

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Olga Vondrušková

Sociální služby pro osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více

na Jesenicku z pohledu pečujících osob

Olomouc 2021

vedoucí práce: Prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího mé práce. Dále prohlašuji, že všechny užití zdroje jsou zahrnuty v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne 27. 4. 2021

.....

Poděkování

Děkuji panu Prof. PaedDr. Milanu Valentovi, Ph.D., vedoucímu mé bakalářské práce, za cenné rady a pomoc při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat mé dceři Ivaně za podporu a trpělivost po celou dobu mého studia a zejména při psaní mé práce a v neposlední řadě bych ráda poděkovala všem respondentům za ochotu a vstřícnost při sběru dat pro zpracování mé práce.

Obsah

ÚVOD.....	1
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	4
1. SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÁ ANDRAGOGIKA VE VZTAHU K DOSPĚLÝM OSOBÁM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	4
1.1 Dospělost u osob s mentálním postižením.....	5
1.2 Terminologie mentálního postižení.....	6
2. RODINA.....	10
2.1 Pojetí rodiny.....	10
2.2 Funkce rodiny.....	12
2.3 Rodina s osobou s mentálním postižením.....	16
3. VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	22
3.1 Vzdělávání osob s mentálním postižením v počátcích minulého století, institut „osvobození od povinného vzdělávání“ a „osvobození od povinnosti docházet do školy“.....	22
3.2 Institucionální vzdělávání osob s mentálním postižením.....	24
4. SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	28
4.1 Základní zásady, vymezení pojmů.....	29
4.2 Základní druhy a formy sociálních služeb.....	30
4.3 Zařízení sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením.....	31
4.4 Základní činnosti při poskytování sociálních služeb osobám s mentálním postižením.....	31
4.5. Služby sociální péče pro osoby s mentálním postižením.....	32

4.6 Příspěvek na péči, podmínky nároku na příspěvek, jeho výše a stupně závislosti, vymezení schopností zvládat základní životní potřeby.....	34
4.7 Zařízení sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením na Jesenicku.....	36
5. DŮVODY VEDOUcí K UPŘESNĚNÍ NÁZVU MÉ PRÁCE.....	42
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	43
6. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	43
6.1 Cíle, výzkumné otázky, výzkumné předpoklady, stanovení statistických hypotéz.....	43
6.2 Výzkumné metody.....	45
6.3 Vymezení respondentů.....	47
6.4 Organizace.....	48
6.5 Výsledky výzkumu.....	48
ZÁVĚR.....	75
SEZNAM ZKRATEK.....	77
POUŽITÉ ZDROJE.....	79
ANOTACE.....	83
SEZNAM PŘÍLOH.....	85

Úvod

Ve svém profesním životě jsem se setkala s osobami s různým druhem zdravotního postižení, ale s osobami s mentálním postižením se mi pracovalo nejlépe. Byly mi blízké svou upřímností, impulzivitou, své emoce vyjadřovaly bez rozmyslu, okamžitě. Radost a vřelé objetí byly autentické, stejně tak zklamání, když nedostaly to, co očekávaly. Ta pravdivost je mi v dnešním světě velmi blízká. Z mého pohledu jsou to jediné dospělé osoby s čistou duší, tak čistou, jako je duše malých dětí, než je jejich rodiče přetvoří k obrazu svému. Lidé s mentálním postižením jsou z mého pohledu lepší, mají stále čisté duše, jsou pravdiví, protože to jinak ani neumí. Jsou tím ale více zranitelní, více ohroženi nepochopením, nepřijetím, zneužitím a hlavně osaměním. Neumějí plně vyjádřit své myšlenky, přání, své potřeby, proto je tato skupina osob se zdravotním postižením z mého pohledu nejvíce ohroženou skupinou nepřijetím společnosti. Z důvodu studia oboru speciálněpedagogické andragogiky jsem si proto vybrala jako téma mé závěrečné práce dospělé osoby s mentálním postižením.

Studiem zdrojů k mé práci jsem se setkala s pojetím mentální retardace, které lze vnímat z různých perspektiv, jiným způsobem a v jiných souvislostech je budou vnímat různí odborníci, kteří s osobou s mentálním postižením pracují a snaží se najít způsob pochopit pozorovanou skutečnost a poskytnout její výklad. Dle nazírání na fenomén mentální retardace vznikly různé modely mentální retardace (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Sirituální model je jedním z těchto modelů a ve své práci ho představila Filipovičová. Je založen na vnímání každé bytosti komplexně v její tělesné, psychické i duchovní dimenzi. Praktické zásady tohoto modelu, jako rovnost a partnerství, podpora vzájemného učení a vzájemného obohacování, důraz na lidské možnosti, snaha o porozumění a respektování světa osob s mentální retardací, lze uplatnit v léčebné a sociální pedagogice. Janotová k tomu uvádí, že osoby s mentální retardací přinášejí do světa v egocentrické společnosti určitý parametr, učí trpělivosti, odlišit podstatné od nepodstatného, radovat se z maličkostí. Stávají se partnerem, od kterého se lze učit (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Tento model vyjadřuje i můj pohled na osoby s mentálním postižením. Každá lidská bytost má právo na život a rovný přístup pro všechny lidi ve všech oblastech je zásadní. Možná jsou tu pro nás více než my pro ně, aby nám ukázaly skutečné hodnoty v tomto životě. Současný svět plný přírodních katastrof, hladovění, pandemií a jiných lidských utrpení je toho důkazem.

Současným trendem společnosti je snaha o socializaci osob s jakýmkoliv druhem zdravotního postižení, tedy i mentálního postižení, v rámci zajištění potřebné podpory ve vzdělávání, zaměstnávání a bydlení. Čím více je tato podpora komplexní, tím je větší šance začlenit tohoto jedince do společnosti a dosáhnout jeho spokojeného života. Jak tento trend vnímá rodina, která o osobu s mentálním postižením pečuje? Dotýká se tato zásadní změna ve vnímání postavení těchto jedinců ve společnosti na všech místech našeho státu, u všech věkových kategorií, nebo je tato podpora poskytována jen někde, jen pro někoho? Existují stále osoby, kterých se socializace nedotkla, které žijí nadále izolovaně se svými rodinami, bez veřejné podpory?

Na jedné straně je snaha společnosti o socializaci pomocí různých podpůrných programů, nabízených sociálních služeb, aktivit nevládních organizací, a to jak ve školství (u osob se specifickými potřebami zajištěním podpůrných opatření k dosažení rovnosti ve vzdělávání), tak při přechodu do zaměstnání (adaptační tranzitní programy), v době osamostatnění (služby podporovaného bydlení, zařízení umožňující vést spokojený a důstojný život).

Na druhé straně žijí v naší společnosti rodiny, které dlouhodobě pečují o jedince s mentálním postižením, o jedince, kteří byli osvobozeni od povinné školní docházky, kteří poté, co došlo ke změnám ve společnosti napříč všemi resorty, již byli dospělí a nemají základní ani základy vzdělání a jejich možnost dalšího vzdělávání a přechodu do zaměstnání je tedy malá. Malá je i jejich možnost samostatného bydlení poté, co dlouhodobý život v úzkém rodinném kruhu je jejich jediná životní jistota.

Má i geografické rozmístění těchto rodin v pohraničí Jesenicka a menší dostupnost ke zdrojům vliv na socializaci?

Je možné, že i určitá dlouhodobá stabilita v rodině, vnitřní pocit bezpečí z ověřených jistot v rodině a spoléhání sami na sebe v úzkém rodinném kruhu způsobují, že tyto jistoty převažují nad možností hledat pomoc zvenčí?

Využívají tyto rodiny odlehčovacích služeb, které by jim pomohly při jejich náročné péči? Využívají dalších služeb, které by jejich blízkým osobám se zdravotním postižením pomohly s osamostatněním? Mají vůbec zájem o tyto služby?

Tyto a další otázky si kladu, když přemýšlím nad těmito rodinami.

Cílem mé práce tedy není jen zjistit, zda jsou či nejsou na Jesenicku sociální služby pro tuto skupinu osob dostatečně zajištěny, ale proč tomu tak je. Pokud nejsou sociální služby na Jesenicku zajištěny, je to způsobeno malým zájmem veřejnosti, např. orgánů veřejné správy o tuto skupinu obyvatel, nebo má na tuto skutečnost vliv dlouhodobá sociální izolace této skupiny, nebo s tím souvisí zvýšená míra závislosti jedinců s postižením na členy rodiny důsledkem osvobození od povinné školní docházky a trávení času pouze v rodinném kruhu, nebo je to vlivem geografického rozmístění těchto rodin v pohraničí a zhoršenou dostupností ke zdrojům podpory?

Cílem této práce je najít odpovědi na tyto otázky a především zjistit, jaké sociální služby jsou z pohledu pečujících osob potřebné pro jejich blízké, osoby s mentálním postižením, zjistit, jaká zařízení sociálních služeb by pro své blízké uvítaly.

Osoby s mentálním postižením, které byly osvobozeny od povinné školní docházky, patří do skupiny osob, které byly v minulém období skupinou nejvíce vyčleněnou ze společnosti, která žila v největší izolaci, i z toho důvodu jsem si zvolila pro mou závěrečnou práci téma týkající se osob s mentálním postižením.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Speciálněpedagogická andragogika ve vztahu k dospělým osobám s mentálním postižením

Celkový rozvoj společnosti, zejména v posledních desetiletích 20. století, je spojen se snahou o humanizaci, toleranci, celoživotní vzdělávání a integraci osob se specifickými potřebami. Pojetí speciální pedagogiky je jiné, zabývá se velkou oblastí specifických podmínek života osob se specifickými potřebami, zaměřenými především na kvalitu života a podporu aktivního přístupu při utváření vlastního osudu s důrazem na nezávislost. Do nového modelu speciální pedagogiky byla logicky zařazena i speciálněpedagogická intervence v raném věku, ve věku dospělosti i stáří. A na tyto skutečnosti se postupně nově formovala i speciálněpedagogická andragogika (Ludíková a kol., 2006).

Speciálněpedagogickou andragogiku nelze chápat pouze jako odnož andragogiky. Je součástí vědního oboru speciální pedagogiky, nezabývá se pouze výchovou a vzděláváním osob se specifickými potřebami, ale zabývá se jak osobami s vrozenými, tak i v průběhu života získanými specifickými potřebami, a to v celém jejich širokém záběru rozličných variant, v období od dospívání, přes dospělost až po stáří (Ludíková a kol., 2006).

Speciálněpedagogická andragogika je v Andragogickém slovníku (2014) uvedena jako oblast andragogiky, která se zaměřuje na problematiku zdravotně postižených jedinců.

Speciálněpedagogická andragogika, která se zabývá dospělými osobami s mentální retardací (včetně jejího hraničního pásma) či jinou duševní poruchou (či jinou psychopedicky akceptovatelnou příčinou znevýhodnění) a jejich výchovou, vzděláváním, vedením při udržení žádoucího společenského postavení či dosahování žádoucí společenské změny, se nazývá psychopedická andragogika (Ludíková a kol., 2006).

Je součástí psychopedie. Dle Valenty, Müllera (2013, s. 4) je „*psychopedie v užším pojetí speciálněpedagogická disciplína, která se zabývá edukací osob s mentálním postižením či jinou duševní poruchou a zkoumáním formativních (výchovných) a informativních (vzdělávacích) vlivů na tyto osoby*”. Autoři v této své publikaci dále uvádějí, že předmětem je nejen mentální retardace (včetně jejího hraničního pásma) či jiná duševní porucha, ale především člověk s mentální retardací (včetně jejího hraničního pásma) či s jinou duševní poruchou a jeho enkulturace, tj. socializace v nejširším slova smyslu.

V průběhu života musí osoba s mentálním postižením řešit řadu problémů, které řeší i zdraví (intaktní) jedinci. Ovšem problémy u osob s postižením se z důvodu jejich zdravotního postižení umocňují. V době dospívání získávají nové role partnerské, později role rodičovské. Často však tyto role nebývají naplněny, dochází k rozčarování, frustraci. Obdobně tomu bývá i u role profesní, kdy již při studiu vnímají tyto jedinci svoji odlišnost, později dochází ke konfliktu mezi přáním jedince a reálnou možností volby povolání. Při naplňování všech těchto rolí bývá častou komplikací nízké sebevědomí, při nenaplnění rolí chybí těmto osobám pocit vlastní užitečnosti, zůstávají doma, dochází u nich postupně k izolaci od společnosti. Přijetí těchto rolí úzce souvisí s podmínkami naplnění kvality života (Ludíková a kol., 2006).

1.1 Dospělost u osob s mentálním postižením

Z pohledu speciálněpedagogické andragogiky je dospělost pojem, který lze určit na základě různých kritérií. V Müllerovi (2006) jsou uvedeny definice těchto kritérií:

Z biologického hlediska se ukončením vývoje stává dospělým na základě fyzické zralosti. Z právního hlediska je dospělost stanovena normativně, u nás v osmnácti letech, kdy takto dospělá osoba má právní odpovědnost. Osoba je způsobilá k právním úkonům. Z ekonomického hlediska je osoba schopna se o sebe postarat, ekonomicky se zabezpečit. Z psychologického hlediska je osoba psychicky zralá, vyrovnaná, schopna odolávat konfliktním situacím, rozhodovat sama za sebe, schopna se adaptovat na nové prostředí. Ze sociologického hlediska je osoba schopna přijmout nové sociální role, v zaměstnání, v manželství, roli rodiče. Z pedagogického hlediska osoba ukončila vzdělávání ve formálním vzdělávacím systému.

Dle Andragogického slovníku (2014) je dospělost členěna odlišně, a to následovně:

- mladší dospělost (13–30 let),
- střední dospělost (30–45 let),
- starší dospělost (45–60 let).

Členění dospělosti (Müller, 2006, s. 23–24):

- raný věk dospělosti (mladý dospělý) od 16–18 do 25–30 let,

- střední věk dospělosti (zralý dospělý) od 25–30 do 45–50 let,
- pozdní věk dospělosti (stárnoucí dospělý) od 45–50 do 65–70 let,
- věk starého dospělého člověka od 65–70 do 80 let,
- senium od 80 let.

Osoba s mentálním postižením nedosahuje veškerých hledisek, která jsou výše uvedená pro dospělost. Pro tuto osobu je složité dosáhnout alespoň dvou kritérií. Z biologického hlediska se stává dospělým na základě fyzické zralosti, ale z právního hlediska nemá právní odpovědnost, mívá často soudem omezenou způsobilost k právním úkonům (Nový občanský zákoník, 2014). Je to dané snížením inteligenčního kvocientu, kdy osoba z důvodu snížení své rozumové vyspělosti není schopna plně chápat a domýšlet případné důsledky svého jednání, a proto je takto právně chráněna.

1.2 Terminologie mentálního postižení

Mentální postižení označuje orientačně všechny jedince s IQ pod 85 (čili jedince nacházející se jak v pásmu mentální retardace, IQ pod 70, tak také jedince nacházející se v tzv. hraničním pásmu mentální retardace, IQ 70 - 85 (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo nižších, většinou kognitivních schopností, které znevýhodňují klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje podpurná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Pojem mentální postižení vymezuje terminologický a výkladový slovník Speciální pedagogika (Vašek a kol., 1996) jako pojem používaný v pedagogické dokumentaci a který označuje všechny jedince s IQ pod 85.

Z důvodu všeobecného humanizačního trendu a s důrazem na osobnost jedince se používá termín osoba s mentálním postižením. Vychází z všeobecného konceptu speciální pedagogiky, kdy prvotně uvedeme osobu a dále pak označení zdravotního postižení. Člověk s mentálním postižením je především lidská bytost (Valenta, Müller, 2013).

Hraniční pásmo mentální retardace není z medicínského hlediska považováno za subnormu, ale velmi často se v rámci psychopedie s takovými jedinci pracuje, mnohdy se tito jedinci nacházejí v hraničním pásmu mentální retardace i z důvodu deprivace, následkem výchovně a sociálně nepodnětného prostředí (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Osoby z hraničního pásma mentální retardace jsou nejvhodnější skupinou pro současné integrační trendy ve školství. Za vhodných podmínek mohou absolvovat základní školu. Pomaleji chápou, schopnost abstrakce a logického myšlení je omezena, ale ostatní složky osobnosti nejsou výrazně změněny. Mají určitou schopnost sebehodnocení. Uvědomují si, že se nedovedou učit a přemýšlet jako ostatní lidé, je nutné jim pomáhat individuální péčí při sociální integraci, utváření jejich sebevědomí, ve výchově k manželství a k rodičovství. Jejich lehčí intelektové postižení může být kompenzováno jinými kladnými osobnostními vlastnostmi a schopnostmi (Koluchová, 1989).

Termín mentální retardace (volně přeloženo jako zpoždění duševního vývoje) se začal v širším měřítku používat až po konferenci WHO v Miláně v roce 1959. Je v současnosti vymezován značným množstvím definic.

Dle Valenty, Müllera (2013, s. 12) je mentální retardace „*vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií*“.

Za mentální retardaci lze považovat takovou (v užším významu) vrozenou duševní poruchu, která je charakteristická celkovým významným snížením inteligence doprovázeným nedostatkem v adaptaci na okolní prostředí (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Dle klasifikace MKN - 10 je mentální retardace stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou, anebo bez nich.

Stupně mentální retardace jsou vymezeny následovně:

F 70 Lehká mentální retardace - naměřený inteligenční kvocient 50–69,

F 71 Střední těžká mentální retardace - IQ 35–49,

F 72 Těžká mentální retardace - IQ 20–34,

F 73 Hluboká mentální retardace - IQ do 19

F 78 Jiná mentální retardace,

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace.

Kromě stupně mentálního postižení MKN - 10 rozlišuje v kódu i postižené chování u těchto klientů (afekty vzteku, sebepoškozování atd.), a to přidáním další číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň postižení:

0 - žádné či minimálně postižené chování (např. F 71.0 - střední těžká mentální retardace bez poruch chování, diagnóza typického klienta s Downovým syndromem).

1 - výrazně postižené chování vyžadující intervenci (Valenta, Müller, 2013).

DSM -5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, American psychiatric Association, 2013) řadí ID - intellectual disability, poruchu intelektu mezi tzv. neurovývojové poruchy společně s poruchami komunikace, PAS (poruchou autistického spektra), ADHD (poruchou pozornosti s hyperaktivitou), neurovývojovými poruchami motoriky (vč. tikové poruchy) a specifickými poruchami učení.

ID je porucha vzniklá během vývoje a zahrnující poruchu intelektových a adaptivních funkcí v oblasti konceptuální - sociální - praktické. (Valenta, Michalík Lečbych, 2018)

Nová klasifikace ICD-11 (The International Classification of Diseases 11) vydaná WHO v květnu 2019, nahrazuje termín mentální retardace termínem „vývojová porucha intelektu“ (IDD - intellectual developmental disability).

Podle organizace American Association on Mental Retardation (AAMR) je mentální retardace snižená schopnost charakterizovaná signifikantními omezeními intelektových funkcí a adaptability, která se projevuje především v oblasti pojmové, praktické a sociální inteligence. Tento stav vzniká do 18. roku života, je multidimenzionální a pozitivně ovlivnitelný individuálním přístupem a cílenou podporou, pokud nedochází ke zlepšení stavu, je třeba přehodnotit míru individuální podpory. (Valenta, Müller, 2013)

Klasifikace MKF - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni. Soustřeďuje se na

pětici bazálních komponent mapujících funkční schopnosti, disabilitu a zdraví člověka, a to na tělesné funkce, tělesné struktury, aktivity a participace, faktory prostředí a osobní faktory jako doplňující okruh (Valenta, Michalík Lečbych, 2018)

ČSÚ, sdělení 431/2009 Sb., částka 137/2009 Sb.):

„Klasifikace MKF je určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků pro účely zdravotních pojišťoven,... Klasifikaci MKF je povinen používat každý ošetřující lékař (zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy dle klasifikace MKF musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní.“

Dle Černé (2015) je důležité zmínit tuto Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví, MKF (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) z roku 2001, která je komplementární jak s Mezinárodní klasifikací nemocí, MKN-10, tak se systémem AAMR z roku 2002.

Z výše uvedených vymezení poruchy vyplývá, že k diagnostikování syndromu mentální retardace nestačí pouze stanovení inteligenčního kvocientu, ale zhodnocení celé řady dalších aspektů osobnosti, především to, zda klient selhává ve většině sociálních očekávání svého prostředí. (Valenta, Müller, 2013)

Shrnutí

V první kapitole jsem se zabývala vztahem speciálněpedagogické andragogiky k dospělým osobám s mentálním postižením zejména ve věci jejich socializace. Vymezila jsem pojem dospělost a terminologii u osob s mentálním postižením. Důležité je zjištění, že při diagnostikování jedinců s tímto postižením nelze pouze vycházet ze stanovení inteligenčního kvocientu, ale i z míry sociální zralosti a míry adaptace na sociální prostředí, k čemuž napomáhá i spolupráce s rodinou a dalšími činiteli. Na rodinu, jako nejdůležitější jednotku v životě každého jedince, jsem se zaměřila v následující kapitole.

2 Rodina

Tato kapitola bude věnována pojetí rodiny, jejím funkcím a znakům. Dle Michalíka (2013) rodina byla a stále je považována za elementární instituci v příslušné společnosti, je považována za významnou jednotku s důrazem na harmonické prostředí.

