

**UNIVERZITA
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

RIGORÓZNÍ ŘÍZENÍ

2012 – 2014

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Lucie Staňková

Podpora samostatného bydlení u osob s mentální retardací v ČR

Praha 2014

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

2012 - 2014

RIGOROSUM THESIS

Lucie Staňková

The supported independent living of persons with mental
retardation in the Czech Republic

Prague 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená rigorózní práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 25.2 2014

Jméno autora Lucie Staňková

vlastnoruční podpis.....

Anotace

Rigorózní práce nás seznamuje s kvalitou života u osob s mentální retardací v podpoře samostatného bydlení v České republice. Teoretická část vymezuje klíčové pojmy v oblasti psychopedie. Uvádíme ucelený historický pohled na osoby s mentální retardací od jejího vzniku až po současnost. Seznamujeme se s vybranými pracovišti v podpoře samostatného bydlení. Tyto pracovní oblasti odhalují současné možnosti v nabízení sociálních služeb. Dále se zabýváme problematikou větších pobytových zařízení sociální péče pro uživatele v oblasti nabídky a podpory kvality života. Popisujeme dnešní trendy a přístupy v péči o osoby s mentální retardací v našich a zahraničních podmínkách.

Praktická část nás podrobně seznamuje s vybranými pracovišti, ve kterých se dlouhodobě pozorovaly zkoumané jevy v psychosociálních dovednostech u uživatelů sociální péče. Následně se zkoumané jevy porovnávaly a vzájemně vyhodnocovaly. Byly k tomu použity empirické výzkumné metody pro kvalitativní výzkum. Z hlavních metod byly využity dlouhodobé systematické pozorování, dotazníkové šetření, řízený rozhovor a kazuistické studie. Touto metodickou cestou byla odhalena oblast efektivnosti integrace přechodu v připravenosti uživatele větších pobytových zařízení do menších bytových objektů.

Klíčové pojmy

Analýza, deinstitucionalizace, diagnostika, Domov sociální péče, důvěra, empatie, handicap, humanizace, chráněné bydlení, individuální plán, intaktní, interakce, integrující principy, integrace, kvalita života, mentální retardace, pedagogika, podpora samostatného bydlení, sociální služby, tréninkový byt, uživatel.

Annotation

This Rigorosum Thesis deals with the life quality of persons with mental retardation in supported independent living in the Czech Republic. The theoretical part describes the key terms in psychopedia studies. We present throughout historical overview about the person with mental retardation from the beginning of the origins to the present. We introduce the selected workplaces that offer the users of the social care choices in the variety of the integration processes. These processes lead to improved and dignified conditions in quality of life. We describe the current problematic situation in the care homes in the Czech Republic, and furthermore we show the choices of social services, for instance, domestic and foreign. The practical part of the Rigorosum Thesis introduces us with selected workplaces in which the long term phenomena were observed of the persons with mental retardation in the regards of psychological skills. The empirical qualitative methods were used to help us discover and clarify the studied problems in the field of integration efficiency of user in supported independent living.

Key words

Analysis, anamnesi, deinstitutionalization, diagnose, home for social care, trust, empathy, handicap, humanization, individual plan, intact, interaction, integratin principals, integration, pedagogy, protective living, mantal retardation, quality of life, supported independent living, social services, training ecommo dation, user.

OBSAH:

ÚVOD	9
-------------------	---

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Historický pohled na osoby s mentální retardací z hlediska sociální péče	12
1.1 Hlavní osobnosti v přístupech u osob s mentálním postižením	15
1.2 Ústavní péče pro osoby s mentálním postižením po roce 1989 v ČR	17
1.3 Integrovaní přístupy v současné době	19
2. Mentální retardace	21
2.1 Diverzifikace mentální retardace	24
2.2 Příčiny mentální retardace	29
2.3 Psychologické aspekty osob s mentálním postižením	30
2.4 Práva lidí s mentálním postižením	32
2.5 Standardy kvality sociálních služeb	34
2.6 Individuální plánování	35
2.6.1 Individuální plán	36
2.6.2 Klíčový pracovník	37
3. Nové přístupy v poskytování sociálních služeb	38
3.1 Humanizace sociálních služeb	38
3.2 Vývoj deinstiucionální péče v zahraničí	39
3.3 Deinstitutionalizace sociálních služeb v ČR	41
3.4 Normalizace v ústavní péči	42
3.5 Transformace sociálních služeb.....	43

4. Současná problematika Domovů sociální péče v ČR	46
4.1 Domov Kamarád – Lom Žatec	47
4.2 Občanské sdružení Jurta Nebočady u Děčína	48
4.3 Chráněné bydlení	50
4.3.1 Typy chráněného bydlení	51
4.3.2 Podpora samostatného bydlení	52
4.3.3 Osobní asistence	53
4.3.4 Komunitní služby.....	53
4.4 Zahraniční trendy v péči o osoby s mentální retardací	54
5. Metody a techniky v oblasti pracovní činnosti u osob s mentální retardací	56
5.1 Klíčové zásady a cíle	57
II. PRAKTICKÁ ČÁST	
1. Cíl empirického výzkumu.....	59
2. Empirické metody a techniky kvalitativního výzkumu	60
(dotazníkové šetření, dlouhodobé systematické pozorování, řízený strukturovaný rozhovor, kazuistické studie)	
3. Charakteristika vzorku a interpretace zjištěných údajů.....	63
4. Vyhodnocení hypotéz	190
III. ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ	192
IV. RESUMÉ	199
V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	201
VI. PŘÍLOHY	208
VII. Údaje o práci – Katalogizační popis	XVIII

ÚVOD

V současné době žije na celém světě přibližně 500 milionů lidí s nějakým druhem zdravotního postižení. V České republice je registrováno 1 200 000 těchto lidí, z toho 300 000 lidí s mentální retardací.

Z pohledu historického se postoje a přístupy k lidem s postižením proměňovaly od negativních zkušeností k humanitnějším přístupům ve prospěch této minoritní skupiny. Úroveň péče a vztahu k postiženým se vyznačuje ukazateli, jako jsou společenská, ekonomická a kulturní vyspělost dané země. Hlavní podstatou humanizace společnosti k lidem s handicapem jsou postoje v respektování a rovnocennosti mezi majoritní a minoritní skupinou.

Dnešním trendem je integrace, která rozvíjí osobnost a efektivnost kvality života osob s mentální retardací. Je to pozitivní cesta, která napomáhá těmto lidem aktivně se začlenit do oblastí jako je bydlení, zaměstnání a celkově být součástí celospolečenského života. K tomu, abychom dokázali využít tuto cestu, je nutné respektovat práva a povinnosti každého občana, který přebírá plnou zodpovědnost za své rozhodování a jednání.

Tato práce se diverzifikuje do dvou částí, teoretické a druhá je část výzkumná. První kapitola popisuje historický vývoj pohledu na jedince s mentální retardací a hlavní představitele, kteří se zasloužili o pozitivní přístup k nim a jejich integraci do společnosti.

Druhá kapitola vymezuje problematiku mentální retardace v oblastech diverzifikace, příčin a psychologických aspektů. Dále se zaměřuje na práva lidí s tímto handicapem, na zákon o sociálních službách a z toho vyplývající využitelnost standardů kvality sociální péče u uživatelů v praktické rovině.

Třetí část se zabývá novými přístupy v poskytování sociálních služeb a pozvolnou deinstitucionalizací velkých pobytových zařízení v České republice.

Čtvrtá část pojednává o současné problematice domovů sociální péče a alternativních formách bydlení. Byla provedena komparace v oblasti podpory samostatného bydlení v České republice a ve Spolkové republice německé.

Poslední kapitola teoretické části nás seznamuje s metodami a technikami v oblasti pracovní činnosti u lidí s mentální retardací a klíčovými zásadami a cíli.

Závěrečná praktická část zahrnuje samotný kvalitativní výzkum.

Hlavním cílem rigorózní práce je navázání na magisterskou práci, která byla zaměřena na integraci uživatelů, kteří přecházeli z větších pobytových zařízení do podpory samostatného bydlení. Tato práce byla rozšířena a obohacena o vybraná pracoviště, kde byli dlouhodobě po dobu osmnácti měsíců sledováni lidé s mentální retardací a jejich úroveň kvality života. Cílem této práce bylo popsat současný stav péče o handicapované spoluobčany v podpoře samostatného bydlení. Na základě vybraných kritérií byla hodnocena u každého uživatele úroveň psychosociálních dovedností a schopností. Pracoviště, která byla k tomu účelu vybrána, bylo státní zařízení a nezisková organizace, kde se prováděla analýza a komparace zjištěných údajů v oblasti kvality života u lidí s mentální retardací. V neposlední řadě je práce zaměřena na důležitosti vzdělání v oblasti rozšiřování kvalifikace sociálních pracovníků a objasnění jejich důležitosti a potřebnosti.

Nástrojem, kterým jsme hodnotili a popisovali věrohodnost dosažených výsledků této práce, byla metodika, která je založena na kvalitativním výzkumu. Za tímto účelem byly použity explorativní metody například řízený rozhovor, strukturovaný dotazník, dlouhodobé systematické pozorování a kazuistické studie.

Přínosem této práce pro praxi je poukázání na správný směr v přístupech a možnostech, kterým by se měli uživatelé efektivněji a rychleji

integrovat do běžné společnosti. A dále navrhnout a doplnit současné trendy v oblasti podpory a kvality života u lidí s mentální retardací.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Historický pohled na osoby s mentální retardací z hlediska sociální péče

„Všichni jsme lidé stvoření ze stejného genetického materiálu – a přesto je každý

člověk naprosto jedinečný. Stali jsme se tím, čím jsme“

(E. Von Daniken, in Valášek, 2000 s. 102).

Vzájemná interakce mezi majoritní skupinou intaktních a minoritní skupinou zdravotně znevýhodněných vždy bude zajímavým a diskusním tématem pro naši společnost. Obrazem současné společnosti při práci o handicapované jsou bezesporu sociální služby. Matoušek (2011, s. 17) říká: *„Služby byly a stále jsou motivovány snahou pomoci chudým, případně jinak sociálně slabým lidem, a současně se od nich promítá zájem osob (nebo skupin) disponujících mocí na udržování společenské rovnováhy.“*

Od vzniku lidského bytí je společnost provázena různými druhy, typy a rozsahy postižení, nemocí a jejich důsledky. Minoritní skupina lidí vždy byla určitým znakem nápadná, jako je vzhled, komunikace, chování a mentální úroveň. Byli separováni na okraj společnosti a paralyzováni v životních možnostech (Titzl, 1998).

Pipeková (2006, s. 5) říká: *„Lidé s postižením jsou posuzováni nejen jako odlišní, ale také nepřipravení nebo neochotní se přizpůsobit všem sociálním situacím. Výsledkem toho mohou být narušené sociální vztahy v rodině, ve společnosti i na pracovišti.“*

Historický postoj v přístupu a myšlení k postiženým jedincům byl dán vývojovým stupněm společnosti tzv. společenskými hodnotami, ekonomickou

situací, demografickým uspořádáním a politickou situací. Proto si myslíme, že nezastupitelným prvkem nebo primární vstupenkou pro harmonický přístup těchto jedinců je socializace. Havlík (2002, s. 44) říká: „*Socializace je procesem, který propojuje každého jedince se společností*“. Neměli bychom tuto skutečnost podceňovat nebo zlehčovat, ale snažit se jí obohacovat a hledat humánní přístupy.

Lidský rod člověka začíná obdobím pravěku, bohužel nemáme z této doby písemné zmínky, jak uvádí (Titzl, B. 1998, s. 10). Z prvních dochovaných záznamů, které pocházejí z dob starověkého Řecka a Říma, můžeme odkázat na šestnáctý oddíl Lykúrgových zákonů, které obsahují tato fakta, že slabé a nehezké dítě se muselo odnést na místo zvané Apothetai (z řeckého slova odkládám). Jedná se o místo, kde se odkládaly děti, které byly zbavovány života (Titzl, 1998).

Např. Antický filozof Platon doporučuje duševně choré zahubit. Domníval se, že zuřivě a nevléčitelné nemocné tím vysvobodí, a že to bude nejjednodušší a nejlepší cesta jak pro ně samotné, tak i pro stát. V Římě se konaly tzv. trhy bláznů, kde se tito jedinci prodávali za účelem obveselení bohatých lidí.

Z nejstarších dochovaných záznamů o léčení nemocných se dozvídáme, že léčebné ústavy pro nemocné byly již v antickém Řecku. Zakládaly se v chrámech a vznikaly v oblastech mimo městské státy. Byly nazývány tzv. „asklépia“. Asklepia patřila v Řecku k nejvýznamnějším svatyním, péči v nich zajišťovali lékaři a kněží. Nejznámější Asklepiová svatyně je v Řecku na ostrově Kos, kde se narodil otec a zakladatel medicíny Hippokrates. V této době se snažil Hippokrates prokázat, že prvopočátek mentálního onemocnění pramení z poškození mozku. Dalším velkým lékařem v této době byl Galén, který pojmenoval a určil příznaky psychické poruchy. Dokonce rozlišoval slabomyslnost vrozenou a získanou. Na tuto dobu to byly myšlenky pokrokové a nový úhel pohledu. Později začali zřizovat lékaři soukromé kliniky v městských státech, kde se starali o nemocné.

V období raného středověku vznikají kláštery a nemocniční zařízení, tzv. hospitaly. Zde se z převážné části poskytovala nemocniční péče lidem, jako byli žebráci, sirotci, vdovy, starci, choromyslní, nemocní a blázni. Úlohu ošetřovatelů zastávali především jeptišky či řádoví bratři (Mühlpachr 2001).

Středověk z uceleného pohledu k duševně postiženým jedincům zastává ambivalentní postoj. Valenta (2007, s. 17) říká: *„Na jedné straně byli „blázni a šílenci“ považováni za šťastlivě vyvolené, na něž shlédl bůh, na straně druhé byli považováni za „zplozence ďáblovy.“*

Období renesance, tzv. „znovuzrození“, nepřineslo převratné změny v pohledu na postižené jedince. Vznikly tzv. lodě bláznů, na kterých putovali šílenci a blázni, kteří byli separováni od běžné společnosti. Přesto v tomto období dochází k první klasifikaci duševních poruch od basilejského lékaře Felixe Plattera. Tento lékař vymezil hranici mezi poruchou vědomí a mentální retardací.

Neměli bychom opomenout v této době našeho největšího humanistu, tzv. „učitele národů“, Jana Amose Komenského, který měl v této době pokrokové či moderní myšlenky v nutnosti hájit ve vzdělávání a výchově všechny děti bez ohledu na jejich postižení (Valenta 2007).

V období osvícenství se zřizovaly špitály, internační budovy, trestní instituce, dobročinná zařízení a charity. Tyto instituce v této době plnily funkci vězeňskou a ne medicínskou. Je to smutný poznatek, že blázni byli umístováni v kobkách společně s trestanci či nemocnými (Pipeková 2006). Mentálně postižení jedinci byli v této době označováni za něco špatného téměř skandálního. Proto tito lidé byli izolováni od zdravých lidí, aby bylo na ně zapomenuto. Duševní choroby v tomto období byly léčeny restriktivními způsoby, jako bylo bití, hladovění, okovy.

V období novověku zaznamenáváme, že se objevil nový směr v péči o postižené, tzv. domovské právo. Obci z tohoto práva plynula povinnost starat se o postižené lidi. Od této doby se obce stávají správci ústavů (Pipeková 2006).

V 19. století se začíná prosazovat nový úhel pohledu na postižené lidi a zdravotní péči o ně. Průkopníkem této doby byl zakladatel moderní psychiatrie Filip Pinel. *„Muž, který sejmul duševně postiženým jejich okovy, a to jak obrazně, tak i fakticky“* (Valenta, 2007, s. 20). Byly překonány neodborné přístupy, které byly nahrazovány odbornějšími přístupy této doby

1.1 Hlavní osobnosti v přístupech u osob s mentální retardací

Pipeková (2006, s. 24) uvádí: *„V Čechách je první soustavná péče o slabomyslné spojována se jménem Karla Slavoje Amerlinga (1807 – 1884).“* Byl velmi vzdělaným lékařem, který se snažil pomáhat dětem a lidem, kteří trpěli duševní poruchou, nebo se zabýval zanedbanými dětmi. Roku 1871 bylo v Praze založeno Ernestinum, které sloužilo jako ústavní zařízení pro mentálně postižené jedince, které založil a jejím ředitelem byl MUDr. Karel Slavoj Amerling. *„Cílem péče bylo na základě soudobých znalostí a zkušeností s pomocí výchovy a zdravotnické péče navrátit chovance jako uvědomělé a užitečné občany do společnosti, nebo je chránit od úplné zkázy“* (Pipeková 2006, s. 24). Prvotním pilířem ve výchovné péči o dané jedince bylo, aby byli plně připraveni na život, až budou opouštět ústavní zařízení.

Dalším významným představitelem, který má těsnou vazbu s Ernestinem, byl lékař, vědec a profesor psychopatologie MUDr. Karel Herfort *„Herford v ústavu prosadil individuální přístup k chovancům, prohloubil jejich výuku (vč. tělesné a pracovní) a zavedl chorobopisy vycházející z (jak lékařských, tak i „speciálně pedagogických“) diagnostických metod* (Valenta 2007, s. 24). Byl to člověk, který se zaměřoval jak na

praktickou tak i teoretickou úroveň svého bádání. Je také spojován se založením prvního odborného časopisu u nás *Úchylná mládež*.

Naším velkým zakladatelem speciálního školství byl Josef Zeman. „*S jeho jménem je spojen zákon o pomocných školách z roku 1929, který vřadil pomocné školy do školského systému „první republiky“, upravoval řízení těchto školám státem a řešil otázku povinné školní docházky slabomyslných* (Valenta 2007, s. 25). Neměli bychom opomenout další významné představitele tohoto období, kteří se zasloužili o rozvoj a péči o mentálně postižené jako byli František Čáda, Jan Mauer, Konrád Sedláček, Otakar Chlup, Vlasta Novotná, Karel Beneš.

V tomto období se začala rozvíjet speciální pedagogika, o kterou se u nás zasloužili Miloš Sovák, František Kábele aj. speciální pedagogové.

Se změnou politické situace po roce 1948 se na postižené naše společnost dívá jako na cosi, co do našeho socialistického systému nepatří. *Přes různá proklamovaná prohlášení i přijímaná usnesení o koordinované péči zůstávalo mnoho rodin s postiženými dětmi bez jakékoli poradenské pomoci, jediným a nejčastěji nabízeným řešením bylo umístění postiženého dítěte do ústavu sociální péče s trvalým pobytem. Následky takového přístupu neseme dosud. Jedná se například o stále existující architektonické bariéry*“ (Kraus a kol. 2005, s. 272).

V tomto období byla v Čechách vybudována velká škála ústavů sociální péče, jejich obyvatelé byli centralizováni do opuštěných zámeckých objektů, aby byli co nejdále od běžné intaktní společnosti. Z převážné části se o nemocné staraly zdravotní sestry. Péče byla zaměřena na nemocného z hlediska zdravotně-ošetrovatelské a potom až sociální. U některých nemocných byla předepisována a nařizována restriktivní opatření například klecová lůžka.

Pípeková (2006, s. 300) říká: „*Klienti byli hromadně zbavováni způsobilosti k právním úkonům a osvobozováni od povinné školní docházky.*“

Z hlediska historického je vidět, jak jedinci byli pozvolna vyčleňováni z aktivního společenského života. Tímto procesem se i na určitou dobu změnil přístup a myšlení společnosti vůči postiženým jedincům. Další převrat v pohledu na postižené lidi přináší až situace po roce 1989, kdy se mění celkové politické uspořádání společnosti u nás.

1.2 Ústavní péče pro osoby s mentální retardací po roce 1989 v ČR

Příchodem nové politické situace a změny demokratického systému nastává velká transformace ústavů a situace je obohacena o nové trendy v péči, přístupu a legislativních opatřeních pro mentálně retardované. Do popředí se dostává aktuální otázka práva postižených. Tímto celospolečenským transformačním procesem dochází k rozšiřování a nabízení různých druhů sociálních služeb jako jsou státní instituce, které se začínají pozvolna vnitřně transformovat a jejich názvy se nahrazují humanitnějšími výrazy jako jsou např. Domovy, Kamarády, Srdce, Pomněnky aj. Další možnosti, které zabezpečují u těchto jedinců péči, jsou nestátní společenské organizace a občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti a nadace. Základem poskytování sociálních služeb je co nejvyšší kvalita těchto služeb. Proto se zvyšuje kvalifikovanost odborných pracovníků v sociálních službách. Dalším trendem je ustupující zdravotní personál, který je z části nahrazován sociálními a pedagogickými pracovníky. Je zde kladen důraz na lidskou stránku člověka, že jeho stav není nemoc, že je pro nás uživatelem a ne nemocným, kterého

můžeme do určité míry ovlivnit svými výchovně vzdělávacími pedagogicko-psychologickými metodami.

Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo Koncepti podpory transformace pobytových služeb, která je definována takto: *„Časový rámec podpory transformace obsažený v tomto dokumentu bude probíhat v rámci období 2007 – 2013. Tento časový interval také odpovídá programovacímu období čerpání finančních prostředků ze strukturálních fondů Evropské unie. Na konci tohoto období bude provedeno zhodnocení celého procesu podpory a bude vypracována koncepce na další období.“* (MPSV [online], 2010). Cílem tohoto konceptu je vytvořit přirozenou komunitu podle individuálních zvláštností každého handicapovaného jedince a odklonit se od budování ústavů sociální péče z hlediska investic a více se zaměřit na terénní a ambulantní služby. Dále jsou to prvky humanizace, deinstitucionalizace ústavní péče a maximální integrace, která respektuje práva znevýhodněných lidí v běžném životě.

Velkým úspěchem a pokrokovým přínosem pro tuto skupinu lidí je přijetí nového zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, který vstoupil v platnost v lednu roku 2007.

3.1 Integrační přístupy v současné době

V současné době jsou v popředí především demokratické přístupy, které se promítly do oblasti speciální pedagogiky obzvláště do psychopedie po roce 1989.

Každá vyspělá společnost se snaží uplatňovat právo na vzdělání u každého jedince. Vítková (2004, s. 9) říká: *„Každý člověk je unikem a vyniká různými schopnostmi, zájmy a potřebami.“*

„Obecně práva bývají intuitivně spojována s nějakým „dobrem“, jež je výsledkem jejich uplatnění.“ Dobro signalizuje morální zakotvení takových práv a zřejmě stojí za to o takové „právo“ usilovat (Pipeková 2006, s. 41).

Cílem či prioritou dnešní speciální pedagogiky se stalo téma integrace. České slovo integrace pochází z latinské terminologie integratio. V obecném významu toto slovo vyjadřuje sjednocení částí v celek. Jedním z našich předních odborníků v této problematice byl pan Jesenský (1996), který popisuje, že integrace sjednocuje společenské hodnoty, postoje a chování. Ovlivňuje člověka i celé skupiny.

Podle Bürliho (Bürli In Vítková 2004, s. 17) integrace je: *„snaha poskytnout v různých formách výchovu a vzdělání jedinci se specifickými vzdělávacími potřebami v co možná nejméně restriktivním prostředí, které optimálně odpovídá jeho skutečným potřebám.“*

Dalším představitelem z našich řad byl pan Sovák, který se zabýval otázkami integrace. Pro něho integrace znamenala nejvyšší stupeň společenské socializace. Podle možné dosažené míry Sovák rozlišuje čtyři stupně socializace (Sovák In Pipeková, 1998):

Integrace – handicapovaný jedinec se zapojuje a splyne do celospolečenského prostředí

Adaptace – společenskému prostředí se jedinec s handicapem přizpůsobuje

Utilita – ve společenském prostředí se omezuje rozvoj možností u handicapovaného jedince v pracovním a společenském uplatnění

Inferiorit – vyloučení handicapovaného jedince či nepoužitelnost v oblasti sociálních vztahů a činností

Mezinárodní měřítko uvádí různé integrativní atributy (Vítková, 2004):

- fyzické začlenění se vyznačuje přítomným stavem znevýhodněných jedinců a intaktních na stejném místě
- funkční začlenění znamená, že se obě dvě skupiny na ní snaží aktivně podílet,
- sociální začlenění se snaží, aby se všechny zúčastněné strany snažily mít identitu ke stejné skupině
- společenské začlenění se snaží podílet na reálné účasti v oblasti kulturního a společenského života

Předpokladem k úspěšné integraci u jedinců s mentální retardací, která je závislá na mnoha faktorech jako jsou hloubka a rozsah postižení, je prostředí, ve kterém jedinec žije, a poskytované služby, které se propojují se vzděláváním a výchovou. Dále možnost vstupu na volný trh práce a hlavně samostatnost pobytu v domácím prostředí (Valenta, Müller 2003).

