak jsem docházel v pondělí nahoru.“*

Uživatel č. 2: *„Po škole jsme se jeli podívat s babičkou do Apropa do Soudný. To jsem byl chvíli doma a pak jsem byl v tý Soudný se podívat a pak jsem nastoupil sem. Do stacionáře. Doma jsem byl jeden den.“*

Uživatel č. 3: *„Před vstupem do SR jsem vlastně byl jakoby, byl jsem na základce, potom jsem ze základky šel vlastně na učiliště do Bělohradu jako ošetřovatel, tam mě nenechali vyučit, protože jsem měl praxi, vlastně byla praxe v nemocnici, takže mě tam nechali vlastně jenom do druháku a po tom druháku jsem nastoupil sem do stacionáře a potom do sociální rehabilitace asi chodím pokud se nepletu možná 5 roků.“*

Závěr k dílčí otázce VO1

Z výzkumného šetření vyplývá, že se do služby sociální rehabilitace rekrutují především uživatelé z jiných služeb organizace nebo uživatelé službu oslovují sami. Následně proběhne sociální šetření, při kterém je mapována sociální situace uživatele, zdravotní stav a jeho potřeby. Poté je sestaven individuální plán, při kterém je kladen důraz na přání uživatele. Na sestavení plánu se kromě uživatele, klíčového pracovníka a sociální pracovnice může podílet celá řada dalších osob jako jsou rodinní příslušníci, opatrovník, pracovníci jiných služeb či osoby blízké. Součinností více osob má být zajištěno získání co největšího množství informací o uživateli, jeho potřebách a návycích, které poté vedou ke kvalitnímu sestavení individuálního plánu. Stanovení IP mohou ohrozit přehnané nároky na uživatele ze strany rodiny či pracovníků nebo fakt, že se uživatel s výběrem cíle neztotožňuje.

Dílčí otázka VO2: Jaké metody a techniky jsou užívány v rámci sociální rehabilitace?

Pracovnice č. 1

Pracovnice při rozhovoru uvedla, že při práci s uživatelem č. 1 vychází z toho, co již uživatel umí a dále se snaží jeho schopnosti rozvíjet, vždy podle toho o jakou oblast rozvoje se jedná. S uživatelem při nácviku postupuje po malých krůčcích. Pokud se jedná o úklid nebo jinou manuální činnost, pracovnice tuto činnost nejprve uživateli názorně předvede, poté následuje slovní podpora. V případě, že uživatel není schopen zvládat určitou činnost samostatně (např. čtení), využívá pracovnice různé pomůcky.

Příklad: Uživatel č. 1 neumí číst a jeho cílem je naučit se vařit, proto má při nácviku vaření k dispozici obrázkové kartičky se surovinami a receptem. Uživatel podle receptu sestaví nákupní seznam, se kterým jde nakoupit. V minulosti s tímto uživatelem pracovala také pracovnice č. 2, která při nácviku vaření používala také video-recepty.

Pracovnice č. 1: *„Tak například dnes máme to vaření a potom ten úklid hlavně v cílich, takže ráno vlastně si projde ten recept obrázkový, podívá se co je potřeba nakoupit, podle toho si najde ty kartičky, potom se připraví do obchodu, půjdeme nakoupit. Navštívíme víc obchodů, aby si opravdu natrénoval tu komunikaci s tím prodávčem. Zelenina, masna, co je potřeba, pak vlastně tedy přijdeme, podívá se co máme dělat, začne vařit podle té obrázkové kuchařky kterou má.“*

Pracovnice č. 2: *„Při vaření používáme video recepty, takže X třeba vaří podle video receptů, tam je X hodně samostatnej...“*

Uživatel č. 2 je také podporován při komunikaci s okolím a nácviku čtení. K tomuto nácviku pracovnice využívá každodenní běžné situace, které při sociální rehabilitaci vznikají, např. návštěva obchodu, čtení nápisů atp. Z rozhovoru s pracovnicí vyplynulo, že je Uživatel č. 2 při činnostech, které nacvičuje samostatný a to hlavně ve chvíli, kdy je odkázaný spolehnout se sám na sebe. Pracovnice proto musí být při práci s uživatelem obezřetná a zdržovat se v jeho blízkosti jen pokud je to opravdu nutné. V opačném případě se na ní uživatel obrací s dotazy na úkony, které již zná a zvládá a neustále se ujišťuje, zda postupuje správně. Toto při rozhovoru potvrdila také Pracovnice č. 2.

Pracovnice č. 1: „Při vaření je uživatel hodně samostatnej, ale je to to samý, když člověk stojí vedle něj, tak se pořád ptá. Takže je fakt jako lepší ho nechat, jít úplně mimo, a přijít až když to opravdu potřebuje.“

Pracovnice č. 2: „Potom si teda vezme kartičky s obrázky a s nimi razí do obchodu a opravdu já to třeba dělám tak, že si stoupnu opravdu o kus dál od něj, protože když jsem poblíž, tak už se dívá spíš na mě než jakoby na prodavačku. Takže já si opravdu stoupnu o kus vedle, ale on je stejně schopnej křičet na mě přes půlku obchodu. Potřebuje ujištění, že to dělá dobře.“

Pozorování

Z pozorování průběhu sociální rehabilitace s Uživatelem č. 2 bylo zjištěno, že uživatel při sestavování nákupního seznamu a vaření využívá obrázkových kartiček a receptů. Uživatel podle obrázku surovin potřebných k přípravě guláše nejprve zjistil, jaké suroviny jsou potřeba nakoupit, zkontroloval, jaké suroviny nemá ve cvičném bytě k dispozici a následně tyto suroviny vyhledal mezi kartičkami s obrázky potravin. Na kartičkách byly reálné fotografie surovin jako je mouka, maso, koření atp. Stejným způsobem uživatel vytvořil také seznam surovin pro přípravu guláše a postup přípravy. Vše vypadalo reálně, přehledně a pro lepší manipulaci byly tyto pomůcky zalaminované. Uživatel se při vyhledávání surovin často obracel na pracovníci, aby se ujistil, zda si vede dobře. Po vytvoření nákupního seznamu šel uživatel s pracovníci nakoupit. Cestou do obchodu pracovníce s uživatelem hovořila o tom, jak bude nákup probíhat. Při nákupu si uživatel vedl moc dobře, přesto se neustále obracel na pracovníci, aby se ujistil, zda postupuje správně. Pracovnice nechala uživatele, aby sám vyhledal potřebné suroviny, jeho počínání sledovala zpovzdálí. V případě potřeby uživatele slovně povzbudila. Také po návratu z nákupu se pracovníce snažila, aby uživatel připravoval guláš samostatně. Bylo důležité, aby se zbytečně nezdržovala v blízkosti uživatele. Pokud se pracovníce zdržovala ve vzdálenosti, aby na uživatele mohla dohlížet, ale on o ní neměl přehled, pracoval uživatel většinu času sám. Pokud se k němu přiblížila více, uživatel měl opět tendenci obracet se na ní s jednoduchými dotazy, které ještě před chvílí dovedl vyřešit sám. Po uvaření byl uživatel podpořen k úklidu. Podpora pracovníce byla většinou slovní.

Pracovnice č. 2

Pracovnice při rozhovoru popsala průběh práce s Uživatelem č. 3 při nácviu určité situace (při rozhovoru pracovníce zmínila reklamaci varné konvice). Pracovnice uvedla, že uživateli nejprve slovně tuto situaci popíše, případně jej podpoří, aby si informace

o jejím průběhu sám vyhledal. Dalším krokem je nácvik dané situace v prostorách organizace, kdy pracovníce s uživatelem formou hry tuto situaci nacvičují. Uživatel má možnost nacvičit si chování v bezpečném a známém prostředí. Po zvládnutí tohoto kroku vyhledá pracovníce s klientem reálnou situaci, kterou se uživatel pokusí zvládnout. Pokud není možné zajistit, aby byla situace reálná, pracovníce domluví fiktivní situaci na reálném místě ještě před návštěvou uživatele, např. navštíví blízký obchod s elektronikou, kde prodavačku požádá o spolupráci a vysvětlí jí účel nácviku dané situace. V případě, že se uživatel ve zvládnání situací zlepšuje, vzdaluje se i podpora pracovníce, až nakonec v ideálním případě uživatel tuto situace zvládne několikrát po sobě bez podpory pracovníka. Tím dochází ke splnění a uzavření daného cíle. Pracovnice dále uvedla, že Uživatel č. 3 má omezenou schopnost pohybu a potíže s jemnou motorikou a při nácviku přípravy svačiny nebo vaření může uživatel využívat různé pomůcky (např. držák na krájení cibule). Pokud uživatel již není schopen danou činnost dokončit, provádí tuto činnost pracovníce. Uživatel jí však slovně instruuje.