„Pojem rodina v sobě obsahuje nástin potřeby bezpečí a jistoty. Rodina by měla představovat optimální prostředí, do kterého se člověk rodí a které je uzpůsobeno po stránce emocionální, materiální, sociální a psychologické. Rodinné prostředí by mělo evokovat sounáležitost, bezpečí a prostor pro seberealizaci“. (Michalík, 2013, s. 7)

2.1 Pojetí rodiny

V odborné literatuře lze vyhledat mnoho definic rodiny. Současná rodina se vyvíjí a adaptuje na společenské změny, proměny v chování jednotlivců uvnitř rodiny zpětně tyto společenské vztahy formují. Celá řada těchto změn je vyvolána změnou společenské a ekonomické situace, ke které v České republice došlo. Na rodinu může být nahlíženo z různých úhlů pohledu, např. sociologického, psychologického, právního. (Michalík, 2013)

Z pohledu sociologie, která klade důraz na oblast společenských vztahů, je *„v tradičnějším pojetí rodina skupina lidí spojená pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků (sňatek, adopce). V širším pojetí, jež se začíná rozšiřovat v USA a některých státech Evropské unie, se za rodinu začíná považovat i skupina lidí, která se jako rodina deklaruje na základě vzájemné náklonnosti“.* (Matoušek, 2003, s. 187)

Jak uvádí Valenta, Michalík, Lečbych (2018, s. 337) *„Rodina je zpravidla charakterizována jako základní článek ve struktuře lidského společenství. Specifickým znakem, který ji odlišuje od jiných sociálních skupin, je její polyfunkčnost“.*

Dle Kona (1988) je rodina nejvýznamnější faktor socializace. Vliv rodiny je prvotním, se kterým se dítě setkává.

Dunovský (1999) chápe rodinu jako malou primární společenskou skupinu, která je založena na svazku muže a ženy, na pokrevním vztahu rodičů a jejich dětí či vztahu jej substituujícím (adopce).

Z psychologického hlediska je rodina „společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí“. (Hartl, Hartlová, 2015).

Matějček (1994, s. 34) nahlíží jako jeden z mála autorů na rodinu z pohledu dítěte. „Dítě za své rodiče přijímá ty, kdo se k němu mateřsky a otcovsky chovají - a je pro ně zcela nepodstatné, zdali tihle jeho lidé na to mají či nemají potvrzení z porodnice“.

Z pohledu legislativy je důležité zmínit Zákon č. 89/2012 Sb., v platném znění, občanský zákoník. Část druhá se zabývá rodinným právem, a to jak manželstvím, tak rodičovstvím.

Dle § 655 tohoto zákona: „Manželství je trvalý svazek muže a ženy vzniklý způsobem, který stanoví tento zákon. Hlavním účelem manželství je založení rodiny, řádná výchova dětí a vzájemná podpora a pomoc.“.

Dle § 855 tohoto zákona „mají rodiče a děti vůči sobě navzájem povinnosti a práva. Těchto vzájemných povinností a práv se nemohou vzdát, učiní-li tak, nepřihlíží se k tomu.“

Dle § 858 tohoto zákona „Rodičovská odpovědnost zahrnuje povinnosti a práva rodičů, která spočívají v péči o dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, v ochraně dítěte, v udržování osobního styku s dítětem, v zajišťování jeho výchovy a vzdělání, v určení místa jeho bydliště, v jeho zastupování a spravování jeho jmění; vzniká narozením dítěte a zaniká, jakmile dítě nabude plné svéprávnosti. Trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti může změnit jen soud“. Rodinným právem se dále zabývá zejména Zákon o sociálně právní ochraně dětí a mládeže č. 359/1999 Sb., v platném znění a mezinárodní smlouva, Úmluva o právech dítěte, publikovaná jako sdělení FMZV č. 104/1991 Sb.

Rodinu rozlišujeme podle životních fází člověka (Buzan, 2003):

- Rodinu orientační, ve které se jedinec narodí a jež má od počátku stěžejní vliv na jeho výchovu;
- rodinu reprodukční (prokreační), kterou člověk sám zakládá a v níž přebírá rodičovské role.

Rodinu lze také rozdělit dle generačního soužití na „rodinu nukleární“, s dvougeneračním jádrem, tvořenou rodiči a dětmi, a rodinu „širší“, která zahrnuje také prarodiče, strýce, tety a ostatní příbuzné. Pojem „nukleární rodina“ zavedl T. Parsons, který určil za jednu z výrazných změn provázející život moderních společností právě trend proměny rodiny

s tradičním soužitím více generací v dvougenerační, což má důsledky na všechny funkce rodiny. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

Talcott Parsons (in Možný, 1999) zdůrazňuje výhodu tohoto uskupení v možnosti rodičů investovat do svých dětí co nejvíce ekonomických prostředků a emocionální podpory pro možnost odpovídajícího začlenění do společnosti.

2.2 Funkce rodiny

Cílem rodiny je uspokojování jednotlivých potřeb všech svých členů. Aby byly potřeby uspokojovány, je třeba funkční rodiny. (Michalík, 2013)

Za hlavní funkce rodiny jsou považovány ekonomicko-zabezpečovací, biologicko-reprodukční, emocionálně-ochranná a výchovně-socializační. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

Ekonomicko-zabezpečovací funkce rodiny

Tento typ zasahuje všechny členy rodiny. Dříve tvořila podstatu této funkce rodiny její výrobní složka, co bylo vyprodukováno, bylo prodáno, co se neprodalo, sloužilo k obživě rodiny. Dnes je rodina závislá na produkci společnosti obecně. Stala se spíše spotřební jednotkou. (Giddens, 2003)

Možný (2002) uvádí, že rodina se na základě materiálního zajištění stává základním kamenem sociální nerovnosti. Společnost je aktuálně orientována na podporu mladých rodin s malými (zdravými) dětmi.

Biologicko-reprodukční funkce rodiny

Cílem je zajištění reprodukce další generace. Nejde primárně o narození potomka, ale o zajištění vhodných podmínek pro jeho další život. (Nakonečný, 2020)

Emocionálně-ochranná funkce rodiny

Matějček (1994) považuje tuto oblast funkce rodiny za nejvýznamnější, zdůrazňuje její nezastupitelnost. V případě, že rodina nefunguje optimálním způsobem, se může stát i nejvíce zraňující součástí rodinného života.

S touto funkcí souvisí i vybudování blízkého vztahu mezi rodiči a dítětem, který má stanoveny určité hranice. Hranice představují pro dítě jistotu a předvídatelnost (Špaňhelová, 2007)

Výchovně-socializační funkce rodiny

Jak uvádí Valenta, Michalík, Lečbych (2018, s. 337, 338) „*výchovně-socializační vlivy rodiny jsou spolu s jejími emocionálně-ochrannými úkoly považovány za nejvýznamnější součásti působnosti rodiny na dítě zejména v období raného dětství, předškolního a mladšího školního věku. Výchova je nejčastěji charakterizována jako proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji. Socializaci chápeme především jako proces, v němž jedinec objevuje lidskou společnost a zaujímá adekvátní pozice ve společenské dělbě úloh a činnosti*”.

Autoři dále uvádějí, že podstatným prvkem výchovy i socializace je personalizace (osobnostní rozvoj). V procesu socializace dítě prochází dvěma etapami, a to etapou primární socializace, která probíhá v rodině, a etapou sekundární socializace, která je více spojována se školou a dalšími institucemi. V rámci rodiny, zvláště interakcí dítěte s rodiči, se utváří první sociální zkušenosti, první návyky sociálního chování. S vývojem dítěte se vliv rodiny mění, dítě se osamostatňuje, začínají ho ovlivňovat další činitelé, proto je období sekundární socializace více spojováno se školou než s rodinou. Nadále však mají edukační vlivy rodinného prostředí významné zastoupení.

Výchovné styly

Jak uvádí Michalík (2013), je výchovným stylem rozličné působení rodičů na osobnost dítěte. Jednotlivé typy výchovných stylů se nemusejí nutně navzájem vylučovat. Mezi nejdiskutovanější témata patří i nadále v této oblasti role odměn a trestů. Různé výchovné styly se objevují v různých rodinách. V literatuře je popsáno několik typů výchovných stylů, a to autoritářský, liberální, demokratický, hyperprotektivní a odmítající (repulzivní) styl výchovy.

Autoritářský výchovný styl

Spočívá v nadměrném kontrolování a ovlivňování života jedince. Rodič vymezuje jasné hranice, jejich porušení se trestá. Emocionální vztah k dětem je spíše záporný (Krejčová, 2011)

Liberální výchovný styl

Z hlediska výchovného dominuje zejména pozitivní emocionální vztah mezi rodiči a dětmi, rodiče z pozice autority kontrolují minimálně, reagují se silnou mírou akceptace chování svých dětí. (Krejčová, 2011)

Demokratický styl výchovy

Rodič podporuje iniciativu dítěte, působí jako vzor spíše správným příkladem než tresty. (Čáp, 1996)

Hyperprotektivní výchovný styl

Řadí se spíše mezi ty, které negativně ovlivňují rozvoj dítěte. V konečném důsledku dítě není schopno odpoutat se od závislosti na rodičích a přijmout odpovědnost za své jednání. Rodiče se snaží co nejvíce dítě ochránit před okolním světem, ale tím mu zároveň brání k dosažení zkušeností nutných pro samostatný život. (Krejčířová, Langmeier, 2006)

Odmítající (repulzivní) styl výchovy

Projevuje se zejména v těch rodinách, kde je dítě nechtěným členem. Dochází k jeho odstrkování a nezájmu o něj. Dítě má samo pocit, že do rodiny nepatří. (Michalík, 2013)

Valenta, Michalík, Lečbych (2018) uvádí, že typy výchovy byly identifikovány učiteli, kteří se snažili nalézat vztahy mezi typem rodinné výchovy a problémy dětí ve škole.

Styly nevhodného přístupu k dítěti jsou následující:

- rozmazlující přístup,
- protekční přístup,
- nedůsledný přístup,
- skleníková výchova,
- nejednotný přístup,
- úzkostný přístup,
- autoritářský přístup,

- perfekcionalistický přístup,
- zanedbávající přístup,
- podplácející přístup,
- proklamativní přístup,
- potlačující přístup.

Při rodinném soužití je nutné, aby všichni členové rodiny respektovali rodinné hranice. Tyto hranice mohou být definovány jako neviditelné mezníky subsystému rodiny. Mezníky mohou být vnímány jako příliš pevné, slabé či kompromis obou dříve uvedených. Pro optimální fungování rodiny je vhodná možnost jasně vymezených hranic. Jejich akceptace členy rodiny úzce souvisí s typem rodinného systému a aktuální i dlouhodobou situací konkrétní rodiny. (Sobotková, 2001)

Matoušek (2003, s. 117) rozlišuje 4 typy rodiny dle její schopnosti samostatného fungování:

- funkční rodina,
- problémová rodina,
- dysfunkční rodina,
- afunkční rodina

Dunovský rozlišuje tyto čtyři pásma funkčnosti rodiny, jako jednu z možností, která se stala součástí standardního sociálně-pediatrického diagnostikování rodiny ČR:

- Funkční rodina - nenarušená, schopna zabezpečit dítěti dobrý vývoj a prosperitu.
- Problémová rodina - s výskytem poruch některých funkcí, které však vážně neohrožují rodinný systém a vývoj dítěte v něm, rodina je schopna řešit tyto problémy sama nebo s pomocí jiných.
- Dysfunkční rodina - s výskytem vážnějších poruch některých nebo všech rodinných funkcí, které bezprostředně ohrožují rodinu jako celek a především vývoj dítěte, rodina potřebuje soustavnou pomoc ze strany odborníků.

- Afunkční rodina - s poruchami takového rozsahu a kvality, že rodina přestává plnit svůj základní účel, dítěti závažným způsobem škodí nebo dokonce ohrožuje jeho existenci, pro dítě je řešením jeho umístění v náhradní rodinné výchově (Dunovský, 1986).

2.3 Rodina se členem s mentálním postižením

Rodina je nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte s mentálním postižením. Žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability, ani stejné množství podnětů pro jeho vývoj. Pro vývoj dítěte je důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi změněnými okolnostmi a zaujali k němu pozitivní postoj. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

Nejvhodnější přístup spočívá v umění brát a mít rád dítě, jaké je. (Švarcová-Slabinová, 2000)

Rodina s dítětem s postižením je výjimečná, má jinou sociální identitu. Tato odlišnost se stává součástí sebepojetí všech jejích členů. Existencí postiženého dítěte se změnil životní styl rodiny, musí být přizpůsoben možnostem a potřebám tohoto dítěte. Chování členů se změnilo jak uvnitř rodiny, tak ve vztahu k širší společnosti. Narození postiženého dítěte představuje zátěž, je traumatem vyplývajícím z pocitů selhání v rodičovské roli a viny, které se vztahují k postiženému dítěti. Vědomí neschopnosti zplodit zdravého potomka vede k pocitům méněcennosti a ztrátě sebedůvěry. Reakce rodičů je ovlivněna i převažujícími postoji společnosti. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

Reakce rodičů dětí se zdravotním postižením na sdělení diagnózy jsou zvláště aktuální v případě rodin u osob s mentálním postižením, neboť tento typ postižení stále patří k nejvíce stigmatizujícím z hlediska prožívání rodičů. (Černá, 2015)

Matka se s dítětem identifikuje, a jestliže je dítě postižené, cítí se méněcenná. Otcové prožívají podobné pocity, které se vztahují k jejich mužské, ploditelské roli. Tato skutečnost ovlivňuje jejich manželský vztah a mění celkové klima v rodině. Může vést k posílení vzájemných vztahů, ale i k rozpadu. Rodičovské postoje a chování k dítěti jsou jiné, než kdyby bylo zdravé. Na jedné straně se zvyšuje možnost hyperprotektivního přístupu, na straně druhé dochází k odmítání dítěte s postižením. Tyto nepřiměřené postoje rodičů, tj. sociální faktory, ve větší míře ovlivňují obtíže a zvláštnosti vývoje osobnosti tohoto dítěte, než samotná vada. Období, kdy rodiče jsou konfrontováni se skutečností, že jejich dítě

je postižené, lze označit jako fázi krize rodičovské identity. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018) Proces přijetí zdravotního postižení dítěte prochází určitými fázemi. Vágnerová (2004) uvádí pět fází:

- Fáze šoku a popření,
- fáze bezmocnosti,
- fáze postupné adaptace a vyrovnání se s problémem,
- fáze smlouvání,
- realistický postoj

Fáze šoku a popření

Jedná se o první reakci na subjektivně nepřijatelnou skutečnost, že dítě není zdravé. Šok se projevuje strnutím, neschopností jakékoli reakce. Rodiče se dosud nesmířili se skutečností a nechtějí slyšet nic o možnostech péče svého dítěte. Časem dochází k postupnému přijetí informace.

Fáze bezmocnosti

Rodiče nevědí, co dělat, pocit zklamání střídá pocit bezmocnosti. Rodiče prožívají pocit viny, který se vztahuje k dítěti, a pocit hanby, který se vztahuje k očekávaným reakcím okolních lidí. Bojí se zavržení a odmítnutí a zároveň očekávají pomoc.

Fáze postupné adaptace a vyrovnání se s problémem

V tomto období dochází ke zvýšenému zájmu o další informace. Rodiče chtějí vědět, proč postižení vzniklo, jak by měli o dítě pečovat, jaká je jeho budoucnost. Nadále přetrvávají negativní emoční reakce. Objevují se obranné reakce, které se vztahují především k předpokládané příčině postižení. Stává se, že se rodič obětuje, aby odčinil svou předpokládanou vinu, nebo popírá závažnost postižení, vina může být přisuzována jen jednomu z rodičů nebo je za viníka považován někdo mimo rodinu, např. profesionál.

Strategie zvládnání zátěže je ovlivněna mnoha faktory, např. osobními vlastnostmi a zkušenostmi rodičů, zdravotním stavem, věkem, kvalitou partnerského vztahu, počtem dětí,

druhem a příčinou postižení apod., a má dvojitý charakter, aktivní a pasivní. Aktivní způsob se projevuje tendencí bojovat s touto situací a může být prostředkem ke snížení psychického stavu. Únikové varianty jsou charakteristické nějakou formou útěku ze situace. Krajním řešením je umístění dítěte do instituce nebo odchod z rodiny. Dalším únikem může být popírání situace, bagatelizace. Rodiče mohou kompenzovat své neuspokojení v rodičovské roli přijetím náhradního řešení. Začnou se věnovat např. profesi, nebo mohou na možnost zlepšit stav dítěte rezignovat a u dítěte dochází ke stagnaci ve vývoji.

Fáze smlouvání

Rodiče již akceptují skutečnost, že jejich dítě je postižené, ale mají tendenci získat alespoň malé zlepšení, když už není možné, aby bylo zcela zdravé. Smyslem je vyjádření určité naděje, je znakem kompromisu.

Fáze smíření

Rodiče postupně akceptují skutečnost a přijímají dítě takové, jaké je. Ke smíření se s postižením nedochází ve všech případech, postoj rodičů může kolísat v závislosti na jeho vývoji a s ním spojených nově vzniklých zátěžích. Vytváří se konflikt mezi potřebou získat jistotu, jaký je skutečný stav dítěte, a potřebou zachovat si iluzi pozitivní naděje. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Krejčířová (2006) uvádí reakce rodičů na sdělení závažné diagnózy rozdílněji:

- Šok, rodiče prožívají pocity zmatku a často reagují neadekvátně.
- Popření, které se jinak označuje jako fáze útěku ze situace. Rodiče nejsou schopni uvěřit tomu, že právě jejich vysněné dítě je postižené. Do této fáze patří tzv. vytěsnění, rodiče si nepamatují informace, tvrdí, že nebyli o postižení informováni.
- Smutek, zlost, úzkost, pocit viny. Rodiče prožívají vztek na celý svět a snaží se najít viníka.
- Stadium rovnováhy. Rodiče se smiřují s realitou a hledají pomoc pro své dítě.
- Stadium reorganizace je stadiem přijetí dítěte takého, jaké je.

Bazalová (2014) uvádí jen tři fáze, a to fázi šoku a popření, fázi bezmoci a fázi postupné adaptace.

Kübler-Ross (2015) popisuje opět pět stádií: Popírání a izolace, zlost, smlouvání, deprese a akceptace.

Reakce rodičů (včetně obranných), jsou důležité, neboť signalizují, jak rodič problém prožívá, a na základě toho lze s rodinou adekvátně pracovat. Rodiče jsou nejdůležitějšími osobami v životě dítěte, proto je nezbytné, aby byli součástí odborného týmu zasahujícího do života dítěte. Zapojit rodiče do týmové spolupráce je jedním z nejdůležitějších úkolů speciálně pedagogické intervence. Odborníci by měli ukázat rodičům, že největšími specialisty na své děti jsou právě rodiče. Velikou podporou může být nejen nejbližší okolí a poradenská zařízení, ale i skupiny rodičů dětí se stejným typem postižení. (Černá, 2015)

Podpora rodinám dětí s mentálním postižením v České republice

Dle Krejčířové (2006) můžeme různé přehledy o podpoře rodinám dětí s mentálním postižením seřadit do následujících skupin:

- 1. Legislativní podpora.** Zahrnuje zákony, vyhlášky metodické pokyny, které upravují vzdělávání žáků s mentálním postižením a možnosti pracovního uplatnění.
- 2. Finanční podpora.** Představuje sociální příspěvky a dávky.
- 3. Operativní podpora.** Vyjadřuje materiální podporu v průběhu vzdělávání a pracovního uplatnění.
- 4. Poradenská podpora.** Jedná se o poradenství v oblasti zdravotní, lékařské, psychologické a pedagogické. Poradenství v oblasti speciálně pedagogické poskytují především pedagogicko - psychologické poradny (PPP) a speciálně pedagogická centra (SPC).
- 5. Vzdělávací podpora.** Je poskytována učitelům v běžných i speciálních školách a dále poradenskými institucemi (PPP, SPC).
- 6. Informační podpora.** Představuje zdroje informací o typu postižení, jeho symptomech a možnostech práce s dítětem.
- 7. Svépomocná podpora.** Je to zastřešující pojem pro aktivity samotných rodičů, funkcí je vzájemná podpora rodičů ve stejné životní situaci.

Dle Černé (2015) by bylo vhodné obohatit stávající model podpory o další prvky, jedná se o tyto osvěty:

Osvěta společnosti o problematice mentálního postižení.

Osvěta je sice lepší, než před dvaceti lety, ale nadále přetrvávají předsudky proti lidem se speciálními vzdělávacími potřebami a zejména proti osobám s mentální retardací.

Osvěta rodičů

Prostředkem osvěty rodičů je vydání stručné, srozumitelné a obsažné brožury o problematice mentálního postižení.

Osvěta budoucích a stávajících pedagogů a osvěta dětí v období povinné školní docházky a jejich rodičů.

Osvěta se netýká pouze společnosti v širším slova smyslu, ale zvláště skupin, které s žákem s mentálním postižením přijdou do styku. Jedná se o pedagogy, spolužáky a jejich rodiče. Základní skutečností zůstává, že snažíme-li se o inkluzivní společnost, potom je třeba začít u nejnižších věkových kategorií a vychovávat tak novou generaci již nezatíženou předsudky.

Spolupráce odborníků s rodiči

Rodina má nezastupitelný význam pro celkový vývoj dítěte. Má-li být odborná práce s dítětem úspěšná, je vždy nutné spolupracovat s rodinou. V posledních letech došlo k významné změně ve vztahu odborníků a rodičů, k rozvoji partnerství. Zatímco v odborné literatuře je tento koncept zcela uznáván, v praxi tomu tak vždy není. (Černá, 2015)

Specifika postavení rodiny se členem se zdravotním postižením

Jak uvádí Michalík (2013), je rodina se členem se zdravotním postižením neopakovatelnou sociální jednotkou. Kromě zvládání jednotlivých fází vyrovnávání se s přítomností závažného onemocnění či zdravotního postižení existují i další skutečnosti, které ovlivňují významným způsobem postavení rodiny se členem se zdravotním postižením a kvalitu života rodiny celkově. Jedná se o níže uvedená specifika:

- Nízká úroveň veřejné podpory pečujícím rodinám,
- ekonomická situace rodiny pečující o člena se zdravotním postižením,

- vysoká časová náročnost domácí péče o člena rodiny se zdravotním postižením,
- zásadní vliv zdravotního postižení a nutné péče na kvalitu života rodiny,
- nevyhovující bytové podmínky pro rodiny, které pečují o člena se zdravotním postižením,
- role žen jako pečujících osob.