2. Mentální retardace

„Život je radostná spoluúčast na zázraku bytí“

(V. Havel, in Valášek, 2000, s. 56).

Problematikou mentální retardace se zabývá psychopedie, která je řazena v systému speciálně pedagogických disciplín. Samotný název pochází z řecké terminologie, psyché – duše a paideia – výchova. Tento termín psychopedie se u nás začal používat již od poloviny minulého století. Prvním představitel této terminologie byl Miloš Sovák, který byl uznávaným speciálním pedagogem. V dnešní době je psychopedie chápána v širším kontextu Valenta (2007, s. 4) říká: *„je možno na psychopedii nahlížet jako na interdisciplinární obor zabývající se prevencí (hlavně terciální), prognostikou mentální retardace (popř. jiných duševních poruch) se zvláštním zřetelem na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci klienta s mentálním či jiným duševním postižením.“*

Neměli bychom opomenout, že má psychopedie z příbuzných věd nejbližší k etopedii, která se z ní odloučila v šedesátých letech minulého století. Závěrem bychom mohli konstatovat, že je psychopedie začleněna do systému speciálně pedagogických disciplín, které tvoří celek pedagogiky a základovým kořenem vědního oboru. Ve dvacátých letech minulého století pojem mentální retardace prošla různými změnami v pojmenování. Užívaly se například termíny oligofrenie a slaboduchost. K tomuto se neodmyslitelně vázaly stupně mentální retardace, které nesly v názvech termín, jako byla debilita, imbecilita a idiocie.

Nývtová (2008, s. 117) říká: *„Mentální retardace znamená vážné narušení kognitivního vývoje od jeho počátku. Narušení kognitivního vývoje je způsobeno závažnými změnami v morfolonii a fyziologii mozku.“*

Další citace, na kterou bychom neměli zapomenout, je od Vágnerové (2008, s. 289) a říká: „*Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.*“

Jedním k nejpřehlednějším a nejpoužívanějším pohledem na mentálně postižené představuje citovaná definice Dolejšího (In Vítková, 2004, s. 293) říká: „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnech vývoje osobnosti.*“

Druhy mentální retardace, které mohou nastat za daných podmínek a předpokladů, jsou příčiny organické a sociální (Pipeková, 1998).

Vrozená mentální retardace – podle minulé terminologie oligofrenie, která je spojena s určitým poškozením, jinou strukturou či zvláštním vývojem nervové soustavy v lidských etapách ontogenetického vývoje jako jsou období prenatalní, perinatální nebo postnatální přibližně do dvou let mentálního vývoje dítěte. Nejčastější příčiny se prezentují genové mutace a chromozomální aberace. Získaná mentální retardace, také se nazývá demence, která se diagnostikuje po druhém roce vývoje dítěte. Projevuje se stagnací a regresem mentálního vývoje. Základovým ložiskem tohoto stavu může být traumatické poškození mozku, postižení nemocí jako je zánět mozku (encefalitida), poškození mozkových blan (meningitis), duševní poruchy aj.

Pipeková (1998. s. 172) říká: „*Demence způsobuje převážně nerovnoměrný úbytek intelektových schopností. Příznakem demence je zvýšená dráždivost, únava, emocionální labilita, výkyvy v pozornosti, poruchy paměti a učení. Dále*

to jsou změny ve struktuře osobnosti jedince (necitelnost, egoismus, bezohlednost).“ Dále bychom neměli zapomenout na stařeckou demenci, která se projevuje v této souvislosti se senilním věkem člověka. Je to patologická porucha, která má plíživý začátek a projevuje se degenerativními změnami až atrofií mozku. Dalším druhem získané mentální retardace je pseudooligofrenie, která se projevuje důsledkem špatného působení a stimulací vnějších vlivů na zdravý fyziologický vývoj dítěte. Může vznikat tím, že se rodina výchovně nesnaží na dítě působit či zanedbává své dítě, v ještě horších případech může trpět psychickou deprivací. Tento stav u dítěte se může projevovat v těchto složkách, jako jsou opožděný vývoj ve verbální komunikaci, kognitivně-konativní rovině myšlení či jeho socializaci. Tento celkový stav se může u dítěte promítnout do celkového chování, které může způsobit celkovou apatii. Pseudooligofrenie není stavem trvalým, ale při odborné intervenci, podnětném prostředím a láskyplné péči se může jeho stav změnit k lepšímu.

Matějček (1969, s. 219) říká o psychické deprivaci: *„První zásadou je respektovat s větším pochopením a uvědoměním základní potřeby dítěte. Druhou zásadou je, aby se mu dostalo přiměřených podnětů citových i smyslových. Třetí zásadou je nezastupitelný význam rodiny pro vývoj dítěte. Čtvrtou zásadou je hodnocení individuálních rozdílů ve vývoji dětí za deprivčních podmínek. Pátou zásadou je potřeba základního souladu v tendencích vyvíjející se společnosti a vyvíjejícího se dítěte. Je nutno sladit nové podmínky společenské a civilizační s vitálními potřebami dítěte a čelit nepříznivým důsledkem oněch změn.“*

2.1 Diverzifikace mentální retardace

Mentálně postižení tvoří jednu z nejpočetnějších skupin postižených v České republice. V současné době se uvádí, že u nás žijí 3% lidí s mentálním postižením (Pipeková 2006).

V České republice je nyní závazná a platná 10. Revize MKN mezinárodní klasifikace nemocí. Tato revize pro nás přinesla řadu změn v oblastech terminologie, obsahového vymezení, třídění a projevů nemocí. Upustilo se od odborných terminologických názvů, jako jsou např. psychopatie, lehká mozková dysfunkce, psychóza aj. Na druhé straně byla zavedena nová terminologie, která se již netřídí podle příčin, ale výsledných projevů. Nyní bychom uvedli tyto nové poruchy např. porucha aktivity a pozornosti, disociativní poruchy aj.

Také se začíná odpouštět od výrazu nemoc v souvislosti s psychopatologickými projevy. Nývltová (2008, s. 13) říká: *„Pojem nemoc je užíván pouze tehdy, je-li známá jednoznačná příčina, průběh a utváření nemoci. U žádné psychické poruchy není příčina zcela jasná, předpokládá se podíl více příčin. Proto v souvislosti s psychickými problémy nelze užívat pojmu nemoc, vše jsou jen psychické poruchy.“*

Mentální retardace provází člověka po jeho celý život. Je velmi důležité, aby se s tímto člověkem začalo co nejdříve pracovat, protože může docházet ke stagnaci či úbytku již získaných kompetencí (Vágnerová 2008).

Dále Vítková (1998, s. 124) říká: *„Rozvoj osobnosti každého mentálně postiženého jedince je do značné míry podmíněn nejrůznějšími vlivy prostředí, ve kterém žije. Přestože ve výchově mentálně postižených vycházíme z obecnějších výchovných cílů, nelze v její vlastní realizaci ignorovat specifické vlastnosti těchto osob. Mentální postižení je jistým omezujícím a limitujícím faktorem ve vývoji, avšak jsou-li podněty přicházející z okolí přiměřené, vhodně nasměrované a s náležitým výchovným či sociálním zaměřením,*

napomáhají rozvoji všech psychických procesů, a tím i celkové orientaci postiženého v životních situacích.“

Uvedeme přehlednou klasifikační tabulku, kterou uvádí světová zdravotnická organizace (WHO), která rozděluje mentální retardaci do čtyř základních kategorií. Měřítkem je inteligenční kvocient, který znázorňuje dosaženou úroveň rozumových schopností.

Tab. č. 1: Klasifikace mentálního postižení dle 10. revize WHO

(In Pipeková, 1998, s. 173).

Diagnostický kód	Současná terminologie	Zastaralá terminologie	IQ – inteligenční kvocient
F 70	lehká mentální retardace - LMR	- debilita - lehká oligofrenie - slabomyslnost	IQ = 69 - 50
F 71	středně těžká mentální retardace - SMR	- imbecilita - středně těžká oligofrenie - středně těžká mentální subnormalita	IQ = 49 – 35
F72	těžká mentální retardace - TMR	- idiocie prostá - těžká oligofrenie - těžká mentální subnormalita	IQ = 34 – 20
F73	hluboká mentální retardace – HMR	- idiocie hluboká - hluboká oligofrenie - hluboká mentální subnormalita	IQ = 20 a níže

F78	jiná mentální retardace		stanovení stupně mentální retardace je nesnadné pro přidružené senzorycké, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus
F79	nespecifikovaná mentální retardace		mentální retardace je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého stupňů MR

Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace vycházející od Nývltové (2008, s. 120) říká: *„Tyto stupně jsou pouze přibližné, neboť kognitivní úroveň mentálně retardovaného jedince nelze přesně změřit a stanovit. Kognitivní úroveň mentálně retardovaného jedince je nutné posuzovat komplexně, na základě pozorování konkrétního chování v přirozených podmínkách. Je nutné posuzovat, které běžné úkony je nebo není dítě schopné zvládat, jaké jsou pravděpodobné možnosti jeho dalšího vývoje.“*

Nyní uvedeme charakteristické stupně znaků mentálně postižených (Nývltová, 2008).

- Lehká mentální retardace

Do této kategorie patří největší část populace osob s tímto postižením. Ucelené projevy lehké mentální retardace se objevují při vstupu dítěte do školního zařízení. Je již zjevné, že jedinec zaostává ve schopnostech logických úvah a abstraktního myšlení, také mají problémy s pamětí. Mají špatný úsudek

v členění věcí, jako je rozlišit aktuální problém od nepodstatného problému. Zaostává verbální komunikace. Většinou se vyjadřují v jednoduchých větách, protože jejich celkový mentální vývoj je opožděn. V oblasti myšlení převládají prvky nápodoby, delegují a napodobují i nesmysly, které kolem sebe slyší. Tito jedinci jsou schopni vystudovat základní školu, v další návaznosti mohou pokračovat na střední odborná učiliště, kde je jejich studium ukončeno výučním listem. Domácí činnosti a společenský život vcelku zvládají, aniž by narušovali život ostatních. Dovedou se postarat o sebe i o své blízké v rámci jejich aktuálního stavu.

- Středně těžká mentální retardace

Lidé se středně těžkou mentální retardací mívají rozsáhlejší problémy, než tomu je u lidí s lehkým stupněm postižení. Nejvíce mají potíže v pochopení základních souvislostí, které jsou součástí běžného života. Verbální komunikace je také slabá, působí dojmem roztěkanosti. Jsou omezeny ve schopnostech a dovednostech, které se promítají do školního vzdělávání. Výsledkem je, že se alespoň naučí základnímu triviu, jako je čtení, psaní a počítání v omezeném rozsahu. Pokud jim je nabídnuto náročnější učivo, selhávají. V domácnostech relativně fungují, ale záleží na rozsahu postižení a přidružených vad, výsledný stav je velmi individuální. Lidé v tomto okruhu navazují přátelské vztahy se svými blízkými kamarády, kteří sdílejí s nimi tento stav. Jejich charakter je většinou vlídnost, milost a ochota se podělit o věci. Žijí v převážné míře s někým, který se o ně stará v okruhu rodiny nebo pobytových sociálních zařízení.

- Těžká mentální retardace

V těchto případech lidé s tímto handicapem mají závažné poškození centrálního nervového systému do takové míry, že bývá narušena motorická činnost jemné i hrubé motoriky a k tomu jsou i vázány tělesné vady. Jsou to

vady kombinované. Výchova a vzdělávání je řešeno ve speciálních školách většinou v rehabilitační třídě. Život prožívají v okruhu svých rodinných příslušníků nebo v sociálním zařízení. Potřebují velkou empatii, lásku a trpělivost. Pokud jim projevíme náklonnost, umějí jí většinou i oplácet pohazením. Základem je udržet jejich získané dovednosti a schopnosti.

- Hluboká mentální retardace

Jedná se o velmi závažný stav u těchto lidí. Většinou jsou odkázáni na lůžko, projevují se rudimentárními pohyby a jejich verbální komunikace je na nejnižším elementárním stupni vývoje. Výchova a vzdělávání probíhá v rámci ošetrovatelské a psychoterapeutické péče. Převážná část uživatelů sociálních služeb končí v zařízeních, která jsou pro ně připravena, jako jsou to např. Domovy, Kamarády, Čtyřlístek, Srdce. Lidé s tímto handicapem potřebují maximální láskyplný a profesionální přístup v oblasti kvalitní a odborné intervenční péči.

- Jiná mentální retardace

Je popisována pro obtížnou diagnostiku v této oblasti, protože se propojuje s kombinovanými smyslovými a tělesnými poruchami.

- Nespecifikovaná mentální retardace

U jedince je prokázána mentální retardace, ale chybí dostatek znaků a informací, aby byl tento jedinec zařazen do příslušné kategorie.

2.2 Příčiny mentální retardace

Mentální retardace může být způsobena různými příčinami, které jsou mezi sebou ve vzájemné interakci.

Ve výzkumu příčin vzniku mentální retardace vždy vystupovala dvě rozdílná hlediska, jako byla akceptující dědičnost a opomíjené vlivy prostředí výchovy a vývoje člověka. Druhé hledisko upřednostňuje působení prostředí na vývoj osobnosti člověka a jeho schopností před vlivy genetickými (Renotierová, 2004).

Příčiny, které se podílejí na vzniku mentální retardace, mohou být příčinami endogenními (vnitřními) a exogenními (vnějšími).

Endogenní příčiny a jejich vznik se váže na období prenatální, kdy je v pohlavních buňkách již zakódována genetická aberace, která se u nově vzniklého jedince následně vyvine.

Exogenní příčiny se vyskytují v prenatálním, perinatálním a postnatálním vývoji do dvou let dítěte. Nejčastěji se jedná o úraz, fyzikální vlivy, infekce, intoxikace, metabolické poruchy, psychosociální deprivace, duševní poruchy, nebo jiné a nespecifické etiologie.

Důležitým prvkem v preventivní péči v oblasti vzniku mentální retardace je lékařská genetika. Je to včasná diagnostika, léčba a prevence genetických nemocí a vrozených vývojových vad.

Prevence se centralizuje především na gynekologicko-genetickou péči, prenatální a včasnou diagnostiku (Machová, 2005).

Rozpoznání mentální retardace patří do delšího procesu určení závěrečné diagnózy, protože by se měly brát v úvahu všechny prvky či oblasti, které mohou ovlivnit vývoj dítěte. Celková diagnostika dítěte zkoumá oblasti biologické, psychologické i sociální jednotlivě. Dítě s mentální retardací se špatně adaptuje na nové podmínky, tyto předpoklady se odráží na jeho výkonu, který uplatňuje v různých životních zkušenostech. Rozumové schopnosti se

určují u těchto jedinců tzv. inteligenčními testy a dalšími metodami jako jsou kvantitativní (kazuistiky). Testování dětí s mentální retardací je velice náročné, mělo by se pravidelně opakovat pro jejich důvěryhodnost a objektivitu.

Vágnerová (2006, s. 38.) říká: „*Při posuzování dítěte se sledují zejména tyto oblasti: zdravotní stav současný i v minulosti, tělesný vývoj dítěte, rozumové schopnosti, zraková percepce, sluchová percepce, pravolevá a prostorová orientace, kinestetické vnímání, hmat, motorika, grafomotorika, úroveň koncentrace, řeč, paměť, temperament, motivace, vnímání sebe samého, prožitky a zkušenosti, zájmy, sebepojetí, sebehodnocení, vrozené a zděděné vlastnosti emocionální, volní a další charakteristiky.*

2.3 Psychologické aspekty osob s mentální retardací

Bartoňová (2007, s. 22) říká: „*Osoby s mentálním postižením jsou heterogenní skupinou, která se vyznačuje celou řadou odlišností. Vývoj v jednotlivých obdobích života je opožděn a determinován stupněm mentálního postižení. Celkové poškození neuropsychického vývoje přináší změny v oblasti poznávacích procesů, zasahuje sféru emocionální a volní, ovlivňuje adaptabilitu i chování, projevuje se i v omezení motoriky.*“

Pro plnohodnotný život každého člověka je vnímání základním předpokladem, které se uskutečňuje prostřednictvím smyslů. Pokud jsou nějakým způsobem tyto mechanismy narušeny či omezeny, může docházet u jedinců ke snižování objektivity pohledu na svět. Primární příčinou jsou nedokonalé počítky a vjemy. Tato brzdicí síla zpomaluje kognitivní procesy, jako je hlavně myšlení. Pokud se dětem dostávají podnětné věci, prostředí a odborná péče, může se jejich stav stimulovat či kompenzovat a zlepšovat jejich kvalita vjemů a podnětů (Švarcová, 2006).

- Vnímání

Jedinci s mentální retardací ve větší míře mají povrchní, pomalé až opožděné vnímání. Primární sluchové vnímání u těchto jedinců je velmi důležité, protože ovlivňuje v zásadě jejich následnou verbální složku, působí na vnímání prostoru a času.

- Myšlení

Myšlení se staví do roviny jednoduchosti a opakovatelnosti. Většinou se zastaví na daném vývojovém stupni. V oblasti inteligenční složky je logické myšlení mentálně retardovaných na nízké úrovni.

- Řeč

Úroveň verbální komunikace je snížena z důvodu nedostatečné motorické činnosti mluvidel nebo sníženým sluchovým vnímáním. Jejich vyjadřování je velmi jednoduché a omezené. V artikulačním projevu se vyskytují agramatismy až výkřiky.

- Vůle

Ve větší míře je velmi slabá. Jedinci jsou málo aktivní. Jejich charakteristický rys je tvrdohlavost, špatně spolupracují a jsou neovladatelní. Vůle u těchto jedinců patří k nejdůležitějším psychickým rysům jejich osobnosti.

- Paměť

Tato složka se projevuje na úrovni mechanické a pomalé činnosti daného jedince. Osvojení poznatků získávají neustálým opakováním vědomostí. Přesto při vybavování těchto poznatků dochází k tomu, že si je pamatují špatně či vůbec a vybavují si většinou jen nepodstatné věci.

- Emoční prožívání

Rozvoj emocionální složky vychází z lidské osobnosti člověka, jako jsou povaha, sociální zralost temperament. Opožděné emoce zamezují a ovlivňují fyziologický emoční průběh jedince, který se následně může jevit jako apatický, náladový či agresivní. Je omezen rozvoj pocitu k zodpovědnému chování, svědomí či pocitu viny. U mentálně retardovaných osob se citové prožívání propojuje s pocitem jistoty a bezpečí, proto mají většinou rádi u sebe blízkého člověka.

2.4 Práva lidí s mentální retardací

Lidská práva (human rights) jsou nezbytným pilířem pro právní vědy, politiku, filozofii a další speciálně odborné disciplíny. Vymezují člověku místo v naší společnosti, kde mohou svá práva naplňovat a žít plnohodnotným životem. Jedním z nejdůležitějších dokumentů, který se zabývá mentálně postiženými, je Všeobecná deklarace lidských práv přijatá OSN roku 1948. Základním stavebním prvkem v této listině je, že se zde uznává důstojnost, rovnost a nezadatelnost práv všech členů lidské rodiny.

Dále můžeme připomenout Deklaraci o právech mentálně retardovaných osob, která byla vyhlášena na Valném shromáždění Organizace spojených národů dne 20 prosince 1971. Tento dokument se skládá ze sedmi základních prvků, které se vztahují na ochranu práv. V zadní příloze uvádíme hlavní body lidských práv u osob s mentální retardací. Jednou z průkopnických snah o ucelený pokus o řešení problematiky sociálních služeb u nás byl metodický materiál Standardy kvality sociálních služeb, který byl vydán Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky v letech 2002. Prvopočátek tohoto materiálu vycházel z koncepce základních lidských práv a

svobod, které byly převzaty z Deklarace základních lidských práv a svobod a jsou součástí právních dokumentů naší České republiky.

Velký pokrok a změnu v sociálních službách přinesl nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vznikl z výše uvedených materiálních předpokladů. Dané změny byly provedeny u všech poskytovatelů sociálních služeb, jako jsou například domovy sociální péče. V § 1 tohoto zákona se uvádí: *„Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.“*

Tento sociální zákon zásadně mění přístup k uživateli sociální služby. Mění se přístup uživatele z pasovního na aktivního činitele. Dává možnost volby a zapojení jedince do společnosti. Byla stanovena nová sociální dávka, tzv. příspěvek na péči, který je vyplácen přímo uživateli sociální péče a odlišuje se svou výší dle daného stupně pomoci.

Dále se v § 2 uvádí zásady poskytovaných služeb: *„(2) 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.“* Tento zákon přímo určuje, aby se jím řídili všichni poskytovatelé, které poskytují sociální služby. Jedinec v nepříznivé sociální situaci má svá práva, která může nárokovat přímo při poskytování sociální služby. Prostředí by mělo být podnětné a přirozené, které by mělo předcházet separaci těchto osob.

Nedílnou součástí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou standardy kvality sociálních služeb. Jsou měřítkem kvality péče a obsahují základní kritéria, jako jsou procedurální, personální a provozní standardy (Valenta, 2007). Standardy kvality upravuje prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Tyto

normy jsou základním kritériem a měřítkem kvality v poskytování sociálních služeb uživatelům.

2.5 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy řeší otázky kvality a efektivnosti v nabídce poskytování sociálních služeb, vzájemnou interakci mezi poskytovatelem a uživatelem. Podávají zpětnou vazbu, jakým způsobem jsou chráněna a respektována práva osob s mentální retardací. Monitorují, jak se profesionálně naplňují principy individuálního přístupu ve službách, které směřují k sociálnímu začleňování těchto jedinců do společnosti.

Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1.1 2007. Vycházejí ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Příloha č. 2 vyhlášky č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, vymezuje patnáct základních standardů, která mají své kritéria. Dále jsou rozděleny do třech oblastí, která jsou: procedurální, personální a provozní standardy.

Valenta (2007, s. 232) říká: *„Ve standardech je především ukotvena povinnost zařízení respektovat základní lidská práva uživatelů služeb, k nimž patří ochrana osobní svobody, soukromí, osobních údajů, právo na svobodné rozhodování, ochranu před jakýmkoliv formami zneužívání, před nucenými pracemi, diskriminací apod.“* Z toho vyplývá, že standardy jsou mostem, který spojuje dva břehy mezi uživatelem a pracovníkem v sociálních službách. Tato stanovená kritéria, která jsou zakotvena ve standardech, můžeme navzájem porovnávat či měřit se skutečností. Ukazují na realitu, která je v daném zařízení

v pořádku, nebo co by se mělo změnit. Kvalita je tvořena souborem kritérií (vlastnosti a charakteristik), které mohou ovlivnit a naplňovat soubor potřeb uživatelů i pracovníků v sociální péči. Cílem kritérií je maximální podpora osobního růstu a co nejmenší závislost uživatele na službě.

Valenta (2007, s. 233) říká: „*Důležitým znakem kvality sociální služby je její schopnost podporovat jednotlivé uživatele v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociálních služeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situace.*“

2.6 Individuální plánování

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přímo určuje povinnost poskytovatele plánovat poskytované sociální služby uživateli. Plánování se odvíjí od osobních cílů, potřeb a schopností jedinců. Postup individuálního plánování najdeme konkrétně ve standardech sociálních služeb, konkrétně standard č. 5 „Individuální plánování.“ Tyto plány jsou průběžně hodnoceny sociálními pracovníky spolu s uživateli. Výsledkem hodnocení jsou možnosti potřeb, které se ujasní a podpoří. Jedná se o aktivní rozhodování uživatele ve svém životě, a jak ho může ovlivnit. Individuální plány jsou pro uživatele velmi motivujícím nástrojem k dosažení osobnostně-společenského rozvoje v oblasti integrace do společnosti. Struktura individuálního plánu se skládá ze tří základních oblastí, které jsou: osobní profil uživatele, oblasti potřebné podpory a cíl vzájemné podpory. Metodiky individuálního plánování vycházejí ze standardů kvality sociálních služeb, které vymezují a stanovují dané oblasti. Osobní cíle, které jsou podstatnou součástí plánování, mohou handicapovaní jedinci rozvíjet pomocí klíčových kompetencí, které jsou vodítkem ke kvalitnějšímu životu uživatelů.