Pracovnice č. 2: *„Situace jsou někdy opravdový, někdy fiktivní. Byli jsme třeba reklamovat imaginární konvici, ale to já jsem si to nejdřív domluvila s tou paní, která tam pracuje, která prodává v elektře a řekla jsem jí o co půjde a opravdu sehrála úžasnou scénku, že teda X věděl, že to je fiktivní situace, takže byl klidnější, takže paní prodavačka byla úžasná. Celou dobu komunikovala s X, vůbec se neobracela na mě.“*

„Vlastně i při přípravě pití už je to dobrý, už je tam hodně samostatnej, akorát potřebuje podat skleničku, jinak si to všechno nachystá sám a potom potřebuje skleničku vyndat a dát ji na stůl. Takovýdle úkony. A třeba při vaření to děláme tak, že jako úkony, které sám nezvládá, tak s těma mu pomáhám já jako tak, že mu dělám ruce. Ale ruce nevědí co mají dělat, takže X jim říká. Takže ne, že bych to já za něj dělala, ale on prostě řekne rukám: „ Ted' dáš hrnec na sporák.“ a tak.“

Sociální pracovníce: *„Pracovalo se sním opravdu pomalu, po malých krůčcích, začínali ve cvičným bytě, kde si to trénovali s pracovníci jak taková reklamace probíhá, co musí udělat, samozřejmě během celé doby probíhali návštěvy obchodů, kde zkoušel komunikovat s těma lidma. A ta pracovníce se postupně vzdalovala vzdalovala... až to bylo.“*

Pozorování

Uživatel č. 3 byl pozorován při přípravě svačiny. Jeho úkolem bylo otevřít trojúhelník taveného sýru a namazat jej na rohlík. I zde pracovnice poskytla uživateli dostatek času a slovně jej vedla k tomu, aby si sýr sám otevřel a namazal jej na rohlík. Uživatel si dále připravil sklenici se šťávou, poté požádal pracovníci, aby mu jí přenesla na stůl. Po svačině proběhla příprava na jednání na úřadě. Uživatel s pracovnící hovořil o tom, k čemu slouží Úřad práce a jak jednání na úřadu probíhá. Poté si uživatel vyzkoušel průběh jednání „na nečisto“. Uživatel oslovil pracovníci, která sehrála roli úřednice, aby zjistil zda mu bude na ÚP poskytnuta podpora při hledání zaměstnání.

V rámci pozorování bylo zjištěno, že s nácvikem chování v určité situaci pracuje a slovní podporou pracuje také Pracovnice č. 1. Při nácviku vaření pracovnice názorně předvedla uživateli jak obrátit maso na pánvi a dále jej při pokusu o zopakování úkonu slovně povzbuzovala a instruovala. Po uvaření oběda pracovnice s uživatelem hovořila o situaci, kdy k uživateli pravidelně dochází pečovatelka s léky. Pečovatelka léky z dávkovače přesypává do své ruky a následně do ruky uživatele. Z diskuze vyplynulo, že uživatel toto vnímá jako nehygienické. Pracovnice proto s uživatelem hovořila o tom, jak může tuto situaci vyřešit. Následně pracovnice s uživatelem sehrála scénku, při které si uživatel vyzkoušel, jakým způsobem může příště na způsob podávání léků reagovat.

Uživatelé

Z rozhovorů s uživateli vyplynulo, že jako podporu ze strany pracovníka považují jeho přítomnost a slovní povzbuzení. Jeden z uživatelů uvedl, že považuje za pozitivní dostatek času a prostoru, které mu SR při nácviku jednotlivých činností poskytuje. Další uživatel, který v minulosti využíval službu sociální rehabilitace s jiným kolegou uvedl, že poté co začal službu využívat sám, začal se více spoléhat na vlastní schopnosti. Uživatel uvedl, že si uvědomuje, že se v době sdílené služby na druhého uživatele velmi spoléhal a obracel, což z dlouhodobého hlediska vedlo k tomu, že v určitých situacích nebyl schopný dále rozvíjet svou samostatnost.

Uživatel č.1: „*Ona mi pomůže ta pracovnice, co je tady, že mi řekne co teď mám dělat. Že je to dobře.*“

Uživatel č.2: „*Libí se mi, že si tady musím všechno připravit, mám na to čas.*“

Uživatel č.3: „*No tak vlastně když jsem teďka jak jsem sám, se musím víc snažit, víc být samostatnější, vlastně pro mě to je lepší, nemám toho X, teda možná někdy potřebuji víc od pracovnice dopomocť, ale snažím se teďka si věci dělat sám, jako připravovat si svačiny a tak.*“

Závěr k dílčí otázce VO2:

Výzkumné šetření ukázalo, že se pracovníci snaží cíleně působit na narušenou funkci uživatele nebo odstranit důsledek nevhodné výchovy tak, aby směřovali k nápravě nebo rozvoji těchto funkcí a to prostřednictvím reedukace. Dále potom rozvíjí dovednosti uživatele pomocí metody kompenzace, která využívá například nácviků nebo speciálních pomůcek (např. obrázkové karty s nákupem). Při práci s uživateli pracovníci sociální rehabilitace nejčastěji používají techniku mluveného slova - vysvětlování, které doprovází ukázkami. V případě, že si uživatelé při nácviku činností vedou dobře, vnímaví pracovníci je povzbuzují k další žádoucí činnosti. Jedná se tedy o techniku povzbuzování. Činnosti dále nacvičují pomocí techniky situační hry, kdy například pracovnice s uživatelem zinscenují situaci, na kterou se uživatel potřebuje připravit a on má možnost naučit se zvládnout tuto situaci v bezpečném prostředí. Při rozhovoru s uživatelem bylo zjištěno, že nácvik činností ve dvojici s jiným uživatelem (technika soutěživosti), nepůsobil na uživatele motivačně, jak se uvádí v literatuře. Uživatel vnímal svého kolegu jako někoho, na koho se může spolehnout, což způsobilo, že se uživatel nesnažil v daných činnostech zdokonalovat.

Dílčí otázka VO3: V jakých oblastech pomáhá sociální rehabilitace s rozvojem samostatnosti osob s mentálním postižením?

Při výzkumném šetření byly zjištěny tyto oblasti rozvoje samostatnosti osob s mentálním postižením:

KOMUNIKACE

Pracovnice sociální rehabilitaci a také sociální pracovnice se shodly na tom, že služba rozvíjí klienta v oblasti **komunikace**. Ačkoliv jsou někteří uživatelé zdatní v komunikaci ve svém okolí a mnohdy umí používat i složité či odborné výrazy, neumí toto uplatnit při vyřizování běžných záležitostí jako jsou například pošta, úřady, návazné služby nebo nákup. Pracovnice opakovaně hovořily o studu uživatelů komunikovat

s cizími lidmi nebo v neobvyklých situacích. Pravidelným nácvikem komunikace ve fiktivních nebo opravdových situacích se komunikace u většiny uživatelů postupně zlepšila. Pracovnice č. 2 se v oblasti komunikace zmínila také o **telekomunikaci**, která uživatelům se kterými pracuje činí potíže a pravidelným nácvikem se podařilo tuto dovednost postupně rozvíjet.

Sociální pracovníce: „*No tak tam určitě v té komunikaci, aby byl víc samostatný. X udělal velký pokrok, protože, když já jsem třeba s X začínala, tak on třeba se styděl koupit si i housky, to jsme vešli do obchodu a on měl sklopenou hlavu a tak jako špital, že mu ani nebylo rozumět a teď teda jako už ode dveří volá na lidi co potřebuje.*“

Pracovnice č. 1: „*Takže opravdu i tu komunikaci, že si dokáže zavolat, domluvit se, jak s těma pečovatelkama, tak kvůli osobní asistenci určitě si myslím, že tam je velký posun tý samostatnosti.*“

Pracovnice č. 2: „*Pomohlo mu to komunikovat. Dokonce teď přes zimu bylo takové počasí, že jsme nechodili ven, takže se hodně zlepšil i v telekomunikaci, z čehož jako měl docela obavy. Ale to teda jako udělal taky pokrok. To třeba volal na T-Mobile, aby zjistil, jaký mají tarify, balíčky. A zrovna tak i reklamace rádia, protože X ho chtěl reklamovat on-line, ale to se pořád nějak nedařilo a takže si vyhledal číslo zákaznický linky a zavolal tam. To bylo taky opravdové. Potom jsme měli fiktivní situaci, kdy X. volal na úřad, mé kamarádce, aby zjistil nějaké věci. To X věděl, že je to domluvené.*“

Pozorování

Uživatel č. 3 byl pozorován při nácviku komunikace s pracovnící úřadu práce. Pracovnice sociální rehabilitace s uživatelem nejprve hovořila o tom, k čemu Úřad práce slouží, k čemu by jej mohl uživatel využít atp. Poté se pracovnice s uživatelem domluvila na tom, že si uživatel vyzkouší, jak probíhá návštěva na tomto oddělení. Uživatel s pracovnící sestavili body, na které se bude uživatel úřednice dotazovat (např. Je možné nalézt práci, která by byla pro mne vhodná?, Kde mohu nabídky práce vyhledávat?). Poté došlo v prostorách sociální rehabilitace k samotnému nácviku tohoto rozhovoru. Nácvik se odehrával v odpočinkové místnosti, úřednici sehrála klíčová pracovnice uživatele. Z počátku převládala u uživatele při komunikaci s pracovnící ostych, v závěru rozhovoru se již uživatel choval přirozeně, dokonce i vtipkoval.

VYHLEDÁVÁNÍ INFORMACÍ A TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU

Jako další oblast rozvoje samostatnosti pracovníce uvedly schopnost **vyhledat si potřebné informace** jako jsou recepty, informace o mobilním tarifu, jízdní řády, kulturní akce atp. Pracovnice uvedly, že zejména u uživatelů, kteří žijí sami, přispívá dovednost vyhledat si informace o dění v jejich okolí k možnosti hodnotnějšího **trávení volného času**. Uživatelé se dle svých možností učí vyhledávat si informace na internetu, na vývěskách, v tisku atp.