Shrnutí

V této kapitole jsem se zaměřila na rodinu, jako nejdůležitější spojovací článek pro následnou socializaci jedince. Zajištění základních životních potřeb, zejména potřeby lásky a bezpečí, je nezbytné pro jeho řádný vývoj. Pro život osob s mentálním postižením je význam rodiny o to podstatnější, protože její členové se musejí vyrovnat s novou skutečností, kterou narození dítěte se zdravotním postižením rozhodně je, a ne vždy dokážou její členové zvolit vhodný způsob přijetí tohoto dítěte do rodiny. Společnost se snaží těmto rodinám pomáhat. Přestože za posledních dvacet let odvedli odborníci, kteří se touto problematikou zabývají, výbornou práci, ne vždy se podaří vhodný způsob podpory zavést do praxe. Z pohledu primární socializace rodina prvotně ovlivňuje život jedince s mentálním postižením, později je jedinec ovlivňován více okolím, zejména školou, proto se v následující kapitole zaměřím na institucionální vzdělávání osob s mentálním postižením.

3 Vzdělávání osob s mentálním postižením

Právo na vzdělávání je ukotveno v Listině základních práv a svobod. Institucionální vzdělávání osob s mentálním postižením je legislativně ukotveno v Zákoně č. 561/2004 Sb., v platném znění, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Prováděcí vyhláškou k tomuto zákonu je vyhláška MŠMT č.72/2005 Sb., v platném znění, o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Těmito zařízeními jsou pedagogicko-psychologická poradna a speciálně pedagogické centrum. Druhou vyhláškou je vyhláška č. 27/2016 Sb., v platném znění, o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Kromě školského zákona řeší problematiku integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami také Zákon č. 563/2004 Sb., v platném znění, o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.

3.1 Vzdělávání osob s mentálním postižením v počátcích minulého století, institut „osvobození od povinného vzdělávání“ a „osvobození od povinnosti docházet do školy.“

Michalík uvádí, že v počátcích minulého století, zejména za období I. Československé republiky, se setkáváme se snahou poskytnout jistý stupeň výchovy a vzdělávání prakticky všem osobám, později (léta 1950 - 1990) tomu bývalo naopak. V letech po roce 1950 vstupuje do popředí prvek segregace. Segregovala se i společenská odvětví, která se péčí zabývala, a to v rámci organizace resortu sociálních věcí, zdravotnictví a školství. Postupně se vyvinul „dokonalý“ systém větší uzavřenosti, člověk se zdravotním postižením byl výhradně „zabezpečen“ službami jednoho z uvedených odvětví. Spolupráce byla takřka vyloučena. Občan, který se stal nevzdělatelným v tehdejší pojetí, mohl počítat s výlučným umístěním v některém z ústavů sociální péče (resort sociálních věcí) a vzdělávací služby poskytované resortem školství mu zůstaly odepřeny. Česká republika se vlivem obecných společensko-politických poměrů stala zemí s dělením školství do dvou hlavních proudů, a to proudu obecného vzdělávání určeného pro děti fyzicky, mentálně i smyslově zdravé a komplexu zařízení určených dětem, které tato náročná kritéria nespĺňovaly. Celý společensko-politický systém vyvolával segregaci. Pravidelně byly děti s těžšími stupni mentálního postižení a děti s kombinovaným postižením ze vzdělávání vyčleňovány. Jednalo se o zneužívání institutu osvobození od povinné školní docházky, kdy v otázkách dalšího

vzdělávání rozhodoval tehdejší národní výbor a v praxi ředitel školy.(Renotierová, Ludíková, 2006)

Dle Školského zákona č. 76/1978 Sb. „Žáka, který pro svůj zdravotní stav nemůže docházet do školy, osvobodí národní výbor trvale nebo dočasně od povinné školní docházky; současně rozhodne o jiném způsobu jeho vzdělávání. Dítě, které pro svůj duševní stav není schopné vzdělávání, zproští národní výbor povinnosti vzdělávat se.“

Po společenské změně v roce 1989 se objevují snahy o nový model vzdělávání dětí, žáků a studentů se vzdělávacími potřebami. Šlo o postupný přerod segregovaného modelu vzdělávání v systém otevřený, nediskriminační. Tradice speciálního vzdělávání dlouhodobě po celá 90. léta ovlivňovaly snahy o společné vzdělávání dětí s postižením i bez postižení. Na jedné straně byla přijata řada deklarácí, opatření a formálních prohlášení, na druhé straně se jen pozvolna zvyšovala podpora škol a učitelů pro práci s těmito skupinami žáků. (Michalík, Baslerová, Felcmanová, 2015)

Dle Valenty, Michalíka (2013), byly po demokratických změnách ve společnosti po listopadu 1989 vzdělávací příležitosti nabídnuty všem dětem, tzn. i dětem s těžkým či kombinovaným postižením, v minulých letech osvobozovaných od povinné školní docházky. Významné koncepční, strukturální, kurikulární a obsahové změny přinesl nový školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů a následné prováděcí vyhlášky, které se týkaly vzdělání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných a poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Nová legislativa přinesla změnu v terminologii označování škol, např. místo termínu zvláštní školy se užívá termín základní školy. Nejzásadnější reformou je kurikulární reforma. Systém zavádění rámcových vzdělávacích a školních vzdělávacích programů lze označit za jednu z nejpřevratnějších změn v oblasti školství. MŠMT zpracovalo Národní program vzdělávání a Rámcové vzdělávací programy (RVP) pro předškolní, základní, gymnaziální, střední odborné a ostatní vzdělávání. Školy v souladu s RVP zpracovaly své školní vzdělávací programy. Školský zákon stanovuje také jiný způsob plnění povinné školní docházky, kterým se rozumí jednak individuální vzdělávání, které se realizuje bez pravidelné účasti žáka ve vyučování ve škole a jednak také vzdělávání žáka s hlubokým mentálním postižením.

Usnesením vlády č. 256 z 14. 4. 1998, který respektuje a reaguje na Standardní pravidla OSN pro vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením, schválená Valným shromážděním OSN v roce 1993, byl schválen Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Cíle opatření zahrnují odstranění z našeho právního řádu institutu „osvobození od povinného vzdělávání“ a „osvobození od povinnosti docházet do školy.“ Oba zmíněné segregující instituty jsou odstraněny ze školského zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.

Černá (2015) uvádí, že obsah základního vzdělávání dospělých s mentálním postižením je stejně významný jako způsob získání vzdělání příslušnou školou, speciálně pro ty, kteří jej z různých důvodů, např. z institutu nevzdělavatelnosti - osvobození od povinnosti školní docházky, nenabývali předtím, než se stali dospělými. V 90. letech minulého století vypracovalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy několik interních směrnic, které si kladly za cíl odstranit segregační deformity, které Česká republika zdědila ze školského systému do roku 1989. Jednalo se o Metodické pokyny k doplnění vzdělání poskytovaného na příslušných školách (čj. 19096/97-24). Uvedené metodické pokyny k doplnění vzdělání doporučovaly pro dospělé s mentálním postižením organizační formy vzdělávacích aktivit, které doplňovaly učební osnovy v tehdejších školách, a to kurz organizovaný těmito školami, individuální doučování pod patronací speciálního pedagoga ze speciálně pedagogického centra nebo učitelů ze speciální školy nebo večerní škola pro osoby s mentálním postižením, kterou nabízí nevládní organizace ve spolupráci se speciální školou.

V letech 2003 a 2005 nejvíce kurzů doplňujícího vzdělávání organizovaly v té době základní školy, za nimi následují základní školy speciální. Michalík (1999) poukazuje na tu skutečnost, že znění Listiny základních práv a svobod jasně stanoví právo „každého na vzdělání“. Dále doplňuje: „...samo osvobození, byť třeba na dobu určitou, představuje neodůvodněný zásah do základních práv a svobod, který zásadně a svým způsobem nevratně omezuje dotyčného občana v možnostech jeho rozvoje. Problémem zůstává vysoký počet mladých lidí, kteří byli osvobozeni od povinné školní docházky před několika lety a jejich zákonní zástupci zpravidla neusilují o revizi tohoto rozhodnutí.“

3.2. Institucionální vzdělávání osob s mentálním postižením

Síť speciálních škol a speciálních školských zařízení pro děti a žáky s mentálním postižením je tvořena zejména mateřskou školou speciální, základní školou, základní školou speciální,

praktickou školou a odborným učilištěm. V rámci integrace mohou tito žáci navštěvovat samostatné třídy všech uvedených institucí, i běžné mateřské, základní a střední školy. Mohou docházet do družiny, školních klubů, slouží pro ně internáty i domovy mládeže. Poradenské služby zajišťují zejména speciálněpedagogická centra. (Valenta, Michalík, Lečbych 2018)

Mateřská škola speciální je běžné předškolní zařízení. Plní funkci formativní, informativní, diagnostickou, reedukační, kompenzační, rehabilitační a často také terapeuticko-formativní, popř. respitní. Normativním předpisem je Rámcový vzdělávací plán s programem pro předškolní vzdělávání. (Valenta, Michalík, Lečbych 2018)

Základní škola pro žáky s mentálním postižením je zřízená dle § 16 školského zákona, je určena pro žáky s lehkým mentálním postižením. Dle § 16 odst. 9 školského zákona „*pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem lze zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny*”.

Realizuje se zde praktická příprava žáků, např. ve cvičných kuchyňkách, dílnách, v zahradách, kterými je škola vybavena. Docházka žáků je devítiletá, jsou zde vzdělávání dle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Školní vzdělávací programy jsou zpracovány dle tohoto RVP ZV.

Základní škola pro žáky s mentálním postižením se liší od majoritní školy především využíváním speciálněpedagogických prostředků, zvláště didaktických, diagnostických a terapeuticko-formativních metod, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, začleněním předmětů speciálněpedagogické péče, poskytováním pedagogicko-psychologických služeb, individuálním přístupem k žákům, který je umožněn na základě poskytnutí podpůrných opatření. (Valenta, Michalík, Lečbych 2018)

V§ 16 školský zákon specifikuje podporu vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Odst. 1 uvádí, že „*dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními*

vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.”

Dle odst. 2 „Podpůrná opatření spočívají v a) poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení, b) úpravě organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně pedagogické péče a včetně prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání až o dva roky, c) úpravě podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání, d) použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob, Braillova písma a podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů, e) úpravě očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy, f) vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu, g) využití asistenta pedagoga, h) využití dalšího pedagogického pracovníka, tlumočnicka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící nebo možnosti působení osob poskytujících dítěti, žákovi nebo studentovi po dobu jeho pobytu ve škole nebo školském zařízení podporu podle zvláštních právních předpisů, nebo i) poskytování vzdělávání nebo školských služeb v prostorách stavebně nebo technicky upravených”.

Základní škola speciální se již značně liší od běžného typu, a to mírou využívaných speciálněpedagogických prostředků a organizačními formami vzdělávání, např. silně individuálním přístupem. Pro základní vzdělávání je zpracován Rámcový vzdělávací program pro vzdělávání žáků v základní škole speciální, který se dělí na díl I. Vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením a díl II. Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Žáci na tomto typu školy nezískávají základní vzdělávání, ale pouze základy vzdělávání. (Valenta, Michalík, Lečbých 2018)

Jak uvádí Černá (2015), žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami, tedy i žáci a studenti s mentálním postižením, mají na základě legislativy právo být vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu, jehož smyslem je respektování speciálních vzdělávacích potřeb a tím přiblížení vzdělávání každému jedinci s mentálním postižením. Individuální vzdělávací plány sestavuje tým odborníků, za vedení třídního učitele a účasti rodičů, příp. ve spolupráci se samotným vzdělávaným jedincem. Plán je v pravidelných intervalech kontrolován, doplňován a měněn, vždy na základě hodnocení efektivnosti přijatých vzdělávacích opatření a výsledků žáka.

Profesní příprava žáků s mentálním postižením probíhá buď v běžných typech škol druhého cyklu, např. žák, který ukončí 9. ročník základní školy zřízené pro žáky s lehkým mentálním postižením, může v případě úspěšného přijímacího řízení navštěvovat střední odborné učiliště. Obvykle pokračuje ve studiu na odborných učilištích nebo praktických školách.

Praktické školy jsou jednoleté a dvouleté. Praktické školy dvouleté jsou určeny pro absolventy základní školy zřízené pro žáky s lehkým mentálním postižením, žáci si zde osvojují praktické dovednosti v oblasti ručních prací, přípravy pokrmů, rodiny, prohlubují si vzdělávání ve všeobecně vzdělávacích předmětech. Praktická škola jednoletá je určena absolventům základních škol speciálních. Zde se žáci připravují na práci v chráněných pracovištích a na pomocné a úklidové práce v zařízení sociálních či zdravotnických služeb. Odborné předměty prohlubují vědomosti a dovednosti nabyté na základní škole. (Valenta, Michalík, Lečbych 2018)

Odborná učiliště jsou určena pro žáky s lehkým mentálním postižením. Žák zde získává po absolvování dvou či tříletého učebního oboru výuční list a je plně kvalifikovaný ve svém oboru, mezi učební obory patří např. Kovářské práce, Farmářské práce, Zednické práce, Pekařské práce, Obuvnické práce apod. Celkově je kolem sedmi desítek učebních oborů. (Valenta, Michalík, Lečbych 2018)

Shrnutí

V této kapitole jsem se zaměřila na vzdělávání v počátcích minulého století, kdy bývaly osoby s mentálním postižením osvobozeny od povinného vzdělávání a od povinnosti docházet do školy, čímž byla porušena práva těchto osob na vzdělávání a nevratně byl narušen jejich další rozvoj. V další části je zmíněno vzdělávání osob s mentálním postižením v rámci institucionálního vzdělávání. Jistě je vhodné dále rozvíjet vzdělávání v rámci celoživotního vzdělávání, které napomáhá k socializaci jedince a zejména ovlivňuje jeho kvalitu života. Terapeutické přístupy k těmto jedincům, jako součást komplexní rehabilitace, hrají důležitou úlohu při jejich celoživotním vzdělávání a socializaci. Stejně tak i alternativní přístupy zaměřené na sociální rehabilitaci pomáhají jedincům v tomto procesu. Zde bych chtěla zmínit propojenost jednotlivých systémů i resortů, které se touto problematikou zabývají. Alternativní přístup zaměřený na sociální rehabilitaci se postupně překlenuje do oblasti systémové, státem garantované, která má ukotvení v zákoně, např. v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění a na tyto služby bych chtěla navázat ve své následující kapitole.

4 Sociální služby

Součástí podpůrného celistvého systému poskytovaného osobám se zdravotním postižením, zdravotním či sociálním znevýhodněním je kromě výchovy, vzdělávání, zdravotní péče a poradenství také sociální stránka péče a poradenství. Tento systém má vést k podpoře samostatnosti v životě a schopnosti plně a efektivně se integrovat do běžného života. (Jurkovičová, 2013)

Jak uvádí Michalík, dle dřívější právní normy, Zákona o sociálním zabezpečení č. 100/1988 Sb., ve znění platném do konce roku 2006, a vyplývajícího systému sociální péče, mohli lidé k zabezpečení svých základních životních potřeb využívat jen velmi chudé spektrum služeb, de facto jen pečovatelskou službu a ústavní péči. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

Po společenských změnách v roce 1989 byla zahájena transformace tehdejších ústavů sociální péče směrem k modernějším formám pobytové péče o klienty s mentálním postižením (zařízení rodinného typu, chráněné bydlení apod.). Páteří transformace jsou principy atomizace rozbití velkých a uniformních zařízení na flexibilnější zařízení, normalizace (tzn. života klientů, kteří jsou integrováni do společenských aktivit mimo zařízení, přiznává se jim právo vyrůstat v normální rodině, vzdělávat se v normální škole, mít možnost vybrat si z nabídky normálních společenských aktivit apod.) a humanizace (při jakémkoliv rozhodování o klientovi jsou upřednostňovány jeho potřeby před požadavky instituce, společnosti, s ohledem na veřejné mínění majoritní společnosti). (Valenta, Müller, 2013)

Ústavních forem péče v současnosti ubývá ve prospěch neústavních forem. Sociální práce má tendenci jít za uživatelem služby do jeho přirozeného prostředí, než pro něj vytvářet umělé prostředí ústavního zařízení. Hranice mezi ambulantní péčí a péčí ústavní není tak ostrá a vznikají různá zařízení schopná poskytnout podle potřeb konkrétního jedince obojí - docházku i pobyt. Ideálem je spíše péče poskytovaná přesně a pouze v té míře, v jaké ji daný člověk potřebuje - tedy dle jeho individuálních potřeb, přičemž vztahy k rodině a blízkým lidem mají být co nejvíce ponechány. (Matoušek, 1999)

Průlomem v této oblasti se stalo přijetí Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění, a jeho prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění, s účinností od 1. 1. 2007. Jak uvádí Michalík (2008, s. 10), jejich cílem je „*podporovat proces sociálního začleňování a sociální soudružnost společnosti*“.

System sociálních služeb je charakterizován množstvím vztahů založených na objektivních skutečnostech, které mají významný vliv na kvalitu života jedinců i společnosti. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, § 3 (dále jen ZSS) „*jsou sociální služby činnosti či soubory činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“

„*Sociální služby chrání občana tím, že v jeho prospěch něco konají*“ (Matoušek, 2007, s. 11).

Hauke uvádí (2011, s. 17): „*Cílem poskytování sociálních služeb je zachovat v dohodnuté míře takový způsob života, na jaký byl uživatel zvyklý před začátkem využívání služby*“.

Sociální služby se částečně překrývají s kategorií veřejných služeb. Veřejné služby jsou služby poskytované v zájmu veřejnosti. Sociální služby jsou poskytovány lidem, kteří jsou společensky znevýhodněni. Jejich cílem je zlepšit kvalitu jejich života, začlenit je v maximální možné míře do společnosti a také společnost chránit před riziky, jichž jsou tyto lidé nositeli. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, k nimž osoby náleží, i zájmy širšího společenství (Matoušek, 2007).

Sociální služby nelze chápat pouze jako vymezené činnosti, které spadají do oblasti řízené Ministerstvem práce a sociálních věcí. Komplexnost sociálních služeb znamená, že se na nich podílí více resortů, a to Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo vnitra a Ministerstvo spravedlnosti. (Krejčířová, Treznerová 2011).

4.1 Základní zásady sociálních služeb

Základní zásady jsou citovány v § 2 ZSS, v odst. 1) „*Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení*” a odst. 2) „*Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými*

způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.”

Jak uvádí Michalík (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018), formy poskytované pomoci mají splňovat následující charakteristiky:

- dostupnost - z hlediska typu pomoci, územní a informační dostupnosti, z hlediska ekonomického,
- efektivitu - uzpůsobenou tak, aby vyhovovala potřebě člověka, nikoliv systému,
- kvalitu - má být zajištěna způsobem a v rozsahu, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti,
- bezpečnost - nesmí omezovat oprávněná práva a zájmy lidí,
- hospodárnost - systém má být nastaven tak, aby veřejné i osobní výdaje, používané na poskytnutí pomoci, pokud možno v maximální míře pokrývaly rozsah potřeb.

Jedním z klíčových prvků systému sociálních služeb je jejich kvalita. Normativní stanovení zásad sociálních služeb, kde jejich kvalita má být na prvním místě, je zakotveno ve „standardech kvality sociálních služeb”. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

Platný rozsah a obsah standardů kvality v sociálních službách je zakotven ve vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb., v platném znění, v příloze č. 2.

Jak dále uvádí Michalík (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018), měřítkem kvality sociálních služeb jsou následující zásady:

- Zásada ochrany lidských práv uživatele - zajištění dodržování lidských práv uživatele,
- zásada individualizace služby - služba musí vycházet z potřeb uživatele,
- zásada odbornosti - stanovení struktury a počtu pracovníků a jejich odborné vzdělání,
- zásada provozního zabezpečení - důstojné prostředí poskytované služby.

4.2 Základní druhy a formy sociálních služeb

Dle § 32 ZSS zahrnují sociální služby

- a) sociální poradenství,
- b) služby sociální péče,
- c) služby sociální prevence

§ 33 ZSS uvádí formy poskytování sociálních služeb:

V odst. 1) „*Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.*”

V odst. 2) „*Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.*”

V odst. 3) „*Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.*”

V odst. 4) „*Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.*”

4.3 Zařízení sociálních služeb pro dospělé osoby s mentálním postižením

Dle § 34 ZSS lze využít na podporu péče, či alternativu péče o dospělé osoby s mentálním postižením tato zařízení:

Centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, intervenční centra, zařízení následné péče.

4.4 Základní činnosti při poskytování sociálních služeb dospělým osobám s mentálním postižením

§ 35 ZSS jsou základními činnostmi při poskytování sociálních služeb:

Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

4.5. Služby sociální péče a služby sociální prevence pro osoby s mentálním postižením

Dle § 38 ZSS „Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.“

Dle ZSS se jedná o služby osobní asistence (§39), pečovatelskou službu (§40), tísňovou péči (§41), průvodcovské a předčitatelské služby (§42), podporu samostatného bydlení (§43), odlehčovací služby (§44), centra denních služeb (§45), denní stacionáře (46), týdenní stacionáře (§47), domovy pro osoby se zdravotním postižením (§48), domovy pro seniory (§49), domovy se zvláštním režimem (§50), chráněné bydlení (§51), sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče (§52).