Samotný koncept vychází podle Pörtner (2009) z individuálního plánování zaměřeného na člověka. Hlavním hlediskem jsou nové metody práce, které napomáhají k transformaci ústavní péče, zlepšují cestu a porozumění k začlenění osob s mentální retardací do běžné společnosti. Nejdůležitějším předpokladem při navazování kontaktu a komunikaci s uživatelem je získání jeho důvěry, projevení empatie a mít snahu zjistit podrobnosti o jeho potřebách. Pokud tyto informace sociální pracovník nezíská, špatně se pracuje a plánuje. Narušuje se vzájemný vztah a kvalita života uživatele.

2.6.1 Individuální plán

Individuální plán vychází z individuálních potřeb a přání jedince. Vzniká na základě uzavřené smlouvy mezi uživatelem a sociálním zařízením. Hlavním pilířem je cílová změna, kterou by chtěl uživatel docílit. Důležitým prvkem v plánování je vzájemné působení v oblasti důvěry a komunikace. Uživatel nemá být vyloučen z aktivního procesu plánování. Většinou z praxe vyplývá, že tzv. klíčoví pracovníci se domnívají, co je pro jeho uživatele nejvhodnější, a neberou ohledy na samotné potřeby, touhy a přání uživatele. Klíčoví pracovníci mají sklony vycházet ze svých zkušeností, které pokládají za nejvhodnější a nejlepší pro jejich uživatele. Standardy kvality sociálních služeb upozorňují na tento předpoklad. Navrhují a popisují do samotného procesu v plánování zapojit rodinu, sousedy apod.).

Pörtner (2009, s. 37) říká: *„Přijmout odpovědnost znamená být brán vážně, nebýt tak docela závislý na druhých. To má vliv na kvalitu života a na pocit vlastní hodnoty. Čím omezenější má člověk možnosti přijímat odpovědnost za sebe sama, tím důležitější je nebrat mu ji úplně. Pak by jeho schopnost přijetí odpovědnosti ustrnula dočista a jeho nesamostatnost a závislost by stále jen sílily.“*

Individuální plánování se může rozdělovat na krátkodobé a dlouhodobé cíle. Důležitým kritériem poskytování sociální služby je, jaká forma bude

zvolena u uživatele. Mělo by se vycházet z individuálních potřeb každého jedince. V podpoře samostatného bydlení se vytvářejí dlouhodobé individuální plány v písemné formě. Nejpodstatnějším prvkem při vytvoření individuálního plánu je samotné porozumění ze strany uživatele. Plány mají být konkrétní a jasné, které se snaží porozumět řeči svého protějšku. Vybudovat si dlouhodobou důvěru, úctu a vzájemný respekt, který je možný si vzájemně ověřit v komunikaci zpětnou vazbou.

2.6.2 Klíčový pracovník

Standardy kvality sociálních služeb uvádějí, že klíčový pracovník je osoba velmi rozmanitá. Působí v roli poradce, terapeuta, který může vyhledat uživatele a obhajovat jeho potřeby a zájmy. Tento pracovník je považován za věrohodnou osobu, za kterou může kdykoli uživatel sám přijít a setká se s porozuměním.

Cílem klíčového pracovníka je dohlížet na maximální a komplexní podporu uživatele a být tzv. důvěrníkem nebo rádcem v pomoci při řešení problémů. Do procesu plánování mohou být také zapojeni i blízké osoby pro přirozenou podporu nebo i odborníci (logoped, terapeut, neurolog aj.), kteří napomáhají ke kvalitnějšímu soužití a života uživatele ve společnosti.

Pörtner (2009, s. 47) říká: *„Chtít druhé lidi za všech okolností uchránit před špatnými zkušenostmi, to může také znamenat, že je připravujeme o mnohou šanci prožít dobrou zkušenost a bráníme jim v učení, jak žít se svou realitou. Je však bezpodmínečně nutné nenechávat je s jejich negativními zkušenostmi samotné, nýbrž prokazovat účast, a pokud je to možné, mluvit s nimi o těchto zkušenostech a uvažovat s nimi, čemu se z nich mohou naučit.“*

3. Nové přístupy v poskytování sociálních služeb

„Člověk je závislý na svém prostředí a nemůže se dokonale izolovat. Není však třeba se umíněně izolovat, aby byl člověk sám sebou“ (J. Čapek, in Valášek 2000, s. 101).

Sociální služby, které prošly v minulosti revoluční změnou v oblasti sociální péče, přinesly další možné nové přístupy u lidí, kteří mají určitý druh zdravotního postižení. Hlavním prvkem v pohledu na osoby s postižením jsou jejich práva a respektování potřeb, které se promítají do celospolečenského života. Klíčové procesy v nových přístupech u těchto lidí se vyznačují **humanizací, deinstitucionalizací, normalizací a transformací sociálních služeb.**

3.1 Humanizace sociálních služeb

Švarcová (2006, s. 170) říká: *„Humanizace v ústavech sociální péče spočívá v zásadních změnách postoje ke klientovi, v respektování jeho důstojnosti, nedirektivním přístupu, v nahrazení partnerského přístupu partnerským. V ústavech musíme vytvářet atmosféru klidu a pochopení, dát najevo, že nás problémy našich klientů opravdu zajímají, a bránit se syndromu vyhoření.“*

Prvními otázkami humanizace se zabýval československý prezident T. G. Masaryk, kde ve své knize „Ideály humanitní“ popisuje, co je to humanizace. V knize popisuje, že humanita tzv. člověctví je určitý ideál, který vyjadřuje lidské společenské a etické touhy.

Otázky humanizace, které se promítají do sociálních služeb, mají být odrazem ve snaze a změně přístupů u uživatelů sociálních služeb. Mluvíme o

individuálních potřebách, schopnostech a možnostech, které je zapotřebí v co nejvyšší možné míře rozvíjet. Dále jsou to snahy o modernizaci bydlení, bezbariérové přístupy a postupné snižování uživatelů ve velkých institucionálních pobytových zařízeních.

3.2 Vývoj deinstitutionální péče v zahraničí

Průběh procesu deinstitutionalizace se začal vyvíjet ve vyspělých západních státech již v padesátých až šedesátých letech minulého století například v oblastech Skandinávie a Velké Británie. Tato doba se vyznačovala myšlenkovým proudem o snahu zkvalitnit životní podmínky a úroveň lidí, kteří žili v pobytových institucích. Lidské psychologické hledisko začalo poukazovat na nedokonalost ústavní péče, které se vyznačovalo izolovaností, velkým počtem lidí na jednom místě a ztrátou své identity. Lidé se museli podřizovat vnitřním směrnicím a řádům, neměli možnost využívat externích služeb v běžné společnosti. Nebraly se ohledy na cílenou péči, kterou potřebuje každý uživatel individuálně. Tyto požadavky na péči byly brány plošně bez nároků na tyto potřeby (Černá, 2009).

Další reformní myšlenky se objevují v osmdesátých letech minulého století a směřují k uživatelům sociálních služeb, kteří mají právo na svobodný a nezávislý život stejně jako jejich zdraví spoluobčané. Zahraniční zkušenosti uvádějí, že lidé, kteří trpí určitým druhem postižení, mohou žít mimo ústavní péči. Otevřenost a snaha celé společnosti vede handicapované lidi k větší samostatnosti v rozvoji jejich osobnosti. Dobrým příkladem jsou Švédsko a Norsko, kde byly exemplárně zrušeny ústavy sociální péče pro mentálně postižené. Začaly se vytvářet tzv. skupinové domy, kde bydleli čtyři lidé s mentální retardací v bytové zástavbě. O zabezpečení péče se staral pověřený personál. V roce 1985 se švédský parlament rozhodl uzavřít zbytek

skupinových domů a již nepřijímat žádné uživatele. Byla vytvořena nová centra, která organizovala volnočasové aktivity těchto lidí a zapojila je do procesu zaměstnávání. Švédský odborník profesor MUDr. Karel Grunewald na tuto problematiku reaguje svými poznatky, že se ze společnosti odbouraly destruktivní vzorce v pohledu na postižené lidi. Začala se posilovat stránka humanizace a zájmu o postižené lidi. Popisuje, že celkový ekonomický systém je pro stát výhodnější než ten zastaralý. Nejsou zaznamenány zatím žádné negativní důsledky tohoto systému. V současné době je ve Švédsku 60% lidí s mentální retardací, kteří žijí ve skupinových domech, 20% žije samostatně a 20% pobývá u svých rodičů.

Dalším příkladem jsou odborné poznatky z oblasti života mentálně retardovaných osob z konference, která se konala v Rathenu u Pirny ve Spolkové republice německé v dubnu 2012. Byly to osobní zkušenosti z praktické roviny ze semináře, který byl hrazen z projektu Integrace bez hranic. Diskuse se zaměřovala na životní úroveň osob s určitým zdravotním znevýhodněním v německé a české republice. V současné době v Německu v oblasti Sasko jsou větší ústavní zařízení nahrazována za tzv. penziony či menší pobytová sociální zařízení. Převážná část klientů žije v rodinném kruhu svých nejbližších příslušníků (Průša, 2012).

Z hlediska historického pohledu v německých zemích byli lidé s určitým handicapem separováni do institucionálních zařízení. Začátkem 50. let minulého století se objevují první myšlenky, že tato zařízení a systémy nejsou správné a neodpovídající lidské důstojnosti. První náznaky se objevovaly v myšlenkách a názorech na integrační principy handicapovaných lidí do společnosti. Síla myšlenkových názorů a postojů vedla k deinstitucionalizaci zařízení ve vyspělých státech, jako byla první oblast Skandinávie. Toto hnutí vzniklo těsně po druhé světové válce, byl to impuls ke změně a posunu k humanitnějším formám přístupu k lidem s určitým handicapem. V současnosti tento proces probíhá na celém světě a je cestou, která dává lidem s handicapem příležitost a šanci k lepšímu a důstojnějšímu

životu. Německá Ústava BRD stanovuje, že každý člověk má právo na svobodný rozvoj své osobnosti za podmínek, že nebude poškozovat práva jiných lidí. Všichni lidé jsou si před zákonem rovni bez ohledu na daný handicap.

Větší podíl na finanční náklady u lidí s handicapem se zabezpečuje v Německu tzv. sociální pomocí. Zákoník sociální práce pro lidi s postižením je vodítkem, které napomáhá řešit problémy v oblasti sociální péče. Pomoc se nabízí v oblastech prevence postižení, dává možnost uplatnění se ve společenství a nabízí odpovídající povolání nebo vedení lidí, aby byli co nejméně závislí na pomoci těch druhých. Hlavním impulzem změn byl fakt, že ekonomické náklady na péči pro lidi s určitým druhem postižení jsou vysoké a prostředí je ve velkých institucionálních zařízeních nepodněné.

3. 3 Deinstitutionalizace sociálních služeb v České republice

Deinstitutionalizace znamená odklon od institucionální péče, která se poskytuje ve velkých zařízeních a má snahu se zaměřovat na formy, které jsou součástí přirozeného prostředí komunity, můžeme zde mluvit o humanitních formách v přístupech u těchto jedinců, jako jsou např. podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení, osobní asistence, respitní péče či pěstounská péče. Všechny tyto myšlenky a procesy vycházejí z dokumentu Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb. Cílem této myšlenky je umožnit uživatelům co nejdůstojnější a nejefektivnější životní úroveň v oblasti sociální, kulturní a ekonomické. Právo se sám rozhodovat a být aktivním, nebo se alespoň podílet na věcech, které se ho týkají. Být plnohodnotným členem přirozeného prostředí s ostatními.

Mezi hlavní představitele a průkopníky deinstitucionalizace u nás patřil pan Milan Cháb. Tento významný ředitel ústavního zařízení v Horní Poustevně pro mentálně retardované byl jeden z prvních, kteří se snažili o zrušení těchto ústavů sociální péče. Jeho hlavní myšlenka byla, aby se vytvořily podnětné a srovnatelné podmínky v oblasti nabízení sociálních služeb bez rozdílu na daný handicap jedince. Cháb (2004, s. 28) říká: *„Když se řekne deinstitucionalizace, tak většinou se to přeloží jako zavření nebo zrušení instituce. Problém není v tom, že existuje instituce, ale v tom, že se v ní míchají sociologicky různé funkce a něco se zaměňuje něčím jiným.“*

3. 4 Normalizace v ústavní péči

Normalizace v ústavní péči znamená žít lidem s určitým zdravotním znevýhodněním v nejvyšší možné míře tak, aby se svým způsobem a kvalitou života mohli přiblížit intaktní společnosti. Jsou to hlavně oblasti školských institucí, zaměstnání, kulturních a volnočasových aktivit. Dále projevit snahu v navazování přátelství dle vlastních možností a vlastnit svůj majetek, který jim dělá radost a užitek (Švarcová, 2000). Požadavkem normalizace je v ústavní péči nabídnout a vytvořit podmínky pro nejobtímnější klima a pohodu.

Renotierová (2004. s. 166) říká: *„Bohaté integrační zkušenosti získáváme v Evropě především ze skandinávských států, kde v úzkém vztahu k právním předpisům zajišťujícím ochranu práv mentálně retardovaných je koncepce normalizace, která zahrnuje strukturu námětů, metod a zkušeností získaných v praktické práci ve prospěch osob s postižením ve skandinávských zemích stejně jako v jiných částech světa a znamená tvorbu schémat v podmínkách každodenního života pro mentálně retardované, které jsou pokud*

možno co nejpodobnější normám a postupům hlavních tendencí společenského života.“

Principy normalizace a deinstitucionalizace směřují k tomu, že se z uživatele stává aktivní společenský člen intaktní společnosti. Otázkami principů normalizace se zabýval psycholog Nirje, které jsou součástí švédských zákonů. Popisuje normální běžný život, touhy a právo, která má každá lidská bytost. Lidé s mentální retardací mají stejné možnosti a práva, jako ostatní lidé v běžné společnosti.

- Normální denní rytmus (uspokojení spánku, stravy)
- Normální běžný život a jeho běžné proměny (změna bydliště, trávení volného času)
- Normální prožívání životních etap (rodinné zvyky, tradice)
- Respektování přání a touhy
- Právo na partnerské vztahy
- Právo na využívání finanční podpory od státu (osobní důchod, minimální mzda)
- Právo žít v běžném životě

3. 5 Transformace sociálních služeb

Velká změna, která se projevila do oblasti transformace v péči o postižené jedince, byl příchod demokracie. Začínají se uplatňovat a prosazovat alternativní možnosti pro rodiny, které se chtějí starat o své blízké osoby. Ústavní péče se začíná více otevírat a přibližovat běžné populaci. Vytvořením nového zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách jsou přístupy o znevýhodněné jedince v péči o ně uplatňované v pobytových či domácích podmínkách. Z toho vyplývají formy, které nabízejí pomoc ambulantní, terénní nebo respitní péči. Jedinci s tímto handicapem začínají být v centru zájmu a

diskuse. Objevují se články v médiích, televizní stanice a rádia zprostředkovávají jejich současný stav v ústavních zařízeních (Vávrová, 2009).

V roce 2007 byla vládou České republiky přijata „*Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění u uživatele do společnosti*“ (MPSV [online], 2013). Hlavní cíl byl v podpoře a vytvoření dobrých podmínek pro poskytovatele a zřizovatele v oblasti humanizační sociální péče. Tento zavazující dokument uvádí, že se bude transformace rozvíjet během několika desítek let jako přirozený proces v oblasti pobytových služeb.

Dalším cílem transformační péče je vytvořit optimální síť služeb, které umožní každému uživateli vybrat si dle svého postižení odpovídající službu. V neposlední řadě je snaha o pozvolné opouštění velkých ústavních objektů. Měly by se centralizovat do menších bytových jednotek, kde budou jedinci s určitým postižením žít běžným a plnohodnotným životem. Služby v poskytování pomoci u těchto lidí mají mít charakter osobní asistence, terénní služby, respitní péče či nabízet podporu při zaměstnávání. Časový rámec této transformace probíhá v několika etapách, obdobích, které je stanoveno od roku 2007 do roku 2013.

Do realizace tohoto projektu se zapojilo 32 zařízení z celé České republiky dle stanovených kritérií. Bylo vytvořeno 12 pracovních skupin, které napomáhaly a řešily otázky v oblastech transformace. K lednu 2013 prošlo zatím 32 zařízení transformačním procesem, kde bylo 500 uživatelů přestěhováno do menších a důstojnějších forem pobytových zařízení. Cesta k úplné transformaci je zatím na začátku dlouhé cesty samotných uživatelů. Tento krok odpovídá současným politickým, ekonomickým a společenským podmínkám. Neměli bychom klesat na mysli a snažit se maximálními dostupnými prostředky a přístupy napomáhat lidem vedle nás, kteří potřebují maximální podporu. Nikdy sami nevíme, kdy se nás tyto zkušenosti mohou dotýkat. Proto je velmi

důležité nebát se o těchto věcech diskutovat a snažit se pochopit jejich podstatu a důležitost, která je součástí naší vyspělé společnosti.

Česká republika se řídí Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, kterou podepsala v září 2009 a která byla ratifikována. Nyní uvedeme příklad, že na rozdíl od SRN nebyl zatím v ČR ratifikován opční protokol (práva obsažená v Úmluvě nejsou proto vymahatelná soudně). Přesto se soudní spory vedou hlavně ve věcech zbavování způsobilosti k právním úkonům a výkonu opatrovnictví. V této oblasti došlo k malému posunu v ČR zejména v posuzování schopností člověka, který má být zbaven způsobilosti k právním úkonům.

Transformace neznamená jen dát lidem možnost volby v bydlení, ale umožnit jim možnost svobodného rozhodování a s tím spojená i rizika, která z toho vyplývají. Brát tyto občany jako každého jiného člověka, jako lidskou bytost, která má svá práva i povinnosti.

Postupným vývojem lidské společnosti se začaly do popředí promítat otázky v oblasti práv osob se zdravotním znevýhodněním.

Úmluva o právech těchto osob uvádí, že mají plné právo na důstojný život v oblasti práva, svobody, bezpečí a integraci do společnosti.

V dnešní době není důstojnou formou ústavní zařízení pro osoby se zdravotním znevýhodněním. Mnoho lidí žijící v těchto velkých objektech skrývají svá tajná přání být se svými nejbližšími rodinnými přáteli v běžné společnosti. (Cháb, 2004).

4. Současná problematika Domovů sociální péče v ČR

„Základem lidského světa nemůže být izolovaný jednotlivec, nýbrž dva lidé, jimiž začíná společnost“ (B. Brecht, in Valášek, 2000, s. 120).

V současné době registruje Ministerstvo práce a sociálních věcí 221 pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením na území České republiky. Z toho je pro osoby s mentální retardací registrováno 170 domovů sociální péče, které nabízejí 121 pracovišť pro chráněné bydlení a 32 objektů pro podporu samostatného bydlení. Popsané údaje, které jsou popisovány, jsou platné do konce roku 2013. Tyto nabízené služby se neustále rozšiřují a jsou vedeny v registru poskytovatelů sociální péče. Některé domovy sociální péče již prošly nebo v současné době procházejí transformačním procesem. Tento pozitivní směr napomáhá těmto lidem k důstojnějším a kvalitnějším formám v oblasti bydlení a života.

Renotierová (2006, s. 170) říká: *„Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, chráněných bytech, ve společenských bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě.“*

Je zřejmé, že světové trendy v péči a přístupech o osoby s mentální retardací jsou zatím o krok napřed, než je tomu v České republice. Přesto je důležité si uvědomit, že snaha o změnu vede k pozitivním krokům k vývoji a humanizaci naší společnosti. Odklon od institucionální péče vede k rozvoji větší nabídky sociálních služeb. Tyto podněty zprostředkovávají fyzickou a psychickou nezávislost v zapojení se do běžného života. Následně se může u

uživatelé sociální péče zkvalitnit jeho prožitek v oblasti rozhodování a spoluúčasti v běžném životě.

4.1 Domov Kamarád – Lorm Žatec

Sociální služba je příspěvkovou organizací ústeckého kraje. Objekt se nachází ve dvoupodlažní vile z roku 1913, kterou vlastní město Žatec. V blízkosti je velký park a sportovní hřiště. Centrum města je odtud cca 15 minut pěšky.

Budova Domov Kamarád – Lorm funguje a poskytuje služby od roku 1990. V minulosti tento objekt sloužil, jako jesličkové zařízení.

První službou byl týdenní stacionář pro mentálně postižené osoby. Dále zařízení poskytovalo služby pro hluchoslepé pražskou organizací Lorm. V roce 1994 spolupráce mezi pražskou a žateckou organizací zanikla, ale ponechala si název Lorm a byla nahrazena ústavním zařízením pro mentálně postižené.

Návazně na to vznikla celoroční péče, která měla kapacitu pro 10 uživatelů sociální péče. Tato nabídka služeb byla postupem let obohacována o další služby, jako byly: respitní péče, krizová pomoc, týdenní stacionář, chráněné bydlení, sociálně terapeutická dílna a následně podpora samostatného bydlení.

Celkové členění Domova Kamarád – Lorm je rozdělen do šesti úsekových oddělení. V současnosti navštěvuje zařízení 45 uživatelů. První částí je Kamarád- Lorm, který poskytuje celoroční pobytovou služba pro středně těžké, těžké a hluboké mentální postižení s kombinovanými vadami. Druhé oddělení tzv. Rodinná buňka zajišťuje celoroční provoz a pobyt uživatelům s lehčími formami mentálního a tělesného postižení. Třetí oddělení Týdenní a denní stacionář, využívají a navštěvují z převážné části uživatelé tohoto zařízení či z rodinného prostředí. Sociálně terapeutická dílna vznikla v roce 2009, v současnosti do ní dochází 18 uživatelů. Podpora samostatného

bydlení začala fungovat v témže roce, která má zatím kapacitu pro 8 uživatelů. V roce 2012 v červenci vzniklo chráněné bydlení pro 7 uživatelů.

Z historického pohledu, bychom chtěli upřesnit a vysvětlit vznik a původ terminologického názvu Lorm. V minulém století žil významný a vážený spisovatel, který se jmenoval Henrich Landesmann, narodil se na Moravě. V mládí ohluchnul a později trpěl úplnou slepotou. Proto vytvořil dotekovou abecedu pro hluchoněmé. Bojoval proti Metternichově absolutismu, také za to byl pronásledován a utekl z Rakouska – Uherska do Německa. Vydával své publikace, které podepisoval pod pseudonymem Hieronymus Lorm. Byla to jeho oblíbená postava z anglického románu od spisovatele Jamese. Tento spisovatel a průkopník dotekové abecedy pro hluchoněmé se historicky zapsal do dějin, jako jeden z prvních, kteří položili základy v rozvoji a posunu o znevýhodněné jedince v sociální péči.

4.2 Občanské sdružení Jurta – Nebočady u Děčína

Vznik této organizace byl v roce 1996 na základě čtyř aktivních členů, kteří chtěli pomoci lidem s mentálním postižením. Jejich cílem bylo prostřednictvím lesních pobytů a řemeslných víkendů zaměstnávat lidi v chráněné dílně. Prostředí a objekt pro vznik a realizaci plánu se uskutečnil v Nebočadech u Děčína. Prvopočátkem byla realizace projektu **Adresář sociálních služeb pro severočeský kraj**. Cílem byly řemeslné semináře o víkendech (keramická výroba, ruční výroba z papíru a skla). Sdružení vlastní keramickou pec, ve které vypalují a glazurují své výtvořky. Uživatelé této dílny se soustředí na výrobu nádobí, váz a interiérových bytových doplňků. V roce 1999 tato činnost byla obohacena o výuku, která připravuje lidi na zaměstnání.

Koncepce, která podporuje tuto činnost, byla shrnuta do dokumentu aktivit, která má název Ateliér Nebočady. Základem jsou souhrnné tři pilíře, jako jsou: zaměstnávání lidí s postižením, informační služba, účast na pobytových a řemeslných seminářích. V roce 2000 se zahájil projekt o rozšíření chráněných dílen, které měly zaměstnávat lidi a umožnit jim bydlení s asistencí. Byl zakoupen další objekt v Nebočadech pro osoby s mentální retardací, které mají zájem o zaměstnání. Bylo dohodnuto s Úřadem práce zaměstnávání lidí s mentálním postižením z jejich evidenčního záznamu. V letech 2003 byla založena Agentura pro podporované zaměstnávání Osmý den. V dalších letech Jurta provozuje a rozšiřuje další aktivity v oblasti chráněných dílen, pracovní rehabilitace, podporované zaměstnávání. Za pomoci finančních zdrojů byla Jurta obohacena hrázděným špýcharem a vozíkovou keramickou pecí. V témže roce bylo sdružení osloveno pro benefiční sbírku Akce cihla v severních Čechách. V roce 2006 dochází k dokončování celé rekonstrukce objektu v Nebočadech u Děčína. Začala se připravovat akreditace pro poskytování sociálních služeb podpora samostatného bydlení a sociální rehabilitace. V letním období pořádala Jurta keramické symposium. Cílem byla osvěta a činnostní vzdělávací práce lidí s určitým handicapem. V roce 2007 sdružení získává akreditaci na podporu samostatného bydlení a sociální rehabilitaci.