Sociální pracovníce: „*Učí se celkově si zařídit ty věci sám, vyhledat si informace, dokopat se ven, nějak líp trávit volný čas. To teď vzniklo nově, aby X věděl, že ten Jičín nabízí spoustu možností co odpoledne dělat jinak, než trávit odpoledne u počítačových her nebo spát.*“

Pracovnice č. 1: „*Nově budeme trénovat jízdu autobusem, proto se bude X učit vyhledávat spoje v jízdním řádu na zastávce.*“

Pracovnice č. 2: „*X si dokáže sám najít informace o kulturním dění u nás ve městě. Najde si například program kina a dokáže si s mírnou podporou i zarezervovat lístky například pro sebe a rodiče.*“

Pozorování

Uživatel č. 3 dostal v rámci nácviku komunikace s úřednicí Městského úřadu za úkol, aby na internetu vyhledal pracovní dobu oddělení Úřadu práce a telefonní kontakt na toto oddělení. Uživatel s prohlížečem Google pracoval samostatně, potíže nastala ve chvíli, kdy měl správně formulovat klíčové slovo pro vyhledávání. Po několika nepovedených pokusech uživatel oslovil pracovníci s tím, aby mu pomohla. Po chvíli se uživateli s podporou pracovníce podařilo nalézt správný odkaz na příslušné oddělení. Uživatel nakonec našel potřebné informace s mírnou slovní dopomocí pracovníce .

NÁCVIK PÉČE O DOMÁCNOST

Další zmiňovanou oblastí samostatnosti uživatelů sociální rehabilitace byl **nácvik péče o domácnost**. Uživatelé se na samotném počátku nácviku učí rozpoznat kdy a co je potřeba v domácnosti uklidit, jak při úklidu postupovat nebo jak pracovat s čisticími prostředky, na koho se obrátit v případě, že je v domácnosti potřeba něco opravit atp. Dále se uživatelé učí jak pečovat o prádlo nebo si uvařit jídlo. S tím je spojen nácvik

obsluhy spotřebičů. Uživatelé se učí samostatně používat spotřebiče jako jsou mikrovlnná trouba, sporák, minutka, rychlovarná konvice, vysavač atp.

Sociální pracovníce: *„Tam se pracuje na tom, aby se dokázal postarat o domácnost, aby dokázal poznat když začne kapat kohoutek, na koho se má obrátit, aby se nespoléhal jenom na bratra. Víceméně, když my jsme s ním začínali, tak všechno bylo na bratrovi, se vším se na něj obracel, bez něj by si neporadil. Takže jsme opravdu pracovali s ním tak, aby na něm nebyl tolik závislý, aby si sám dokázal nakoupit, uvařit a to je to opravdu znát.“*

Pracovnice č. 1: *„Už ví co má dělat, vynést ty koše i se snažíme třídít odpad, takže ví kam co vynést, vytrít, jaké přípravky použít, to už docela zvládá.“*

Pracovnice č. 2: *„X si je moc dobře vědom, že po vaření je potřeba umýt nádobí, ale jako sám od sebe, to dřív nehrozilo, ale teď už třeba sám od sebe jde a to nádobí umeje. Anebo dělá takový práce, které dřív třeba nedělal. Nebo dělal, ale bylo potřeba ho opravdu dlouho motivovat.“*

Pozorování

Při pozorování Uživatele č. 1 při sociální rehabilitaci ve svém bytě, měl uživatel domácnost již uklizenou. Příchozí pracovníce s uživatelem prošla domácnost a zkontrolovala, zda uživatel uklidil to, na čem se při minulé návštěvě s pracovnící domluvil. Pracovnice uživatele ocenila za pečlivě umytou koupelnu a také za to, že uživatel utřel prach ve svém pokoji, aniž by se na této činnosti s pracovnící předem domluvil. Na druhé straně pracovníce upozornila uživatele na špatně roztríděné prádlo, které uživatel připravil k tomu, aby jej za podpory pracovníce mohl dát vyprat. Pracovnice vysvětlila uživateli, jaké prádlo se může prát společně, jaké je vhodné prát samostatně. Poté si uživatel sám vyzkoušel roztrídít prádlo, které měl v té chvíli k dispozici.

Uživatel č. 2 byl pozorován při úklidu cvičného bytu po vaření. Při mytí nádobí, se pracovníce dotazovala uživatele, jaký prostředek se na mytí nádobí používá a kde jej nalezne. Uživatel věděl, jaký prostředek použít a při rozhovoru s pracovnící si jej sám připravil. Poté začal uživatel mýt nádobí pod tekoucí vodou, přičemž se neustále ohlížel po pracovníci, se kterou si chtěl povídat. Pracovnice upozornila uživatele na to, že takovým způsobem mytí zbytečně vyplývá velké množství vody. Uživatel na toto

reagoval s úsměvem a bez dalšího upozornění si napustil vodu do dřezu. Poté již pracoval samostatně.

ROZVOJ ČTENÍ A PSANÍ A NÁCVIK JEMNÉ MOTORIKY

Dále pracovnice při rozhovorech uváděly, že k rozvoji samostatnosti přispívají **rozvoj čtení a psaní a nácviku jemné motoriky**. Tyto činnosti se u uživatelů vyskytovaly samostatně, vždy dle potřeby daného uživatele. Uživatel č. 2 zná písmena abecedy, umí je opsat, neumí však spojovat slabiky. Proto je v rámci sociální rehabilitace podpořen při rozvoji psaní a čtení. Pracovnice k tomuto účelu využívá například učebnici 1. třídy ZŠ – Slabikář, se kterou s uživatelem cíleně pracují na opakování písmen a spojování slabik nebo uživatele v průběhu nácviku jiných činností (například vaření, nakupování...) podporuje v tom, aby opsal nákupní seznam nebo procvičoval čtení při nákupu zboží na jeho obalu. Při nácviku jemné motoriky u Uživatele č. 3, využívá pracovnice reálných situací a možností, při kterých může uživatel procvičovat jemnou motoriku. Uživatel se například učí svléknout si bundu tak, aby si nepřetočil rukávy na ruby a byl při odchodu ze cvičného bytu schopen si bundu sám obléci. Jemnou motoriku také procvičuje při přípravě svačiny, kdy se například učí otvírat jogurt, rozbalovat sýr atp.

Pracovnice č.1: *„Pak máme třeba nácvik čtení, protože X by třeba rád četl, ale nějak to nezvládá, umí písmenka, takže se učíme skládat slabiky, máme slabikář, takže tam se snaží, ale on má takovou tu, že často si domýšlí, přečte první písmeno a už si domyslí slovo, takže tam musíme na tom pracovat, aby opravdu četl každé slovo, co tam je napsáno, slabiky, případně poskládat do těch slov.“*

„U četní máme slabikář, snažíme se u toho opravdu od začátku spojovat slabiky a slova. Nebo jako třeba když jdeme do obchodu, koukáme taky na nápisy, jenže on si potom hodně domýšlí, když to jsou známe názvy. Ale když vidíme něco po cestě, napsaný většíma písmenama, tak mu to dáváme přečíst.“

Pracovnice č. 2: *„Že si sám jako rozdělává jídlo a zrovna tak, že si sám obrátí rukávy na rub.“*

Uživatelé

Z rozhovorů s uživateli vyplynulo, že se poté, co začali využívat službu sociální rehabilitace naučili používat domácí spotřebiče, uvařit si nebo připravit svačinu, upéct, lépe komunikovat a více se spoléhat sami na sebe. Při používání spotřebičů, zejména kuchyňských, uživatelé uvedli, že měli strach tyto spotřebiče používat. Jednalo se především o sporák nebo troubu. V průběhu sociální rehabilitace se však uživatelé tyto spotřebiče naučili ovládat. Celkově uživatelé hodnotí svůj stav po rehabilitaci jako lepší. Jeden uživatel uvedl, že je teď na sebe pyšný.

Uživatel č. 1: *„Že už umím uvařit oběd, že už umím s troubou zacházet a zapínat ...teplotu, nebo jak se jmenuje, jsem pyšnej.“*

Uživatel č. 2: *„Vyndám nádobí z myčky i do myčky.“*

„Mám taky uklízení a ještě čtení. Je to pro mě lehký. Třeba umím opsat něco z knížky.“

Uživatel č. 3: *„V těch pochůzkách si myslím, že jsem se zlepšil, to se jako míň stydím na úřadě třeba, když máme nějakou pochůzku, nebo když jdu do krámu, tak to už si myslím teď, jsem se už vypiloval.“*

„Tak třeba s tím otáčením rukávu je to takový těžší. Třeba nebo když si jí chci pověsit, než si najdu poutko, chvíli to dá, ale pak ho najdu a pověsím si to.“

Pozorování

Při pozorování bylo zjištěno, že pracovníce využívá pro nácvik čtení s Uživatelem č. 2 různé situace, které v průběhu sociální rehabilitace nastanou. Například cestou na nákup byl uživatel několikrát vybízen k tomu, aby přečetl nápisy na bilboardech. Bylo patrné, že toto uživatel s pracovníci již v minulosti nacvičoval. Některé nápisy uživatel přečetl spíš z paměti. Tyto nápisy si ke čtení většinou vyhledával sám. V případě, že nebyl schopen nějaké slovo přečíst, podporovala jej pracovníce tím, že mu například připomínala, jak se podobné slabiky učil číst ve slabikáři, co vznikne spojením toho a onoho písmene atp.