Dle § 53 ZSS „Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“

Dle ZSS se jedná o služby telefonické krizové pomoci (§55), tlumočnické služby (§56), azylové domy (§57), domy na půl cesty (§58), kontaktní centra (§59), krizovou pomoc (§60), intervenční centra (§60a), nízkoprahová denní centra (§61), noclehárny (§63), služby následné péče (§64), sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (§66), sociálně terapeutické dílny (§67), terapeutické komunity (§68), terénní programy (§69), sociální rehabilitace (§70).

Dle Černé (2015) potřebuje člověk s mentálním postižením většinou podporu ve zvládnání nároků samostatného bydlení. Je žádoucí, aby obsah takové podpory vycházel z jeho individuální situace v oblasti bydlení a potřebné podpory v sebeobsluze. Zpravidla se jedná o podporu při běžných denních činnostech - stravování, oblékání, osobní hygiena, doprava, nákupy, obstarávání domácnosti apod.

„Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.” (§ 39 ZSS)

Vedle asistence při sebeobsluze může asistent pomáhat při vybavování domácnosti a její údržbě, s úklidem či s vyřizováním finančních a administrativních záležitostí týkajících se domácnosti. Asistent ale pomáhá člověku s postižením především tím, že ho podporuje, aby co nejvíce činností zvládal sám. (Černá, 2015)

Dle místa (bydliště) poskytované služby můžeme rozlišit: podporované bydlení (obyvatel bydlí ve vlastní domácnosti, ve které je mu poskytována podpora) a chráněné bydlení (obyvatel bydlí v domácnosti, kterou vlastní poskytovatel služby a obyvateli je poskytováno jak bydlení, tak podpora). (Černá, 2015)

„Podpora samostatného bydlení je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.” (§ 43 ZSS)

„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.” (§ 51 ZSS)

4.6 Příspěvek na péči a podmínky na jeho nárok, výplata a výše příspěvku u dospělých osob s mentálním postižením a stupeň závislosti, základní životní potřeby

Dle § 7 odst. 1 ZZS se „příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“ poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.“

Dle Michalíka je podstatou a účelem příspěvku na péči přispět osobám, které jsou pro svou nepříznivou sociální situaci závislé na pomoci jiné osoby, na zajištění potřebné pomoci, zejména prostřednictvím služeb sociální péče. Příspěvek na péči nahradil dvě dávky vyplácené podle dřívější právní úpravy, a to zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu. (Valenta, Michalík, Lečbých, 2018)

Podmínky nároku na příspěvek

Dle § 7 odst. 2 ZZS „Má nárok na příspěvek osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče uvedený v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, nebo dětský domov, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.“

Dle § 7 odst. 3 ZZS „Nemá nárok na příspěvek osoba mladší jednoho roku.“

Dle § 7 odst. 4 ZZS „O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce.“

Jak dále uvádí Michalík (Valenta, Michalík, Lečbých, 2018), vzniká nárok na příspěvek dnem splnění zákonných podmínek a podáním žádosti o přiznání příspěvku. Příspěvek může být přiznán a vyplácen nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o přiznání příspěvku. Nárok na příspěvek nezaniká uplynutím času. Nárok na příspěvek není předmětem dědictví. Nárok na příspěvek nelze postoupit ani do zástavy. Příspěvek nepodléhá výkonu rozhodnutí a nemůže být předmětem dohody o srážkách.

Výplata a výše příspěvku u dospělých osob s mentálním postižením a stupeň závislosti

Dle ZZS § 18 „se vyplácí příspěvek měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží“.

Dle ZSS § 19 odst. 1) „je příjemcem příspěvku oprávněná osoba, není-li stanoveno jinak.”

Dle ZSS § 19 odst. 2) „Namísto oprávněné osoby je příjemcem příspěvku zákonný zástupce nebo opatrovník.”

Dle ZSS § 320 odst. 1) „Krajská pobočka Úřadu práce ustanoví zvláštního příjemce příspěvku, jestliže oprávněná osoba, popř. jiný příjemce příspěvku uvedený v § 19 odst. 2

a) nemůže příspěvek přijímat, nebo

b) nevyužívá příspěvek nebo nemůže příspěvek využívat k zajištění potřebné pomoci”.

Dle § 8 odst. 2) ZSS „se osoba starší 18 let věku považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,

b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.”

Dle § 11 odst. 2 činí výše příspěvku pro osoby starší 18 let:

a) 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),

b) 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),

c) jde-li o stupeň III (těžká závislost),

1. 8 800 Kč, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu,

2. 12 800 Kč v ostatních případech,

d) jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

1. 13 200 Kč, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu,

2. 19 200 Kč v ostatních případech.”

Dle § 9 zákona ZSS se při posuzování stupně závislosti hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

Mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., v platném znění, obsahuje vymezení schopností zvládat základní životní potřeby.

4.7 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením na Jesenicku

Okres Jeseník, charakteristika:

Okres Jeseník spadá do samosprávného Olomouckého kraje. Zřízen byl oproti ostatním okresům z roku 1960 dodatečně, a to od 1. ledna 1996 vyčleněním z okresu Šumperk (pouze město Zlaté Hory přešlo z okresu Bruntál). Sídlem okresního úřadu okresu Jeseník bylo město Jeseník, které je od roku 2003 obcí s rozšířenou působností a jehož správní obvod je totožný s okresem.

Celý okres tvoří správní obvod jediné obce s rozšířenou působností (Jeseník), který se dále člení na tři správní obvody obcí s pověřeným obecním úřadem (Javorník, Jeseník a Zlaté Hory).

Okres Jeseník je nejmenší a nejméně lidnatý okres Olomouckého kraje. K roku 2019 měl rozlohu 719 km², z toho 33,2 % tvořila zemědělská půda a 59,5 % lesy, jde proto také o nejlesnatější okres kraje. Počet obyvatel k 1. 1. 2020 je dle Českého statistického úřadu 37 968 a hustota zalidnění je 52,8 obyv./km².

Seznam obcí okresu Jeseník:

Bělá pod Pradědem (Adolfovice, Bělá, Domašov, Filipovice), Bernartice (Buková, Horní Heřmanice), Bílá Voda (Kamenička, Městys Bílá Voda, Ves Bílá Voda), Černá Voda, Česká

Ves, Hradec-Nová Ves, Javorník (Bílý Potok, Horní Hoštice, Travná, Zálesí), Jeseník (Bukovice, Dětrichov), Kobylá nad Vidnavkou, Lipová-Lázně (Bobrovník, Horní Lipová), Mikulovice (Kolnovice, Široký Brod), Ostružná (Petříkov, Ramzová), Písečná (Chebží, Studený Zejf), Skorošice (Petrovice), Stará Červená Voda (Nová Červená Voda), Supíkovice, Uhelná (Červený Důl, Dolní Fořt, Horní Fořt, Hraničky, Nové Vilémovice), Vápenná (Polka), Velká Kraš, Velké Kunětice, Vidnava, Vlčice (Bergov, Dolní Les, Vojtovice), Zlaté Hory (Dolní Údolí, Horní Údolí, Ondřejovice, Rejvíz, Rožmitál, Salisov, Zlaté Hory), Žulová (Tomíkovice) (<https://cs.wikipedia.org/wiki/okres-jeseník>).

Sociální služby pro osoby s mentální postižením na Jesenicku:

Denní stacionář Šimon (Denní stacionáře, § 46 ZSS)

Název poskytovatele: Charita Jeseník

Kontaktní údaje na službu:

- identifikátor sociální služby: 2945433,
- druh služby: Denní stacionáře (§ 46),
- adresa: Seifertova 915,79001 Jeseník,
- telefon: 584401270,
- e-mail: stacionar.simon@jesenik.charita.cz,
- web: www.jesenik.charita.cz

Forma poskytování sociálních služeb: Ambulantní

Komu je služba určena:

Osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením.

Věkové skupiny:

- mladí dospělí (19–26 let),
- dospělí (27–64 let) - do 50 let.

- dorost (16–18 let)

Popis sociální služby:

Umožňujeme uživatelům smysluplně trávit čas, začlenit se do kolektivu, naučit se novým dovednostem a zdokonalovat dovednosti již získané.

Cílová skupina - věkové rozmezí od 16 do 50 let:

Lidé s mentálním postižením, včetně přidruženého postižení tělesného, nebo zrakového, nebo sluchového, lidé s poruchou autistického spektra.

Domov Sněženska Jeseník, příspěvková organizace (Domovy pro osoby se zdravotním postižením § 48 ZSS):

Název poskytovatele: Domov Sněženska Jeseník, příspěvková organizace

Kontaktní údaje na poskytovatele:

- identifikátor sociální služby: 3721104

- druh služby: Domovy pro osoby se zdravotním postižením (§ 48 ZSS)

- Adresa: Moravská 814,79001 Jeseník,

- telefon: 605705125,

- e-mail: reditelka@domovsnezenka.cz,

- web: www.domovsnezenka.cz,

Forma poskytování sociální služby: pobytová

Komu je služba určena:

Osoby s mentálním postižením.

Věkové skupiny:

- Mladí dospělí (19–26 let),

- starší děti (11–15 let),

- dospělí (27 – 64 let) - do 35 let,
- mladší děti (7–10 let),
- děti předškolního věku (1- 6 let) - od 3 let

Popis sociální služby:

Poskytujeme celoroční pobytovou sociální službu, domov pro osoby se zdravotním postižením.

Cílová skupina: osoby s mentálním postižením, osoby s kombinovaným postižením.

Ester z.s., Sociálně terapeutické dílny (§67 ZSS)

Název poskytovatele: Ester z.s.

Kontaktní údaje na službu:

- identifikátor sociální služby: 6126836,
- druh služby: Sociálně terapeutické dílny (§67 ZSS)
- adresa: Javorník 152,79070 Javorník,
- telefon: 584440151,
- e-mail: roman.vyborny@esterzalesi.eu,
- web: www.esterzalesi.eu

Forma poskytování sociální služby: ambulantní

Komu je služba určena:

Osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s mentálním postižením.

Věkové skupiny:

- mladí dospělí (19 –26 let),

- dospělí (27–64 let)

Popis sociální služby:

Posláním sociální služby je upevnění a podpora pracovních návyků a dovedností a smysluplné trávení volného času.

Cílová skupina:

Je určena lidem s duševním onemocněním (převážně schizofrenie, afektivních a neurotických poruch) - především pro uživatele Terapeutické komunity Trend, Sociální rehabilitace a další osoby, které splňují podmínky CS, není určena lidem, kteří jsou závislí na alkoholu nebo jiných návykových látkách.

Ester z.s., Sociální rehabilitace (§ 70 ZSS)

Název poskytovatele: Ester z.s.

Kontaktní údaje na službu:

- identifikátor sociální služby: 4082996
- druh služby: Sociální rehabilitace (§ 70 ZSS)
- adresa: Javorník 152,79070 Javorník,
- telefon: 584440151,
- e-mail: roman.vyborny@esterzalesi.eu,
- web: www.esterzalesi.eu

Forma poskytování sociální služby: ambulantní

Komu je služba určena:

Osoby s chronickým duševním onemocněním, rodiny s dítětem/děťmi, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách, osoby s mentálním postižením.

Věkové skupiny:

- mladí dospělí (19–26 let) - věkové rozpětí uvedené v kategorii uživatelů,
- dospělí (27–64 let) - věkové rozpětí uvedené v kategorii uživatelů,
- starší senioři (nad 80 let) - věkové rozpětí uvedené v kategorii uživatelů,
- mladší senioři (65–80 let) - věkové rozpětí uvedené v kategorii uživatelů

Popis sociální služby:

Posláním služby je pomoc osobám při získání co nejvyšší míry soběstačnosti, samostatnosti a nezávislosti vedoucí k jejich zapojení do ekonomického, sociálního a kulturního života společnosti.

Cílová skupina:

Je určena osobám žijícím v sociálně vyloučených komunitách vyžadujících nácvik specifických schopností a dovedností potřebných k samostatnému životu tak, aby docházelo k jejich sociálnímu začleňování. (<https://kissos-ok-katalog.olkraj.cz/>).

Shrnutí

V kapitole pojednávající o sociálních službách shledávám tuto stránku pomoci jako důležitou součást podpůrného celistvého systému poskytovaného osobám s mentálním postižením. Společně se zdravotní péčí, výchovou a vzděláváním se podílí na začleňování těchto osob do společnosti. Osobám lze poskytnout pomoc poradenstvím, zajištěním sociálních služeb a služeb sociální prevence, služby lze poskytnout v pobytovém zařízení, ambulantně i v domácím prostředí. Dle míry závislosti osoby s mentálním postižením na pomoci jiné osoby lze stanovit stupeň závislosti a vyplácet příspěvek na péči. Smyslem poskytování sociálních služeb je zajistit osobě s mentálním postižením podporu v takové míře, aby byla schopna co nejvíce činností zvládnout sama.

5 Důvody vedoucí k upřesnění názvu práce

Dlouhodobě pracuji jako sociální pracovníce s osobami s různým druhem zdravotního postižení, kteří jsou příjemci příspěvku na péči. Důvod, proč jsem si vybrala ke své práci skupinu osob s mentálním postižením, jsem již uvedla v úvodu. V počáteční fázi svého výzkumného šetření jsem se chtěla zaměřit na dospělé osoby s mentálním postižením, které bych rozdělila dle věku do jednotlivých skupin a zkoumala, zda existuje souvislost mezi mírou vzdělávání těchto osob a využíváním sociálních služeb v rámci jejich socializace.

Při prostudování zdrojů a třídění materiálu jsem došla k závěru, že není přínosné ověřovat údaje, které jsou jasně dané, lze je ověřit ze spisové dokumentace příjemců příspěvku na péči nebo z jiných věrohodných zdrojů, a proto je není nutné dále zkoumat. Dle zjištěných zdrojů, jaké věkové kategorii osob s mentálním postižením jsou služby na Jesenicku zejména poskytovány a jaké věkové kategorii se týká oblast školního vzdělávání, následného vzdělávání, následného využívání služeb sociální a pracovní rehabilitace, jsem došla k závěru, že ve svém výzkumu se budu věnovat pouze kategorii dospělých osob s mentálním postižením ve věku 35 let a více, kteří jsou příjemci příspěvku na péči. Výzkum povedu s jejich blízkými pečujícími osobami. Dotazy budou adresovány osobám, které zajišťují péči. U kladení dotazů osobám s mentálním postižením nelze zaručit, zda bude pro ně otázka dostatečně srozumitelná, což je dané specifikami osobnosti těchto jedinců, a nemohla bych tak zaručit kritéria kvality zkoumání, validitu - platnost, reliabilitu - spolehlivost a reprezentativitu - zobecnitelnost. Základní soubor tvoří dlouhodobě pečující osoby o osoby s mentálním postižením, příjemce příspěvku na péči ve věku 35 let a více bydlící na Jesenicku. Tento věk jsem zvolila záměrně. V 90. letech minulého století vypracoval resort MŠMT několik interních směrnic, které si kladly za cíl odstranit segregační deformity, které Česká republika zdědila ze školského systému do roku 1989. Usnesením vlády ČR č. 256 ze 14. 4. 1998 došlo k odstranění institutu „osvobození od povinného vzdělávání“ a „osvobození od povinnosti docházet do školy“ ze Školského zákona č. 561/2004 Sb., v platném znění. V roce 2003 a 2005 byl proveden výzkum se zjištěním skutečného počtu absolventů kurzů. Michalík (1999) k tomu uvádí: *„Vysoký počet mladých lidí, kteří byli osvobozeni od povinné školní docházky a jejich zákonní zástupci neusilují o revizi tohoto rozhodnutí.“* V této době byli jedinci, kteří mají nyní 35 a více let, již plnoletí. Na základě výše uvedených skutečností jsem upravila název své bakalářské práce, který nyní zní „Sociální služby pro osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více na Jesenicku z pohledu pečujících osob“.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 Výzkumné šetření

Studiem zdrojů a tříděním materiálu jsem došla k tvrzení, že geografické rozmístění obyvatel v pohraničí Jesenicka a malá dostupnost u těchto obyvatel nerovnoměrně rozmístěných na rozsáhlém území má vliv na zájem o zajištění vzdělávání, zaměstnávání a sociálních služeb, a to nejen ze strany uživatelů služeb, ale i poskytovatelů těchto služeb. Udržitelnost sociálních služeb je ztížena i menšími platy pracovníků v pomáhajících profesích v tomto regionu. Během mého studia jsem si kladla otázku, zda významné změny, které nastaly po roce 1989 v oblasti přijetí osob se zdravotním postižením mezi majoritní společnost a vnímání rovných příležitostí pro všechny osoby bez rozdílu věku, pohlaví či zdravotního postižení, a to napříč všemi resorty i provázaně mezi nimi, se opravdu dotýkají všech osob, ve všech koutech naší republiky. I tato myšlenka mě utvrdila v mém přesvědčení uskutečnit výzkumné šetření a poukázat na rozdílnost vnímání osob s mentálním postižením, pokud taková je.

6.1 Cíle, výzkumné otázky, výzkumné předpoklady a stanovení statistických hypotéz

Cílem výzkumného šetření je analýza pokrytí sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více na Jesenicku.

Výzkumné otázky

1. Má geografické umístění rodiny s dospělou osobou s mentálním postižením ve věku 35 let a více vliv na spokojenost v rámci zajištění veřejné podpory (v oblastech zdravotnictví, vzdělávání, zaměstnávání, sociálních služeb)? Byl by pro tuto rodinu život ve větších městech snadnější?
2. Je zařazení osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více do pracovního procesu ovlivněno mírou jeho dosaženého vzdělání? Bylo by prospěšné nadále dosažené vědomosti a dovednosti s pomocí sociální služby rozvíjet?
3. Může být rodinný kruh bezpečí a jistota, kterou dává, pro rodiny dlouhodobě pečující o osobu s mentálním postižením v tomto věku dostačující?

4. Jak vnímá pečující osoba svoje postavení ve společnosti vlivem dlouhodobé péče? Dokáže zhodnotit náročnost péče v závislosti na její délce?
5. Jaký je postoj pečujících osob k zajištění míry pomoci, když nemohou péči samy zajistit?
6. Mají pečující osoby povědomí o tom, jaká sociální služba by byla pro jejich osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více nejvhodnější?
7. Přemýšlejí pečující osoby nad možností využití zařízení sociálních služeb pro jejich blízké osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více?

Výzkumné předpoklady

1. Geografické umístění rodiny s osobou s mentálním postižením ve věku 35 let a více má vliv na spokojenost této rodiny v rámci zajištění veřejné podpory. Život ve větších městech by byl pro tuto rodinu snadnější.
2. Vzdělání osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více hraje významnou roli při zařazení do pracovního procesu. Je prospěšné rozvíjet dosažené vědomosti a dovednosti s pomocí sociální služby.
3. Rodiny dlouhodobě pečující o osoby s mentálním postižením se více spoléhají samy na sebe, než aby požádaly o pomoc stát, veřejnou službu.
4. S délkou péče se zvyšuje pro pečující osoby její náročnost.
5. Pokud pečující osoba bude s péčí o osobu s mentálním postižením potřebovat pomoc, požádá blízkého člověka.
6. Pokud by pečující osoba mohla zajistit blízké osobě s mentálním postižením sociální službu, byla by to služba na podporu bydlení s pravidelnou pomocí.
7. Pokud by pečující osoba mohla zajistit blízké osobě s mentálním postižením zařízení sociálních služeb, byl by to domov pro osoby se zdravotním postižením.

Stanovení statistických hypotéz

1. H (a) Existuje statisticky významný rozdíl v názoru respondentů na vliv geografického umístění rodiny v rámci zajištění veřejné podpory.

H (0) Názor respondentů na vliv geografického umístění rodiny v rámci zajištění veřejné podpory je rovnoměrně zastoupen v celém spektru odpovědí.

2. H (a) S rostoucí délkou péče se u pečujících osob zvyšuje její náročnost.

H (0) Náročnost péče je pro pečující osoby po celou délku péče stejná.

3. H (a) Existuje statisticky významný rozdíl v četnosti volby daných sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením z nabízených možností.

H (0) Všechny sociální služby jsou pro osoby s mentálním postižením voleny rovnoměrně.

6.2 Výzkumné metody

Kvantitativní výzkum je objektivní způsob sběru dat, sběr dat probíhá pomocí standardizovaných technik rozhovorů, dotazníků nebo pozorování. Kvantitativní výzkum umožňuje testování teorií. Mezi jeho výhody patří relativně rychlý sběr dat a jejich rychlá analýza. Poskytuje přesná numerická data a jistotu, že výsledky jsou nezávislé na výzkumníkovi. (Olecká, 2010)

Každý výzkum se od druhého liší, ale posloupnost jednotlivých činností bývá následující (Chráska, 2007):

- stanovení problému, včetně předběžné teoretické analýzy,
- formulace hypotéz,
- testování (verifikace, ověřování hypotéz),
- vyvození závěrů a jejich prezentace.

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda, která byla realizována dotazníkovým šetřením. Jedním z hlavních rysů kvantitativního výzkumu je numerické měření specifických aspektů sledovaného jevu. Opírá se především o vymezení měřitelných proměnných. (Skutil, 2011)

Jedná se o záměrnou systematickou činnost, při které se využívá empirických metod, které ověřují a testují hypotézy týkající se vztahů mezi jevy (Chráska, 2016).