V současnosti objekt Nebočady je plně využíván uživateli sociální péče. V blízkosti je krásná příroda s lesy a poli. Prostředí je velmi podnětné a smysluplné. Organizace vlastní dva osly, koně, kočky, psy a ovce. Personál spolu s uživateli se o ně starají. Dále tato organizace zajišťuje bydlení pro uživatele i v městské zástavbě města Děčína.

4.3 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je jednou z forem celoroční péče, které nabízí moderní přístup k lidem s mentální retardací. Základním prvkem tohoto bydlení je společná domácnost, kterou uživatelé sdílí s pracovníkem sociálních služeb. Tento pracovník v plné míře pomáhá uživatelům s úklidem, s vařením, se sebeobsluhou, nebo s tím, co uživatelé sami nemohou zvládat.

Služby jsou poskytovány v závislosti na potřebách uživatele a míře závislosti. Pro některé uživatele je nutné tyto služby zajišťovat 24 hodin denně i včetně víkendů.

Švarcová (2006, s. 177) říká: *„Chráněné bydlení má velký význam zejména pro dospělé lidi s mentálním postižením, kteří jsou zaměstnáni v chráněných pracovištích a navštěvují různá centra a instituce pro zaměstnávání i volný čas. Pokud klient tráví většinu svého času života v chráněném bydlení a prakticky z něho nevychází, ztrácí toto bydlení svou integrační funkci. Klienti se v něm nudí a trpí nedostatkem podnětů a kontaktů s ostatními lidmi.“*

Nyní popíšeme činnosti, které patří do nabídky v chráněném bydlení. Prvotním zabezpečením je ubytování a zajištění fungování celé domácnosti včetně stravy. Nezbytnou podmínkou je výchovně vzdělávací proces, který zabezpečuje udržování nebo rozvíjení vědomostí a dovedností. K těmto činnostem se vztahuje sociálně terapeutická práce, kterou nabízejí odborní pracovníci. Uživatelé mohou vyhledat u pracovníků také pomoc v uplatňování práv, zájmů nebo osobních problémů. Formy bydlení jsou řešeny individuálně. Nejvíce se zatím uplatňuje v praxi skupinová forma před individuálním bydlením. Smysluplností chráněného bydlení je vytvoření optimálních podmínek pro pohodové a rodinné klima, jako je tomu v běžném životě u ostatních lidí. Umožnit uživatelům bezprostřední kontakt s nejbližšími lidmi se vzájemnými návštěvami.

V současné době je na území České republiky 121 pobytových zařízení chráněného bydlení pro mentálně postižené. Všechny tyto služby jsou registrované pod Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR.

4.3.1 Typy chráněného bydlení

Chráněné bydlení patří do komunitních služeb, které se nejčastěji nabízejí v České republice. Hlavním cílem bydlení je společná domácnost uživatelů. Vypomáhání a zabezpečování provozu domácnosti zajišťují asistenti. Výhodou chráněného bydlení je jeho flexibilita v oblasti individuální pomoci a od tohoto se odvozují finanční náklady.

Pipeková (2006, s. 118) říká: *„Nejčastěji se jedná o bývalé činžovní domy, které obsahují několik na sobě nezávislých bytů. To přináší výhodu nejen z hlediska soukromí, ale i v možnosti odlišného přístupu k jednotlivým obyvatelům.“*

Většinou domov nabízí určitý počet bytů, které mají svého asistenta většinou se 3 až 4 uživateli. Jako maximální kapacita je doporučováno mít do 20 uživatelů, jinak se vytrácí samotná smysluplnost rodinného klimatu.

A) Chráněné byty

Tento typ bydlení zprostředkovává celkovou integraci do městských bytových jednotek. Asistenční péče se poskytuje dle rozsahu a hloubky postižení uživatele. Jednu bytovou jednotku obývají uživatelé a každý má svůj vlastní pokoj. Společně s nimi tyto prostory sdílí jejich asistent, který jim zprostředkovává maximální péči a potřeby v domácnosti, které jsou součástí běžného života. Nejdůležitější je, aby se respektovalo a nenarušovalo soukromí uživatelů. Denní aktivity jsou centralizovány do chráněných dílen nebo na volný trh práce či denní stacionáře.

B) Nezávislé bydlení se supervizí

Další možností, která se využívá v praxi, je tzv. podpora samostatného bydlení. Je doporučována uživatelům, kteří se dobře umějí o sebe postarat v oblasti psychosociálního vývoje. Každý uživatel vlastní svůj byt a asistenční službu využívá jen v nejnútnejších případech. V současné době je v České republice zatím registrovaných 32 zařízení, které poskytují u osob s mentální retardací služby v podpoře samostatného bydlení. Vzhledem k dnešním trendům a přístupům se tyto služby budou rozšiřovat. Velká institucionální zařízení se více rozčlení na menší sociální pobytové služby či úplně zaniknou.

4.3.2 Podpora samostatného bydlení

Švarcová (2006, s. 176) říká: *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.*“

Náš cíl se zaměřoval na domovy sociální péče pro osoby s mentální retardací a občanská sdružení, která nabízejí a poskytují podporu samostatného bydlení. Aktivně a dlouhodobě byla monitorována dvě pracoviště, jako byl Domov Kamarád – Lorm v Žatci a Občanské sdružení Jurta Děčín. Systematicky bylo monitorováno a zaznamenáváno, jak se uživatelé dokážou osamostatňovat v oblasti psychosociálních dovedností v podpoře samostatného bydlení na vybraných pracovištích. Bylo porovnáno státní zařízení s neziskovou organizací, které nabízejí uživatelům sociální služby.

Podpora samostatného bydlení je v dnešní době jedna z možných alternativ terénních služeb pro lidi s mentální retardací. Můžeme vycházet z předpokladu, že je to zatím nejvyšší možná forma v oblasti samostatného bydlení pro tyto osoby. Snaží se zprostředkovávat přirozené prostředí pro uživatele v oblasti svobodného práva na bydlení a života v běžných podmínkách. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje v 43§, že

podpora samostatného bydlení je terénní služba. Poskytuje se osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Uživatel si hradí náklady na bydlení a stravu, které nejsou hrazeny za poskytovanou sociální službu. Pracovník sociální péče přichází k uživateli do jeho přirozeného prostředí a nabízí mu podporu v péči o bydlení, o jeho osobu a využívání veřejných služeb. Rozsah plánované podpory si určuje uživatel, který se domluví s asistentem v oblasti svých potřeb a přání. Vyhláška č. 391/2011Sb., která definuje rozsah a formu poskytovaných služeb.

4.3.3 Osobní asistence

Jedna z alternativních možností péče o lidi s mentální retardací je služba osobní asistence. Poskytuje pomoc při běžných denních činnostech, jako je obsluha s jídlem, osobní hygiena nebo komunikace s veřejnou zprávou. Práce asistenta je velice náročné povolání, které patří do pomáhajících profesí. Tento pracovník by měl mít velkou trpělivost, vřelost, umět naslouchat a odborně pomoci. Měl by především pomáhat uživateli v oblasti kvality života a být blízkým člověkem a rádcem.

4.3.4 Komunitní služby

Tento přístup umožňuje lidem se zdravotním handicapem být součástí určitého společenství, které nabízí pomoc, pokud ji uživatel potřebuje. Cílem komunitní služby je nabídnout důstojné podmínky k normálnímu životu a naplňovat individuální potřeby. Kvalita těchto služeb je závislá na schopnostech, dovednostech, finančních prostředcích a možnostech lidí, kteří se o handicapované starají a zabezpečují provoz péče.

4.4 Zahraniční trendy v péči o osoby s mentální retardací

Zahraniční zkušenosti v péči o mentálně retardované osoby prokazují odklon od velkých institucionálních zařízení a jsou zaměřeny na humanitnější formy péče. Zařízení jsou vedena ve formách rodinného typu, pěstounské péče, chráněného bydlení nebo asistenční pomoci při integraci v běžném prostředí v městské zástavbě.

Švarcová (2006, s. 178) říká: *„V některých zemích se rozvíjí neformální komunitní péče, která vyplývá ze zájmu komunity o pomoc rodině v péči o postižené děti. Zapojují se do ní sousedé, přátelé rodiny a spolupracovníci rodičů postiženého dítěte. Smyslem této činnosti je pomoci rodičům zvládat náročnou péči o postižené dítě. Zájem o život rodiny dítěte s postižením uvnitř komunity přináší celou řadu pozitivních aspektů v rámci těchto neplacených služeb, z nichž některé mohou být zprostředkovávány a řízeny různými agenturami a některé fungují zcela neformálně na základě přátelských a sousedských vztahů.“*

U nás v České republice tato forma zatím není plně rozvinuta. Požadavky, které vyplývají z této neformální komunitní péče, jsou stabilita, přizpůsobivost, bezpečnost a kvalita.

Další alternativou v neformální péči o mentálně retardované jsou služby respitní. Jsou to služby dočasné výpomoci, které jsou určeny pro rodiny nebo osoby, které se starají o mentálně retardované. Nejčastěji se služba využívá při náhlém onemocnění, úrazu nebo řešení těžkých životních situací.

4.3.1 Osobní asistence

Jedna z alternativních možností péče o lidi s mentální retardací je služba osobní asistence. Poskytuje pomoc při běžných denních činnostech, jako je obsluha s jídlem, osobní hygiena nebo komunikace s veřejnou zprávou.

Práce asistenta je velice náročné povolání, které patří do pomáhajících profesí. Tento pracovník by měl mít velkou trpělivost, vřelost, umět naslouchat a odborně pomoci. Měl by především pomáhat uživateli v oblasti kvality života a být blízkým člověkem a rádcem.

4.3.2 Komunitní služby

Tento přístup umožňuje lidem se zdravotním handicapem být součástí určitého společenství, které nabízí pomoc, pokud ji uživatel potřebuje. Cílem komunitní služby je nabídnout důstojné podmínky k normálnímu životu a naplňovat individuální potřeby. Kvalita těchto služeb je závislá na schopnostech, dovednostech, finančních prostředcích a možnostech lidí, kteří se o handicapované starají a zabezpečují provoz péče.

5. Metody a techniky v oblasti pracovní činnosti u lidí s mentální retardací

„Společnost bez možnosti reformy je společnost bez možnosti zachování“ (E. Burke, in Valášek, 2000, s. 120).

Práce s lidmi, kteří trpí mentální retardací, v oblasti sociálních služeb, vychází z individuálních potřeb, přání a cílů každého jedince. Všechny tyto potřeby u uživatele jsou zakotveny ve standardech sociální péče, které jsou vodítkem a nástrojem kvality sociální péče (Matoušek, 2010).

Lidé, kteří pracují na profesionální úrovni s těmito uživateli, se nazývají klíčovými pracovníky a ti se snaží maximálně uspokojit služby v sociální péči.

Základní metoda je asistence, která se využívá u lidí s mentální retardací. Jedná se o péči a pomoc u uživatelů, kteří sami nemůžou zvládat věci, které zvládají běžně lidé bez postižení. Základem metody je celkové zaměření se na člověka, které vychází z individuálních potřeb, každého jedince. Asistent se přizpůsobuje veškerým změnám či zvláštnostem daného uživatele, nabízí mu pomocnou ruku. Dále rozvíjí dovednosti a návyky a může uživatele zastupovat při jednání s úřady. Tato asistenční služba nemá právo bez pověření uživatele za něj sama rozhodovat.

Další metoda je individuální práce. Cílem a smyslností je dosáhnout pozitivní změny, která povede ke kvalitnějšímu životu samotného uživatele. S touto metodou se většinou naplňují stanovené cíle v individuálním plánování.

Metoda pracovní terapie je velmi vhodná a podnětná z hlediska poslušnosti a organizačního řádu v oblasti návyků a zodpovědnosti. Tato metoda rozvíjí komplexní osobnostní rozvoj.

Metoda komunitní podpory se zaměřuje na práci s lidmi s určitým handicapem, ale i bez něho. Vytváří prostor k otevřené komunikaci a soudržnosti mezi oběma skupinami lidí. Cílem je vznik nového místa v oblasti

bydlení, které je v běžném přirozeném prostředí. Lidé, kteří chtějí pomáhat a nemají určitý handicap, zastupují samotné asistenty a snaží se prostřednictvím společenských aktivit podpořit a začlenit uživatele do běžného životního stylu.

Metoda péče zajišťuje základní primární potřeby u lidí s mentální retardací. Jedná se o oblast seberealizace, která je nezbytná pro každého z nás v oblasti uznání a posilování sebevědomí.

5.1 Klíčové zásady a cíle

Zásady a cíle jsou nezbytnými a nepostradatelnými prvky v práci s mentálně retardovanými lidmi. Pokud se na začátku práce s uživatelem nestanoví klíčové prvky v oblasti individuálního plánování, může docházet k selhání či nepochopení v očekávání mezi uživatelem a pracovníkem sociální služby.

Obecným principem u lidí s mentální retardací je svobodný výběr v odpovídající sociální službě, kterou nabízí veřejnost, a život v pospolitosti s ostatními lidmi.

Matoušek (2010, s. 113) říká: „*Služby nemají řídit život uživatele, ale pomoci mu, aby ho mohl co nejvíce řídit sám. S tím souvisí i snaha o to, aby byl uživatel na službě co nejméně závislý. Optimální by bylo vytvořit síť služeb, mezi nimiž by si uživatel mohl vybírat, popřípadě jich mohl využívat několik současně.*“

V praktické rovině byly využity s uživateli v této práci tyto zásady: důslednost, jednotnost, komplexnost a cílevědomost. Celkovým úkolem sociálních pracovníků je respektovat tyto zásady a využívat je individuálním přístupem, který napomáhá a motivuje uživatele k jejich sociálnímu začlenění. V neposlední řadě je důležitá veřejná osvěta v oblasti lidí s mentální retardací. Sdílet a umět předávat informace o možnostech, potřebách a hodnotách, které mají tito lidé s určitým handicapem. Jedná se o zautomatizované postoje, které

jsou v podvědomí lidí bez postižení. Pokud se tyto činnosti uloží do podvědomí, budou jim moci lépe rozumět a být více empatičtí. Každá lidská bytost na světě má svá tajná přání, touhy a potřeby, které se snaží naplnit nebo se k nim, alespoň přiblížit.

Švarcová (2003, s. 14) říká: „*Respektování lidských práv a svobod je základem spravedlivého uspořádání každé společnosti.*“ Celospolečenským posláním v otázkách integrace u občanů s mentální retardací je pomáhat tato práva naplňovat a minimalizovat jejich znevažování. Důležitý je zde vzájemný respekt, spolupráce a komunikace, které napomáhají k humanitnějším přístupům v oblasti života naší celé společnosti. Tento harmonický celek působí na minoritní skupinu handicapovaných osob. Pro funkčnost tohoto systému je nezbytné, aby majoritní skupina běžných lidí, byla k těmto lidem empatická. Za těchto předpokladů můžeme konstatovat, že integrační procesy v přechodu u lidí s handicapem z větších pobytových zařízení do běžných bytových objektů, mohou být v harmonii a sounáležitosti s běžným životem naší celé společnosti. Každá vyspělá společnost by měla umět nabídnout a dát šanci každému z nás se svobodně rozhodnout, kde by chtěl trávit zbytek svého života. Neměli bychom také opomenout sociální zákon č. 108/2006 Sb., který vyšel v platnost roku 2007, kde se stanovuje a uvádí ve standardech ochrana práv osob s postižením, jejich dodržování a naplňování.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1. Cíl empirického výzkumu

Výzkum se zabýval osobami s mentální retardací, které žijí v podpoře samostatného bydlení v pobytových zařízeních na území České republiky. Byla provedena analýza a komparace vybraných pracovišť, která zabezpečují sociální péči u uživatelů. Výzkum byl realizován v době od března 2012 do září 2013.

Cílem výzkumné práce bylo:

1. Vymežit a popsat integrující faktory, které napomáhají k celkovému harmonickému rozvoji osobnosti uživatele v chráněných formách bydlení.
2. Porozumět důležitosti vzdělání a kvalifikaci pracovníků v sociální péči v státní organizaci a nestátní instituci.
3. V neposlední řadě provést na vybraných pracovištích analýzu a komparaci psychosociálních dovedností u uživatelů sociální péče.

Časový harmonogram výzkumu

Přípravná fáze: od 1.3. 2012 do 31.3. 2012.

Realizační fáze: od 1.4. 2012 do 30.9. 2013.

Vyhodnocovací fáze: od 1.10 2013 do 31.1 2014.

2. Empirické metody a techniky

Metodologie výzkumu této rigorózní práce je založena na empirických metodách kvalitativního výzkumu. Metody, které se použity pro výzkum byly, strukturovaný dotazník, dlouhodobé systematické pozorování, řízený rozhovor a kazuistiky. Následně byla provedena analýza a komparace těchto dat.

A) Dotazník

Dotazník je jedna z možných výzkumných metod, která je chápána, jako psaná forma řízeného rozhovoru. Otázky v dotazníkovém šetření se mohou členit na otevřené, uzavřené nebo polouzavřené.

Gavora (2010, s. 121) říká: *„Dotazník je určen především pro hromadné získávání údajů. Myslí se tím získávání údajů o velkém počtu odpovídajících. Proto se dotazník považuje za ekonomický výzkumný nástroj. Můžeme jím získávat velké množství informací při malé investici času.“*

Dotazníkové šetření v této práci bylo zaměřeno na vedoucí pracovníky sociální péče v podpoře samostatného bydlení na 32 pracovištích v České republice. Tato pracoviště jsou vedena v registru poskytovatelů sociálních služeb pod Ministerstvem práce a sociálních služeb ČR. Dotazník se člení do tří oblastí: kvalifikace zaměstnanců, osobní údaje a kvalita života uživatelů.

B) Dlouhodobé systematické pozorování

Dlouhodobé systematické pozorování se zaměřovalo na činnosti v psychosociálních dovednostech u osob s mentální retardací. Tyto aktivity byly předem vybrány a aplikovány do praktické roviny. K tomuto monitorování a zaznamenávání probíhajících jevů v daných činnostech bylo zapotřebí výzkumné metody tzv. strukturované pozorování. Za tímto účelem

byla vytvořena kategorizační mapa pro pracovní dovednosti a návyky, do které se průběžně zaznamenávaly maximální dosažené vývojové stupně každého zkoumaného uživatele v podpoře samostatného bydlení.

Gavora říká: *„Pozorování pomocí pozorovacího systému je zajímavá a do jisté míry i elegantní záležitost. Přináší velký počet kvantitativních údajů, a tím pomáhá pedagogice odpoutat se od impresionistického popisu pedagogické skutečnosti a přejít k přesným údajům.“*

Dalším z autorů, který se zabýval diagnostickými metodami v oblasti psychologie osobnosti, byl pan Řičan, který říká: *„Metoda systematického pozorování je důležitá proto, že zachycuje spontánní, přirozené chování, skutečnost, do které výzkumný pracovník nijak nezasáhl. Všechny výzkumné postupy, při kterých psycholog vytváří nějakou situaci (například v laboratoři), jsou už určitým znásilněním skutečnosti!“*

C) Rozhovor

Tato výzkumná metoda je jednou z nejvíce používaných technik pro sběr informací. Zkoumá důkladný rozsah spojitostí mezi jevy a motivy odpovědí na otázky.

Kohoutek (1996, s. 59) říká: *„Rozhovor by měl probíhat v klidné tiché místnosti, kde nikdo neprochází a nevyrušuje. Je třeba předem pečlivě promyslet způsob navázání kontaktu se zřetelem k individualitě vyšetřovaného. Je nutno dodržet zásadu vytvoření důvěry, raportu.“*

Při plánování rozhovoru nesmíme zapomenout na správnou formulaci otázek z hlediska stručnosti a jasnosti. Měli bychom vycházet z mentálního věku a rozumových schopností dotazovaného a navodit přátelskou atmosféru. Můžeme zde hovořit o umění, kterým vedeme rozhovor, aniž bychom mluvili. Někdy stačí jen naslouchat a sdílet radost či bolest toho druhého.

D) Kazuistika

Jedná se o případovou studii, která podává ucelený výklad a popis zkoumaného jedince v jeho konkrétním případě. Závěr bývá otevřený, neuvádějí se celá jména ani další soukromé iniciály popisovaného jedince. V této práci byly shromážděny a zdokumentovány údaje, které byly použity pod anonymními jmény. Informace byly čerpány ze zdravotních dokumentů a osobních složek osob s mentální retardací. Práce popisuje několik kazuistických případů, jejich životní etapy, překážky a změny v osamostatňování a integračním procesu v oblasti života bydlení. Tyto materiály jsou pozitivním přínosem této práce v okruhu současných podmínek a možnostech v osamostatňování se v nabídce sociálních služeb.

3. Charakteristika vzorku a interpretace údajů

Pro naši výzkumnou práci bylo vybráno 32 registrovaných pracovišť v oblasti podpory samostatného bydlení u osob s mentální retardací na území České republiky. Elektronickou poštou bylo rozesláno 32 dotazníků vedoucím podpory samostatného bydlení. Dotazníkové šetření vyplnilo a vrátilo 24 vedoucích pracovníků, 3 vedoucí pracovníci ho nevyplnili, ale vrátili, a 5 vedoucích pracovníků dotazník nevrátilo. Celková úspěšnost ve vrácení dotazníku byla 75%.

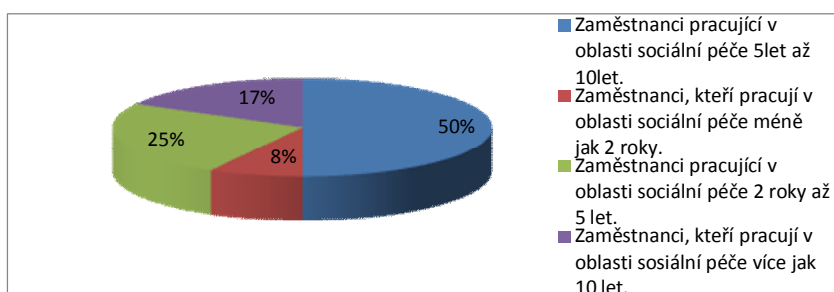
Dotazník se člení do tří oblastí a tvoří celkem 25 polouzavřených otázek. Oblasti se dělí na kvalifikaci zaměstnanců, osobní údaje a kvalitu života uživatelů.

Cílem bylo prozkoumat a zachytit komplexní přístup a postoj k lidem s mentální retardací u pracovníků sociální péče. Odhalit a doplnit metody, které mohou zkvalitňovat a přiblížit vztah mezi uživatelem a pracovníkem. Dále najít alternativní metodický postup v přechodu uživatele z podpory samostatného bydlení na volný trh bydlení. Organizace, které poskytují v současné době podporu samostatného bydlení, mají z větší části právní formu příspěvkové organizace nebo formu nestátní neziskové instituce.

A) Strukturovaný dotazník

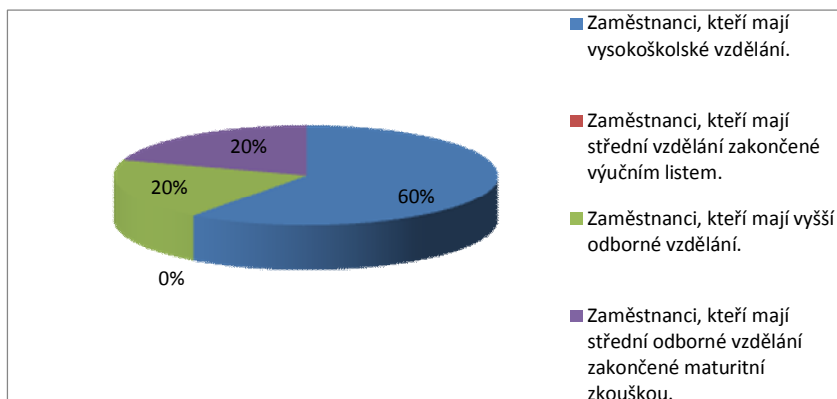
Na základě získaných výsledků v dotazníkovém šetření nám **graf č. 1 ukazuje**, že z 24 dotazovaných respondentů pracuje 50% zaměstnanců v oblasti sociální péče 5 až 10 let. Dále je z grafu patrné, že 25% zaměstnanců pracuje v této oblasti 2 roky až 5 let. Zaměstnanců, kteří uvádějí, že pracují v oblasti sociální péče, je 17% a zaměstnanců pracujících v oblasti sociálních služeb méně než 2 roky je 8%.