Uživatel č. 3 byl v úvodu setkání pozorován, jak se po návratu z nákupu snaží svléknout si bundu tak, aby si nepřetočil rukávy na ruby. Uživatel trpí dětskou mozkovou obrnou, je imobilní a má potíže s jemnou motorikou. Pracovnice jej slovně vedla tak,

aby si bundu svlékl správným způsobem. Byl mu poskytnut dostatek času a při jeho snažení jej pracovnice slovně povzbuzovala a instruovala. Když bylo patrné, že si již uživatel bundu sám nesvlékne, pracovnice mu v této činnosti pomohla. To však jen v nejmenší možné míře. Následně si uživatel bundu sám pověsil na věšák.

Závěr k dílčí otázce VO3

Z výše uvedeného vyplývá, že se uživatelé při sociální rehabilitaci zdokonalují v celé řadě oblastí. Z výzkumného vzorku bylo zjištěno, že se jedná o oblast komunikace, která zahrnuje **komunikaci** jedince s jeho okolím, úřady, instituce nebo **telefonickou komunikaci**. Uživatelé se stávají samostatnější a sebevědomější v interakci se svým okolím. Uživatelé se dále rozvíjejí v oblasti **vyhledávání informací**. Tuto dovednost mohou uplatnit například při vyhledávání receptů, jízdního řádu, ale také při získávání informací o kulturním či sportovním dění v jejich okolí. Získání těchto informací může následně přispět k hodnotnějšímu **trávení jejich volného času**. Další oblast rozvoje samostatnosti je **nácvik péče o domácnost**, která zahrnuje poměrně širokou škálu činností. Uživatelům, kteří žijí ve vlastní domácnosti tyto dovednosti umožňují samostatně pečovat o svojí domácnost, ovládat domácí spotřebiče a stravovat se samostatně (například o víkendu). Uživatelům žijícím s rodinou nabízí možnost zapojit se a přispět svou činností do života rodiny. **Rozvojem čtení** může uživatel získat větší samostatnost při činnostech jako jsou vyhledávání informací, komunikace se svým okolím prostřednictvím SMS atp. Uživatelům, kteří mají potíže s jemnou motorikou, umožňuje **nácvik jemné motoriky** získat schopnost být samostatný například v oblékání či přípravě svačiny.

VO4: Jak uživatelé uplatňují zkušenosti ze sociální rehabilitace v běžném životě?

Pracovnice

Pracovnice sociální rehabilitace uvedly, že informace o tom, zda uživatelé využívají zkušenosti získané v průběhu sociální rehabilitace zjišťují průběžně při práci s nimi a to prostřednictvím rozhovorů a pozorování. Pracovnice, která za uživatelem dochází do jeho domácnosti uvedla, že to může sledovat v průběhu každé návštěvy. Ostatní pracovnice se shodly na tom, že informace získávají při běžných rozhovorech s rodiči nebo při vyhodnocování individuálního plánu. Dále se pracovnice shodly na tom, že mohou uplatnění zkušeností ze sociální rehabilitace u uživatelů sledovat v jiných službách, které uživatelé navštěvují. Těmito službami jsou například denní stacionář, osobní asistence nebo sociálně terapeutická dílna. Pracovnice uvedla, že uživatel, se kterým pracuje na

přípravě jídla, je schopen si o víkendu připravit jednoduché jídlo zcela samostatně. Další pracovnice uvedla, že uživatel, který pracuje na nácviku přípravy svačiny (např. otevření jogurtu) toto využívá i v běžném životě. Sociální pracovnice dále uvedla, že uživatel, který žije v domácnosti se svým bratrem je schopen například udržovat pořádek v domácnosti i mimo návštěvu pracovnice sociální rehabilitace. Sociální pracovnice považuje za důležitou spolupráci organizace s rodinou uživatele a uvedla, že větší pokroky jsou patrné u těch uživatelů, kteří v domácnosti žijí sami bez rodičů. Podle zkušeností pracovnice zejména rodiče často své děti podceňují a nedávají jim dostatečný prostor k tomu, aby předvedly, co dokáží.

Sociální pracovnice: *„Z poslední doby mě mile překvapil, když si do denního stacionáře přinesl už v pondělí jídlo, které si sám doma připravil už v neděli.“*

„Ti za kterými jezdíme do terénu jsou daleko víc samostatnější. Opravdu se naučí to, co mají. Ten člověk s MP má tu výhodu, že pokud se to naučí a ten nácvik si osvojí tak opravdu takhle vydrží fungovat.“

Pracovnice č. 1: *„No já to zjišťuju vlastně tady, když přijdu, tak to zjistím, jestli je něco uděláno nebo neuděláno, jestli je třeba o čem jsme si povídali minule, jestli to splnil, protože i třeba naplánujeme něco co má dělat, když tady nikdo nejsme jako pracovník.“*

Pracovnice č. 2: *„No třeba při rozhovoru s rodiči a když zrovna vezmu konkrétně X, tak jsme se o tom bavily s maminkou, že tam ty pokroky jsou i co se týče třeba, hlavně jako to jídlo. Že si sám jako rozdělává jídlo a zrovna tak, že si sám obrátí rukávy na rub třeba o víkendu.“*

Uživatelé

Uživatelé se shodli na tom, že některé zkušenosti získané v sociální rehabilitaci uplatňují i v běžném životě. Jsou dovednosti, které si dle jejich slov v sociální rehabilitaci zlepšili, doma je však neuplatňují proto, že jim to rodinný příslušníci neumožní. Například samostatné vaření. Uživatelé uvedli, že doma uplatňují své zkušenosti s úklidem, přípravou jídla nebo s péčí o zevnějšek.

Uživatel č. 1: *„Sám si teď doma uklízet už umím, jenom pracovnice přijde a zkontroluje.“*

Uživatel č. 2: *„Mamka mě nenechá vařit, ale tatka jo. O víkendech vaříme společně.“*

Uživatel č. 3: „*Používám to taky, vlastně při přípravě svačiny, protože mamka mi dá, nebo zkoušíme, že mi dá do misky jogurt a snažím se si to sám vyjíst a používám to vlastně při, když si, mám taky takový různý zařizování, že když si chci koupit nějaký lístky na koncert, tak si dojdou do Informačního centra a tam si to zařídím.*“

Pozorování

To jak uživatelé uplatňují zkušenosti ze sociální rehabilitace v běžném životě bylo možné sledovat při návštěvě domácnosti Uživatele č. 1. Při příchodu do domácnosti uživatele bylo patrné, že uživatel má dnes již uklizeno. Všude bylo čisto, pracovnice zkontrolovala koberec v pokoji uživatele. Byl čistý, bez drobečků a smetí. V koupelně byl uklizený kbelík s mokrým hadrem a bylo patrné, že uživatel stíral podlahy. Mimo pozorování, po odchodu z domácnosti uživatele, bylo s pracovníci hovořeno o tom, že tyto činnosti uživatel nacvičoval již v minulosti, kdy za uživatelem docházel výzkumník jako terénní pracovník. Pracovnice potvrdila, že uživatel tyto činnosti sám již velmi dobře ovládá, je však nutné, aby jej je někdo neustále připomínal. Pokud totiž do domácnosti z nějakého důvodu přestane terénní pracovník docházet, přestane po určité době uživatel samostatně fungovat a tyto činnosti neprovádí.

Závěr k dílčí otázce VO4

Z šetření vyplynulo, že zkušenosti získané v sociální rehabilitaci uživatelé uplatňují například tak, že jsou schopní samostatně si připravit jídlo na další den, postarat se o svoji domácnost nebo sami sebe obsloužit při přípravě svačiny. Tuto skutečnost pracovníci mapují většinou v průběhu služby, v jiných službách, při rozhovorech s rodinou či opatrovníky nebo při hodnocení individuálních plánů. Největší efekt služby je vnímán u uživatelů, kteří žijí sami. Uživatelé se například pravidelným nácvikem vaření naučí připravovat jednoduchá jídla, která jsou poté schopni připravovat si sami, například o víkendu. Uživatelé, kteří žijí s rodiči, či jinými rodinnými příslušníky mohou být ve svých schopnostech podceňováni a nemusí jim být umožněno uplatňovat zkušenosti ze sociální rehabilitace. Jeden z uživatelů potvrdil, že vařit smí jenom ve cvičném bytě s pracovníci, doma jej toto ze strachu o něj neumožní jeho matka. Při pozorování bylo také zjištěno, že uživatel, který žije sám se svým bratrem, pracuje například na nácviku péče o domácnost již několik let a to přesto, že tuto činnost již sám dobře zvládá. Jak uvedla pracovnice, která za uživatelem do domácnosti dochází, v případě, že by přestaly být tyto

činnosti uživateli připomínané, uživatel by je časem přestal vykonávat. To je však v rozporu s názorem sociální pracovníce, která uvedla, že pokud se osoba s mentálním postižením nějakou činností naučí vykonávat, bude ji vykonávat již napořád.