Hypotézou se rozumí předpoklad, tvrzení, podmíněný výrok o vztazích mezi dvěma či více proměnnými. Chápe se jako odpověď na výzkumnou otázku, musí být ověřitelná a měla by obsahovat dvě alternativy (platí - neplatí). (Skutil, 2011)

Při kvantitativním zpracování dat se hypotézy nejčastěji vztahují k dvojici proměnných a snaží se zjistit, zda je mezi nimi určitá souvislost, či zda mezi nimi souvislost není. Je zvykem stanovovat dvě hypotézy: hypotézu nulovou a hypotézu alternativní, která je negací hypotézy nulové. (Skutil, 2011)

Na základě statistického zpracování dat byl použit test pro statistické testování hypotéz metodou chí - kvadrát. Údaje byly zapsány do kontingenční tabulky. Pokud vyjde hodnota chí - kvadrát vypočtená z konkrétních dat větší než hodnota teoreticky vypočtená, pak můžeme nulovou hypotézu zamítnout. (Skutil, 2011)

Vlastnostem (proměnným) objektů se při kvantitativním zkoumání říká znaky. Proces převodu pojmů na zkoumatelné ukazatele se nazývá operacionalizace. (Reichel, 2009)

Jak dále autor uvádí v příkladech, lze pojem věk převést do zkoumatelného znaku pomocí intervalu dle počtu let, znak je tříditelný, měřitelný a věrohodnost lze zaručit dotazem na číslovku posledních narozenin zkoumané osoby.

Věrohodnost znaků bude v tomto výzkumném šetření zachována i tou skutečností, že údaje o respondentech a osobách s mentálním postižením, kterým zajišťují pomoc v rámci příspěvku na péči, jsou ověřeny ze spisových dokumentací. Dle Zákona o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb., v platném znění, se zaručuji zachováním anonymity, k čemuž mě váží i morální zásady, které jsou zakotveny v Etickém kodexu sociálních pracovníků České republiky. Souhlas s výzkumným šetřením jsem získala od svého zaměstnavatele při zachování anonymity respondentů a jejich rodinných příslušníků.

Podstatou dotazníku je zjištění dat o respondentovi, ale i jeho názorů a postojů k problémům, které dotazujícího zajímají. Dotazník je psaný soubor otázek. (Skutil, 2011)

Zvolila jsem několik typů otázek, a to uzavřené (dichotomické) otázky. Nabízejí respondentovi varianty odpovědí, z nichž si dotazovaný musí vybrat. Výhodou tohoto typu otázek je jejich relativně snadné vyhodnocení, nevýhodou je, že omezují respondenta ve vyjádření vlastního názoru. (Skutil, 2011)

Dále jsem použila otázky uzavřené, polytomické otázky výběrové, kdy respondent může vybrat pouze jednu jedinou variantu. (Reichel, 2009)

Dalším typem otázek v dotazníku jsou škálové otázky, a to Likertovy škály, které se používají na měření postojů a názorů lidí, používá se nejčastěji 5 stupňů. (Skutil, 2011) V dotazníku jsou použity i intervalové škály.

6.3 Vymezení respondentů

Základní soubor je tvořen množinou respondentů, a to pečujících osob o osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více, kteří bydlí na Jesenicku a jsou příjemci příspěvku na péči. Termín Jesenicko je synonymem termínu okres Jeseník, jehož základní údaje jsou uvedeny v teoretické části. Obce, které spadají do tohoto okresu, se shodují s obcemi, které v rámci příspěvku na péči zahrnuje Kontaktní pracoviště Jeseník, Kontaktní pracoviště Javorník a Detašované pracoviště Zlaté Hory. K zajištění spolehlivého měřicího nástroje byl použit příspěvek na péči. Tito příjemci jsou v rámci vyřizování příspěvku na péči rozdělení na Jesenicku dle místa bydliště do výše uvedených tří pracovišť Úřadu práce ČR, Krajské pobočky v Olomouci. Město Jeseník je největší, i v rámci zajištění péče napříč všemi resorty, město Javorník je vzdáleno od Jeseníku asi 30 km a společně s přilehlými obcemi Javornicka je tato vzdálenost kolem 40 km, stejně tak město Zlaté Hory je vzdáleno od Jeseníku asi 30 km a společně s okolními obcemi je tato vzdálenost kolem 40 km. Odborná péče napříč všemi resorty je zajištěna ve velkých městech, Olomouci, Opavě, Ostravě, Brně. Cílovou skupinu, respondenty, tvoří osoby pečující o všechny jedince s mentálním postižením ve věku 35 let a více, kteří jsou přesně dle těchto kritérií (věku a pobírání příspěvku na péči) vybráni z celkové skupiny osob pečujících o příjemce příspěvku na péči na Jesenicku. Bude zkoumán celý základní vzorek, tzv. vyčerpávající výběr. (Skutil, 2011) Cílová skupina je tvořena 47 respondenty. Dotazník zodpovědělo 38 respondentů, 9 respondentů na dotazník nereagovalo.

6.4 Organizace

Před samotným započítáním výzkumu byl sestaven dotazník zaměřený na sedm výše uvedených otázek. Poté byl proveden předvýzkum s účastí 10 respondentů vybraných ze základního vzorku. Předvýzkum je důležitý zejména pro to, abychom zjistili, zda otázky v dotazníku jsou srozumitelné a zda nám přinášejí odpovědi opravdu na to, co chceme zjistit. Odhalí, zda není příliš náročný a nezabírá velké množství času. Délka vyplňování dotazníku by neměla přesáhnout 20 minut. (Skutil, 2011)

Vzhledem k tomu, že u dotazníků zaslaných poštou je problém v jejich návratnosti, byla respondentům v rámci předvýzkumu nabídnuta i možnost dotazování elektronickou poštou a telefonickým dotazováním s tištěným záznamovým archem rozhovoru v rámci strukturovaného rozhovoru, kdy sdělí odpovědi osobě vedoucí výzkum. Dotazník k předvýzkumu je příloze č. 1. společně s motivačním dopisem. Následně bylo provedeno výzkumné šetření. Dotazník k výzkumu je příloze č. 2 společně s motivačním dopisem.

6.5 Výsledky výzkumného šetření

Byl proveden předvýzkum s náhodně vybranými deseti respondenty ze základního vzorku. Předvýzkum byl použit z důvodu zjištění zájmu o toto téma u osob, kterých se přímo týká, dále tímto způsobem byl zkoumán způsob dotazování v předvýzkumu i samotném výzkumu. V tabulce č. 1 je uvedeno, že celých 100 % dotazovaných zvolilo telefonické dotazování v předvýzkumu jako vhodné.

	Je vhodné využít telefonického dotazování v rámci předvýzkumu	
	Ano	Ne
Absolutní četnost	10	0
Relativní četnost	100,00%	0,00%

Tabulka č. 1 - telefonické dotazování

	Zájem o vyplnění následného dotazníku zaměřeného na zajištění sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením na Jesenicku ve věku 35 let a více	
	Ano	Ne
Absolutní četnost	10	0
Relativní četnost	100,00%	0,00%

Tabulka č. 2 - zájem o zajištění sociálních služeb

V tabulce č. 2 všech 100 % dotazovaných uvádí zájem o zjištění sociální služby, kterou by z pohledu respondentů mohly osoby s mentálním postižením využívat. Poslední tabulka uvádí, že plný počet respondentů dává přednost telefonickému dotazování u samotného výzkumu před možností zaslání dotazníku elektronickou poštou nebo poštou s obálkou, známkou a zpáteční adresou.

	Jakou formu upřednostním		
	Telefonicky	Pomocí e-mailu	Poštou s obálkou, známkou a zpáteční adresou
Absolutní četnost	10	0	0
Relativní četnost	100,00%	0,00%	0,00%

Tabulka č. 3 – forma dotazování

Celkem bylo vybráno 47 respondentů, kteří zajišťují pomoc osobám s mentálním postižením na Jesenicku ve věku 35 let a více, kteří jsou příjemci příspěvku na péči a bydlí v domácím prostředí, tj. nejsou umístěni v žádném pobytovém zařízení. Výzkum byl veden s 38 respondenty, se kterými byl navázán kontakt, projevíli zájem o výzkum a výzkumu se skutečně zúčastnili. V níže uvedené tabulce č. 4, která pro svou obsáhlost byla rozdělena na

dvě části, je uveden základní přehled o respondentech a osobách s mentálním postižením ve věku 35 let a více, kterým je zajišťována péče.

Věk respondentů				
	Do 45 let	46–60 let	61–75 let	76 let a více
Absolutní četnost	2	8	25	3
Relativní četnost	5,26%	21,05%	65,79%	7,89%
Věk osoby s mentálním postižením, o kterou je pečováno				
	35–40 let	41–50 let	51–60 let	
Absolutní četnost	13	18	7	
Relativní četnost	34,21%	47,37%	18,42%	
Stupeň závislosti dle zákona o sociálních službách				
	I.	II.	III.	IV.
Absolutní četnost	11	13	11	3
Relativní četnost	28,95%	34,21%	28,95%	7,89%

Tabulka č. 4 - základní údaje o respondentech a osobách s mentálním postižením, část I.

Bydliště v okrese Jeseník						
Respondent bydlí s pečovaným v Jeseníku	Respondent bydlí s pečovaným do 15 km od Jeseníku	Respondent bydlí s pečovaným v Javorníku	Respondent bydlí s pečovaným do 15 km od Javorníku	Respondent bydlí s pečovaným ve Zlatých Horách	Respondent bydlí s pečovaným do 15 km od Zlatých Hor	Nebydlí spolu, respondent za péči dochází
11	8	2	4	3	5	5
28,95%	21,05%	5,26%	10,53%	7,89%	13,16%	13,16%
Vztah respondenta k pečované osobě						
Rodič	Sourozenec	Jiná blízká osoba	Asistent sociální péče			
28	6	2	2			
73,68%	15,79%	5,26%	5,26%			
Délka trvání péče respondenta						
do 10 let	11–20 let	21–30 let	31–40 let	41 let a více		
0	9	5	14	10		
0,00%	23,68%	13,16%	36,84%	26,32%		

Tabulka č. 4 - základní údaje o respondentech a osobách s mentálním postižením, část II.

Zkoumáním bylo zjištěno, že nejvíce respondentů je ve věkové kategorii 61–75 let, což je 65,79 % z dotazovaných, na druhém místě jsou osoby do 60 let věku, na třetím místě jsou osoby ve věku 76 let a více a nejméně osob, které zajišťují tuto péči, je ve věku do 45 let.

Osob s mentálním postižením, kterým je péče zajišťována v domácím prostředí, je nejvíce ve věku 41–50 let, což je 47,37 %, na druhém místě jsou osoby starší 35 let a nejméně osob je ve věku 51–60 let.

Příspěvek na péči pobírají osoby s mentálním postižením nejvíce ve II. stupni závislosti, tj. 34,21 %, osob pobírajících příspěvek na péči v I. a III. stupni závislosti je stejný počet, tj. 28,95 %, a nejméně osob je příjemcem příspěvku ve IV. stupni závislosti.

Nejvíce respondentů žije společně s osobou s mentálním postižením v Jeseníku, tj. 28,95 %, na druhém místě jsou rodiny žijící do 15 km od Jeseníku, další v pořadí jsou rodiny žijící do

15 km od Zlatých Hor. Na stejném místě se umístili respondenti, kteří s osobou s mentálním postižením nebydlí, ale docházejí za ní do obydlí. Na dalším místě jsou respondenti žijící společně s osobou s mentálním postižením do 15 km od Javorníku, pokračují rodiny žijící přímo ve Zlatých Horách a na posledním místě jsou rodiny žijící v Javorníku.

Nejvíce zajišťují péči o osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více jejich rodiče, což je 73,68 %, na druhém místě jsou sourozenci a třetí místo zastupují rovnocenně jiné blízké osoby a asistenti sociální péče.

Z dotazovaných respondentů zajišťují péči všichni déle než 10 let, největší skupina respondentů pečuje o osoby s mentálním postižením 31–40 let, což je 36,84 %, na druhém místě jsou respondenti pečující 41 a více let, respondenti poskytující pomoc 11 – 20 let jsou na třetím místě a nejméně je respondentů pečujících v délce 21 – 30 let.

Výzkumný předpoklad č. 1:

Geografické umístění rodiny s dospělou osobou s mentálním postižením ve věku 35 let a více má vliv na spokojenost této rodiny v rámci zajištění veřejné podpory. Život ve větších městech by byl pro tuto rodinu snadnější.

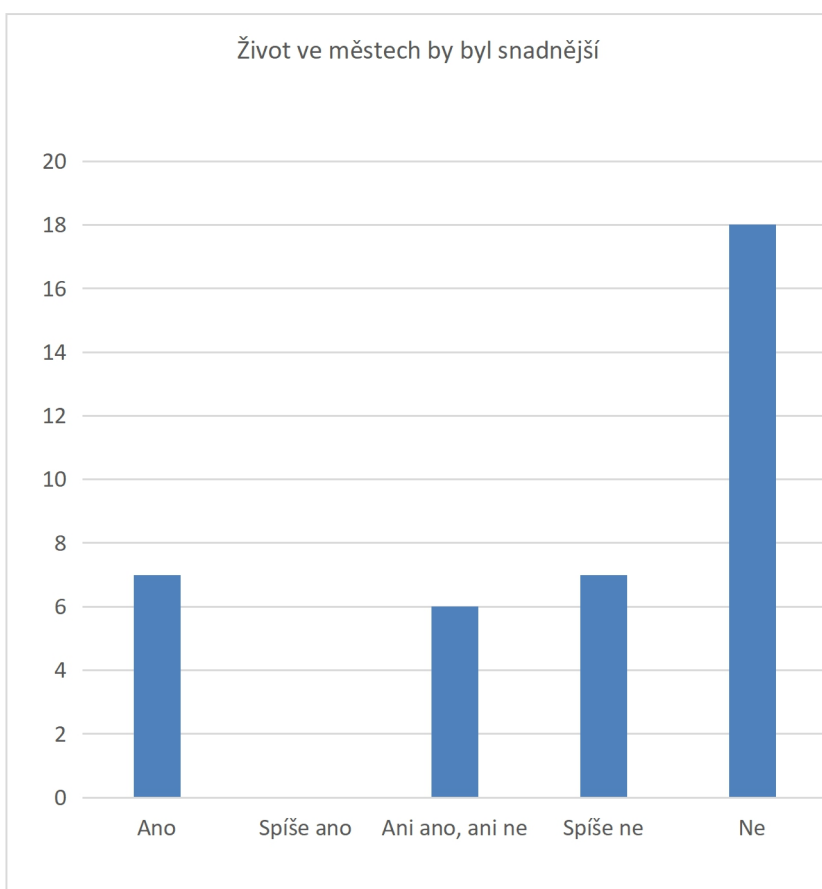
Z níže uvedené tabulky č. 5 vyplývá, že pro 47,37 % respondentů by život pro rodiny s dospělou osobou s mentálním postižením nebyl snadnější, dalších 18,42 % uvádí odpověď spíše ne. Stejný počet respondentů se domnívá, že by život ve větších městech snadnější byl, a 15,79 % respondentů je nerozhodných, uvádí ani ano, ani ne. Tabulka je doplněna grafem č. 1.

Respondentům, kteří odpověděli kladně, tj. ano, spíše ano, byla určena další otázka, na kterou 100 % těchto respondentů odpovědělo, že tento snadnější život může být dosažen i v menších městech zajištěním veřejné podpory, zejména kvalitních sociálních služeb.

Na základě odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření se výzkumný předpoklad č. 1 nepotvrdil.

	Byl by život ve větších městech snadnější?				
	Ano	Spíše ano	Ani ano, ani ne	Spíše ne	Ne
Absolutní četnost	7	0	6	7	18
Relativní četnost	18,42%	0,00%	15,79%	18,42%	47,37%

Tabulka č. 5 - život ve větších městech



Graf č. 1 - život ve větších městech

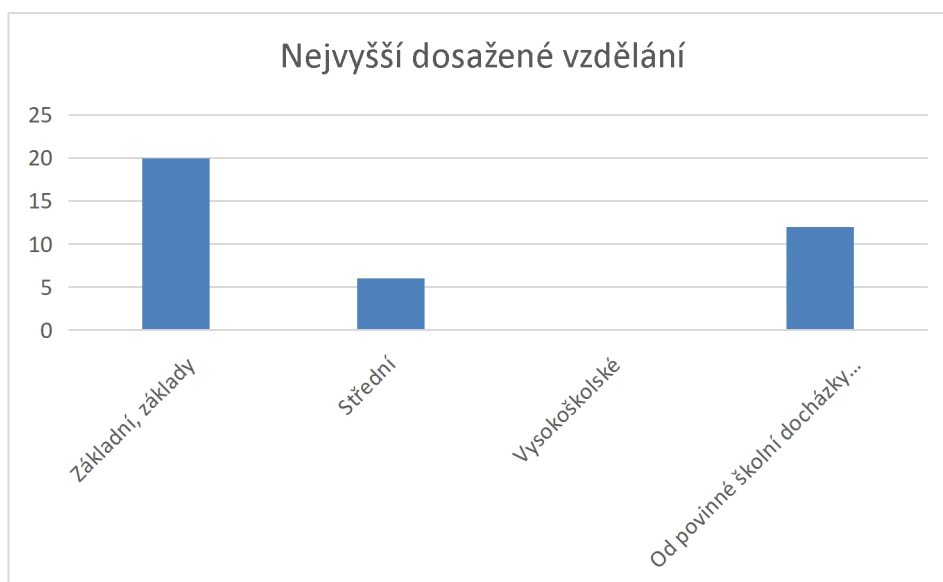
Výzkumný předpoklad č. 2:

Vzdělání osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více hraje významnou roli při zařazení do pracovního procesu. Je prospěšné rozvíjet dosažené vědomosti a dovednosti s pomocí sociální služby.

Z tabulky č. 6 vyplývá, že 52, 63 % osob s mentálním postižením ve věku 35 let a více má dosažené základní vzdělání nebo má základy vzdělání. Na druhém místě jsou osoby, které byly od povinném školní docházky osvobozeny, a to 31,58 %, středního vzdělání dosáhlo 15,79 %, vysokoškolské vzdělání nemá žádná z těchto osob. Tabulka je doplněna grafem č. 2.

	Nejvyšší dosažené vzdělání			
	Základní, základy	Střední	Vysokoškolské	Od povinné školní docházky byla osoba osvobozena
Absolutní četnost	20	6	0	12
Relativní četnost	52,63%	15,79%	0,00%	31,58%

Tabulka č. 6 - nejvyšší dosažené vzdělání

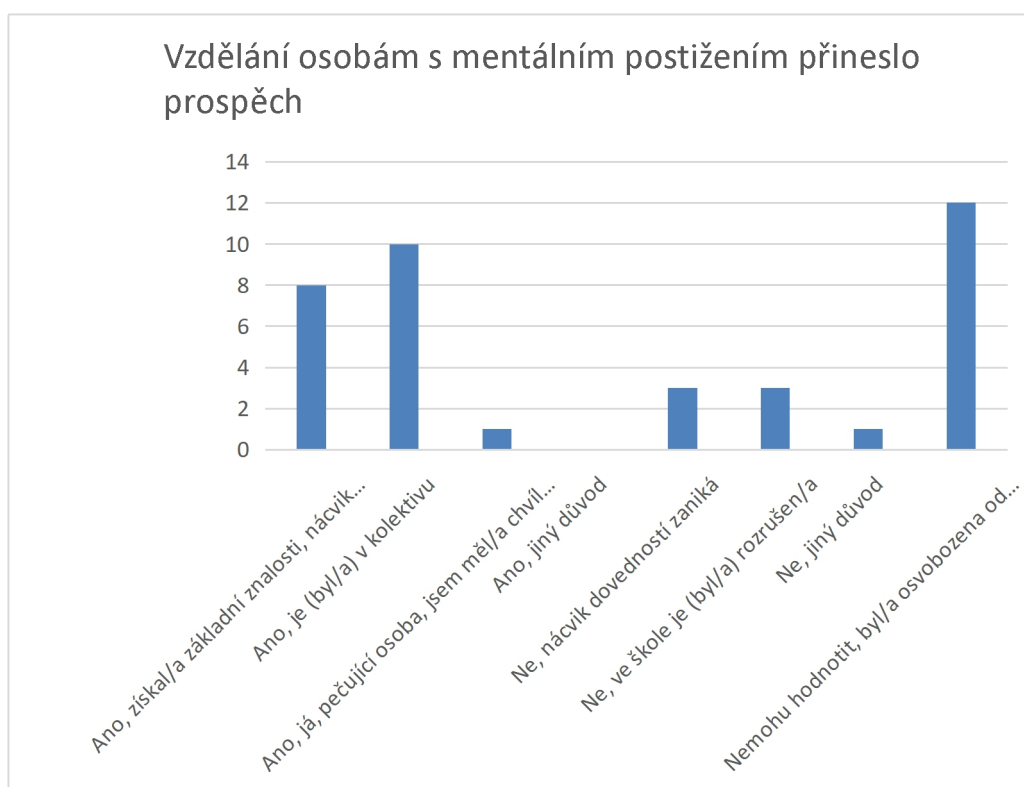


Graf č. 2 - nejvyšší dosažené vzdělání

Dle níže uvedené tabulky č. 7 je zřejmé, že 31,58 % respondentů nemůže zhodnotit, zda vzdělávání osobám s mentálním postižením přineslo prospěch, protože byly tyto osoby osvobozeny od povinné školní docházky. 26,32 % respondentů vidí prospěch v zařazení do kolektivu, 21,05 % vidí prospěch v získání základních znalostí, nácviku sebeobsluhy a pracovních dovedností. 7,89 % respondentů uvádí, že žádný prospěch nevidí, protože osoba nácvik dovedností ztrácí, stejné procento respondentů ve vzdělávání prospěch nevidí, protože osoba byla ve škole rozrušena, malé procento respondentů vidí prospěch v odpočinku pečující osoby, malé procento prospěch nevidí z jiných důvodů. Tabulka je doplněna grafem č. 3.