Graf č. 1



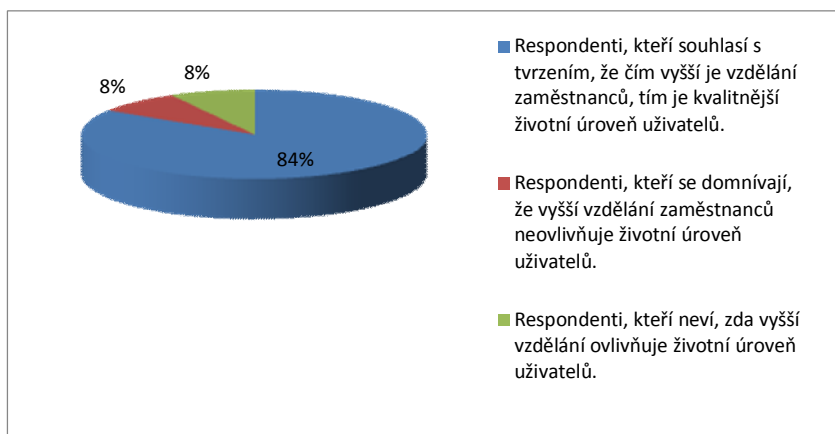
Otázka č. 2 nám z grafu vypovídá, že z 24 dotazovaných respondentů má 60% zaměstnanců vysokoškolské vzdělání. Zaměstnanců, kteří mají vyšší odborné vzdělání, je 20% a dále 20% zaměstnanců, kteří mají střední odborné vzdělání zakončené výučním listem.

Graf č. 2



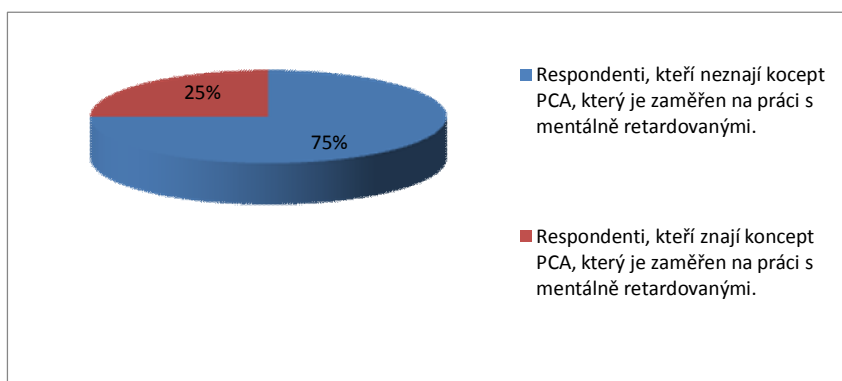
Otázka č. 3 nám ukazuje, že 84% z 24 dotazovaných respondentů souhlasí s tvrzením, že čím vyšší vzdělání u zaměstnanců je, tím je kvalitnější životní úroveň uživatelů, dále 8% respondentů neví, zda vyšší vzdělání zaměstnanců ovlivňuje životní úroveň uživatelů a 8% respondentů se domnívá, že vyšší vzdělání zaměstnanců neovlivňuje kvalitu života uživatelů.

Graf č. 3



Odpovědi na otázku č. 4 nám říkají, že 75% z 24 dotazovaných respondentů se neseznámilo s konceptem PCA, který je zaměřen na práci s mentálně retardovanými, a pouze 25% respondentů, kteří se s tímto konceptem seznámili.

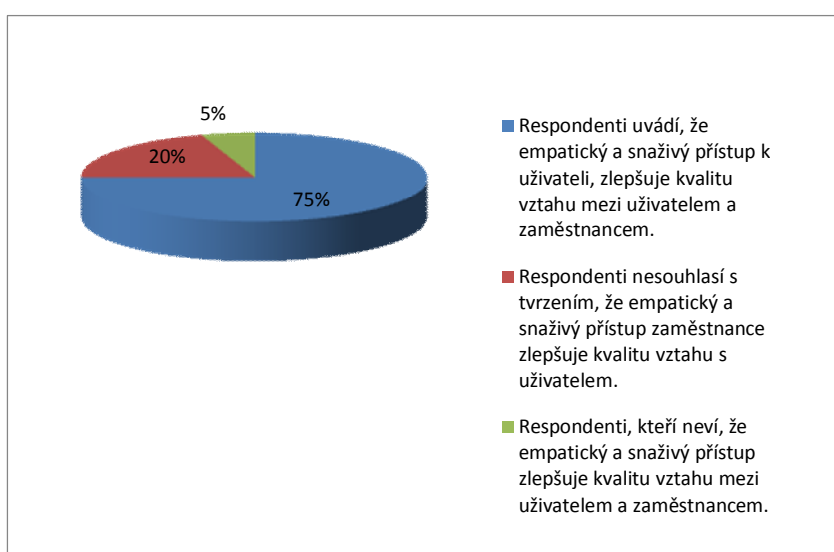
Graf č. 4



Otázka č. 5 nám z grafu vypovídá, že 75% z 24 dotazovaných respondentů souhlasí s tvrzením, že empatický a snaživý přístup může

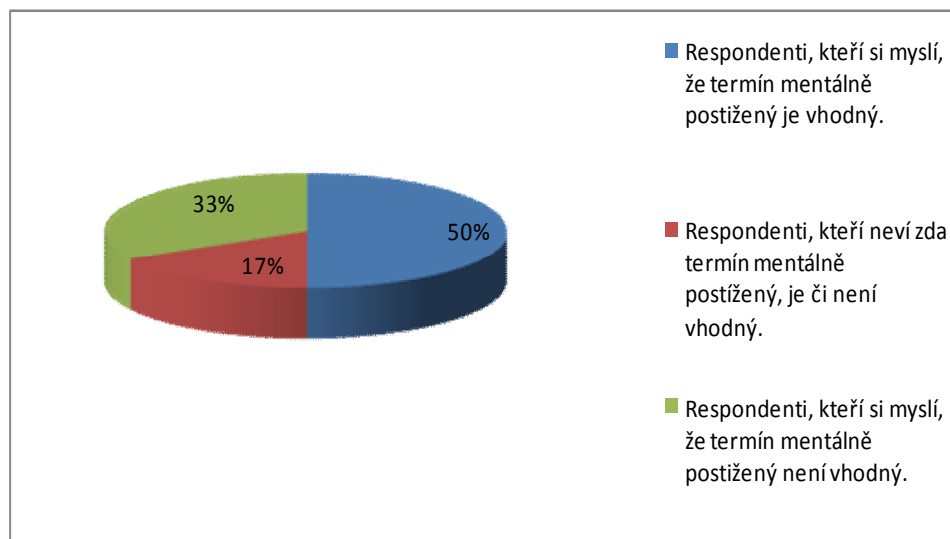
zlepšovat kvalitu vztahu mezi uživatelem a zaměstnancem. Další 20% respondentů odpovědělo, že nesouhlasí s tvrzením a 5% respondentů neví, zda empatický a snaživý přístup může zlepšovat kvalitu vztahu mezi uživatelem a zaměstnancem.

Graf č. 5



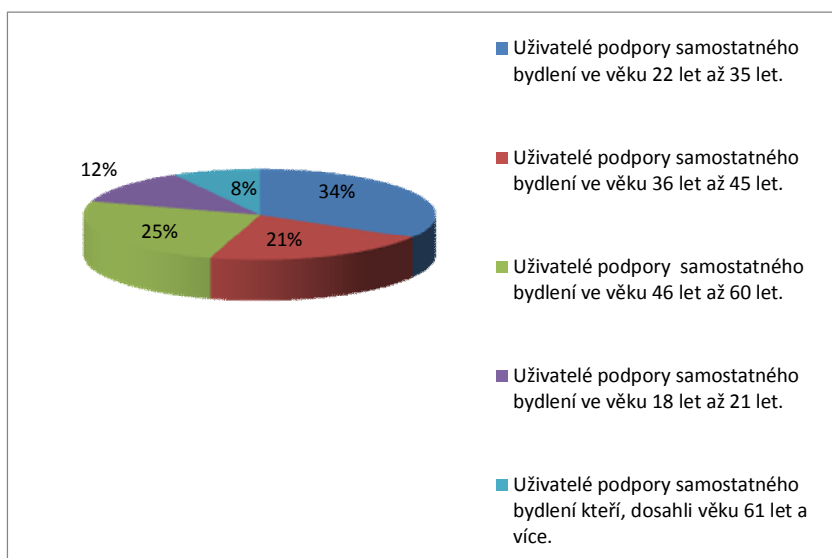
Otázka č. 6 nám ukazuje, že 50% z 24 dotazovaných respondentů souhlasí s tvrzením, že současný užívaný termín mentálně postižený je vhodný používat v praxi u těchto lidí. Další 33% respondentů nesouhlasí se současným termínem a 17% respondentů neví.

Graf č. 6



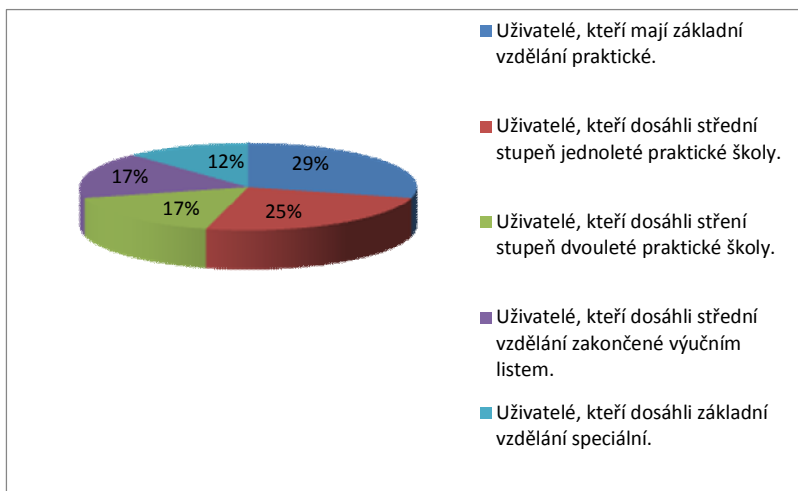
Otázka č. 7 nám říká, že 34% z 24 dotazovaných respondentů uvádí, že věková hranice v podpoře samostatného bydlení je mezi 22 a 35 lety, 25% respondentů říká, že věková hranice uživatelů je ve věku 46 až 60 lety. Další 21% respondentů uvedlo, že průměrný věk uživatelů je mezi 36 a 45 lety, 12% respondentů odpovědělo, že věková hranice u těchto uživatelů je ve věku mezi 18 až 21 lety. Zbytek dotazovaných 8% uvedlo, že jejich uživatelé dosáhli věku 61 let a více.

Graf č. 7



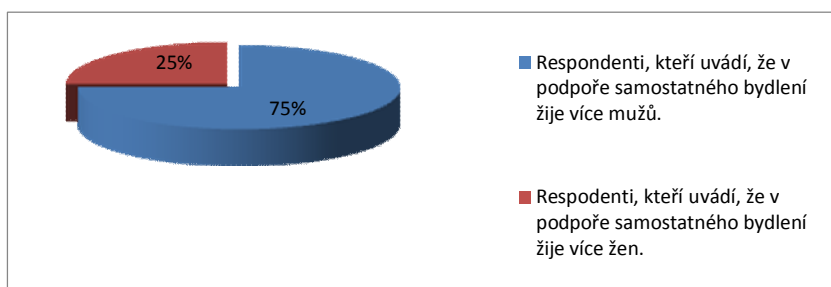
Otázka č. 8 nám vypovídá, že 29% z 24 dotazovaných respondentů uvedlo, že jejich uživatelé mají základní vzdělání praktické, 25% respondentů uvádějí, že uživatelé dosáhli střední stupeň jednoleté praktické školy, 17% respondentů uvedlo, že jejich uživatelé dosáhli střední vzdělání zakončené výučním listem, 17% respondentů říká, že jejich uživatelé dosáhli středního stupně dvouleté praktické školy a zbytek 12% respondentů uvedlo, že jejich uživatelé dosáhli základní vzdělání speciální.

Graf č. 8



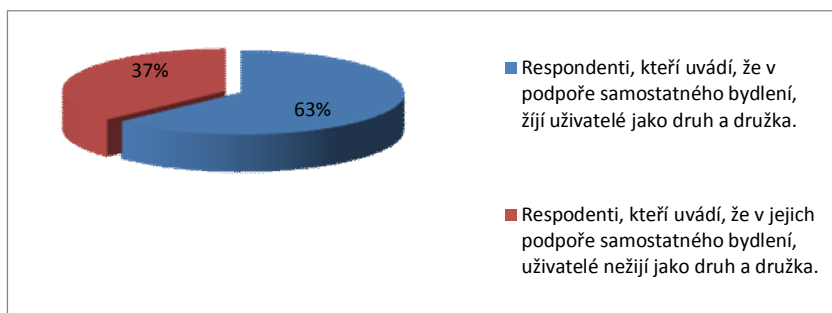
Otázka č. 9 nám ukazuje, že 75% z 24 dotazovaných respondentů uvádí, že je v podpoře samostatného bydlení více mužů než žen. Zbytek, 25% respondentů, uvedlo větší zastoupení žen než mužů.

Graf č. 9



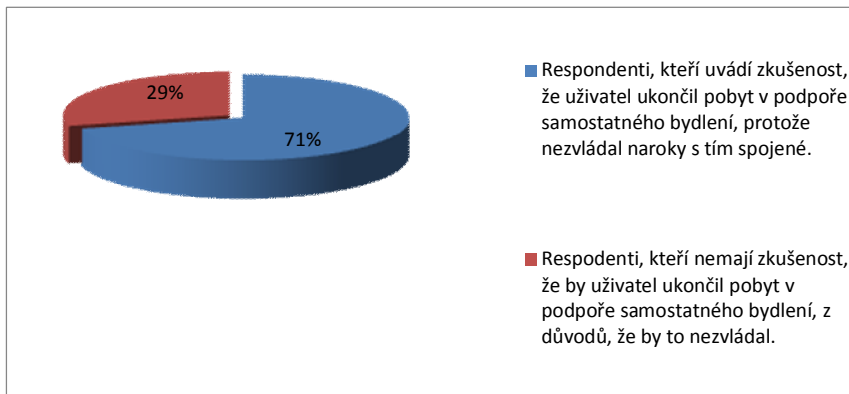
Otázka č. 10 nám ukazuje, že 63% z 24 dotazovaných respondentů uvádí, že jejich svěřenci žijí spolu v podpoře samostatného bydlení s druhem a s družkou, další 37% respondentů naopak sděluje, že v jejich zařízení nežijí uživatelé spolu ve společné domácnosti.

Graf č. 10



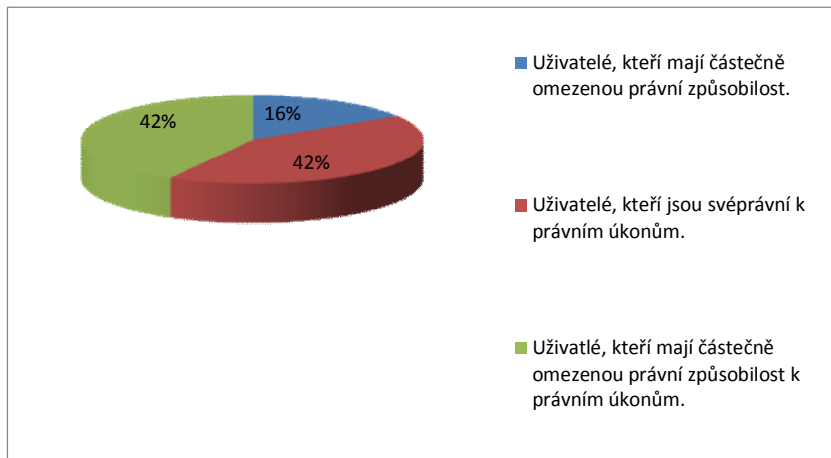
Otázka č. 11 vypovídá, že 71% z 24 dotazovaných respondentů uvedlo, že jejich uživatelé v podpoře samostatného bydlení museli ukončit pobyt z důvodu vyšších nároků na samotného uživatele. Zbytek 29% respondentů nemá zatím negativní zkušenost s ukončením pobytu v podpoře samostatného bydlení u uživatelů.

Graf č. 11



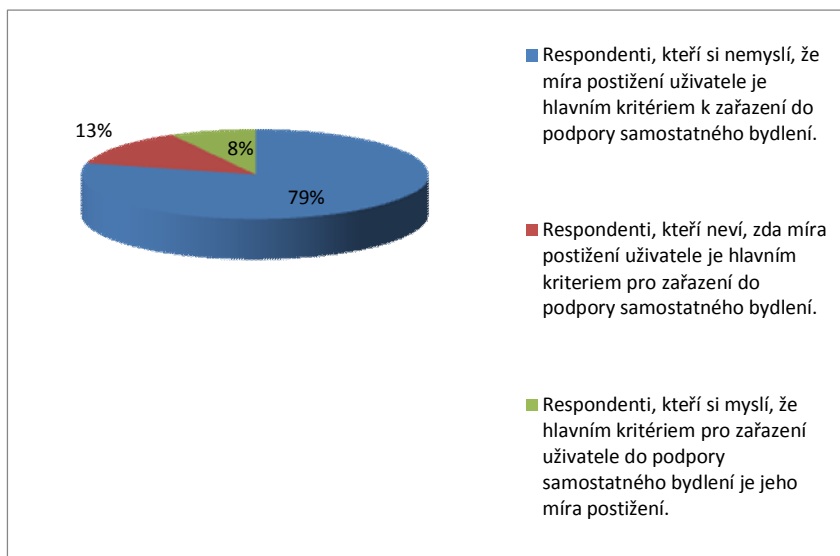
Otázka č. 12 ukazuje, že 42% uživatelů dotazovaných zařízení je svéprávných k právním úkonům, dále mají 42% uživatelů, kteří jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům. Zbytek, 16% uživatelů, má částečně omezenou způsobilost k právním úkonům.

Graf č. 12



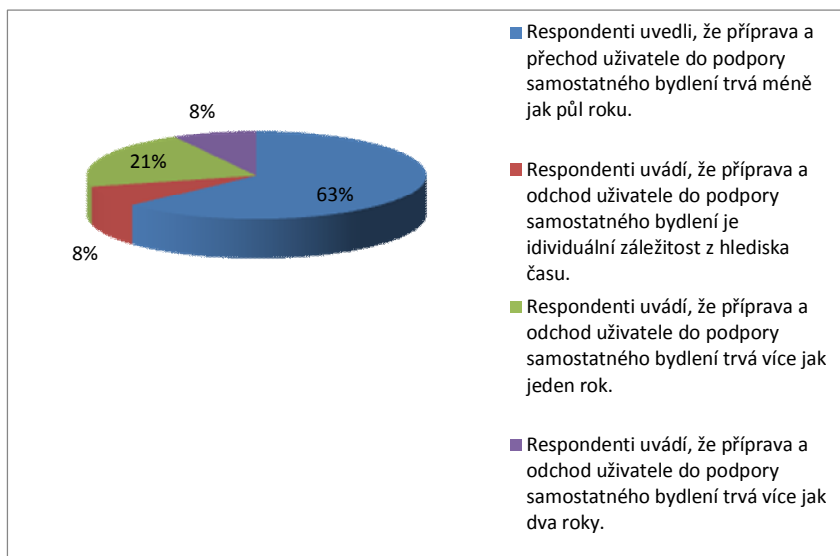
Otázka č. 13 říká, že 79% z 24 dotazovaných respondentů se domnívá, že míra postižení u osob s mentální retardací je hlavním kritériem k zařazení uživatele do podpory samostatného bydlení. Dalších 13% respondentů si myslí, že neví, zda míra postižení u osob mentální retardací je hlavním kritériem pro vstup uživatele do podpory samostatného bydlení. Zbytek, 8% respondentů, si myslí, že hlavním kritériem pro zařazení uživatele do podpory samostatného bydlení je jeho míra postižení.

Graf č. 13



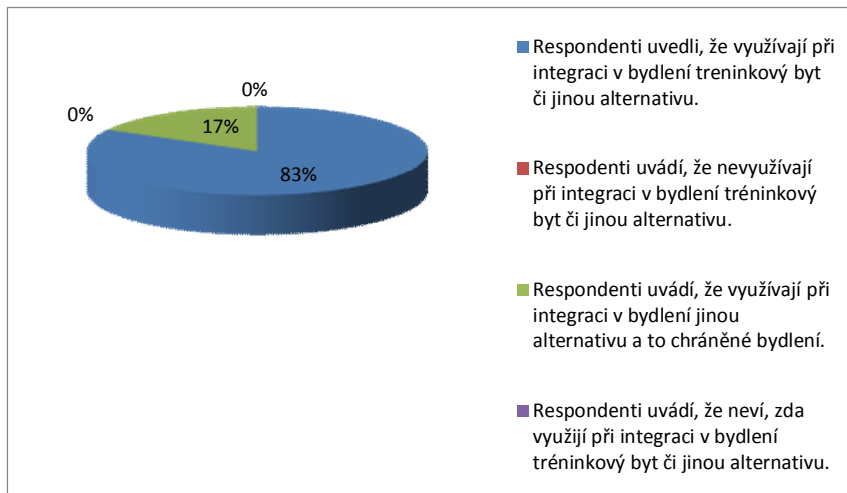
Otázka č. 14 uvádí, že 63% z 24 dotazovaných respondentů vypovídá, že přechod uživatele z ústavního zařízení či rodiny do podpory samostatného bydlení trvá v průměru méně jak půl roku. Dalších 21% respondentů uvedlo, že příprava na život v podpoře samostatného bydlení trvá jejich uživatelům více jak jeden rok, dále 8% uvedlo 2 roky a zbytek 8% uvedlo, že je to individuální záležitost z hlediska času.

Graf č. 14



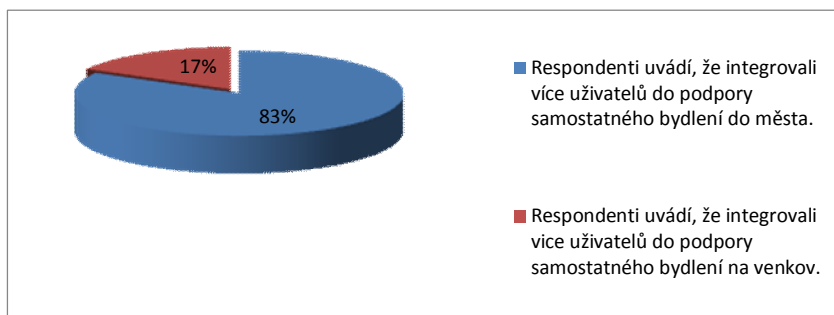
Otázka č. 15 říká, že 83% z 24 dotazovaných respondentů konstatují, že uživatelé využívají při integraci v bydlení tréninkový byt. Zbýlých 17% respondentů uvádí, že využívá chráněného bydlení při integraci v přechodu do podpory samostatného bydlení. Žádný z dotazovaných respondentů nepotvrdil, že nevyužívá tréninkový byt při integraci.

Graf č. 15



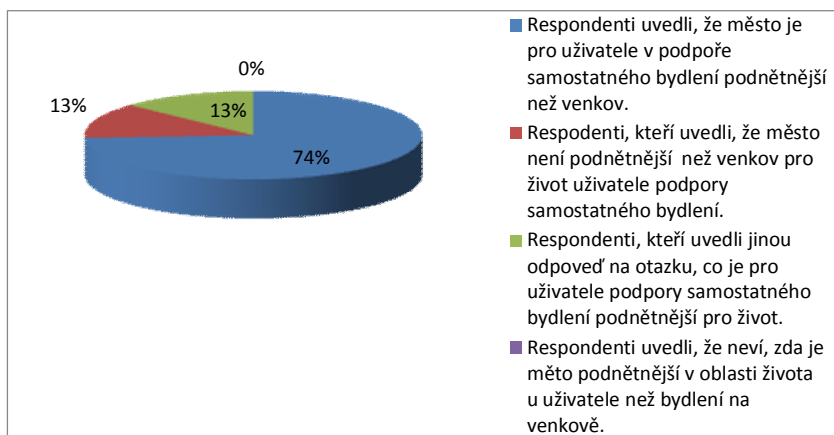
Otázka č. 16 vypovídá, že 83% z 24 dotazovaných respondentů říká, že integrovali více uživatelů do podpory samostatného bydlení než do městské zástavby. Zbýlých 17% respondentů uvádí integraci uživatele na venkov.