4.7 Výsledky výzkumného šetření

Při výzkumném šetření bylo zjištěno, že do služby Sociální rehabilitace APROPO vstupují především uživatelé, kteří již navštěvují jinou službu této organizace a dále uživatelé, kteří si službu sami vyhledají. Po seznámení se se službou zmapuje sociální pracovníce, v rámci sociálního šetření, situaci uživatele, jeho zdravotní stav a jeho potřeby. Na základě těchto informací je sestaven individuální plán, na kterém se podílí uživatel, klíčový pracovník, sociální pracovník a v případě potřeby řada dalších osob, jako jsou rodinní příslušníci, pracovníci z jiných služeb atp. Spolupráce širšího okruhu osob při sestavování IP má za cíl shromáždit co nejvíce informací o potřebách uživatele a tím přispět k vhodnému sestavení IP. To platí za předpokladu, že nejsou na uživatele kladeny vysoké nároky a uživatelem se s výběrem IP ztotožňuje. Sociální rehabilitace probíhá po dohodě s uživatelem ve cvičném bytě, venku (úřady, obchody, veřejné instituce atp.) nebo v jeho domácnosti.

Pracovníci sociální rehabilitace prostřednictvím metody **reedukace** cíleně působí na narušené funkce uživatelů nebo se snaží odstranit důsledky nevhodné výchovy tak, aby došlo k nápravě nebo rozvoji těchto funkcí. Prostřednictvím metody **kompence** potom rozvíjí dovednosti uživatelů za pomoci nácviků nebo speciálních pomůcek (např. obrázkové karty s nákupem). Pracovníci sociální rehabilitace při práci s uživateli nejčastěji využívají **techniku mluveného slova** - vysvětlování, které doprovází ukázkami. V případě, že si uživatelé při nácviku činností vedou dobře, pracovníci je slovně podporují a povzbuzují k dalším žádoucím činnostem nebo chování. Dle Jesenskéého (1995, str. 64) se jedná o **techniku povzbuzování**. Při nácviku chování v určitých situacích, pracují pracovníci s uživateli v bezpečném a známém prostředí a za pomoci **techniky situační hry** inscenují jednotlivé situace dle potřeby uživatele. Ti poté nacvičují, jak danou situaci zvládnout (např. jednání s úřady, komunikace v obchodě atp.) Dále bylo při výzkumném šetření zjištěno, že by mohla být při sdílení sociální rehabilitace dvou nebo více uživatelů použita **technika soutěživosti**.

Za pomoci výše zmíněných metod a technik se v rámci sociální rehabilitace uživatelé zdokonalují v těchto oblastech:

- **KOMUNIKACE** – oblast zahrnuje komunikaci jedince s jeho okolím, úřady, institucemi a telefonickou komunikaci. Posílením této oblasti se uživatelé stávají samostatnější a sebevědomější v interakci se svým okolím.
- **VYHLEDÁVÁNÍ INFORMACÍ** – oblast zahrnuje vyhledávání informací na internetu, vývěskách, novinách, v kulturních a sportovních zařízeních atp. Získání této dovednosti může přispět například k hodnotnému trávení volného času, samostatnosti ve vyhledávání receptů, atp.
- **TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU** – uživatelé se mohou na základě získaných informací o možnostech a dění ve svém okolí zapojit do společenského života nebo při různých aktivitách naplňovat svoje psychické i sociální potřeby a zvyšovat svoje sebevědomí. (Solovská, 2013, str. 152 – 166)
- **NÁCVIK PÉČE O DOMÁCNOST** – zahrnuje širokou škálu činností, jako je ovládání domácích spotřebičů, vaření, praní atp. Uživatelé, kteří žijí sami tak mohou samostatně pečovat o domácnost a stravování. Uživatelé žijící s rodinou se mohou svými činnostmi zapojit do dění rodiny.
- **ROZVOJ ČTENÍ** – poskytuje uživateli větší samostatnost při činnostech jako jsou vyhledávání informací, komunikace se svým okolím prostřednictvím SMS atp.
- **NÁCVIK JEMNÉ MOTORIKY** – umožňuje uživatelům získat schopnost být samostatný například v oblékání či přípravě svačiny.

Zkušenosti získané v sociální rehabilitaci následně uživatelé uplatňují například při přípravě jídla o víkendu, při sebeobsluze, přípravě svačiny, komunikaci nebo při péči o domácnost. Zpětnou vazbu o tom, zda uživatelé uplatňují své zkušenosti ze sociální rehabilitace získávají pracovníci od rodinných příslušníků, při hodnocení IP, při návštěvě uživatele v domácnosti nebo od pracovníků z jiné služby. Největší efekt služby je patrný u uživatelů, kteří žijí sami. Uživatelé žijící s rodinou mohou být ve svých schopnostech podceňováni a mnohdy jim není umožněno uplatňovat zkušenosti získané v sociální rehabilitaci (např. vaření, nakupování). Dále bylo zjištěno, že je pro držení nabytých dovedností důležité tyto dovednosti opakovat a upevňovat a to především u uživatelů žijících ve vlastní domácnosti. Při pozorování bylo zjištěno, že ačkoliv uživatel některé činnosti již sám dobře zvládá, v případě, že by do jeho domácnosti přestala docházet

pracovnice a tyto činnosti by uživateli nikdo nepřipomínal a jejich správnost nekontroloval, přestal by jej po určitém čase uživatel vykonávat.

4.8 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak probíhá služba sociální rehabilitace a jak pomáhá k rozvoji samostatnosti respondentů. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na to, jak probíhá postup od výběru uživatele až po stanovení jeho individuálního plánu, jaké metody a techniky jsou v rámci sociální rehabilitace užívány, v jakých oblastech pomáhá sociální rehabilitace s rozvojem samostatnosti osob s mentálním postižením a jak uživatelé uplatňují zkušenosti ze sociální rehabilitace v běžném životě.

Plánovaný průběh a výsledek výzkumu mohl být ovlivněn několika faktory. V první řadě můžeme za úskalí výzkumu považovat nezkušenost výzkumníka a to zejména při vedení rozhovorů s respondenty. Za další riziko výzkumu můžeme považovat fakt, že vzhledem k postižení uživatelů, docházelo při rozhovorech k doptávání se nebo vysvětlování podstaty otázky. To mohlo negativně nebo pozitivně ovlivnit odpověď respondenta. Další výhodou nebo nevýhodou výzkumu mohla být skutečnost, že výzkumník s dotazovanými uživateli v minulosti pracoval. Za výhodu známosti lze považovat kladné přijetí výzkumníka, čím mohlo být předejito ovlivnění chování pozorovaných osob, jak uvádí Miovský (2006, str. 154). Jako nevýhodné se jeví to, že některé skutečnosti mohly zůstat nevyřčené právě z důvodu dřívější známosti a toho, že respondent mohl nabýt dojmu, že tyto skutečnosti již výzkumník zná a není důležité o nich hovořit.

Z výzkumu vyplynulo, že je po nástupu uživatele do služby sociální rehabilitace velmi důležité vhodně zvolit a sestavit individuální plán uživatele. Pracovnice služby se shodly na tom, že se na sestavování plánu může podílet kromě osob, které jsou uživateli blízké, také osoby s ním jinak spolupracující. Všechny pracovnice se však shodly na tom, že největší význam při sestavování IP má názor samotného uživatele. Při rozhovoru s pracovnicí ovšem také zaznělo, že byl v minulosti špatně zvolený cíl právě na základě rozhodnutí sociální pracovnice, kdy pracovnice nedbala na názor uživatele ani pracovnice v přímé péči, která měla ke zvolenému cíli výhrady. Uživatel při plnění zmíněného cíle nebyl motivován. Byly na něj kladeny vysoké nároky. Cíl poté musel být ukončen. Spolupráce širšího okruhu osob při sestavování IP může pozitivně ovlivnit množství získaných informací o uživateli, mělo by s nimi být však nakládáno velmi obezřetně a měly by být brány na zřetel také negativní postoje a připomínky. Ztotožnění uživatele

s vybraným cíle by měla být samozřejmostí. Bylo by zajímavé, zeptat se uživatelů na to, jak oni sami vnímají průběh výběru a sestavení IP a nakolik jsou do tohoto procesu aktivně zapojeni.

Všichni uživatelé, kteří se účastnili výzkumu trpí lehkou formou mentální retardace. Jak uvádí Vágnerová (2004, str. 301) jsou jedinci s touto formou postižení ve verbálním projevu ochuzení o abstraktní pojmy, používají kratší věty a jejich verbální projev je ochuzen. Přes absenci abstraktního myšlení, jim však nechybí schopnost učit se. V dospělosti jsou schopní dosáhnout určitého stupně samostatnosti, která vyžaduje oporu a dohled. Je proto na vnímavosti pracovníc, aby při práci s uživateli tuto skutečnost reflektovaly a snažily se uživatele v případě, že určitou činnost již dobře zvládají, podporovat v co nejmenší možné míře. Bylo zjištěno, že při nácviku samostatnosti v jednotlivých oblastech používají pracovníce techniky individuálně dle možností a potřeb uživatelů. Techniky, které byly při výzkumu popsány korespondují s některými technikami sociální rehabilitace, které uvádí Jesenský (1995, str. 62-69).