Vzdělání osobám s mentálním postižením přineslo prospěch								
	Ano, získal/a základní znalosti, nácvik sebeobsluhy, pracovní dovednosti	Ano, je (byl/a) v kolektivu	Ano, já, pečující osoba, jsem měl/a chvíli na odpočinek	Ano, jiný důvod	Ne, nácvik dovedností zaniká	Ne, ve škole je (byl/a) rozrušen/a	Ne, jiný důvod	Nemohu hodnotit, byl/a osvobozena od povinné školní docházky
Absolutní četnost	8	10	1	0	3	3	1	12
Relativní četnost	21,05%	26,32%	2,63%	0,00%	7,89%	7,89%	2,63%	31,58%

Tabulka č. 7 - vzdělání přineslo prospěch



Graf č. 3 - vzdělání přineslo prospěch

V tabulce č. 8 uvádí 42, 11 % respondentů, že je pro osoby s mentálním postižením dobré zajistit sociální službu na procvičení základních dovedností. Na druhém místě respondenti volí odpověď spíše ne, což je 31,58 %, na třetím místě uvádí odpověď ne, což je 21,05 %, odpověď ani ano, ani ne, uvádí 5,26 % a odpověď spíše ano neuvádí žádný respondent. Celkově tedy respondenti uvádějí více záporných odpovědí. Tabulka je doplněna grafem č. 4.

	Je dobré zajistit sociální službu v rámci celoživotního vzdělávání na procvičení základních dovedností?				
	Ano	Spíše ano	Ani ano, ani ne	Spíše ne	Ne
Absolutní četnost	16	0	2	12	8
Relativní četnost	42,11%	0,00%	5,26%	31,58%	21,05%

Tabulka č. 8 - služba na procvičení získaných dovedností

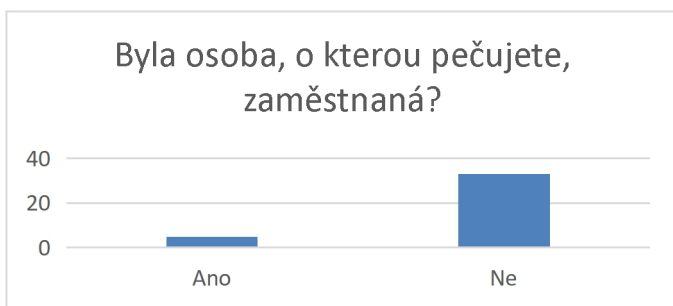


Graf č. 4 - služba na procvičení získaných dovedností

V níže uvedené tabulce č. 9 uvádí 86,84 % respondentů, že osoba, o kterou pečuje, zaměstnána nebyla, osob s mentálním postižením bylo zaměstnáno 13, 16 %. Je doplněna grafem č. 5.

	Byla osoba, o kterou pečujete, zaměstnaná?	
	Ano	Ne
Absolutní četnost	5	33
Relativní četnost	13,16%	86,84%

Tabulka č. 9 - zaměstnání osoby s mentálním postižením

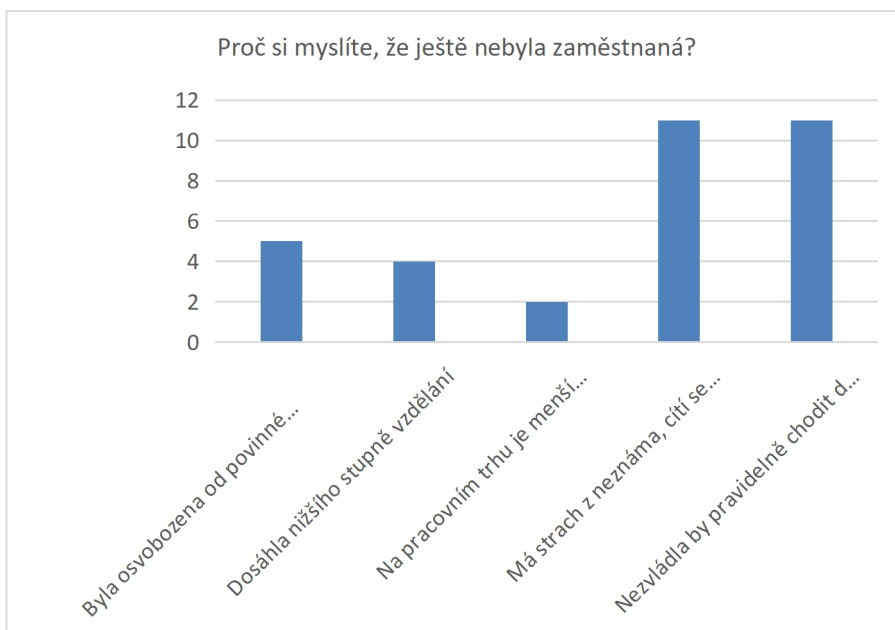


Graf č. 5 - zaměstnání osoby s mentálním postižením

V tabulce č. 10 doplněné grafem č. 6 uvádí respondenti pečujících osob jako důvod jejich nezaměstnání v 33,33 %, že osoba má strach z neznáma, a stejný počet uvádí, že by nezvládla pravidelně docházet do práce. 15,15 % vidí důvod v osvobození od povinné školní docházky, na dalším místě je nižší stupeň vzdělání a nejméně uvádí menší nabídku práce.

	Proč si myslíte, že ještě nebyla zaměstnaná?				
	Byla osvobozena od povinné školní docházky	Dosáhla nižšího stupně vzdělání	Na pracovním trhu je menší nabídka práce	Má strach z neznáma, cítí se nejistě	Nezvládla by pravidelně chodit do práce
Absolutní četnost	5	4	2	11	11
Relativní četnost	15,15%	12,12%	6,06%	33,33%	33,33%

Tabulka č. 10 - důvod nezaměstnání



Graf č. 6 - důvod nezaměstnání

Na základě odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření se výzkumný předpoklad č. 2 v první části nepotvrdil. Téměř 70 % osob s mentálním postižením má institucionální vzdělání, přesto 86,84 % osob s mentálním postižením nebylo nikdy zaměstnáno. Zjištění, že 31,58 % osob s mentálním postižením ve věku 35 let a více bylo osvobozeno od povinné školní docházky, není zanedbatelné. Výzkumný předpoklad se nepotvrdil ani v druhé části. Více jak 50 % respondentů nevidí důvod rozvíjet dosažené vědomosti a dovednosti s pomocí sociální služby. Kolem 40 % respondentů prospěch vidí. Více jak 30 % respondentů nemůže hodnotit, zda přineslo vzdělání osobám s mentálním postižením prospěch, protože byly osvobozeny od povinné školní docházky.

Výzkumný předpoklad č. 3:

Rodiny dlouhodobě pečující o osoby s mentálním postižením se více spoléhají samy na sebe, než aby požádaly o pomoc stát, veřejnou službu.

	Je pro vás bezpečnější spoléhat sami na sebe, než žádat o pomoc stát				
	Ano	Spíše ano	Ani ano, ani ne	Spíše ne	Ne
Absolutní četnost	24	9	2	2	1
Relativní četnost	63,16%	23,68%	5,26%	5,26%	2,63%

Tabulka č. 11 – je bezpečné spoléhat sami na sebe



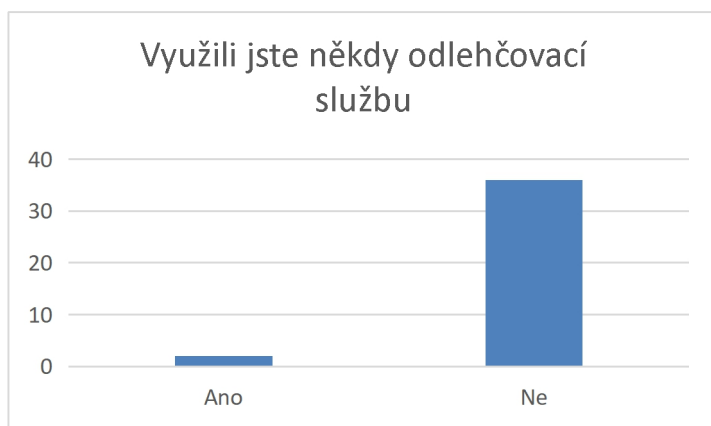
Graf č. 7 - je bezpečné spoléhat sami na sebe

Ve výše uvedené tabulce č. 11 doplněné o graf č. 7 uvádí 63,16 % respondentů, že je pro ně jako pro rodinu pečující o osobu s mentálním postižením bezpečnější spoléhat sami na sebe, než požádat o pomoc stát-veřejnou službu. Jako odpověď spíše ano uvádí 23,68 % respondentů, na třetím místě jsou respondenti, kteří uvádějí odpověď ani ano, ani ne, v malém zastoupení jsou poté odpovědi spíše ne a ne.

Z níže uvedené tabulky č. 12 je zřejmé, že 94,74 % respondentů nikdy nevyužilo pro své blízké osoby odlehčovací službu. Tabulka je doplněna o graf č. 8.

	Využili jste někdy odlehčovací službu	
	Ano	Ne
Absolutní četnost	2	36
Relativní četnost	5,26%	94,74%

Tabulka č. 12 - využití odlehčovací služby

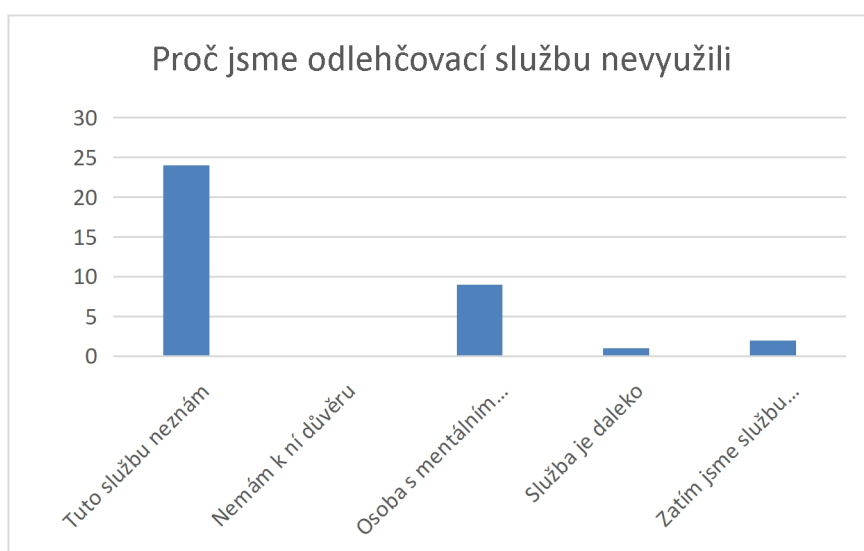


Graf č. 8 - využití odlehčovací služby

V následující tabulce č. 13 je uvedeno, že 66,67 % respondentů tuto službu nevyužilo, protože ji vůbec nezná. Na druhém místě uvedli jako odpověď, proč službu nevyužili, že osoba s mentálním postižením není zvyklá na jiné prostředí, jiné lidi. Následuje odpověď respondentů, že službu nepotřebovali, malé procento uvedlo, že je služba daleko, nikdo nevedl jako důvod nedůvěry k této službě. Tabulka je doplněna grafem č. 9.

	Proč jsme odlehčovací službu nevyužili				
	Tuto službu neznám	Nemám k ní důvěru	Osoba s mentálním postižením není zvyklá na jiné prostředí, lidi	Služba je daleko	Zatím jsme službu nepotřebovali
Absolutní četnost	24	0	9	1	2
Relativní četnost	66,67%	0,00%	25,00%	2,78%	5,56%

Tabulka č. 13 - důvod nevyužití této služby

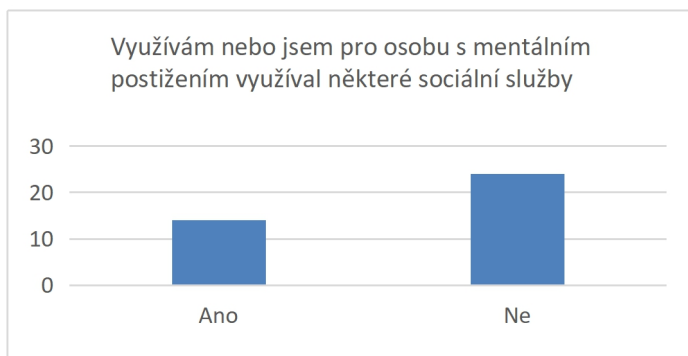


Graf č. 9 - důvod nevyužití této služby

V níže uvedené tabulce č. 14 je uvedeno, že 63,16 % respondentů nevyužívá ani v minulosti nevyužívalo pro pečovanou osobu některou ze sociálních služeb. 36,84 % odpovědělo ano. Tabulka je doplněna o graf č. 10.

	Vyžívám nebo jsem pro osobu s mentálním postižením využíval některé sociální služby	
	Ano	Ne
Absolutní četnost	14	24
Relativní četnost	36,84%	63,16%

Tabulka č. 14 - využití sociálních služeb

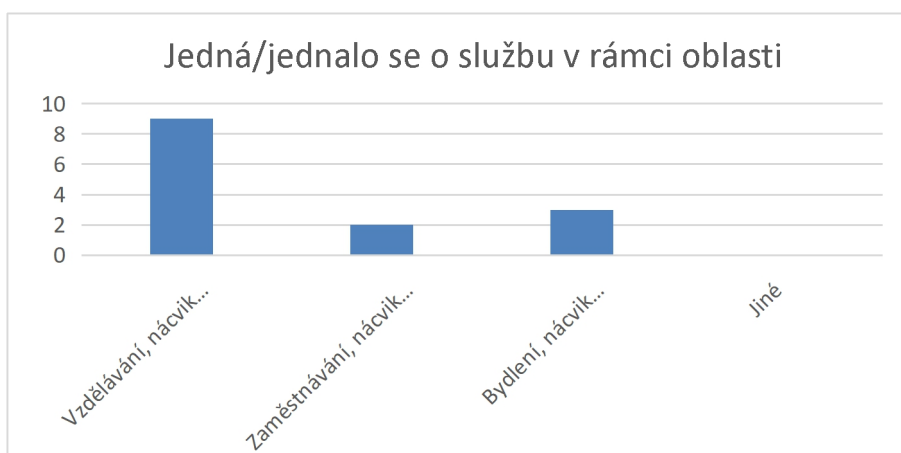


Graf č. 10 - využití sociálních služeb

V tabulce č. 15, která je níže uvedena společně s grafem č. 11, uváděli odpovědi pouze respondenti, kteří využívali některou ze sociálních služeb, 64, 29 % uvedlo, že se jednalo o službu v oblasti vzdělávání, 21, 42 % uvádí službu v oblasti bydlení, 14, 29 % v oblasti zaměstnávání, službu v jiné oblasti ne zvolil žádný respondent.

	Jedná/jednalo se o službu v rámci oblasti			
	Vzdělávání, nácvik sebeobslužných činností a praktických dovedností	Zaměstnávání, nácvik pracovních dovedností	Bydlení, nácvik praktických dovedností v domácnosti	Jiné
Absolutní četnost	9	2	3	0
Relativní četnost	64,29%	14,29%	21,42%	0,00%

Tabulka č. 15 – jakou službu osoby s mentálním postižením využívají/ly



Graf č. 11 – jakou službu osoby s mentální postižením využívají/ly

Na základě odpovědí respondentů se výzkumný předpoklad č. 3 nepotvrdil, což dokazují i následující otázky s výzkumnou otázkou související. Většina rodin nikdy nevyužila odlehčovací službu ani tuto službu nezná a více jak 60 % osob s mentálním postižením nevyužívá ani nevyužívalo žádnou sociální službu.

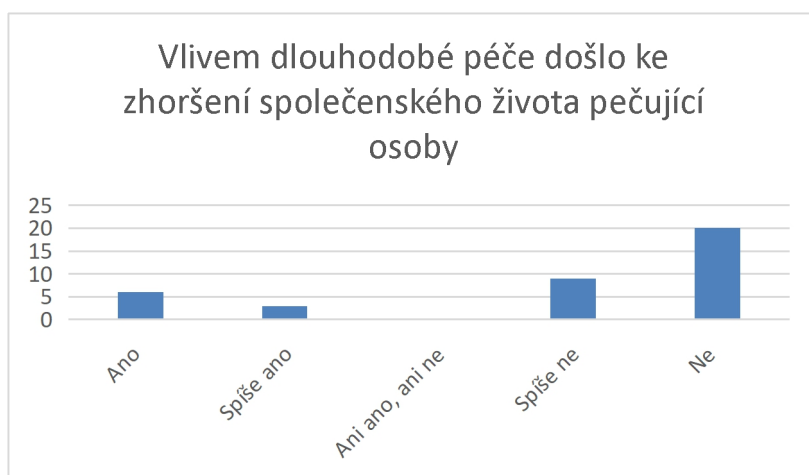
Výzkumný předpoklad č. 4:

S délkou péče se pro pečující osoby zvyšuje její náročnost.

V níže uvedené tabulce č. 16 doplněné o graf č. 12 uvádí 52,64 % respondentů, že vlivem dlouhodobé péče u nich nedošlo ke zhoršení společenského života. Odpověď spíše ne uvedlo 23,68 % dotazovaných, na třetím místě jsou respondenti s odpovědí ano, tzn.. 15,79 % respondentů uvádí, že vlivem péče u nich došlo ke zhoršení společenského života, spíše ano uvádí 7,89 % a odpověď ani ano, ani ne nevedl žádný respondent.

	Vlivem dlouhodobé péče došlo ke zhoršení společenského života pečující osoby				
	Ano	Spíše ano	Ani ano, ani ne	Spíše ne	Ne
Absolutní četnost	6	3	0	9	20
Relativní četnost	15,79%	7,89%	0,00%	23,68%	52,64%

Tabulka č. 16 - zhoršení společenského života



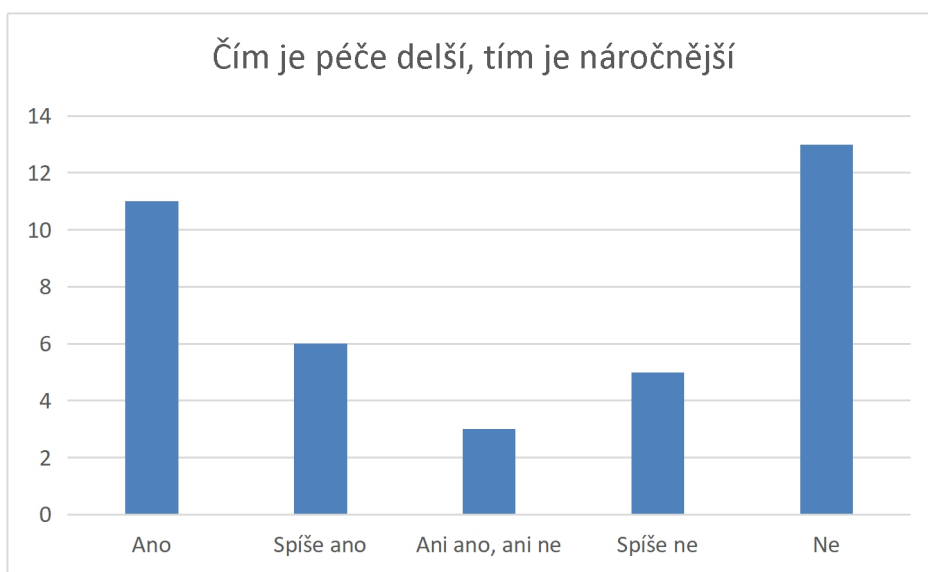
Graf č. 12 - zhoršení společenského života

V následující tabulce č. 17 jsou odpovědi respondentů na tvrzení, že čím je péče delší, tím je náročnější, téměř vyrovnané. 34,21 % respondentů s tímto nesouhlasí, 28,95 % respondentů

s tímto souhlasí, spíše ano uvádí 15, 79 % respondentů a spíše ne uvádí 13, 16 %, nerozhodných respondentů, kteří uvádějí ani ano, ani ne, je 7, 89 %. Je doplněna o graf č. 13.

	Čím je péče delší, tím je náročnější				
	Ano	Spíše ano	Ani ano, ani ne	Spíše ne	Ne
Absolutní četnost	11	6	3	5	13
Relativní četnost	28,95%	15,79%	7,89%	13,16%	34,21%

Tabulka č. 17 - náročnost péče

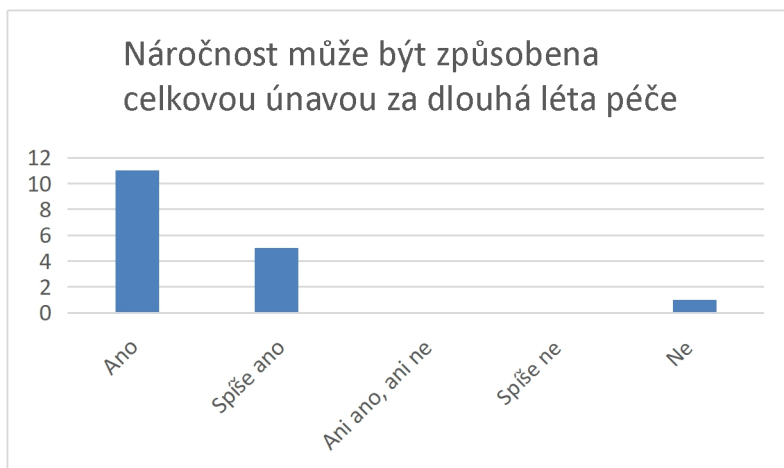


Graf č. 13 - náročnost péče

V níže uvedené tabulce č. 18 se vyjadřují pouze respondenti, kteří v tabulce č. 17 odpověděli kladně, tj. ano, spíše ano. Celkem 64, 71 % respondentů vidí náročnost péče v celkové únavě způsobené touto dlouholetou péčí, 29, 41 % odpovědělo spíše ano, 5, 88 % si to nemyslí. Tabulka je doplněna o graf č. 14.