Graf č. 16



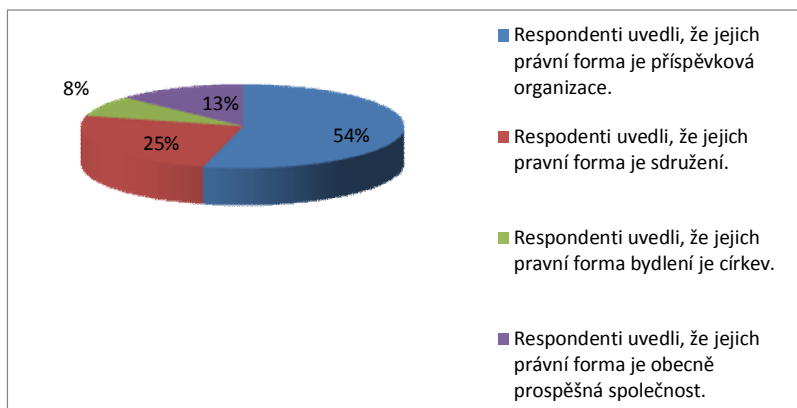
Otázka č. 17 říká, že 74% dotazovaných respondentů uvádí, že město je podnětnější pro uživatele než venkov v oblasti podpory samostatného bydlení, 13% respondentů odpovědělo, že město není podnětnější než venkov. Další 13% respondentů odpovědělo, že je to otázka individuální, protože každý uživatel překonává adaptaci na dané prostředí jinak.

Graf č. 17



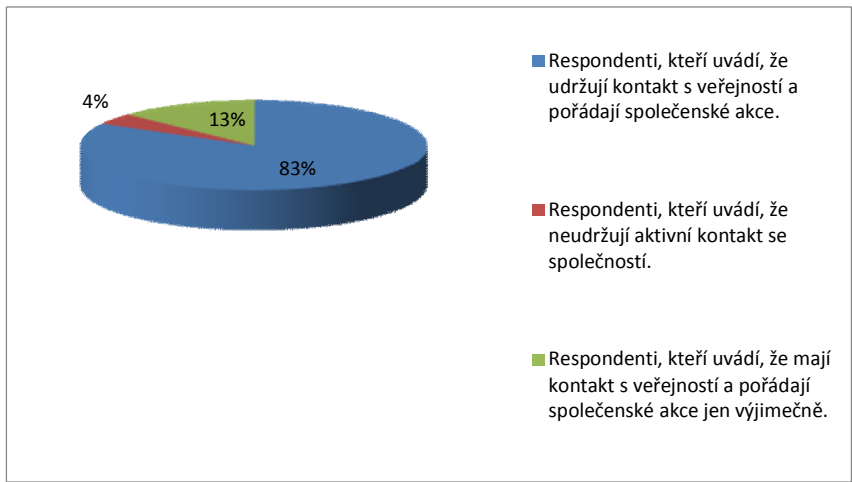
Otázka č. 18 říká, že 54% z 24 dotazovaných respondentů uvádí, že jejich právní forma je příspěvková organizace, dále 25% respondentů uvádí, že jsou vedeni jako sdružení, 13% respondentů se vyjádřilo, že jsou obecně prospěšná společnost a zbylých 8% tvoří církevní organizace.

Graf č. 18



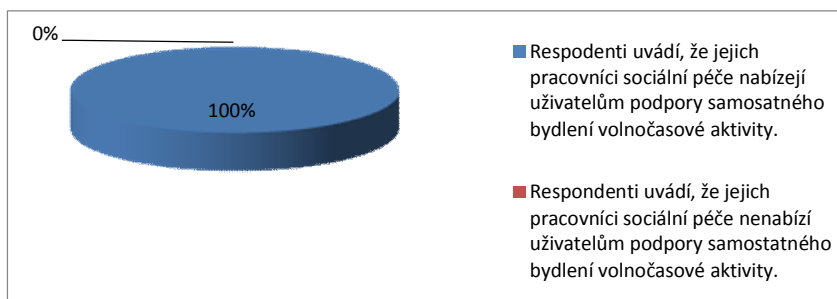
Otázka č. 19 vypovídá, že 83% z 24 dotazovaných respondentů udržují kontakt s veřejností a pořádají společenské akce. Dalších 13% respondentů pořádá jen výjimečné společenské akce a 4% respondentů neudržuje žádný aktivní kontakt s veřejností v rámci společenských aktivit.

Graf č. 19



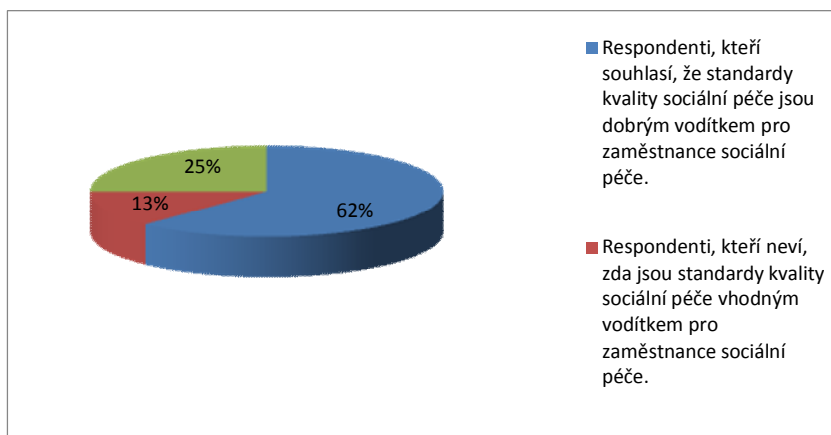
Otázka č. 20 vypovídá, že 100% z 24 dotazovaných respondentů nabízí pracovníci sociální péče uživatelům podpory samostatného bydlení volnočasové aktivity. Nikdo z dotazovaných respondentů neodpověděl, že jejich pracovníci sociální péče nenabízí uživatelům podpory samostatného bydlení volnočasové aktivity.

Graf č. 20



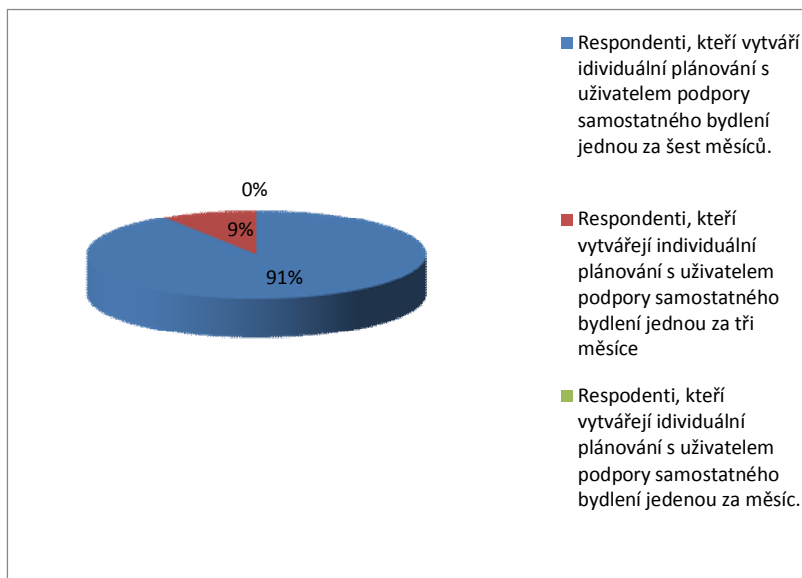
Otázka č. 21 říká, že 62% z 24 dotazovaných respondentů souhlasí, že standardy kvality sociální péče jsou dobrým vodítkem pro zaměstnance sociální péče, dále si 25% respondentů myslí, že standardy sociální péče jsou vhodným vodítkem pro zaměstnance sociální péče. Zbytek respondentů (tj. 13%) odpovědělo, že neví, zda jsou standardy sociální péče vhodným vodítkem pro zaměstnance sociální péče.

Graf č. 21



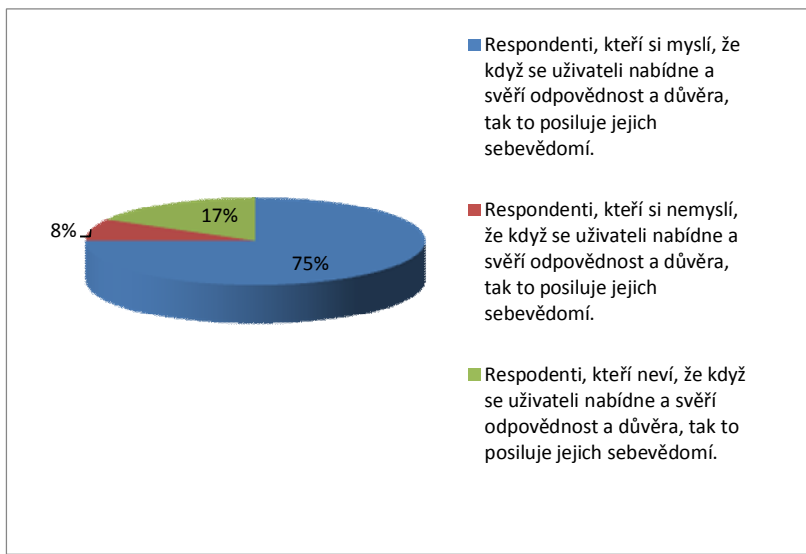
Otázka č. 22 popisuje, že 79% z 24 dotazovaných respondentů vytváří s uživatelem podpory samostatného bydlení individuální plánování jednou za šest měsíců, dále 13% respondentů uvedlo, že vytváří individuální plánování s uživatelem za 1 měsíc a 8% respondentů uvedlo jednou za 3 měsíce.

Graf č. 22



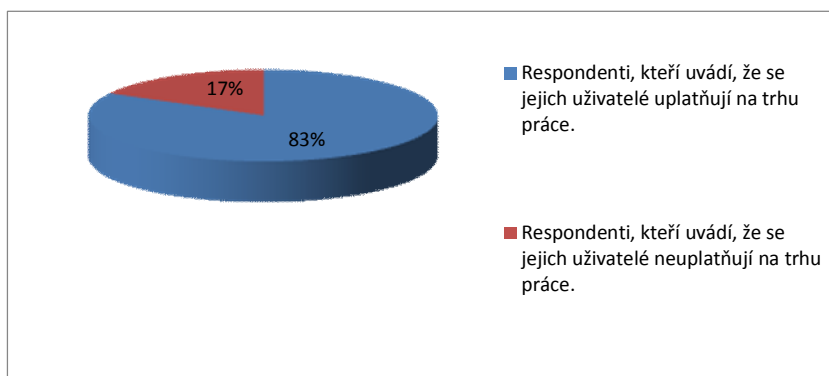
Otázka č. 23 říká, že 75% z 24 dotazovaných respondentů sdílí ten, že když se uživateli nabídne a svěří odpovědnost a důvěra, tak to posiluje jejich sebevědomí. Dalších 17% respondentů odpovědělo, že tuto skutečnost nejsou schopni hodnotit nebo neví. Zbýlých 8% respondentů si nemyslí, že vložená důvěra a odpovědnost uživatelům může zvýšit jejich sebevědomí.

Graf č. 23



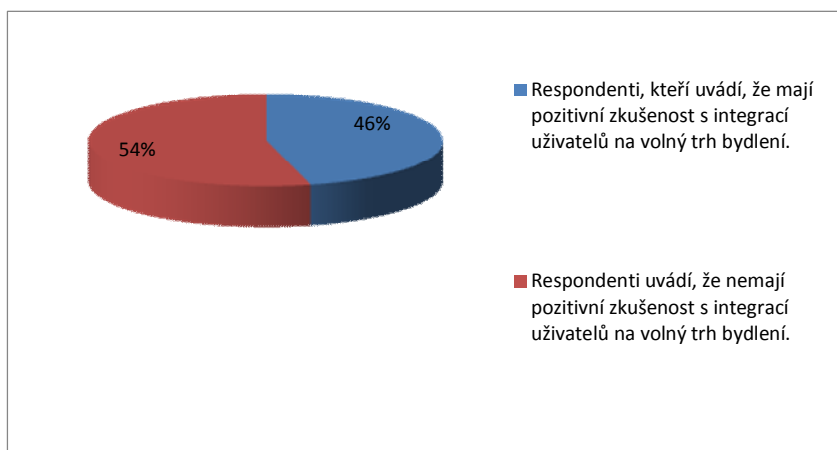
Otázka č. 24 říká, že 83% z 24 dotazovaných respondentů uvádí, že se uplatňují na volném trhu práce. Zbytek 17% respondentů uvádí, že se neuplatňují na volném trhu práce.

Graf č. 24



Otázka č. 25 vypovídá, že 54% z 24 dotazovaných respondentů nemá pozitivní zkušenost s integrací uživatelů na volný trh bydlení. Zbytek 46% respondentů má pozitivní zkušenost s integrací.

Graf č. 25



Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina respondentů má vysokoškolské vzdělání v praxi v rozmezí mezi 5 až 10 lety. Z dalších odpovědí od respondentů je patrné, že čím vyšší má vzdělání zaměstnanec, tím se může zvyšovat kvalita života u lidí s mentální retardací. Klíčovým prvkem, který napomáhá v efektivnosti kvality života uživatele je svěřená důvěra a empatie k jeho individuálním potřebám. Většina řídicích pracovníků neznala koncept PCA od autorky Pörtner, který je zaměřen na osoby s mentální retardací. Z toho vyplývá, že kvalifikovanost řídicích pracovníků je v nových přístupech a trendech o tyto uživatele minimální. Terminologický přístup k lidem s mentální retardací uznává a uplatňuje minimální počet respondentů. Důvody, které k tomu mohou vést, jsou zaběhlost či zautomatizování terminologie, která má sklony k rigidnímu chování. Nejčastější věk uživatelů v podpoře samostatného bydlení s mentální retardací je mezi 22 až 35 lety. Nejvyššího dosaženého vzdělání, které uživatelé dosáhli, bylo základní praktické vzdělání. Dotazník vypovídá o větším zastoupení mužské populace v podpoře samostatného bydlení. V partnerských vztazích je více uživatelů, kteří žijí ve společné domácnosti jako druh a družka. Většina respondentů uvedla, že při integraci uživatelů v podpoře samostatného bydlení zvládlo nároky na bydlení s tím spojené. Respondenti vypovídají o právní způsobilosti ke svým uživatelům ve dvou extrémech. První je, že uživatelé jsou způsobilí k právním úkonům. Další druhá možnost, je úplné zbavení způsobilosti k právním úkonům.

Hlavní kritériem u lidí s mentální retardací při integračním procesu do podpory samostatného bydlení, které respondenti uvádějí je, že si nemyslí, že míra postižení je hlavním důvodem pro nepřijetí uživatele. Příprava a odchod uživatele z pobytových zařízení do podpory samostatného bydlení je méně než půl roku u většiny dotazovaných respondentů. Ve většině z uvedených případů je při integraci používán tzv. tréninkový byt, který napomáhá efektivnějšímu přechodu a adaptaci do podpory samostatného bydlení. Větší část respondentů uvedlo, že více uživatelů integrovali do městských bytových jednotek než na

venkov. Důvody, které k tomu vedly, byly dostupnější a podnětnější podmínky pro uživatele ve městě. Dále respondenti uvedli, že jejich nečastější právní formou je příspěvková organizace. Sociální pracovníci se z větší části snaží nabízet uživatelům společné akce s veřejností a dostatek prostoru při volnočasových aktivitách. Respondenti z větší míry souhlasili, že standardy kvality sociální péče napomáhají a udržují kvalitu nabízených služeb pro uživatele. Individuální plánování využívá více respondentů v časovém intervalu jednou za šest měsíců. Dále více respondentů odpovědělo, že pokud se uživateli svěří odpovědnost a důvěra, může to posilovat jeho sebevědomí. Respondenti ve větší míře potvrdili, že se jejich uživatelé uplatnili na trhu práce. Zatím nebyly zaznamenány větší úspěchy uživatelů, kteří přešli na volný trh bydlení.

B) Dlouhodobé systematické pozorování

Dlouhodobé systematické pozorování trvalo 18 měsíců, které se členilo do dvou časových období. K tomu byla vybrána dvě pracoviště s uživateli v podpoře samostatného bydlení pro mentálně retardované osoby. Sledovány byly psychosociální dovednosti uživatelů ve státní instituci a občanském sdružení. Monitorované časové oblasti byly rozděleny do pěti podoblastí, jako byly: sebeobslužná činnost v praktickém životě, podnětné prostředí, tělesná pohoda, volný pohyb, sociální kontakt a partnerské vztahy. Získané výsledky mezi sebou byly navzájem porovnávány a vyhodnocovány. Závěrem byla doporučena opatření, která mohou být nápomocná k dalšímu posunu v integračním procesu do podpory samostatného bydlení nebo v přechodu na volný trh bydlení.

Zkoumané pracoviště Kamarád – Lorm Žatec

Dlouhodobé systematické pozorování bylo aktivně zahájeno od 1. 4. 2012 a probíhalo do termínu 30. 9. 2013. K tomu byla použita technika kvalitativního výzkumu numerická posuzovací škála (Chrátka, 2007).

Pozorování bylo integrováno do 4 integrujících principů a 6 základních zásad, která se člení do oblastí a podoblastí. Nejdůležitějším článkem v integračním principu v podpoře samostatného bydlení je samotný uživatel, který se uplatňuje podle svých schopností a možností v psychosociálních dovednostech. Výsledkem jsou záznamové listy a tabulky v grafickém provedení.

Nyní popíšeme prostředek, kterým se může doporučovat harmonie a spolupráce mezi intaktní a handicapovanou společností. Pro tuto práci byl aplikován tzv. **Integrující nástroj**, který byl obohacen o další prvky, které napomáhají v plynulém přechodu uživatele do běžné společnosti. Skládá z integrujících principů, které jsou nadřazené základním zásadám. Všechny popisované prvky se mezi sebou navzájem propojují a spolupracují, vytváří společný harmonický celek. Základem pro popis a rozšíření tzv. **Integrujícího nástroje** pro společné a harmonické soužití uživatele a společnosti v běžném životě, byly použity základní lidské potřeby, které popsal a definoval známý americký psycholog Abrham Maslow.

Další součástí popisovaného nástroje jsou kritéria, které určují požadovanou kvalitu, kterou chceme v dané zásadě dosáhnout. Mají podobu ve formě pětistupňové škály, která se vyznačuje v numerické posuzovací škále 1-2-3-4-5. Hodnotící jev s nejvyšším bodovým stupněm znázorňuje maximální dosažený výkon. Naopak nejnižší bodový stupeň ukazuje minimální dosažený výkon. Předpokladem pro počáteční integraci do podpory samostatného bydlení je z celkově vybraných 33 činností získat v průměru hodnocení v rozmezí mezi 99 – 132 body. Pro dlouhodobou integraci a vstupu uživatele na volný trh bydlení je zapotřebí získat v průměru hodnocení v rozmezí mezi 133 – 165 body.

Použitá terminologie

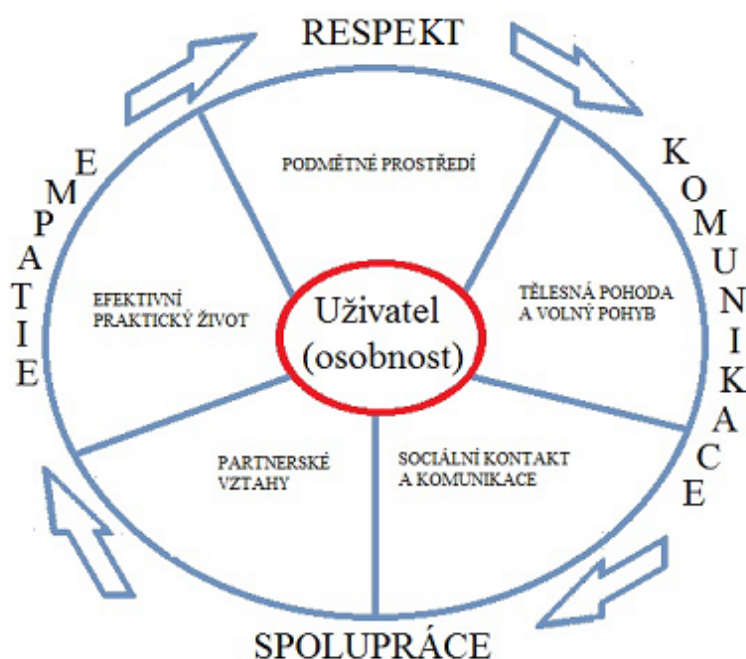
Uživatel - je to osoba, které se nabízí sociální služba

Integrovní principy - zaujímají nadřazené postavení k zásadám. Vyznačují se kvalitou a platností charakterizujícího žádoucího stavu. Obrázek č. 1 znázorňuje 4 principy: respekt, komunikace, spolupráce a empatie.

Zásady – neboli podmínky, které představují měřitelnou skutečnost, která se vyznačuje daným jevem. Na obrázku 1 máme 5 zásad, které jsou, efektivní praktický život, podnětné prostředí, tělesná pohoda a volný pohyb, sociální kontakt a komunikace, partnerské vztahy. Tyto zásady se propojují se samotným uživatelem a intaktní společností.

Kritérium – vyznačuje se požadovanou kvalitou, které chceme v zásadě dosáhnout. Ověřujeme ji za pomoci indikátorů.

Indikátor – je to kvalitativní ukazatel daného jevu. Vyznačují se slovním výrokem, který se vyznačuje na pětistupňové numerické posuzovací škále.



Obr. č. 1: Popisuje vzájemnou cirkulaci v oblasti partnerské spolupráce uživatele a intaktní společnosti.

Slovní charakteristika numerické posuzovací škály. Body se přiřazují k danému jevu

1 bod - nedostačený

2 bod – dostatečný

3 bod - dobrý

4 bod - velmi dobrý

5 bod - výborný

Slavík (1999) popisuje podstatu hodnocení jako ve škole u žáků, v našem případě jsou to uživatelé, kteří se budou hodnotit, tak jako žáci ve škole.

1. Zjištění kompetencí – vědomostí, dovedností a postojů uživatele.
2. Formulace hodnotících soudů na základě pozorování skutečného stavu se stavem předpokládaným, formulovaným jako cíle integrace.

Popis slovní charakteristiky pětistupňové numerické posuzovací škály

Nedostatečný se vymezuje tím, že se uživatel s pomocí pracovníka sociální péče nedokáže uplatnit v oblastech teoretických a praktických činností jako jsou: sebeobsluha v praktickém životě, využití podnětného prostředí, tělesná pohoda a volný pohyb, sociální kontakt a komunikace a partnerské vztahy. Výsledky jsou nedokončené, neúplné, nepřesné.

Dostatečný se vymezuje tím, že nabyté teoretické a praktické činnosti dovede využít jen za soustavné pomoci pracovníka sociální péče. Výsledky jsou se zásadními nedostatky, práci dovede organizovat za soustavné pomoci pracovníka.

Dobrý vyznačuje se tím, že projevuje vztah k činnostem za pomoci pracovníka. Výsledky mají nedostatky, pracovník zasahuje do činností uživatele méně.

Chvalitebný popisuje kladný vztah k okolí, samostatně a méně tvoří. Dokáže přiměřeně využívat teoretické a praktické činnosti. Praktické činnosti vykonává samostatně s minimem zásadních chyb. Výsledky činnosti uživatele mají malé nedostatky a organizuje vlastní práci.

Výborný ukazuje, že má pozitivní přístup ke svému okolí a k praktickým činnostem. Teoretické a praktické dovednosti zvládá s minimálními chybami. Výsledky činnosti jsou vykonávány s minimální účastí sociálního pracovníka.

Celková hodnotící škála pro integrující principy/oblasti u uživatele v podpoře samostatného bydlení:

0-98 bodů – úroveň nedostatečná, uživatel potřebuje radikální pomoc a není schopen ani připraven žít v podpoře samostatného bydlení. Úspěšnost integrace uživatele je minimální. Tři uživatelé ze zkoumaného vzorku nesplňují daná kritéria pro dlouhodobou integraci v podpoře samostatného bydlení.

99 – 132 bodů – úroveň dostatečná. Uživatel má předpoklady a schopnosti uspět v podporovaném bydlení za předpokladu, že se jeho činnosti budou zlepšovat, tak aby mohl vstoupit úspěšně na volný trh bydlení. Jedenáct uživatelů ze zkoumaného vzorku splňují vstupní požadavky pro integraci.

133 – 165 bodů – úroveň dobrá. Předpoklady a schopnosti odpovídají dlouhodobé úspěšnosti uživatele v integraci v podpoře samostatného bydlení a možnosti přechodu na volný trh bydlení. Jeden zkoumaný uživatel sociální péče má vysoké předpoklady k integraci na volný trh bydlení.