Oblasti rozvoje samostatnosti jednotlivých uživatelů úzce souvisí s důkladným sociálním šetřením, vyhodnocením získaných informací, vhodně zvoleným IP a potřebami uživatele. Jak již bylo zmíněno výše, osoby s lehkou formou mentálního postižení jsou schopny s mírnou pomocí a podporou dosáhnout určité míry samostatnosti. Samostatnost uživatelů v jednotlivých oblastech přispívá k jejich sebedůvěře a možnosti zapojit se do dění rodiny a společnosti. Jeden z uživatelů, který se účastnil výzkumného šetření bydlí ve společné domácnosti se svým bratrem, kde se ve velké míře o sebe stará sám. Zbylí dva uživatelé v současné době žijí se svými rodiči, kteří jsou zatím schopní o svoje děti pečovat. Léta však přibývají a jednou bude nutné řešit také otázku, kdo se o jejich děti postará v případě, že oni to již nebudou zvládat. Ať už to budou sourozenci, příbuzní či organizace, bude pro všechny strany, včetně uživatele, mnohem jednodušší, když uživatelé dosáhnou co nejvyšší možné míry samostatnosti.

Při výzkumném šetření bylo zjištěno, že největší pokroky v rozvoji samostatnosti jsou patrné u uživatelů, kteří žijí sami. U uživatelů, kteří žijí v domácnosti se svými rodiči, se pracovníci často setkávají s tím, že rodiče své dítě v jeho schopnostech podceňují a ze strachu o jeho bezpečí mu brání v rozvoji samostatnosti v některých jejich oblastech. Dle Solovské (2013, str. 96) má stejnou tendenci, chránit lidi s mentálním postižením před nebezpečnými situacemi, také intaktní společnost. Toto chování však může vzbudit jejich zvědavost k zakázaným věcem nebo znemožnit rozšíření jejich dovedností. Bylo by vhodné do procesu sociální rehabilitace aktivně zapojit také rodinu uživatele, ukázat jí co všechno je uživatel schopný zvládnout a v čem jej mohou podpořit i mimo sociální

rehabilitaci. Nabízí se také otázka, jak seznámit intaktní společnost s potřebami lidí s mentálním postižením tak, aby došlo k pochopení této problematiky.

4.9 Navrhovaná opatření

S ohledem na poznatky, které byly při výzkumném šetření zjištěny bylo navrženo několik opatření:

1. **Aktivní zapojení uživatele do procesu výběru a sestavení IP** tak, aby měl uživatel možnost podílet se na jeho výběru, vyjádřit svoje postřehy a potřeby a porozumět smyslu a průběhu zvoleného IP.
2. **Pečlivé zhodnocení všech získaných informací o uživateli včetně negativní zpětné vazby**, na které bude při konečném výběru a sestavení IP brán zřetel.
3. **Oblasti rozvoje samostatnosti uživatele zaměřit na jeho reálné potřeby a možnosti** tak, aby mohly být dovednosti získané v sociální rehabilitaci uplatňovány v běžném životě konkrétního uživatele.
4. **Rozvíjet samostatnost v co nejvyšší možné míře** s ohledem na reálné možnosti uživatele.
5. **Nezneschopňovat uživatele a nepodceňovat jeho dovednosti a poskytnout mu prostor k jejich uplatnění** jak ve službě sociální rehabilitace, tak ze strany jeho rodinných příslušníků. K naplnění tohoto opatření přispívají kvalifikovaní pracovníci sociální rehabilitace a informovanost rodiny uživatele.
6. **Seznámení rodiny uživatele se schopnostmi jejich dětí/příbuzných** doprovázené například ukázkovými hodinami sociální rehabilitace, ve kterých bude mít uživatel možnost předvést svým příbuzným to, na čem v sociální rehabilitaci pracuje (např. pozvání rodičů na oběd, který připraví uživatel sám).
7. **Aktivní zapojení rodiny do nácviků činností a podpory samostatnosti i mimo sociální rehabilitaci** tak, aby uživatel jednotlivé činnosti procvičoval také doma, ve svém přirozeném prostředí s podporou svých blízkých. Toto opatření souvisí s aktivní komunikací a spoluprací mezi pracovníky služby a rodinou.

Závěr

Tématem bakalářské práce byla sociální rehabilitace jako prostředek rozvoje samostatnosti osob s mentálním postižením. Služba sociální rehabilitace má při rozvoji samostatnosti velmi významnou roli. Cílem bakalářské práce bylo zjistit jakým způsobem tato služba probíhá, jaké metody a techniky využívá a jaké oblasti samostatnosti u uživatelů rozvíjí.

V první kapitole bakalářské práce jsou popsány definice a specifika mentálního postižení včetně rozlišení jednotlivých stupňů postižení. Osoby s lehkým mentálním postižením, které byly předmětem výzkumného šetření, zastupují až 80% z celkového počtu osob s mentálním postižením. Jak uvádí literatura, jsou osoby s tímto typem postižení přes svojí jinakost schopní učit se a s nějakou mírou pomoci či podpory také dosáhnout určité míry samostatnosti. Po ukončení školní docházky mají lidé s mentálním postižením možnost dále rozvíjet svoje dovednosti prostřednictvím sociálních služeb. Sociální službám v České republice a služba sociální rehabilitace je definována ve druhé a třetí kapitole. Sociální rehabilitace je jednou ze služeb, která nabízí osobám s mentálním postižením činnosti směřující k dosažení jejich samostatnosti a soběstačnosti.

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že po nástupu uživatele do sociální rehabilitace je provedeno sociální šetření, na základě kterého je následně vytvořen individuální plán. Tento krok je pro výsledný efekt služby velice důležitý a je nutné, aby byly brány na zřetel veškeré informace, které mohou pozitivně ovlivnit výběr a sestavení IP. Neméně důležitý je potom názor samotného uživatele. Výběr IP souvisí s tím, jaká oblast samostatnosti je u uživatelů služby rozvíjena a jaké metody a techniky při jejím rozvoji pracovníci služby využívají. Uživatelé, kteří se účastnili výzkumného šetření rozvíjí svoje dovednosti v oblastech jako je komunikace, telekomunikace, vyhledávání informací, trávení volného času, nácvik péče o domácnost, vaření, rozvoj čtení a rozvoj jemné motoriky. Pracovníci sociální rehabilitace využívají při nácviku jednotlivých dovedností metody reedukace a kompenzace a techniky mluveného slova, povzbuzování, situační hry a soutěživosti. S uživateli je potřeba pracovat individuálně a citlivě reagovat na jednotlivé situace vhodnou mírou pomoci či podpory. Využití dovedností získaných v sociální rehabilitaci v běžném životě bylo nejvíce patrné u uživatele žijícího ve vlastní domácnosti. Ten využíval zkušenosti s péčí o domácnost, s obsluhou domácích spotřebičů a s vařením. Bylo zjištěno, že uživatelé žijící s rodiči mohou být často ve svých schopnostech podceňováni a nemusí jim být umožněno získané dovednosti v běžném

životě uplatňovat. Nejčastěji využívají dovednosti, které jsou z pohledu jejich rodičů bezpečné jako například nácvik sebeobsluhy nebo příprava svačiny.

Cíl bakalářské práce, kterým bylo charakterizovat průběh služby sociální rehabilitace, využívané metody a techniky a oblasti rozvoje samostatnosti osob s mentálním postižením, byl naplněn. Výsledky výzkumu ukázaly, že sociální rehabilitace osob s mentálním postižením svojí činností přispívá k jejich rozvoji a zkvalitnění jejich života.

Použitá literatura

APROPO Jičín [online]. [vid. 9. 10. 2018]. Dostupné z: <http://www.apropojicin.cz/about/>

BAJER, P., 2010. Metóda sebaobhajovania smeruje k inklúzii ľudí s mentálnym postihnutím. *Sociální práce/Sociální práce* [online], roč. 10, č. 3, s. 24 [vid. 7. 12. 2018]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <http://www.socialniproace.cz/soubory/socprac0310komplet-101110155048-140219132832.pdf>

ČERNÁ, M., aj., 2014. *Česká psychopedie Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246.1565-3.

DUKOVÁ, I., a kol., 2013. *Sociální politika: Učebnice pro odbor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Garda. ISBN 978-80-247-3880-2.

FISHER, S., aj., 2014. *Speciální pedagogika – Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: Triton. ISBN 978-807387792-7.

FISHER, S., ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika – Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.

FRANIOK, P., 2014. *Psychopedie I* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě ISBN [vid. 15. 10. 2018]. 978-80-7464-645-4. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/svp/opory/Franiok_SO.pdf

GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce*. 1. vyd. Praha: Garda. ISBN 978-80-247-3379-1.

HEJZLAR, P., 2010. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. In: PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. Na cestě ke komunitní psychiatrii...sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví. Pardubice: Východočeská tiskárna. Dostupné z: http://pdz.cz/uploaded/Na%20cest%20ke%20komunitn%C3%AD%20psychiatrii..._2.pdf#page=118

HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu*. 2. aktual. vyd. Praha: Garda. ISBN 978-80-7367-313-0.

JANKOVSKÝ, J., 2001. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-192-7.

JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2005. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 80-7040-826-X.

JESENSKÝ, J., 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-706-6941-1.

KREJČÍKOVÁ, O., 2007. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

KROUPOVÁ, K., a kol., 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. 1. vyd. Praha: Garda. ISBN 978-80-247-5264-8.

KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Garda. ISBN 978-80-247-2716-4.