	Náročnost může být způsobena celkovou únavou za dlouhá léta péče				
	Ano	Spíše ano	Ani ano, ani ne	Spíše ne	Ne
Absolutní četnost	11	5	0	0	1
Relativní četnost	64,71%	29,41%	0,00%	0,00%	5,88%

Tabulka č. 18 - náročnost a celková únava

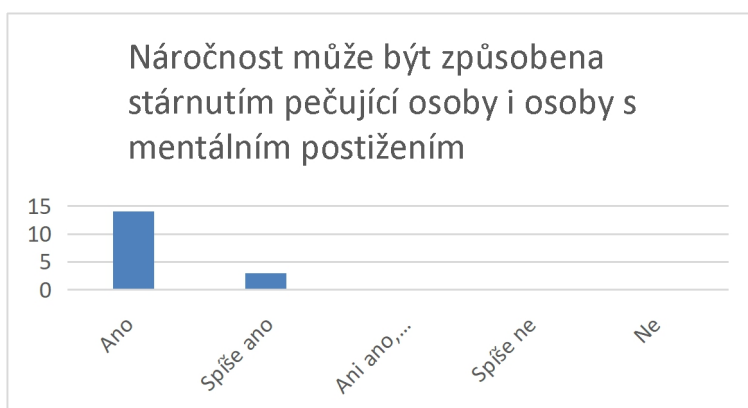


Graf č. 14 - náročnost a celková únava

V následující tabulce č. 19 se také vyjadřují pouze respondenti, kteří v tabulce č. 17 odpověděli kladně. Na tvrzení, zda náročnost může být způsobena stárnutím pečující osoby i osoby s mentálním postižením, odpovědělo kladně 82,35 % respondentů, spíše ano uvedlo 17,65 %, žádný z respondentů nevedl odpověď ne, spíše ne nebo nerozhodnou odpověď ani ano, ani ne. Tabulka je doplněna grafem č. 15.

	Náročnost může být způsobena stárnutím pečující osoby i osoby s mentálním postižením				
	Ano	Spíše ano	Ani ano, ani ne	Spíše ne	Ne
Absolutní četnost	14	3	0	0	0
Relativní četnost	82,35%	17,65%	0,00%	0,00%	0,00%

Tabulka č. 19 - náročnost a stárnutí



Graf č. 15 - náročnost a stárnutí

Na základě odpovědí respondentů se sice výzkumný předpoklad č. 4 sice nepotvrdil, ale odpovědi respondentů jsou velmi vyrovnané, více jak 47 % respondentů si nemyslí, že čím déle pečující osoby zajišťují osobám s mentálním postižením péči, tím je tato péče náročnější. Okolo 45 % respondentů tuto náročnost v dlouhodobé péči vidí, náročnost spojují i se stárnutím a únavou způsobenou dlouhodobou péčí. Zbylé procento respondentů uvádí nerozhodnou odpověď ani ano, ani ne.

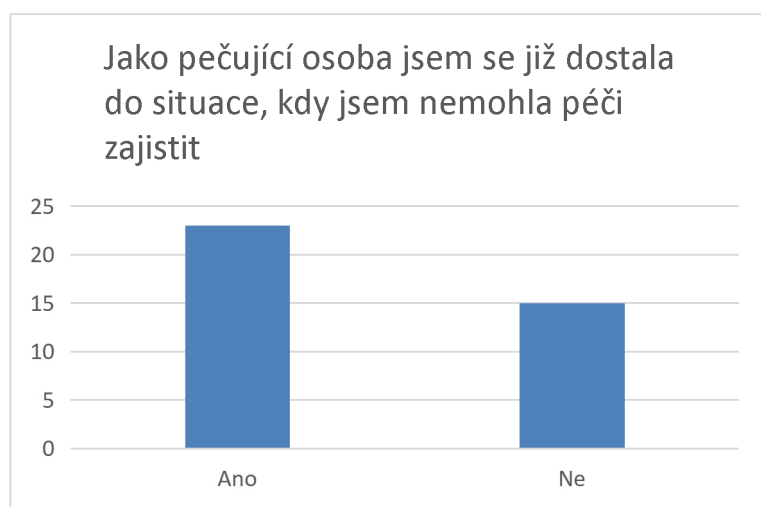
Výzkumný předpoklad č. 5:

Pokud pečující osoba bude s péčí o osobu s mentálním postižením potřebovat pomoc, požádá blízkého člověka.

V níže uvedené tabulce č. 20 doplněné grafem č. 16 uvedlo 60, 53 % respondentů, že se dostali do situace, kdy nemohli sami pomoc zajistit. Zbýlých 39, 47 % tuto situaci ještě nezažilo.

	Jako pečující osoba jsem se již dostala do situace, kdy jsem nemohla péči zajistit	
	Ano	Ne
Absolutní četnost	23	15
Relativní četnost	60,53%	39,47%

Tabulka č. 20 – pomoc nemůže zajistit pečující osoba

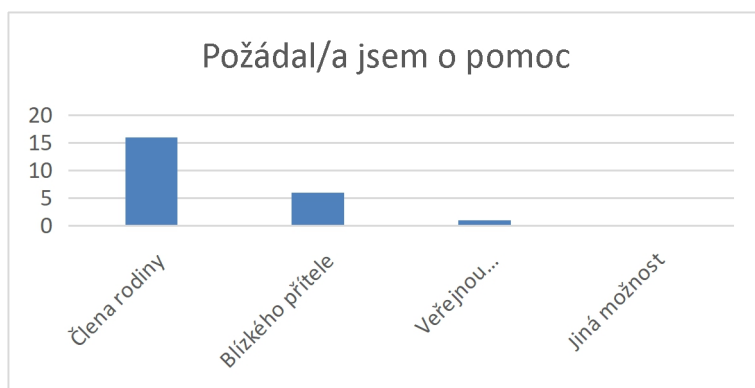


Graf č. 16 – pomoc nemůže zajistit pečující osoba

V následující tabulce č. 21 doplněné o graf č. 17 jsou uvedeny odpovědi pouze těch respondentů, kteří odpověděli v tabulce č. 20 ano. Na dotaz, koho požádali v této situaci o pomoc, uvedlo 69,75 % respondentů, že požádali člena rodiny. 26,09 % požádalo blízkého přítele a 4,35 % požádalo o pomoc stát-veřejnou službu. Jiná možnost nebyla zvolena.

	Požádal/a jsem o pomoc			
	Člena rodiny	Blízkého přítele	Veřejnou službu (stát)	Jiná možnost
Absolutní četnost	16	6	1	0
Relativní četnost	69,57%	26,09%	4,35%	0,00%

Tabulka č. 21 – koho žádat o pomoc

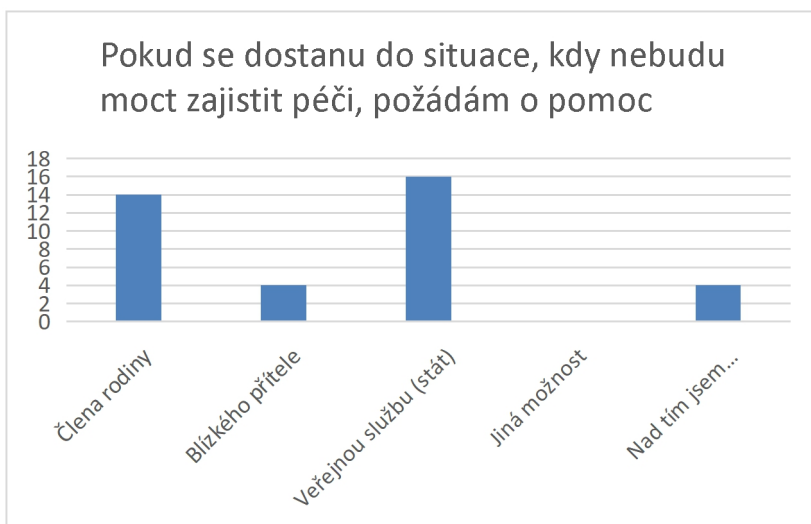


Graf č. 17 – koho žádat o pomoc

V tabulce č. 22 se vyjadřují respondenti k situaci, kdy již nebudou moct péči zajistit. Nejvíce respondentů by požádalo o pomoc stát-veřejnou službu, což je 42,11 %, o něco málo méně respondentů by požádalo o pomoc člena rodiny, tj. 36,84 %, blízkého přítele by oslovilo s žádostí o pomoc 10,53 % respondentů. Stejně množství respondentů nad touto situací ještě nepřemýšlelo. Jinou možnost nezvolil žádný respondent. Tabulka je doplněna grafem č. 18.

	Pokud se dostanu do situace, kdy nebudu moct zajistit péči, požádám o pomoc				
	Člena rodiny	Blízkého přítele	Veřejnou službu (stát)	Jiná možnost	Nad tím jsem nepřemýšlel/a
Absolutní četnost	14	4	16	0	4
Relativní četnost	36,84%	10,53%	42,11%	0,00%	10,53%

Tabulka č. 22 – kdo péči dlouhodobě zajistí



Graf č. 18 - kdo péči dlouhodobě zajistí

Dle odpovědí respondentů se výzkumný předpoklad č. 5 potvrdil, odpovědi jsou hodně vyrovnané. Blízkého člověka, kterým je jak člen rodiny, tak blízký přítel, uvedlo okolo 47 % respondentů, veřejnou službu zvolilo okolo 42 % respondentů, což je téměř vyrovnaný počet.

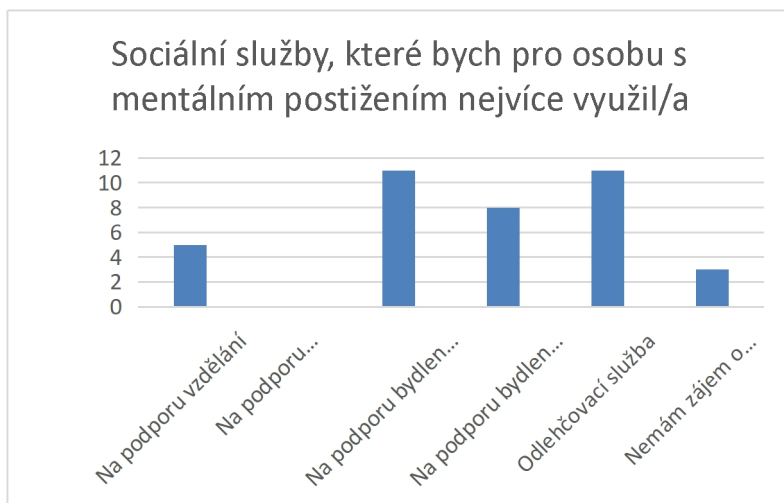
Výzkumný předpoklad č. 6:

Pokud by pečující osoba mohla zajistit blízké osobě s mentálním postižením sociální službu, byla by to služba na podporu bydlení s pravidelnou pomocí.

V tabulce č. 23, která je společně s grafem č. 19 níže uvedena, uvádí shodně 28,95 % respondentů, že by osoba nejvíce využila službu na podporu s bydlením s menší mírou pomoci a odlehčovací službu. Dále uvádí 21,05 % respondentů službu na podporu bydlení s pravidelnou pomocí, službu na podporu vzdělávání uvádí 13,16 % respondentů, o službu nejvíce zájem 7,89 % respondentů a službu na podporu zaměstnání nevedl žádný z nich.

	Sociální služby, které bych pro osobu s mentálním postižením nejvíce využil/a					
	Na podporu vzdělání	Na podporu zaměstnávání	Na podporu bydlení s menší mírou pomoci	Na podporu bydlení s pravidelnou pomocí	Odlehčovací služba	Nemám zájem o službu
Absolutní četnost	5	0	11	8	11	3
Relativní četnost	13,16%	0,00%	28,95%	21,05%	28,95%	7,89%

Tabulka č. 23 – o jakou službu je zájem



Graf č. 19 - o jakou službu je zájem

Tento výzkumný předpoklad č. 6 se nepotvrdil. Respondenti uvádí větší zájem o službu na podporu bydlení s menší mírou pomoci a stejné procento uvádí odlehčovací službu.

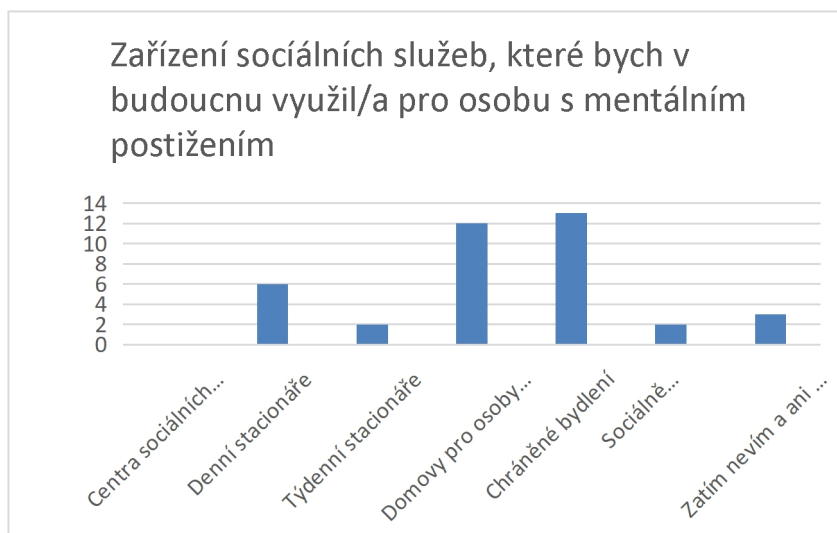
Výzkumný předpoklad č. 7:

Pokud by pečující osoba mohla zajistit blízké osobě s mentálním postižením zařízení sociálních služeb, byl by to domov pro osoby se zdravotním postižením.

V tabulce č. 24, která je níže uvedena společně s grafem č. 20, uvádí v největším zastoupení 34,21 % respondentů zájem o zařízení sociálních služeb, a to Chráněné bydlení. Zařízení Domov pro osoby se zdravotním postižením by volilo 31, 58 % respondentů, zařízení Denní stacionář zvolilo 15, 79 % a 7, 89 % respondentů zatím neví, jaké zařízení by volili, ani o tom nepřemýšleli. Zařízení Sociálně terapeutické dílny zvolilo 5, 26 % respondentů a pro Centra sociálních služeb se nerozhodl žádný z respondentů.

	Zařízení sociálních služeb, které bych v budoucnu využil/a pro osobu s mentálním postižením						
	Centra sociálních služeb	Denní stacionáře	Týdenní stacionáře	Domovy pro osoby se zdravot. postižením	Chráněné bydlení	Sociálně terapeutické dílny	Zatím nevím a ani o tom nepřemýšlím
Absolutní četnost	0	6	2	12	13	2	3
Relativní četnost	0,00%	15,79%	5,26%	31,58%	34,21%	5,26%	7,89%

Tabulka č. 24 – o jaké zařízení je zájem



Graf č. 20 - o jaké zařízení je zájem

Dle odpovědí respondentů se tento výzkumný předpoklad č. 7 nepotvrdil. Pečující osoba by volila jako zařízení pro osobu s mentálním postižením zařízení Chráněné bydlení, volba druhé možnosti, a to Domova pro osoby se zdravotním postižením, je ale hodně vyrovnaná v počtu odpovědí. Každopádně lze konstatovat, že více jak 65 % respondentů by volilo pro osoby s mentálním postižením zařízení pobytové.

Statistické testování hypotéz metodou chí kvadrát

1. H (a) Existuje statisticky významný rozdíl v názoru respondentů na vliv geografického umístění rodiny v rámci zajištění veřejné podpory.

H (0) Názor respondentů na vliv geografického umístění rodiny v rámci zajištění veřejné podpory je rovnoměrně zastoupen v celém spektru odpovědí.

	Život ve větších městech by byl snadnější				
	Ano	Spíše ano	Ani ano, ani ne	Spíše ne	Ne
Absolutní četnost	7	0	6	7	18
Relativní četnost	18,42%	0,00%	15,79%	18,42%	47,37%

Tabulka č. 5 - život ve větších městech

Odpověď respondenta	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P - O) ²	$\frac{(P - O)}{O}$
Ano	7	7,60	-0,60	0,36	0,05
Spiše ano	0	7,60	-7,60	57,76	7,60
Ani ano, ani ne	6	7,60	-1,60	2,56	0,34
Spiše ne	7	7,60	-0,60	0,36	0,05
Ne	18	7,60	10,40	108,16	14,23
Σ	38	38,00			22,26
Ø	7,60				

Výsledné číslo	22,26
Stupeň volnosti	4
Kritická hodnota dle statistických tabulek	9,49
Rozdíl kritické hodnoty a výsledného čísla	-12,77
Závěr	Rozdíl tabulkové kritické hodnoty a námi vypočítaného výsledného čísla je <0. To znamená, že jsme překročili kritickou hodnotu, a tedy přikláníme se k alternativní hypotéze.

Tabulky k testu zamítnutí nulové hypotézy č. 1

Pomocí testu chí - kvadrát bylo zjištěno, že můžeme nulovou hypotézu č. 1 zamítnout.

2. H (a) S rostoucí délkou péče se u pečujících osob zvyšuje její náročnost.

H (0) Náročnost péče je pro pečující osoby po celou délku péče stejná.

	Čím je péče delší, tím je náročnější				
	Ano	Spíše ano	Ani ano, ani ne	Spíše ne	Ne
Absolutní četnost	11	6	3	5	13
Relativní četnost	28,95%	15,79%	7,89%	13,16%	34,21%

Tabulka č. 17 - náročnost péče

Odpověď respondenta	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P - O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Ano	11	7,60	3,40	11,56	1,52
Spíše ano	6	7,60	-1,60	2,56	0,34
Ani ano, ani ne	3	7,60	-4,60	21,16	2,78
Spíše ne	5	7,60	-2,60	6,76	0,89
Ne	13	7,60	5,40	29,16	3,84
Σ	38	38,00			9,37
∅	7,60				

Výsledné číslo	9,37
Stupeň volnosti	4
Kritická hodnota dle statistických tabulek	9,49
Rozdíl kritické hodnoty a výsledného čísla	0,12
Závěr	Rozdíl tabulkové kritické hodnoty a námi vypočítaného výsledného čísla je >0 . To znamená, že jsme nepřekročili kritickou hodnotu, a tedy přikláníme se k nulové hypotéze.

Tabulky k testu zamítnutí nulové hypotézy č. 2.

Pomocí testu chí - kvadrát bylo zjištěno, že se přikláníme k nulové hypotéze, nemůžeme nulovou hypotézu č. 2 zamítnout.

3. H (a) Existuje statisticky významný rozdíl v četnosti volby daných sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením z nabízených možností.

H (0) Všechny sociální služby jsou pro osoby s mentálním postižením voleny rovnoměrně.

	Sociální služby, které bych pro osobu s mentálním postižením nejvíce využil/a					
	Na podporu vzdělání	Na podporu zaměstnávání	Na podporu bydlení s menší mírou pomoci	Na podporu bydlení s pravidelnou pomocí	Odlehčovací služba	Nemám zájem o službu
Absolutní četnost	5	0	11	8	11	3
Relativní četnost	13,16%	0,00%	28,95%	21,05%	28,95%	7,89%

Tabulka č. 23 - o jakou službu je zájem

Odpověď respondenta	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P - O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Na podporu vzdělání	5	6,33	-1,33	1,78	0,28
Na podporu zaměstnávání	0	6,33	-6,33	40,11	6,33
Na podporu bydlení s menší mírou pomoci	11	6,33	4,67	21,78	3,44
Na podporu bydlení s pravidelnou pomocí	8	6,33	1,67	2,78	0,44
Odlehčovací služba	11	6,33	4,67	21,78	3,44
Nemám zájem o službu	3	6,33	-3,33	11,11	1,75
Σ	38	38,00			15,68
∅	6,33				

Výsledné číslo	15,68
Stupeň volnosti	5
Kritická hodnota dle statistických tabulek	11,10
Rozdíl kritické hodnoty a výsledného čísla	-4,58
Závěr	Rozdíl tabulkové kritické hodnoty a námi vypočítaného výsledného čísla je <0 . To znamená, že jsme překročili kritickou hodnotu, a tedy přikláníme se k alternativní hypotéze.

Tabulky k testu zamítnutí nulové hypotézy č. 3.

Pomocí testu chí - kvadrát bylo zjištěno, že můžeme nulovou hypotézu č. 3 zamítnout.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem výzkumným šetřením zkoumala a následně analyzovala stanovený problém pokrytí sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více na Jesenicku s cílem zavést nové poznatky z celého výzkumu při zajištění sociálních služeb pro tuto skupinu obyvatel a prezentovat výsledky výzkumu vedoucí k dosažení tohoto cíle. Respondenty ve výzkumném šetření byly pečující osoby, které dlouhodobě zajišťují péči o osoby s mentálním postižením v jejich domácím prostředí. Výzkumné šetření bylo vedeno s těmito respondenty. Zkoumala jsem i aspekty, které ovlivňují postoj těchto pečujících osob k zajištění veřejné podpory v širším kontextu.