Numerická posuzovací bodová škála u uživatelů v podpoře samostatného bydlení Kamarád – Lorm v Žatci

Dlouhodobé systematické pozorování probíhalo u 8 uživatelů. Začátek byl zahájen od dubna 2012 do konce prosince 2012. Záměrem pozorování bylo porovnat dvě časová období u jednotlivých uživatelů v jejich psychosociálních dovednostech. Byly vyhledávány silné a slabé stránky. Na základě potvrzených nedostatků, byla provedena reedukace a intervence dané problematické oblasti u uživatele. Silné stránky byly podporovány a obohacovány o další zkušenosti. Každý uživatel v příslušné tabulce je značen pod daným abecedním písmenem v hodnotící oblasti.

1. Oblast: Efektivní praktický život – pracovní dovednosti a návyky

Tabulky: Pracoviště Kamarád – Lorm Žatec

A) Podoblast:	Hodnocení I. období od 1.4 do 31. 12. 2012. A. B. C. D. E. F. G. H. (uživatel)	Hodnocení II. období od 1.1 do 30. 9. 2013. A. B. C. D. E. F. G. H. (uživatel)
1. Oblékání šatů	3 4 3 3 3 2 3 3	4 4 3 4 3 3 4 4
2. Zavazování tkaniček, spony	3 4 2 2 2 2 3 3	4 4 2 2 2 2 4 4
3. Úprava vzhledu oblečení	3 4 3 3 2 2 3 3	4 4 4 3 3 4 4 4
4. Vhodnost oblečení dle počasí	4 4 3 2 2 2 2 2	4 4 3 3 3 2 3 3
5. Úklid skladování oblečení	4 4 3 3 2 2 3 3	4 4 3 3 2 2 4 4

6. Osobní hygiena (použití WC, mytí rukou aj.)	4 5 3 3 3 3 3 4	4 4 4 3 4 3 3 4
7. Stolování – použití příborů	4 4 3 3 3 3 3 4	4 4 4 3 4 4 3 4
8. Zachování čistoty a okolí	5 5 4 3 2 2 3 4	4 4 4 3 3 3 3 3
9. Úklid místa u stolu	4 5 3 3 2 3 3 4	4 4 4 4 2 3 4 3
10. Umytí a úklid použitého nádobí	5 5 3 3 2 2 3 4	4 4 4 3 3 2 4 3
11. Základní dovednosti příp. pokrmů a pití	3 4 3 3 2 2 2 3	4 4 4 3 3 2 4 3
12. Použití základ. kuchyňských spotřebičů	4 4 3 3 3 2 3 3	4 4 3 3 3 3 4 3
13. Domácnost – úklid věcí	4 5 3 3 2 2 3 3	4 4 3 3 3 2 3 2
14. Zametání	3 4 3 2 2 2 3 3	4 4 3 3 2 2 4 3
15. Vytírání	3 4 3 2 2 2 3 3	4 4 3 3 2 2 4 3
16. Utírání prachu, mytí povrch. ploch	4 4 3 3 2 2 2 3	4 4 3 3 2 2 3 3
17. Čisté prádlo (věšení, žehlení aj)	3 4 3 3 2 1 2 3	3 3 4 4 2 1 2 3
18. Použití mobil. telefonu	3 3 2 2 2 1 4 2	3 3 3 2 2 4 2 2
19. Práce na počítači	2 3 2 2 3 1 4 1	3 3 2 2 2 1 4 1
CELKOVÝ POČET BODŮ	68, 79, 55,51,43,38,55,57	76, 73, 65, 59, 46, 44, 66, 59

2. Oblast: Podnětné prostředí

B) Podoblast:	Hodnocení I. období	Hodnocení II. období
	A. B. C. D. E. F. G. H	A. B. C. D. E. F. G. H
1. Společ. rozvoj (návštěva nezisk. organizací aj.)	5 2 2 2 4 5 2 2	5 3 2 2 3 5 2 2
2. Kulturní rozvoj návštěva kina, divadla aj.)	3 4 4 2 4 2 3 3	3 4 3 3 3 3 4 3
3. Příroda a její ochrana	2 3 4 4 4 4 3 3	4 3 3 4 3 4 3 3
CELKOVÝ POČET BODŮ	10, 9, 10, 8, 9, 11, 8, 8,	12, 10, 8, 9, 9, 12, 9, 8,

3. Oblast: Tělesná pohoda a volný pohyb

C) Podoblast:	Hodnocení I. období								Hodnocení II. období							
	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.
1. Nabídka volnočas. aktivit (zpěv, HV)	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	4	3	3
2. Využitelnost sport. aktivit	2	4	4	1	4	2	3	3	2	4	4	2	5	2	4	3
3. Psychohygienu (práce na sobě - hodnoty, cíle)	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	3	4	3
CELKOVÝ POČET BODŮ	9, 11, 11, 8, 11, 9, 11, 10								9, 11, 11, 9, 14, 9, 11, 9							

4. Oblast: Sociální kontakt a komunikace

D) Podoblast:	Hodnocení I. období								Hodnocení II. období							
	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.
1. Zdraví a zdravý životní styl	3	3	4	3	4	2	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3
2. Lidské tělo - lékaři	3	3	3	2	2	2	3	2	4	3	3	3	3	2	4	2
3. Vedení osob. dokladů	3	3	3	2	2	2	3	2	4	3	3	3	2	2	4	2
4. Základní přehled, co je stát, právo a povinnost občana ČR	4	3	3	3	3	2	3	2	4	3	3	3	3	2	3	2
5. Obhájit si svoje názory	3	3	2	2	3	2	3	2	4	3	3	3	2	2	4	2
CELKOVÝ POČET BODŮ	16, 15, 15, 12, 14, 10, 15, 11								20, 15, 16, 15, 14, 11, 19, 11							

5. Oblast: Partnerské vztahy

E) Podoblast:	Hodnocení I. období								Hodnocení II. období							
	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.
1. Navazování komun. dovedností a postojů	5	4	2	2	2	2	4	3	4	3	3	2	3	2	4	3
2. Udržení partner. vztahu	1	4	1	1	1	1	5	5	1	3	1	1	1	1	5	5
3. Výřečnost	3	4	2	2	2	2	3	3	4	3	3	2	2	2	4	3
CELKOVÝ POČET BODŮ	9, 12, 5, 5, 5, 5, 12, 11								9, 9, 7, 5, 6, 5, 13, 11							

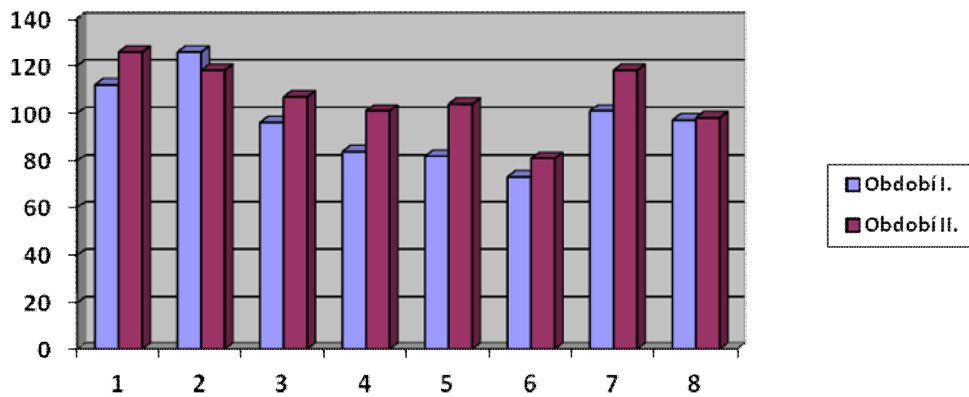
SHRNUJÍCÍ TABULKA UŽIVATELŮ VE VÝVOJI PSYCHOSOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ BĚHEM POBYTU V PODPOŘE SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ V OBDOBÍ OD 1. 4. 2012 DO 31. 9. 2013.

Jméno a číslo uživatel Zařízení Kamarád – Lorm Žatec PSB – podpora samostatného bydlení Zkoumaných osob: 8 uživatelů	Celkové bodové hodnocení v psychosociálních dovednostech za I.období od 1. 4. do 31. 12. 2012.	Celkové bodové hodnocení v psychosociálních dovednostech za II. období od 1. 1. do 30. 9. 2013.
A. Jaroslava 30 let, LMR, PB – 2 roky - přišla z ústavního pobytového zařízení	I. Období Celkem = 112bodů	II. Období Celkem = 126 bodů
B. Helena 35 let, LMR, PB – 4 roky - přišla z ústavního pobytového zařízení	I. Období Celkem = 126	II. Období Celkem = 118
C. Ivana 20 let, LMR, PB – 2 roky - přišla z ústavního pobytového zařízení	I. Období Celkem = 96	II. Období Celkem = 107
D. Marie 21 let, LMR, PB – 2 roky	I. Období Celkem = 84	II. Období Celkem = 101

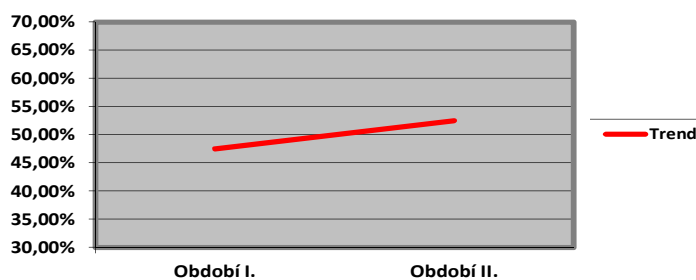
- přišla z ústavního pobytového zařízení		
E. Jan 39 let, LMR, PB – 4 roky - přišel z ústavního pobytového zařízení	I. Období Celkem = 82	II. Období Celkem = 104
F. Petr 20 let, SMR, PB – 2 roky - přišel z ústavního pobytového zařízení	I. Období Celkem = 73	II. Období Celkem = 81
G. Pavel 32 let, LMR, PB – 2 roky - přišel z ústavního pobytového zařízení	I. Období Celkem = 101	II. Období Celkem = 118
H. Jana 28 let, SMR, PB – 2 roky - přišla z ústavního pobytového zařízení	I. Období Celkem = 97	II. Období Celkem = 98

Součet všech bodových oblastí za I. období (9 měsíců). Číslo uživatelů s dosaženým maximálním počtem bodů	A. 112	B. 126	C. 96	D. 84	E. 82	F. 73	G. 101	H. 97
--	---------------	---------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------	--------------

Součet všech bodových oblastí za II. období (9 měsíců) Číslo uživatelů s dosaženým maximálním počtem bodů	A. 126	B. 118	C. 107	D. 101	E. 104	F. 81	G. 118	H. 98
--	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	--------------	---------------	--------------



Graf: Ukazuje komparaci psychosociálního vývoje u uživatelů v průběhu I a II. období v podpoře samostatného bydlení Kamarád – Lorm Žatec



Graf: Vypovídá a ukazuje, že trend v oblasti psychosociálních dovedností u uživatelů v podpoře samostatného bydlení je zvyšující se o 11% oproti prvnímu období. Z tohoto výsledku je patrné, že trend je rostoucí. Pracoviště podpory samostatného bydlení Kamarád - Lorm Žatec

První monitorované období v psychosociálních dovednostech u 8 uživatelů Kamarád – Lorm Žatec, vypovídá ze záznamových tabulek, že většina uživatelů nebyla dobře připravena v oblasti efektivnosti kvality života v podpoře samostatného bydlení. Z osmi uživatelů se pět uživatelům prokázalo v celkové hodnotící škále pro integrující principy/ oblasti v úrovni „**nedostatečná**“, zbytek tří uživatelů vykazoval úroveň „**dostatečná**“

Druhé pozorované období vypovídá, že z pěti uživatelů se tři posunuli z úrovně „**nedostatečná**“ do úrovně „**dostatečná**“ a zbytek zůstal v úrovni „**nedostatečná**“. Z úrovně „**dostatečná**“ se nepodařilo žádnému uživateli přejít do úrovně „**dobrá**“, která nabízí možnost se úplně osamostatnit a přejít na volný trh bydlení. Z toho vyplývá, že většina uživatelů má dobré předpoklady nadále žít v podpoře samostatného bydlení a prokazovat posuny, které vedou k úplnému osamostatnění. Záznamová tabulka vypovídá o tom, že v druhém období pozorování se trend zvýšil o 11% v oblasti psychosociálních dovedností než v prvním období. Největší posuny byly zaznamenány v druhém období oproti prvnímu. Byly to oblasti „efektivnosti praktického života“. Naopak nejmenší rozdíl v bodovém růstu byl v oblastech „partnerské vztahy, tělesná pohoda a volný pohyb“. Všech osm uživatelů nezávisle na sobě přecházela v různých časových horizontech z větších ústavních zařízení do podpory samostatného bydlení. Věková hranice uživatelů v zařízení je mezi 20 až 39 lety.

Numerická posuzovací bodová škála u uživatelů v podpoře samostatného bydlení Občanské sdružení Jurta – Nebočady u Děčína

Dlouhodobé systematické pozorování probíhalo u 7 uživatelů, kteří přešli z rodinného či ústavního zařízení do podpory samostatného bydlení. Začátek byl zahájen od 1. 4. 2012 do 31. 12. 2012. Záměrem pozorování bylo porovnat dvě časová období u jednotlivých uživatelů v jejich psychosociálních dovednostech. Byly vyhledávány silné a slabé stránky. Na základě potvrzených nedostatků, byla provedena reedukace a intervence dané problematické oblasti. Silné stránky byly podporovány a obohacovány o další zkušenosti.

Každý uživatel v příslušné tabulce je značen pod daným abecedním písmenem v hodnotící oblasti.

1. Oblast: Efektivní pracovní život – pracovní dovednosti a návyky

Tabulka: Pracoviště Jurta – Nebočady u Děčína

A) Podoblast: SEBEOBSLUHA	Hodnocení I. oblast od 1. 4. do 31. 12. 2012.							Hodnocení II. oblast od 1. 1. do 30. 9. 2013.						
	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.
1. Oblékání šatů	4	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4
2. Zavazování tkaniček, spony	3	3	2	2	2	3	3	3	4	3	3	3	4	4
3. Úprava celk. vzhledu oblečení	4	3	3	2	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4

4. Vhodnost obleč. dle počasí	4 3 3 2 3 3 4	4 3 3 3 3 4 4
5. Úklid a sklad. oblečení	4 2 2 2 2 3 4	4 3 3 3 3 4 4
6. Osobní hygiena (použití WC aj.)	4 3 3 3 3 3 4	4 4 3 3 3 4 4
7. Stolování, použití příboru	4 3 3 3 3 3 4	4 3 3 4 3 4 4
8. Zachování čistoty okolí	4 3 2 3 2 3 4	4 4 3 3 3 4 4
9. Úklid místa u stolu	4 3 2 3 2 3 4	4 3 3 3 3 3 4
10. Umytí a úklid použit. nádobí	4 3 2 3 3 3 4	4 4 3 3 3 3 5
11. Základní doved. příprav pokrmů	4 3 2 3 3 3 4	4 4 3 3 3 3 4
12. Použití základ. kuchyňských spotřebičů	4 3 3 3 3 3 4	4 4 3 3 3 3 5
13. Domácnost – úklid	4 3 3 3 3 3 4	4 4 3 3 3 3 4
14. Zametání	3 2 2 2 3 2 4	3 3 2 3 2 3 4
15. Vytírání	3 2 2 2 3 3 4	3 3 2 3 2 3 3
16. Utírání prachu, mytí	3 2 2 2 3 2 4	3 3 3 3 2 3 4

17. Čisté prádlo (věšení, žehlení)	3 2 2 3 3 2 4	3 2 2 3 2 2 5
18. Použití mobil. telefonu	4 3 2 4 2 4 4	4 4 3 4 4 3 4
19. Práce na PC	4 3 3 3 2 4 3	4 4 3 3 4 4 4
CELKOVÝ POČET BODŮ	71, 52, 46, 64, 51, 57, 73,	71, 67, 54, 60, 56, 65, 78

2. Oblast: Podnětné prostředí

B) Podoblast:	Hodnocení I. oblast							Hodnocení II. oblast						
	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.
1. Společenský rozvoj např. neziskové organ (spolupráce)	5	4	5	5	3	4	4	5	4	5	5	3	4	4
2. Kulturní rozvoj návštěva kina, divadla aj.)	5	4	3	4	3	4	4	5	4	3	3	4	4	4
3. Příroda a její ochrana	5	4	4	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	5
CELKOVÝ POČET BODŮ	12, 9, 8, 13, 9, 12, 12,							15, 12, 12, 12, 11, 12, 13						

3. Oblast: Tělesná pohoda a volný pohyb

C) Podoblast:	Hodnocení I. oblast							Hodnocení II. oblast						
	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.
1. Nabídka volnočas. aktivit (zpěv, HV)	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	4	3	5	4
2. Využitelnost sport. aktivit	4	4	2	2	2	4	2	4	4	2	2	2	5	3
3. Psychohygiéna - hodnoty a cíle	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4
CELKOVÝ POČET BODŮ	12, 11, 8, 9, 7, 12, 10,							12, 12, 9, 10, 8, 14, 11						

4. Oblast: Sociální kontakt a komunikace

D) Podoblast:	Hodnocení I. oblast							Hodnocení II. oblast						
	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.
1. Zdraví a zdravý životní styl (strava, pohyb)	4.	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4
2. Lidské tělo, lékaři	4	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4
3. Vedení osobních údajů	4	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4

4. Základ. přehled, co je to stát, právo, povinnost občana ČR	4 3 3 3 3 4 3	4 4 3 4 4 4 4
5. Obhájit si svoje názory	4 3 3 3 3 4 3	4 3 3 4 4 4 4
CELKOVÝ POČET BODŮ	15, 10, 10, 16, 19, 20, 15,	20, 17, 17, 20, 20, 20, 20

5. Partnerské vztahy

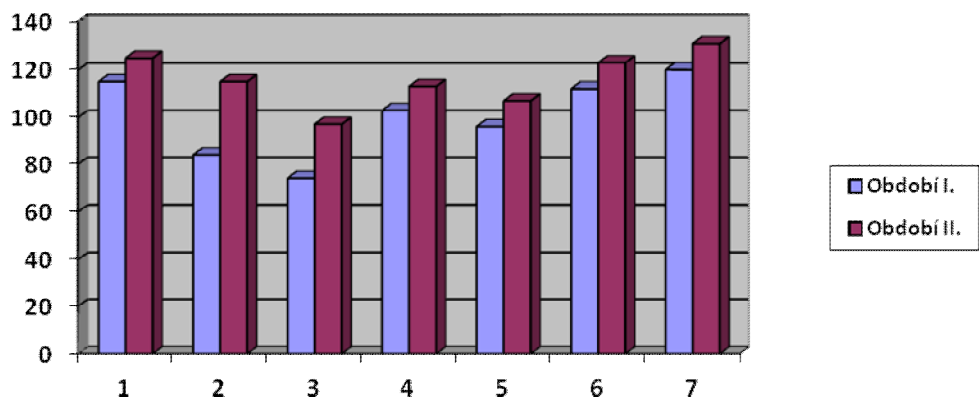
E) Podoblast:	Hodnocení I. oblast							Hodnocení II. oblast						
	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.
1. Navazování komunikačních doved. a postojů	3	2	2	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4
2. Udržení partnerského vztahu	1	1	1	5	5	5	2	1	1	1	5	5	5	3
3. Výřečnost	3	2	2	3	2	2	4	3	3	3	3	3	3	4
CELKOVÝ POČET BODŮ	4, 2, 2, 11, 10, 11, 10,							7, 7, 7, 11, 12, 12, 11,						

SHRNUJÍCÍ TABULKA UŽIVATELŮ VE VÝVOJI PSYCHOSOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ BĚHEM POBYTU V PODPOŘE SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ V OBDOBÍ OD 1. 4. 2012 DO 31. 9. 2013.

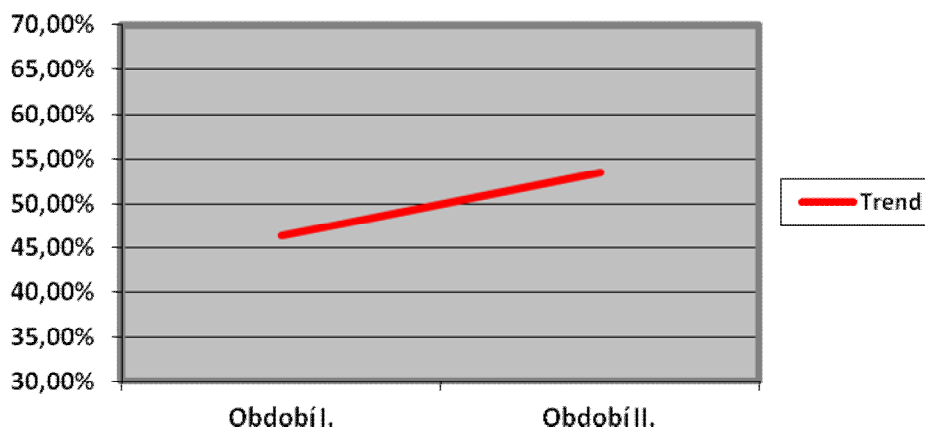
Jméno a číslo uživatel Zařízení Jurta - Nebočady u Děčína Podpora samostatného bydlení Uživatelů: 7	Celkové bodové hodnocení v psychosociálních dovednostech za I. období od 1.4. do 31. 12. 2012.	Celkové bodové hodnocení v psychosociálních dovednostech Za II. období od 1.1. do 30. 9. 2013.
A. Radek 38 let, LMR, PB – 3 roky - LMR - pobyt v tréninkovém bytu – 1 rok - přišel z ústavního pobytového zařízení	I. Období Celkem =114	II. Období Celkem = 125
B. František 30 let, LMR, PB – 2 roky - LMR - pobyt v tréninkovém bytu – 6 měsíců - přišel z rodinného prostředí	I. Období Celkem = 84	II. Období Celkem = 115
C. Václav 23 let, SMR, PB – 3 roky - SMR - pobyt v tréninkovém bytu – 2 roky - přišel z rodinného prostředí	I. Období Celkem = 74	II. Období Celkem = 99
D. Jiří 40 let, LMR, PB – 2 roky - LMR - pobyt v tréninkovém bytu – 6 měsíců - přišel z ústavního pobytového zařízení	I. Období Celkem = 103	II. Období Celkem = 113

<p>E. Lucie 33 let, SMR,</p> <ul style="list-style-type: none"> PB – 2 rok - SMR - pobyt v tréninkovém bytu 1 rok - přišla z rodinného prostředí 	<p>I. Období Celkem = 96</p>	<p>II. Období Celkem = 107</p>					
<p>F. Rudolf 38 let, LMR,</p> <ul style="list-style-type: none"> PB – 3 roky - LMR - pobyt v terénním bytu byl 1 rok - přišel z ústavního pobytového zařízení 	<p>I. Období Celkem = 112</p>	<p>II. Období Celkem = 123</p>					
<p>G. Miroslava 26 let, LMR,</p> <ul style="list-style-type: none"> PB – 3 roky - pobyt v terénním bytu byl 1 rok - přišla z rodinného prostředí - v září bude přecházet na volný trh bydlení v Děčíně 	<p>I. Období Celkem = 120</p>	<p>II. Období Celkem = 133</p>					
<p>Součet všech bodových oblastí za I. období (9 měsíců). Čísla uživatelů s dosaženým maximálním počtem bodů.</p>	<p>A. B. C. D. E. F. G. 114 84 74 103 96 112 120</p>						

<p>Součet všech bodových oblastí za II. období (9 měsíců). Čísla uživatelů s dosaženým maximálním počtem bodů.</p>	<p>A. B. C. D. E. F. G. 125 115 99 113 107 123 133</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--



Graf: Komparace psychosociálních dovedností uživatelů v průběhu I a II období, pracoviště Jurta – Nebočady u Děčína



Graf: Vypovídá a ukazuje, že trend v oblasti psychosociálních dovedností u uživatelů v podpoře samostatného bydlení se zvýšil se o 15% oproti prvnímu období, pracoviště podpora samostatného bydlení Jurta – Nebočady u Děčína

První monitorované období v psychosociálních dovednostech u 7 uživatelů, vypovídá ze záznamových tabulek, že všichni uživatelé byli dobře adaptováni a připraveni v oblasti efektivnosti kvality života v podpoře samostatného bydlení Jurta - Nebočady. Ze sedmi uživatelů se tři uživatelé prokázali v celkové hodnotící škále pro integrující principy/ oblasti na úrovni „**nedostatečná**“, zbytek čtyř uživatelů vykazovali úroveň „**dostatečná**“.