LUDVÍKOVÁ, L., *Koncepce služeb pro osoby se zdravotním postižením na území Mikroregionu Vsetínsko*. In: *Mikroregion vsetínsko* [online]. [vid. 25. 1. 2019]. Dostupné z: <http://www.mikroregion-vsetinsko.cz/PIC/Koncepce/Koncepce%20-%20v%C3%ADcen%C3%A1sobn%C3%A9%20posti%C5%Been%C3%AD.pdf>

MATOUŠEK, O., a kol., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O., a kol., 2005. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O., a kol., 2007. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.

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

NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.

NOVOSÁD, L., GIRGLEOVÁ, L., 2013. Aplikace konceptu sociálního fungování u dospělého uživatele s mentálním postižením. *Sociální práce* [online], roč. 13, č. 3, str. 60 [vid. 21. 10. 2018]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/soubory/cas_vol13_iss3-150407093546.pdf

NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M., 2000. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením*. Liberec: TUL. ISBN 80-7083-383-1.

ODBOR SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A SOCIÁLNÍ PRÁCE, 2013. Sociální rehabilitace a sociálně terapeutické dílny. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 23. 11. 2012 [vid. 21. 11. 2018]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/13929>

PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J., 2000. *Akademický slovník cizích slov : [A-Ž]*. Vyd. 1. Praha : Academia. ISBN 80-200-0982-5.

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., 2014. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení*. Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 978-80-210-7689-1.

REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Garda. ISBN 978-80-247-3006-6.

RIEGROVÁ, L., 2014. Samostatnost a soběstačnost. In: *Mám talent.cz* [online]. 23. 2. 2014 [vid. 3. 3. 2019]. Dostupné z: http://www.mamtalent.cz/samostatnost-a-sobestacnost.phtml?program=1&ma_0_id_b=17385

SEIDL, Z., 2008. *Neurologie – Pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Garda. ISBN 978-80-247-2733-2.

SLOWÍK, J., 2003. *Člověk s mentálním postižením jako subjekt hodnocení. Speciální pedagogika* [online], roč. 13, č. 3, s. 181-191. [vid. 29. 10. 2018]. ISSN 1211 - 2720. Dostupné z: <file:///C:/Users/uzivatel/Downloads/181-191.pdf>

SLOWÍK, J., 2005. *Možnosti a bariéry v komunikaci s mentálně postiženými lidmi. Speciální pedagogika* [online], roč. 15, č. 1, s. 36 – 40. [vid. 30. 10. 2018]. ISSN 1211 - 2720. Dostupné z: <http://dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/752/36-40.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Garda. ISBN 978-80-247-1733-3.

SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. aktual. vyd. Praha: Garda. ISBN 978-80-271-0095-8.

Sociální revue [online]. [vid. 26. 1. 2019]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/socialni-sluzby>

SOLOVSKÁ., V., 2013. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0369-8.

SPMP ČR, MĚSTSKÁ POLICIE HL. M. PRAHY, 2011. *Jak jednat s lidmi s potížemi v komunikaci* In: *Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice*. [online]. [vid. 6. 1. 2019]. Dostupné z: http://www.spmpr.cz/wp-content/uploads/delightful-downloads/2015/06/jak_jednat_s_MP.pdf

Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice [online]. [vid. 9. 10. 2018]. Dostupné z: <http://www.spmpr.cz/pro-rodinu/socialni-sluzby-a-prace/socialni-sluzby/>

ŠNÝDROVÁ, I., 2008. *Psychodiagnostika*. 1.vyd. Praha: Garda. ISBN 978-80247-2165-1.

URBAN, L., 2008. *Sociologie trochu jinak*. 1. vyd. Praha: Garda. ISBN 978-80-247-2493-5.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, 2017. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Tabelární část. [online]. Aktualizováno 1. 1. 2018 [vid. 20. 10. 2018]. Dostupné z: file:///C:/Users/uzivatel/Downloads/mkn-tabelarni-cast_1-1-2018.pdf

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

VACHKOVÁ, L., 2008. Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Psychiatria pre prax*. [online], roč. 9, č. 3, s. 136-140 [vid. 1. 12. 2018]. ISSN 1339-4258.

VALENTA, M., 2011. Lidé s mentálním postižením a jinou poruchou. In: MICHALÍK, J., aj. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 112–179. ISBN 978-80-7367-859-3.

VALENTA, M., aj., 2012. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb Část II. (diagnostické domény pro žáky s mentálním postižením)*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3055-3.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., a kol., 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Garda. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., a kol., 2018. *Mentální postižení*. 2. vyd. Praha: Garda. ISBN 978-80-247-3043-1.

VANČOVÁ, A., 2001. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapientia. ISBN 80-967108-7-X.

VÍTKOVÁ, M., 2004. *Otázky speciálně pedagogického poradenství* [online]. 2. vyd. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně. [vid. 2. 12. 2018]. ISBN 80-86633-23-3. Dostupné z: <http://www.equalcr.cz/files/clanky/908/kniha2.pdf#page=71>

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164, s. 7021-7034. ISSN 1211-1244.

WHO, 2011. Concept paper WHO Guidelines on Health-Related Rehabilitation (Rehabilitation Guidelines). In: *World Health Organization* [online]. [vid. 29. 11. 2018]. Dostupné z: http://www.who.int/disabilities/care/rehabilitation_guidelines_concept.pdf

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1257–1289. ISSN 1211-1244.

Přílohy

- Příloha A Příprava nákupního seznamu
- Příloha B Polostrukturované rozhovory
- Příloha C Ukázka práce s textem
- Příloha D Informované souhlasy s využitím výzkumných rozhovorů

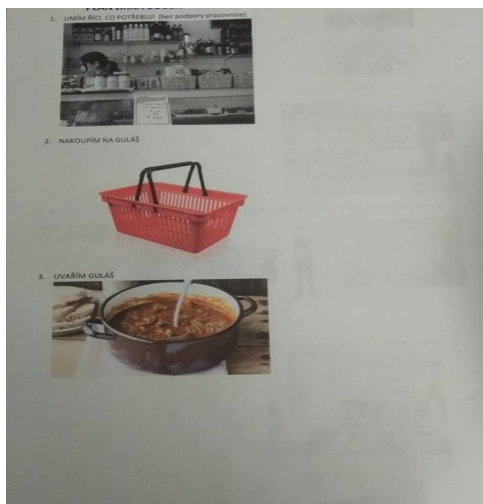
Příloha A - Příprava nákupního seznamu

Zde jsou prezentovány fotografie, které byly pořízené při zúčastněném pozorování uživatele služby sociální rehabilitace. Uživatel si pomocí obrázkových kartiček vytvářel nákupní seznam, z nakoupených surovin poté připravoval jídlo podle obrázkového receptu.

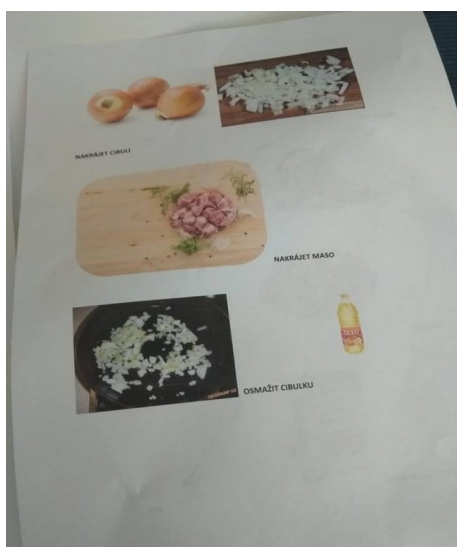
Obrázek 1



Obrázek 2



Obrázek 3



Obrázek 4



Příloha B Polostrukturované rozhovory

Zde naleznete polostrukturované rozhovory, které byly připraveny pro respondenty dle vybraných kategorií.

a) Rozhovor pro pracovníky

1. Jak vaše osobnost a zkušenosti ovlivňují proces od výběru klienta až po stanovení individuálního plánu (IP)?
2. Kdo se podílí na přípravě IP?
3. Co považujete při stanovení IP za důležité?
4. Co může stanovení IP ohrozit?
5. Jak probíhá sociální rehabilitace s Uživatelem č.1?
6. V jakých oblastech pomáhá sociální rehabilitace (SR) rozvíjet samostatnost u Uživatele č. 1?
7. Jak probíhá sociální rehabilitace s Uživatelem č.2?
8. V jakých oblastech pomáhá sociální rehabilitace (SR) rozvíjet samostatnost u Uživatele č. 2?
9. Jak probíhá sociální rehabilitace s Uživatelem č.3?
10. V jakých oblastech pomáhá sociální rehabilitace (SR) rozvíjet samostatnost u Uživatele č. 3?
11. Zjišťujete, zda uživatel SR uplatňuje zkušenosti ze SR v běžném životě? Pokud ano, jak?

b) Rozhovor pro uživatele

1. Jak to bylo před vstupem do SR?
2. Je to teď jiné, změnilo se něco?
3. Je to horší nebo lepší?
4. Bylo nebo je těžké pracovat na svých cílech?
5. Zvládáš už svoje cíle bez pomoci nebo se ještě pořád učíš?
6. Řekl Ti někdo, jak a v čem jsi se zlepšil?
7. Používáš to, co se v SR naučíš také doma?

Příloha C Ukázka práce s textem

Tato část práce se věnuje ukázce práce s textem při vyhodnocování dat získaných z rozhovorů s respondenty.

Hlavní výzkumná otázka:

Jak probíhá služba sociální rehabilitace a jak pomáhá k rozvoji samostatnosti respondentů?