V teoretické části jsem charakterizovala pojmy mentální postižení, stárnutí, rodina, vzdělávání, sociální služby a v jednotlivých kapitolách jsem tyto pojmy více rozvedla. Mým záměrem bylo uvést možnosti práce s osobami s mentálním postižením v dnešní době a v dnešní společnosti. Chtěla jsem poukázat na to, jak je rozpracovaný systém komplexní péče napříč všemi resorty vedoucí k nejvyšší možné míře socializace těchto osob.

Na druhou stranu, jak vyplývá z tohoto výzkumu, tvoří většinou část respondentů pečující osoby ve věku 61-75 let, z velké části se jedná o rodiče, kteří pečují déle jak 30 let. Téměř třetina osob s mentálním postižením ve věku 35 let a více byla osvobozena od povinné školní docházky, většinová část osob s mentálním postižením nebyla nikdy zaměstnána. Rodiny s osobami s mentálním postižením využily nebo využívají sociální služby v menší míře, odlehčovací službu téměř nevyžívají. Velká část respondentů si nemyslí, že by byl život ve větších městech s větší mírou veřejné podpory snadnější. Nemají pocit, že by byl jejich společenský život vlivem dlouhodobé péče horší. Žijí se svou rodinou, pomoc téměř nežadají, spoléhají sami na sebe. Do budoucna by uvítali pobytové zařízení pro své nejbližší, až se o ně nebudou moct postarat. Protože výzkumné šetření bylo realizováno metodou telefonického dotazníkového šetření, mohla jsem posoudit klid v hlase pečujících osob i smíření se s tím, jak žijí. Domnívám se, že v rodinách, které pečují o osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více, došlo ke střetnutí více generací, ovlivnila je změna režimu, legislativy, změna přístupu veřejnosti k lidem se zdravotním postižením a jejich rodinám. Změny mohou pomalu tyto rodiny měnit. Může docházet k tomu, že systém, který je po odborné teoretické stránce do detailů rozpracován a slouží jako pilíř rodinám napříč všemi resorty, nemusí ovlivnit již osoby, které mají zakořeněné a dlouhodobě používané způsoby péče o své nejbližší. Proto považují za nezbytné, aby veřejnost měla sama zájem tyto osoby vyhledávat a nabízet jim pomoc v

nejvyšší možné míře. Věřím, že při prezentaci výsledků výzkumného šetření může dojít k navázání spolupráce s Městem Jeseník i přílehlými obcemi směřující k zajištění potřebných sociálních služeb pro jedince s mentálním postižením i jejich rodiny.

SEZNAM ZKRATEK

AAMR	American Association on Mental Retardation
ADHD	porucha pozornosti s hyperaktivitou
č.	číslo
ČSÚ	Český statistický úřad
ČR	Česká republika
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-11	The International Classification of Diseases 11
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ID	intellectual disability
IDD	intellectual developmental disability
IQ	inteligenční kvocient
km ²	kilometr čtvereční
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
obyv.	obyvatel
odst.	odstavec
OSN	Organizace spojených národů
PAS	porucha autistického spektra
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
příp.	případně

RVP	Rámcový vzdělávací program
RVP ZV	Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání
s.	strana
Sb.	Sbírka
SPC	speciálně pedagogické centrum
tzn.	takzvaně
WHO	World Health Organization
z.s.	zapsaný spolek
ZSS	zákon o sociálních službách

POUŽITÉ ZDROJE

LITERATURA

BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

BUZAN, Tony. *Jděte na to chyťte!: 10 cest pro využití vašich přirozených schopností*. Přeložil Jiří MARTÍNEK. Praha: Columbus, 2003. ISBN 80-7249-146-6.

ČÁP, Jan. *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Praha: ISV, 1996. Psychologie (ISV). ISBN 80-85866-15-3.

ČESKO. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2020 [cit. 30. 6. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>.

ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2020 [cit. 30. 6. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

DUNOVSKÝ, Jiří. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986. Hálkova sbírka pediatrických prací (Avicenum).

DUNOVSKÝ, Jiří. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-254-9.

GIDDENS, A. *Sociologie*. Praha: Argo, 2003. ISBN 80-7203-124-4.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

- JURKOVIČOVÁ, Petra a Vojtech REGEC. *Základy speciálněpedagogického poradenství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3695-1.
- KOLUCHOVÁ, Jarmila. 1928. *Přehled patopsychologie dítěte*. 1. vyd. Praha: SPN, 1989. 157 s. ISBN neuvedeno.
- KON, Igor' Semenovič. *Kapitoly z psychologie dospívání*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. Psychologická literatura. ISBN kapitoly z psychologie dospívání.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Olga KREJČÍŘOVÁ a Oldřich MÜLLER. *Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3716-3.
- KREJČÍŘOVÁ, O., TREZNEROVÁ, I. *Malý lexikon sociálních služeb*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011, ISBN 978-80-244-2754-6.
- KREJČOVÁ, Lenka. *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3474-3.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- LUDÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika - Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1207-1.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují: eseje z dětské psychologie*. Praha: Portál, 1994. Rádci pro rodiče a vychovatele.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-76-1.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-19-9.
- MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-310-9.

- MICHALÍK, Jan. *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999. ISBN 80-7067-981-6.
- MICHALÍK, Jan. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání, 2008. ISBN 978-80-903658-1-0.
- MICHALÍK, Jan. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením - kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3644-9.
- MICHALÍK, Jan, Pavlína BASLEROVÁ a Lenka FELCMANOVÁ. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění: obecná část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4654-7.
- MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Základy sociologie. ISBN 80-85850-75-3.
- MOŽNÝ, Ivo. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-624-1.
- MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie - Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1204-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2020. ISBN 978-80-7553-842-0.
- OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.
- PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4748-4.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ a kol. *Speciální pedagogika*. 4. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2006. ISBN 8024414759 9788024414751.
- ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.

SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.

ŠPAŇHELOVÁ, I. *Dítě a rozvod rodičů*. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-3181-0.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.

VAŠEK, Štefan. *Špeciálna pedagogika*. Bratislava: Sapiientia, 1996. ISBN 80-967180-3-7.

INTERNET

Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/okres-jeseník>

Dostupné z: <https://kissos-ok-katalog.olkraj.cz/>

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Olga Vondrušková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Sociální služby pro osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více na Jesenicku z pohledu pečujících osob
Název v angličtině:	A Carer's Point of View of Social Services for Developmentally Disabled Clients 35 Years or Older in the Jeseník Region
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více, kterým je zajištěna péče v domácím prostředí. V teoretické části je uvedena terminologie mentálního postižení, základní informace o životě jedinců s mentálním postižením v rodině, možnosti jejich vzdělávání v minulém režimu a nyní, sociální služby a příspěvek na péči dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Teoretická část udává míru veřejné podpory v jednotlivých oblastech života jedince s mentálním postižením vedoucí k jeho socializaci. V praktické části je cílem výzkumného šetření analýza pokrytí sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více na Jesenicku. Byla zvolena výzkumná metoda formou dotazníku. Při kvantitativním zpracování dat byly stanoveny hypotézy a jako metoda pro statistické testování hypotéz byl použit test chí - kvadrát.
Klíčová slova:	mentální postižení, dospělá osoba s mentálním postižením, rodina, vzdělávání, sociální služby, pečující osoba

Anotace v angličtině:	<p>This BA thesis examines people with mental disabilities aged 35 or older who were provided with home care therapy.</p> <p>The theoretical part of the thesis introduces mental disability terminology, basic information about the life of individuals with mental disabilities living in families, educational opportunities such individuals had in the socialist and democratic order, welfare services and carer's allowance according to the Social Services Act No. 108/2006, as last amended. The theoretical part indicates the level of state aid in particular life areas of a mentally disabled person that leads to his/her socialization.</p> <p>The main aim of the practical part of this thesis is to carry out an analysis of the social services coverage for people with mental disabilities aged 35 or older in Jeseník district.</p> <p>The questionnaire has been chosen as a research method. Hypotheses were suggested in the process of quantitative data analysis. A chi-squared test has been used for testing statistical hypotheses.</p>
Klíčová slova v angličtině:	mental disability, adults person with mental disability, family, education, social services, caregiver
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 - dotazník k předvýzkumu</p> <p>Příloha č. 2 - dotazník k výzkumu</p> <p>Příloha č. 3 – tabulky a grafy</p>
Rozsah práce:	85 stran
Jazyk práce:	čeština

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - dotazník k předvýzkumu

Příloha č. 2 - dotazník k výzkumu

Příloha č. 3 – tabulky a grafy

Příloha č. 4 – disk CD ROM obsahující bakalářskou práci

Příloha č. 1 - dotazník k předvýzkumu

Vážená paní, Vážený pane,

obracím se na Vás, pečující osoby o Vaše blízké, osoby s mentálním postižením, s prosbou o spolupráci. Jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci, oboru speciálněpedagogické andragogiky. Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na zjištění míry veřejné podpory pro dospělé osoby s mentálním postižením na Jesenicku, které jsou příjemci příspěvku na péči, zejména na to, zda jsou pro ně dostatečně zajištěny sociální služby. Náhodně jsem vybrala ze skupiny osob, které dlouhodobě pečují o své blízké osoby s mentálním postižením a jsou příjemci příspěvku na péči, deset osob a Vy k nim patříte. Prosím o zodpovězení několika níže uvedených otázek, které Vám zaberou pouze pár minut.

1. Vyhovuje Vám tato možnost telefonického dotazování v rámci tohoto předvýzkumu?

a) ano

b) ne

Při záporné odpovědi prosím vyberte z dalších nabízených možností:

a) nemám zájem o tento dotazník

b) upřednostňuji dotazování pomocí emailu

c) upřednostňuji dotazník zaslat poštou společně s obálkou, známkou a zpáteční adresou.

2. Měli byste zájem o vyplnění dotazníku, který by zkoumal Váš zájem o zajištění sociálních služeb na Jesenicku pro Vaše blízké, osoby s mentálním postižením ve věku 35 let a více, které jsou příjemci příspěvku na péči?

a) ano

b) ne

3. Jakou formu dotazování byste rádi zvolili?

a) telefonické dotazování

b) dotazování pomocí emailu

c) dotazník zaslat poštou společně s obálkou, známkou a zpáteční adresou.

Zaručuji Vám tímto anonymitu, osobní údaje nezkoumám a zkoumat nebudu.

Výstup z předvýzkumu slouží k ověření srozumitelnosti otázek, zda nám přinášejí odpovědi na to, co chceme zjistit, a bude sloužit k následnému výzkumnému šetření.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Olga Vondrušková

Příloha č. 2 - dotazník k výzkumu

Vážená paní, Vážený pane,

obracím se na Vás, pečující osoby o Vaše blízké, osoby s mentálním postižením, s prosbou o spolupráci. Jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci, oboru speciálněpedagogické andragogiky. Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na zjištění míry veřejné podpory pro dospělé osoby s mentálním postižením na Jesenicku, které jsou příjemci příspěvku na péči, zejména na to, zda jsou pro ně dostatečně zajištěny sociální služby.

Prosím o zodpovězení níže uvedených otázek.

1. Jaký je Váš věk?

- a) do 45 let
- b) 46-60 let
- c) 61-75 let
- d) 76 let a více

2. Kde společně s osobou s mentálním postižením bydlíte?

- a) Jeseník
- b) obce v blízkém okolí Jeseníku do 15 km
- c) Javorník
- d) obce v blízkém okolí Javorníku do 15 km
- e) Zlaté Hory
- f) obce v blízkém okolí Zlatých Hor do 15 km
- g) s osobou s mentálním postižením nebydlím, za touto osobou docházím

3. Jaký je věk osoby s mentálním postižením?

- a) 35-40 let
- b) 41-50 let
- c) 51-60 let

4. Jaký je Váš vztah k osobě s mentálním postižením?

- a) rodič
- b) sourozenec
- c) jiná blízká osoba
- d) asistent sociální péče

5. Jaký je stupeň závislosti příspěvku na péči u osoby s mentálním postižením?

- a) I.
- b) II.
- c) III.
- d) IV.

6. Jaká je délka trvání péče o osobu s mentálním postižením?

- a) méně než 10 let
- b) 11-20 let
- c) 21-30 let
- d) 31-40 let
- e) 41 let a více

7. Zastáváte názor, že život ve větších městech s větší veřejnou podporou (podpora v oblastech zdravotnictví, vzdělávání, zaměstnávání, v oblasti sociální) by byl pro Vaši rodinu s dospělou osobou s mentálním postižením snadnější?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ani ano, ani ne
- d) spíše ne
- e) ne

Tato otázka je určena pro ty, kteří odpověděli kladně:

8. Domníváte se, že tento snadnější život může být dosažen zajištěním kvalitních sociálních služeb i v menších městech?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ani ano, ani ne
- d) spíše ne
- e) ne

9. Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání osoby s mentálním postižením?

- a) základní nebo základy vzdělání
- b) střední
- c) vysokoškolské
- d) osoba byla osvobozena od povinné školní docházky

10. Hodnotíte vzdělávání osoby s mentálním postižením jako prospěšné?

- a) ano, pozitivně hodnotím získání základních znalostí, nácvik sebeobsluhy a praktických dovedností
- b) ano, je (byl/a) v kolektivu
- c) ano, mohu (mohl/a jsem) si na chvíli odpočinout
- d) ano, z jiného důvodu
- e) ne, nácvik dovedností ztrácí
- f) ne, ve škole je nebo byl(a) blízká osoba rozrušena
- g) ne, z jiných důvodů
- h) nemohu hodnotit z důvodu osvobození od povinné školní docházky blízké osoby

11. Domníváte se, že by bylo pro Vaši blízkou osobu prospěšné zajistit v rámci celoživotního vzdělávání sociální službu zaměřenou na procvičování získaných dovedností?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ani ano, ani ne
- d) spíše ne
- e) ne

12. Byla již osoba s mentálním postižením, o kterou pečujete, zaměstnána?

- a) ano
- b) ne

U osob, které odpoví ne:

13. Proč si myslíte, že nebyla zaměstnána, jaký byl důvod?

- a) osvobození od povinné školní docházky

- b) nižší stupněm vzdělání
- c) menší nabídka práce pro osoby s mentálním postižením na Jesenicku
- d) nejistota a strach z neznáma
- e) nezvládl (a) by pravidelně chodit do práce

14. Je pro Vás bezpečnější spoléhat sami na sebe při péči o osobu s mentálním postižením, než požádat o pomoc stát-veřejnou službu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ani ano, ani ne
- d) spíše ne
- e) ne

15. Využili jste v období Vaší dlouhodobé péče odlehčovací službu?

- a) ano
- b) ne

U osob, které odpoví ne:

16. Mohu se zeptat, proč jste tuto službu nevyužili?

- a) tuto službu neznám
- b) nemám k ní důvěru
- c) osoba s mentálním postižením není zvyklá na jiné prostředí, jiné lidi,
- d) služba je příliš daleko

e) zatím jsme službu nepotřebovali

17. Využili jste nebo využíváte některou ze sociálních služeb na Jesenicku pro osobu s mentálním postižením?

a) ano

b) ne

U osob, které odpoví ano:

18. O jakou službu, v rámci jaké oblasti se jedná?

a) oblast vzdělávání, nácvik sebeobslužných činností, hygienických návyků, jiných praktických dovedností

b) oblast zaměstnávání, nácvik a procvičování pracovních dovedností, styk s okolím

c) oblast bydlení, nácvik praktických dovedností v domácnosti, styk s okolím

d) jiné

19. Domníváte se, že vlivem dlouhodobé náročné péče došlo u Vás ke zhoršení společenského života?

a) ano

b) spíše ano

c) ani ano, ani ne

d) spíše ne

e) ne

20. Zastáváte názor, že čím je péče delší, tím je pro Vás náročnější?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ani ano, ani ne
- d) spíše ne
- e) ne

O osob, které odpověděly u otázky č. 20 ano:

21. Myslíte si, že náročnost péče může být způsobena Vaší celkovou únavou za ta dlouhá léta péče?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ani ano, ani ne
- d) spíše ne
- e) ne

O osob, které odpověděly u otázky č. 20 ano:

22. Myslíte si, že vyšší náročnost péče může být i způsobena Vaším stárnutím a stárnutím osoby s mentálním postižením?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ani ano, ani ne
- d) spíše ne
- e) ne

23. Vy, jako pečující osoba, dostala jste se někdy do situace, kdy jste nemohla péči plně zajistit?

a) ano

b) ne

U osoby, která odpověděla na předchozí otázku ano:

24. Koho jste požádala o pomoc?

a) člena rodiny

b) blízkého přítele

c) veřejnou službu-stát

d) jiná možnost

25. Věřím, že tento výzkum povede ke zjištění potřebných služeb, které na Jesenicku chybí, proto si dovoluji se Vás zeptat i na následující otázku. Pokud se dostanete do situace, kdy už nebudete moct plně zajišťovat péči, co uděláte?

a) požádám člena rodiny o pomoc

b) požádám o pomoc blízkého přítele

c) požádám o pomoc veřejnou službu-stát

d) jiná možnost

e) nad tím jsem ještě nepřemýšlel(a)

26. Jaké služby byste na Jesenicku pro Vaše dospělé osoby s mentálním postižením využili nejvíce?

- a) služby na podporu vzdělávání-výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, osvojování sebeobslužných činností, hygienických návyků, styku s okolím, vedoucí k soběstačnosti
- b) služby na podporu zaměstnávání - sociálněterapeutické činnosti vedoucí k začlenění do pracovního procesu, běžného života
- c) služby na podporu bydlení s menší mírou pomoci-slужby pobytové se zajištěním pomoci při chodu domácnosti, při poskytnutí stravy a se začleněním do společnosti
- d) služby na podporu bydlení s pravidelnou pomocí-slужby pobytové se zajištěním pravidelné pomoci jiné fyzické osoby při poskytnutí ubytování, stravy a při zvládnutí úkonů péče o vlastní osobu
- e) služby odlehčovací-podpora pečujícím osobám dlouhodobě pečující o osoby s mentálním postižením, jedná se o terénní, ambulantní nebo pobytové služby, služba může být poskytována i v domácím prostředí. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek.

27. Jaké zařízení na Jesenicku byste pro Vaše blízké dospělé osoby s mentálním postižením nejvíce uvítali?

- a) centra denních služeb – poskytnutí ambulantní služby, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí
- b) denní stacionáře-poskytnutí ambulantní služby, pravidelná pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí
- c) týdenní stacionáře – poskytnutí pobytové služby, pravidelná pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí ubytování, stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí

d) domovy pro osoby se zdravotním postižením-poskytnutí pobytové služby, pravidelná pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí ubytování, stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí

e) chráněné bydlení – poskytnutí pobytové služby-poskytnutí pobytové služby, má formu skupinového, popř. individuálního bydlení, pomoc při osobní hygieně, zajištění chodu domácnosti, poskytnutí ubytování, stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí

f) sociálně terapeutické dílny- poskytnutí ambulantní služby, cílem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění.

Výstup z výzkumu může vést k informovanosti veřejnosti o skutečném postavení rodin dlouhodobě pečujících o dospělou osobu s mentálním postižením na Jesenicku a reálném zajištění míry veřejné podpory těmto rodinám. Věřím, že může vést ke zlepšení v oblastech, ve kterých to nejvíce potřebují.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Olga Vondrušková

Příloha č. 3 – tabulky a grafy

Tabulka č. 1 - telefonické dotazování

Tabulka č. 2 - zájem o zajištění sociálních služeb

Tabulka č. 3 – forma dotazování

Tabulka č. 4 - základní údaje o respondentech a osobách s mentálním postižením část I., II.

Tabulka č. 5 - život ve větších městech

Tabulka č. 6 - nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 7 - vzdělání přineslo prospěch

Tabulka č. 8 - služba na procvičení získaných dovedností

Tabulka č. 9 - zaměstnání osoby s mentálním postižením

Tabulka č. 10 - důvod nezaměstnání

Tabulka č. 11 – je bezpečné spoléhat sami na sebe

Tabulka č. 12 - využití odlehčovací služby

Tabulka č. 13 - důvod nevyužití této služby

Tabulka č. 14 - využití sociálních služeb

Tabulka č. 15 – jakou službu osoby s mentálním postižením využívají/ly

Tabulka č. 16 - zhoršení společenského života

Tabulka č. 17 - náročnost péče

Tabulka č. 18 - náročnost a celková únava

Tabulka č. 19 - náročnost a stárnutí

Tabulka č. 20 – pomoc nemůže zajistit pečující osoba

Tabulka č. 21 – koho žádat o pomoc

Tabulka č. 22 – kdo péči dlouhodobě zajistí

Tabulka č. 23 – o jakou službu je zájem

Tabulka č. 24 – o jaké zařízení je zájem

Tabulky k testu zamítnutí nulové hypotézy č. 1

Tabulky k testu zamítnutí nulové hypotézy č. 2

Tabulky k testu zamítnutí nulové hypotézy č. 3

Graf č. 1 - život ve větších městech

Graf č. 2 - nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 3 - vzdělání přineslo prospěch

Graf č. 4 - služba na procvičení získaných dovedností

Graf č. 5 - zaměstnání osoby s mentálním postižením

Graf č. 6 - důvod nezaměstnání

Graf č. 7 - je bezpečné spoléhat sami na sebe

Graf č. 8 - využití odlehčovací služby

Graf č. 9 - důvod nevyužití této služby

Graf č. 10 - využití sociálních služeb

Graf č. 11 –jakou službu osoby s mentální postižením využívají/ly

Graf č. 12 - zhoršení společenského života

Graf č. 13 - náročnost péče

Graf č. 14 - náročnost a celková únava

Graf č. 15 - náročnost a stárnutí

Graf č. 16 – pomoc nemůže zajistit pečující osoba

Graf č. 17 – koho žádat o pomoc

Graf č. 18 - kdo péči dlouhodobě zajistí

Graf č. 19 - o jakou službu je zájem