Dílčí otázky:

VO1: Jak probíhá postup od výběru klienta až po stanovení jeho individuálního plánu (IP)?

VO2: Jaké metody a techniky jsou užívány v rámci sociální rehabilitace?

VO3: V jakých oblastech pomáhá sociální rehabilitace s rozvojem samostatnosti osob s mentálním postižením?

VO4: Jak klienti uplatňují zkušenosti ze sociální rehabilitace v běžném životě?

jak to bylo před vstupem do SR?

Před vstupem do SR jsem vlastně byl jakoby, byl jsem na základce, potom jsem ze základky šel vlastně na učiliště do Bělohradu jako ošetřovatel, tam mě nenechali vyučit, protože jsem měl praxi, vlastně byla praxe v nemocnici, takže mě tam nechali vlastně jenom do druháku a po tom druháku jsem nastoupil se a do SR asi chodím pokud se nepletu možná 5roků. (smích) Nejdřív jako myslím sio, že jsem neměl obavy jako s tím co bude v SR a myslím si, že nejdřív jsme tady byli ve dvojici s JB (smích)... v tý dvojici to bylo takový lepší, jako víc jsme se na sebe jako spoléhali, což asi taky není moc dobrý (smích)

T: Aha, takže asi to bylo lepší pro Vás, ale ne pro službu :-)

Což není úplně asi dobrý a tedka, asi od září myslím, že jsem tady a sám a myslím se, že jako víc se naučím jakoby sám. I když jsem se spoléhal na toho Jirku dost asi. My jsme byli vlastně od kamaráda spolu ve dvojici.

T: Je to teď jiný, změnilo se něco?

No tak vlastně když jsem teďka jak jsem sám, se musím víc snažit, víc být samostatnější, vlastně pro mě to je lepší, nemám toho Jirku, teda možná někdy potřebuji víc od pracovnice dopomoci, ale snažím se teďka si věci dělat sám, jako připravovat si svačiny a tak.

T: Takže to vnímáš, že je to lepší? Další otázka zní, jestli to je teď horší, nebo lepší?

Podle mýho je to trochu lepší, že jsem teď sám, i když jsem byl zvyklý v tý dvojici. V tý dvojici jsme si vyhovovali, je to teďka myslím lepší, protože se teďka víc snažím samostatně. Pracovat teďka sám.

T: Takže pro ten postup to je lepší a horší to je v tom, že jsi tady sám?

No.

T: Bylo nebo je to těžké pracovat na svých cílech?

Na svých cílech, vlastně mám cíle různé pochůzky po městě a různé zařizování, nebo mám otáčení bundy, rukávy v bundě. Taková prostě samostatnost. Tak třeba s tím otáčením rukávu je to takový těžší. Třeba nebo ldyž si jí chci pověsit, než si najdu poutko, chvíli to dá, ale pak hho najdu a pověsím si to. (smích)

T: Tak toto je těžký, ale co ty jiné cíle, například ty pochůzky?

T: Jak Vaše osobnost a zkušenosti ovlivňují proces od výběru klienta až po stanovení IP?

Jo konkrétně moje osobnost. No to je zajímavá otázka. Nevím jestli konkrétně osobnost, a opravdu asi to jak mám nastavené, že ta služba má být. Ve službě Sr jsem byla něco přes rok a mám tam ten hlavní cíl klienta, a to aby se osamostatnil, aby z té služby odešel a začal ten život trávit bez potřeby soc. Služeb. T o je takový ten hlavní cíl potom se snažím pracovat tak, aby sme toho cíle dosáhli, přesto, že to není třeba ten cíl, se kterým ten klient přichází, ale je to ten cíl celkov, tý SR.

Klient prostě přichází s tím, že má o to službu zájem, to je to nejdůležitější. Nejsme, my jako aprporo nejsme službou která jezdí za klientem, vyhledává klienty v terénu, ale ten klient prostě přichází sem. Poté probíhá řada jednání, kdy mapujeme, jak na tom je klient zdravotně, psychicky, mentálně, celkově, jaký jsou jeho potřeby, jaká je jeho nepříznivá situace a v čem konkrétně potřebuje pomoc. Ten klient přichází sám nebo s opatrovníkem, který může být z řad rodiny, nebo města a společně se snažíme zjistit, co je stěžejní pro toho klienta v tuto chvíli. My máme tu výhodu, že tady máme spoustu služem. Máme OS, DS, SR a STD a jsme schopní v té síti odchytit velkou řadu v různých oblastech. Potom záleží na tom, s čím ten člověk přichází a která ta služba je mu konkrétně bude sedět nejvíc. Služby se liší v zaměření. OS A DS. Jsou o té péči, STD A SR je o tom, aby toho člověka co nejvíc motivovala, posouvala kupředu..., aby mohl žít samostatně.

T: Je možné, aby se osoba s mentálním postižením úplně osamostatnila?

Hmmm jak kdy a jak u koho. Máme tady například klienty, kteří tady žijí opravdu samy, se sourozencem, už nemají rodiče, mají opatrovníka z řad obcí a měst a možná právě oni dělají ty největší pokroky, než Ti, kteří dochází do ambu služeb. Ti za kterými jezdíme do terénu jsou daleko víc samostatnější. Opravd use naučí to co mají. Ten člověk s MP má tu výhodu, že pokud se to naučí a ten nácvik si osvojí tak opravdu takhle vydrží fungovat.

T: Kdo se podílí na přípravě IP?

Na přípravě IP se podílí KP s klientem a se SP, což je ten nejdůležitější okruh a zároveň opatrovník třeba. Ale ve finále se na něm může podílet celá řada dalších lidí, protože jsou tady další členové rodiny, kteří mají co říct a nejsou opatrovníkem, může přijít KP z jiný služby, je to opravdu strašně individuální a ty informace se sbírají všude možně, že každá ta informace Vám pomůže v tom, ukázat toho klienta. Samozřejmě je prioritní to co říká klient, vždycky. Takže to co je jeho přání, z toho se snažím vycházet a pak už se třeba ověřuje u těch ostatních. Nebo zjišťujeme i u té rodiny, jak to funguje tam. A můžeme se domluvit třeba na tom, že když tady něco zkusíme, trénujeme, aby ta rodina v tom pokračovala taky. Nebo naopak u té rodiny zjišťujeme jak to tam funguje, aby tady jsme využili to co ten klient už umí a neučili se třeba to úplně jinak a zbytečně třeba tomu klientovi nezamotali halvu.

T: Co považujete při stanovení IP za důležité?

Ti už jsem asi už řekla, opravdu to co che klient, jeho přání. Když stanovujete Ip, určitě víte, že ve chvíli, kdy ho stanovuje kdokoliv jinej tak a nestanoví si ho ten klient, tak to opravdu nebude fungovat. Chybí tam ta motivace.

Příloha D Informované souhlasy s využitím výzkumných rozhovorů

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

zaznamenaného pro účely výzkumného projektu bakalářské práce na téma

Sociální rehabilitace jako prostředek rozvoje osob s mentálním postižením

Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské práce vedené na Fakultě sociálních studií a speciální pedagogiky TU v Liberci. Bakalářská práce je psána na oboru sociální práce Evou Novotnou.

Cílem bakalářské práce je zmapovat metody a techniky využívané při sociální rehabilitaci s lidmi s mentálním postižením a jak služba pomáhá k rozvoji samostatnosti uživatelů.

Já, , níže podepsaná, souhlasím s poskytnutím rozhovoru a následným zpracováním údajů, které během rozhovoru byly poskytnuty Evě Novotné pro účely výše popsaného výzkumného projektu.

V
Dne
Podpis:

Podpis výzkumníka:
Eva Novotná
773 946 348

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

zaznamenaného pro účely výzkumného projektu bakalářské práce na téma

Sociální rehabilitace jako prostředek rozvoje osob s mentálním postižením

Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské práce vedené na Fakultě sociálních studií a speciální pedagogiky TU v Liberci. Bakalářská práce je psána na oboru sociální práce Evou Novotnou.

Cílem bakalářské práce je zmapovat metody a techniky využívané při sociální rehabilitaci s lidmi s mentálním postižením a jak služba pomáhá k rozvoji samostatnosti uživatelů.

Já, , níže podepsaná, souhlasím s poskytnutím rozhovoru a následným zpracováním údajů, které během rozhovoru byly poskytnuty Evě Novotné pro účely výše popsaného výzkumného projektu.

V *Jičíně*

Dne *14.3.2019*

Podpis:



Podpis výzkumníka:
Eva Novotná
773 946 348

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

zaznamenaného pro účely výzkumného projektu bakalářské práce na téma

Sociální rehabilitace jako prostředek rozvoje osob s mentálním postižením

Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské práce vedené na Fakultě sociálních studií a speciální pedagogiky TU v Liberci. Bakalářská práce je psána na oboru sociální práce Evou Novotnou.

Cílem bakalářské práce je zmapovat metody a techniky využívané při sociální rehabilitaci s lidmi s mentálním postižením a jak služba pomáhá k rozvoji samostatnosti uživatelů.

Já , níže podepsaná, souhlasím s poskytnutím rozhovoru a následným zpracováním údajů, které během rozhovoru byly poskytnuty Evě Novotné pro účely výše popsání výzkumného projektu.

V *Jilíně*
Dne *9.3.2019*

Podpis:

Podpis výzkumníka:
Eva Novotná
773 946 348