Druhé období v pozorování nám vypovídá, že všichni tři uživatelé se posunuli z úrovně „**nedostatečná**“ do úrovně „**dostatečná**“. Jednomu uživateli se podařilo dostat na úroveň „**dobrá**“, která má předpoklady pro úplné osamostatnění a plynulý přechod na volný trh bydlení. Z toho vyplývá, že uživatelé mají dobré předpoklady k integraci na volný trh bydlení. Záznamová tabulka ukazuje, že v druhém období pozorování se trend zvýšil o 15% oproti prvnímu období v oblasti psychosociálních dovedností.

Největší posuny byly v oblasti „efektivnosti praktického života, sociální kontakt a komunikace“. Naopak nejmenší rozdíl v bodovém růstu byl v oblastech „tělesná pohoda a volný pohyb“. Ze sedmi uživatelů byli čtyři z rodinného prostředí a tři z ústavního pobytového zařízení. Záznamové a hodnotící tabulky prokazují efektivnější vývoj při integraci těch uživatelů, kteří přišli z rodinného prostředí než těch z ústavního zařízení. Věkové rozpětí uživatelů v tomto zařízení je od 23 do 40 let.

Komparace výsledků pracoviště Kamarád – Lorm Žatec a Občanské sdružení Jurta – Nebočady

Empirickou metodou kvalitativního výzkumu dlouhodobého pozorování jsme mohli porovnat a odhalit zkoumané jevy, které jsme zařazovali a vyhodnocovali v dosažených závěrečných výsledcích. Došli jsme k závěrům, že pracoviště Občanské sdružení Jurta má větší předpoklady u svých uživatelů v podpoře samostatného bydlení než Kamarád – Lorm v oblasti efektivnější integrace v podpoře samostatného bydlení a tím plynulejšího přechodu na volný trh bydlení. Hlavním a podstatným důvodem je zjištění, že většina uživatelů pochází z rodinného prostředí a má zajištěnou trvalou pracovní smlouvu. Jedna z podmínek pro vstup do organizace Jurta v podpoře samostatného bydlení je, aby uživatel měl trvalé zaměstnání a byl způsobilý k pobytu v sociální službě. Pokud uživatel nebude splňovat tyto podmínky a vnitřní řád, tak se vystavuje riziku, že bude vyloučen z pobytového zařízení a nebude s ním prodloužena pobytová smlouva. Prostorů zprostředkovává podnětné podmínky v možnostech výběru kvality bydlení. Nabídky jsou v městské bytové zástavbě či na venkově. Součástí pobytu je možnost využití tzv. lesního klubu s turistikou, keramické a pracovní dílny. Silná stránka této organizace je, že umožňuje uživatelům pracovní činnosti a pracovní uplatnění na volném trhu. Slabá stránka byla zaznamenána v případě, že uživatel přijde o zaměstnání a dlouhodobě si nemůže či nechce najít další odpovídající práci. Pokud k tomuto případu dojde, organizace s uživatelem rozváže sociální pobytovou smlouvu a je mu nabídnuta nejbližší státní organizace většího typu pobytového zařízení.

Příspěvková organizace Kamarád – Lorm Žatec, také nabízí podnětné prostředí, které je zatím omezené na městskou zástavbu. Uživatelé jsou v podpoře samostatného bydlení integrováni většinou z ústavního zařízení. V posledních letech se situace zlepšila, protože se otevřelo chráněné bydlení. Z toho vyplývá, že si uživatel bude moci vybrat z větší nabídky v poskytování sociálních služeb. Tento pozitivní krok je dobrým příkladem, pro další

organizace, které se v současné době chystají nebo chtějí transformovat z větších pobytových zařízení na menší objekty. Slabá stránka tohoto zařízení je v oblasti pracovního uplatnění uživatele. Pokud přijde o zaměstnání, snaží se sociální pracovníci situaci řešit tím, že uživatele dávají dohromady do jedné bytové jednotky. Akutní stav nezaměstnanosti se neřeší a uživatel se stává pasivním příjemce sociální služby. Následkem toho se sociální pracovníci více zaměřují na ochraňující péči a rozhodují za samotné uživatele. Tato situace eskaluje tím, že se smysluplnost podpory samostatného bydlení vytrácí a je nahrazována za jinou formou chráněného bydlení. Uživatel začne využívat jiný druh žádané sociální služby a může docházet k neporozumění či apatii mezi uživatelem a sociálním pracovníkem. Integrační proces uživatele se začne zpomalovat, tím je ochuzován o rychlejší a efektivnější přechod na volný trh bydlení. Tato situace nastává za předpokladu, kdy větší pobytová zařízení pro osoby s mentální retardací nemají větší nabídku sociálních služeb. Dobrým příkladem je organizace Kamarád – Lorm, která v nedávné době neměla chráněné bydlení a poskytovala jen podporu samostatného bydlení. Z toho vyplývá, když chce uživatel vstoupit do podpory samostatného bydlení, měl by si nejdříve vyzkoušet život v chráněném bydlení popřípadě tréninkový byt. Tímto krokem se minimalizují rizika, která mohou na celý život uživatele psychicky poznamenat.

Byla provedena grafická a procentuální komparace obou pracovišť. Výsledek nám vypovídá, že procentuální trend je vyšší o 36% u uživatelů v psychosociálním vývoji na pracovišti Jurta než Kamarád – Lorm. Z toho vyplývá, že uživatelé v nestátní neziskové organizaci mají lepší předpoklady pro integraci v podpoře samostatného bydlení a vstupu na volný trh bydlení. Z pozorování vyplynulo, že přijímací kritéria jsou přísnější v organizaci Jurta než v Kamarádu - Lormu, tudíž jsou přijímáni s menším handicapem. Dobrým příkladem pro přijetí uživatele do Jurty je existence pracovního poměru.

C) Řízený rozhovor

Pro prozkoumání našeho terénu byl vybrán řízený rozhovor, který se implementoval na dvou vybraných pracovištích u uživatelů v podpoře samostatného bydlení. Pracoviště byla příspěvková organizace Kamarád – Lorm Žatec a Občanské sdružení Jurta Nebočady u Děčína. Cílem bylo porozumět a porovnat náhled uživatelů na samotné bydlení v městské bytové zástavbě a na venkově.

I. Řízený rozhovor s uživatelem Pavlem Y z podpory samostatného bydlení Kamarád – Lorm Žatec

Věk: 32 let

- diagnóza: lehká mentální retardace, IQ 69.
- vyrůstal od útlého věku do 15 let v rodině
- délka pobytu v Domově pro mentálně postižené - 15 let
- 2 roky žije s přítelkyní v podpoře samostatného bydlení

Pavel byl vybrán k řízenému rozhovoru dobrovolně a byl rád, že se mohl spolupodílet na svém životním pohledu a přístupu v podpoře samostatného bydlení.

1. Pavle, jak dlouho jste v podpoře samostatného bydlení?

„2 roky“

2. Proč jste chtěl bydlet tady ve městě?

„Chci být sám se svojí přítelkyní a mám rád město. Můžu chodit mezi lidi a tady je víc místa.“

3. Chcete se vrátit zpět do Domova?

„Ne, mě se tady líbí a mám to tady rád“.

4. Co se Vám tady nelíbí?

„Všechno se mi líbí.“

5. Jak trávíte volný čas, co děláte po práci?

„Chodím se svojí přítelkyní po městě a do parku. Rád chodím k řece, kde pozoruju labutě.“

6. Chcete si koupit něco nového do bytu?

„Chceme s přítelkyní zvířátko a počítač.“

7. Stačí Vám peníze na byt a jídlo?

„Zatím ano, já pracuju a přítelkyně taky, tak to jde.“

8. Kdo se stará o peníze u vás doma?

„Já, to zatím zvládám, když nevím, zavolám tetě a ona mi poradí.“

9. Co je tvým tajným přáním?

„Cestovat, podívat se na fotbal do Barcelony.“

10. Co pro Vás znamená mít práci?

„Peníze a bydlet tady.“

11. Máte tady ve městě kamarády?

„Ano, žijí tady s námi na patře další kamarádi z Domova a navštěvujeme se.“

12. Jak často využíváte asistenční pomoc (tety), k tomu, aby Vám pomáhali?

„Nejvíc potřebuju pomoc s penězi a s nákupem, tak asi dvakrát týdně.“

13. Dokážete si představit, že se budete starat o celou domácnost sám, aniž by Vám někdo v tom pomáhal?

„Já se bojím, nevím. Možná asi až za dlouho.“

14. Myslíte si, že máte dobrou práci?

„Ano, chci si jí udržet, mám peníze.“

15. Chcete se učit novým věcem, jako je vaření, počítače aj.

„Ano, počítače mám rád.“

16. Co máte rád na lidech?

„Oni mi pomáhají a mám je rád.“

17. Chcete bydlet ještě někde jinde než ve městě?

„Ano, chceme malý baráček a zahrádku. Mám rád zvířátka.“

II. Řízený rozhovor s Františkem Y z podpory samostatného bydlení Občanského sdružení Jurta Nebočady u Děčína

Věk: 30 let

- diagnóza: lehká mentální retardace, IQ 68.
- vyrůstal od útlého věku v rodině
- 6 měsíců trval přechod v tréninkovém bytu do podpory samostatného bydlení, kde je 2 roky

František byl vybrán k řízenému rozhovoru dobrovolně. Dobře spolupracoval a rozuměl důvodu, proč se s ním vedl rozhovor.

1. Františku, jak dlouho jste v podpoře samostatného bydlení?

„2 roky“

2. Proč jste chtěl bydlet tady na vesnici a ne ve městě?

„Nebočady znám, mám tady kamarády a tety. Města se bojím je tam moc lidí.“

3. Chcete se vrátit zpět domů k vašim rodičům?

„Zatím ne, oni jsou moc starý a nemocný.“

4. Co se Vám tady nelíbí?

„Všechno se mi líbí, hlavně příroda a zvířátka.“

5. Jak trávíte volný čas, co děláte po práci?

„Chodím do lesní školky a krmím zvířátka. Někdy si zajdu s kamarády do hospody.“

6. Chcete si koupit něco nového do bytu?

„Asi ne, já nic nepotřebuju.“

7. Stačí Vám peníze na byt a jídlo?

„Ano, ještě si šetřím peníze.“

8. Kdo se stará o peníze u vás doma?

„Já, někdy mi pomáhá teta.“

9. Co je tvým tajným přáním?

„Cestovat, podívat se do Ameriky.“

10. Co pro Vás znamená mít práci?

„Peníze a kamarády.“

11. Máte tady kamarády?

„Mám hodně kamarádů. Chodíme do lesa a na houby.“

12. Jak často využíváte asistenční pomoc (tety), k tomu, aby Vám pomáhali?

„Chodí sem jen, když něco nevím a potřebuju pomoc. Hlavně nevím, kdy mi jedou autobusy do města a peníze na nákup.“

13. Dokážete si představit, že se budete starat o celou domácnost sám, aniž by Vám někdo v tom pomáhal?

„Ano, snažím se, brzy mě to bude čekat. Zvládnou to.“

14. Myslíte si, že máte dobrou práci?

„Ano, baví mě to, mám peníze a byt.“

15. Chcete se učit novým věcem, jako je vaření, počítače aj.

„Ano, chci mít svoje zvířátko a starat se o něj. Chtěl bych jednou jezdit s traktorem po poli.“

16. Co máte rád na lidech?

„Já nevím“

17. Chcete bydlet ještě někde jinde než na vesnici?

„Ne, asi tady.“

Z rozhovorů vyplývá, že dotazovaný Pavel a František jsou relativně spokojeni v podpoře samostatného bydlení. Oba dva uvedli, že se nechtějí vrátit zpět do ústavního pobytového zařízení či rodiny, protože jim prostředí vyhovuje a mohou se rozhodovat sami za sebe. Rozdíly jsou viditelné u Františka, který žije na vesnici Nebočady, kde se více projevovala samostatnost a zodpovědnost než u Pavla, který žije v městské bytové zástavbě v Žatci. Jedním z hlavních důvodů je, že sociální pracovníci z příspěvkové organizace se snaží u svých uživatelů projevovat větší sklony k obavám, že danou situaci nezvládnou. Následkem si neuvědomují, že mohou zpomalit seberealizační procesy jedince a to i v oblasti svobodného rozhodování, který je hlavním znakem, každého svobodného občana.

Nezisková organizace Jurta naopak svěruje svým uživatelům do svých rukou důvěru a možnost vlastního rozhodování. Uživatelé z Občanského sdružení jsou vedeni k plné zodpovědnosti ve svém jednání a chování, které jim dodává více důvěry a samostatnosti. Uvědomují si rizika, která mohou z toho vyplývat. Výsledkem jsou lidé komunikativnější, v dobré náladě a více si poradí v běžných životních situacích.

D) Kazuistiky

V této práci jsme použili kazuistiky neboli případové studie od uživatelů z podpory samostatného bydlení. K tomu byla vybrána dvě pracoviště Kamarád – Lorm Žatec a občanské sdružení Jurta Nebočady u Děčína. Jednotlivé části kazuistik obsahují průřezy příčin a následků dané problematiky v oblasti kvality života. Celkem bylo zkoumáno a popsáno patnáct osob s mentální retardací z podpory samostatného bydlení.

I. Kazuistiky z pracoviště Kamarád – Lorm Žatec

Kazuistika Jaroslava

Pohlaví: žena

Věk: 30 let

Stručná charakteristika

Jaroslava je třicetiletá dívka silnější postavy. Její vlasy jsou hnědé a krátké. Oči má zelené. Držení těla je nekoordinované. V obličejí se její mimika jeví nejistým až nervózním dojmem. Ve větší míře je bez úsměvu. Společnost minimálně vyhledává je samotářská. V září roku 2011 přešla z Domova pro mentálně postižené, kde byla osm let do podpory samostatného bydlení Kamarád - Lorm v Žatci. Bydlí se svojí kamarádkou. Jaroslava vyrůstala v sociálně slabším prostředí. Diagnóza, která byla Jaroslavě prokázána na základě její anamnézy a lékařských výsledků, je lehká mentální retardace s poruchou osobnosti v oblasti citového a sociálního strádání.

Anamnestické údaje

Údaje, které jsou zde interpretovány z rodinné a osobní anamnézy, byly získány ze zdravotnické dokumentace a osobního spisu Jaroslavy. Vyšetření byla provedena v těchto oblastech: psychologická vyšetření, znalecký posudek, lékařské zprávy, zprávy z diagnostického ústavu aj. Další údaje byly dostupné z výpovědi Jaroslavy a vlastního monitorování.

Rodinná anamnéza

Jaroslava se narodila v roce 1983 v devátém měsíci těhotenství. Porod proběhl spontánně bez obtíží. Narodila se jako čtvrté, nejmladší dítě.

Matka: narozena 1946, se základním vzděláním, žena v domácnosti.

Otec: narozen 1942, se základním vzděláním, dlouhodobě závislý na alkoholu.

Odešel od rodiny, žije jako bezdomovec a s rodinou neudrhuje žádný kontakt.

Bratr: narozen v roce 1968, dokončil základní vzdělání, nyní je v invalidním důchodu pro vážný úraz (amputace dolních končetin při autonehodě).

Sestra: narozena v roce 1970, absolvovala speciální základní školu. Je to žena s Downovým syndromem, v pásmu středně těžké mentální retardace. V současnosti žije v Domově pro mentálně postižené v Litoměřicích.

Sestra: narozena v roce 1971, v devíti měsících náhlý exitus.

Jaroslava pochází ze čtyř sourozenců, otec rodinu opustil. Jaroslava dlouhá léta žila se svou matkou a sourozenci ve velmi špatných a těžkých sociálních podmínkách. Rodina se izolovala od okolního světa. Žili na vesnici, kde se sourozenci museli starat o farmu a provoz domácnosti. Pracovali ve špatně hygienických a sociálních podmínkách (žili a spali se zvířaty). Nedostávali řádnou stravu. Matkou byli krutě fyzicky trestáni, nemohli volně ven. Jaroslavě nebylo umožněno navázat sociální kontakt se svými vrstevníky. Důsledkem tohoto jednání se značně omezil rozvoj socializace, výchova byla omezena na direktivní příkazy a zákazy.

Jaroslava si uvědomovala špatné zacházení své matky, přesto se k ní chovala s úctou a respektem. Plně věřila, že se jednou osamostatní a dostane se z jejího

vlivu. V roce 2003 telefonicky požádala svoji tetu o pomoc a následně tyto neradostné podmínky ustaly, protože byla umístěna do ústavního zařízení.

Jaroslava o kontakt s matkou nestojí. Vůči své matce se projevuje jen negativisticky.

Osobní anamnéza

Porod probíhal fyziologicky bez viditelného poškození. Do 10 let trpěla nočním pomočováním. V dětství prodělala běžné nemoci. V adolescenci se projevovaly žaludeční nevolnosti. Menstruaci měla ve 12 letech, pohlavní styk dosud neměla. Jaroslava nekouří, nepije a drogy nikdy nezkoušela. Alergiemi netrpí. Více informací o vývoji Jaroslavy není možné dohledat, protože rodina žila svým osamoceným způsobem života tzv. odtržena od běžné reality. Matka nevedla žádné fotografie či záznamy o svých dětech. Informace, které jsou zde popisované, jsou z výpovědí jejího bratra, sestry, částečně od její matky a od samotné Jaroslavy. V průběhu let 2003-2004 navštívila psychologické a psychiatrické vyšetření, kde bylo shledáno postižení intelektu v pásmu lehké mentální retardace s poruchou osobnosti. Po znaleckém psychiatrickém vyšetření byla v roce 2004, na žádost své tety, zbavena způsobilosti k právním úkonům a byl jí přiznán plný invalidní důchod.

Scholarita

Mateřskou školu Jaroslava nenavštěvovala. V šesti letech zahájila povinnou školní docházku, ve které špatně prospívala. Ve druhé třídě byla přeřazena do praktické školy, vyšla z 6 třídy. V době, kdy navštěvovala povinnou školní docházku, se jevila tichým dojmem. Byla neprůbojná a nenavazovala kamarádské vztahy s vrstevníky. Působila dojmem uzavřené dívky. Do školy docházela pravidelně, absenci mívala omluvenou. Úkoly měla vypracované, ale na hodiny vyučování nebyla připravená. Učební látku zvládala s obtížemi, nespívala, opakovala ročník. Její silná stránka byla v manuálních činnostech, jako byla pracovní výchova. Do školy docházela

neupravená a špinavá. Po ukončení školy, dělala přijímací zkoušky na odborné učiliště v oboru zahradník. Pro nesplnění kritérií v přijímacím řízení dívka nebyla přijata. Zůstala doma se svou matkou a sourozenci. Později byla registrována na úřadu práce. Pomáhala matce s hospodářstvím. V roce 2007 Jaroslava nastoupila do sociálně terapeutické dílny. Do zaměstnání dochází vypomáhat na sezónní práci, jako pomocná servírka do Jižní zahrady.

Stručná diagnostika

Řeč je rozvinutá, v celku srozumitelná, někdy zadržává a je tišší. Ve výslovnosti je někdy zřetelný agramatismus.

Motorika mluvidel dobrá. Obsahová stránka je omezená, která je způsobena edukativní deprivace z dětství. Slovní zásoba se rozvíjí v rámci možností. Občasná latence při hledání vhodného výrazu. Při neustálém opakování a upevňování se udržují slovní zaběhlé výrazy ve výslovnosti. Logopedická intervence zatím není nutná.

Komunikace a sociální interakce

Jaroslava je více zdrženlivá, umí naslouchat, ale minimálně komunikuje. Odpovídá v případě, že je tázána. V celku gramaticky odpovídá správně a po obsahové stránce také nejsou viditelné šumy. Dokáže definovat svůj problém, který jí trápí a neví si s ním rady. Problémy jsou v komunikaci v oblasti úkolového vyprávění, kdy jí dělá problém vytvořit jednoduchou větu. Ve zprávě z pobytu v diagnostickém ústavu z roku 2007 je patrné, že se chce Jaroslava zviditelnit a upoutávat pozornost. Vzbuzuje lítost a soucit u ostatních osob. Dobře dokáže s těmito psychickými procesy pracovat. U informací, které sděluje je nutné si je ověřovat. Objevuje se konfabulace, záměrně si nevzpomíná a tím získává pro sebe své výhody.

Rozumové schopnosti

Dobře je orientována v čase, místě, osobou a danou situací. Vědomosti, které má o okolním světě jsou útržkovité. Definuje základní barvy, tvary, zvířata rozpozná a přiřadí je k mláďatům. Menší problémy má s exotickými zvířaty, které zmateně zařazuje. Orientaci na svém těle a v prostoru dobře zvládá. Časové hodiny rozpozná i s minutáží. Problémy se objevují ve vysvětlování přísloví a rčení. Při zobecňování věcí nejsou viditelné problémy. Dobře je rozvinuta praktická dovednost a konkrétní myšlení. Problémy jsou zaznamenány v oblasti abstraktního myšlení. Čte plynule a s porozuměním. Zvládá interpretovat čtený text. Diktát s jednoduchým textem zvládá, dokáže opis a přepis. V oblasti matematické zvládá počty do sta. Sčítání a odečítání dvojciferných čísel, jí také nedělají problémy. Ostatní víceciferná čísla si počítá na kalkulačce. Číselnou řadu dobře doplňuje a určí rozdíly více a méně.

Motorika: v oblasti hrubé motoriky má problémy v nekoordinovaných pohybech, chůze je nesouměrná k horním končetinám. Cvičení zvládá s obtížemi, dělá jí problémy udržet rovnováhu těla při nápodobě cviků. Sportovním činnostem se vyhýbá a do společenských aktivit se nechce zapojovat. Jemná motorika se jeví v normě, manipulace s předměty je v pořádku. Nejrady pracuje s hlínou.

Grafomotorika: úchop tužky je správný, využívá pravou ruku. Písmo je úhledné a dobře vedeno. Nejrady kreslí postavy zvířátek. Výtvořky jsou po obsahové stránce bohaté a barevné.

Sebeobsluha: v oblasti hygienických a sebeobslužných činností je samostatná. Návyky v těchto činnostech jsou plně zafixovány.

Zájmy a přání: v oblasti ručních prací je velmi zručná. Ráda vyšívá a kreslí. Velkou zálibou je hudba a zpěv. Její tajné přání je stát se zpěvačkou.

Přání Jaroslavy, které můžeme najít v jejím individuálním vzdělávacím plánu z roku 2011 je shrnuto v těchto bodech:

- Vlastnit mobilní telefon
- Navštívit svojí tetu

- Mít do budoucnosti partnera
- Stát se zpěvačkou

Partnerská a sexuální oblast

Jaroslava má ráda muže a vyhledává jejich společnost. V současné době nemá přítele a nikdy vážný partnerský vztah neměla. Do budoucnosti by chtěla mít svojí rodinu.

Z psychologického vyšetření z roku 2012

Současný intelektový výkon je zaznamenán v pásmu lehké mentální retardace IQ 69. Je sledán úzký duševní rozhled a malá informovanost. Výkony jsou nevyvážené, více převažuje názorová schopnost. Zhoršená je krátkodobá paměť. Pomalý psychomotorický výkon. Na dobré úrovni se jeví schopnost flexibilního myšlení. Infantilní chování a zautomatizované myšlení.

Kazuistika Helena

Pohlaví: žena

Věk: 35 let

Stručná charakteristika

Helena je tmavovláška s hnědýma očima. Její postava je štíhlejší. Působí atraktivním dojmem. Má milý úsměv, který se často objevuje na její tváři. Snaží si udržovat svůj zevnějšek, dobře o sebe pečuje a hezky se obléká. V Domově pro mentálně postižené žije 15 let, z toho v podpoře samostatného bydlení je 4 roky, kde bydlí se svojí kamarádkou Jaroslavou. Byla přijata s diagnózou lehká mentální retardace. V současnosti je jí pětatřicet let.

Anamnestické údaje:

Podklady, které jsem získala pro rodinnou a osobní anamnézu, jsou čerpány ze zdravotnické dokumentace Heleny a z jejího osobního záznamu (lékařská zpráva, psychologické vyšetření, zpráva z diagnostického ústavu a znalecký posudek aj.). Dále z její výpovědi a vlastního monitorování.

Rodinná anamnéza

Helena má jednu sestru, narodila se v roce 1978, jako druhé mladší dítě. Žili s rodiči matkou a otcem. V roce 2010 náhle rodinu postihla otce smrt. Heleny rodiče byli závislí na alkoholu.

Matka: narozena 1956, vzdělání základní. Pracovala jako pomocná kuchařka, v současnosti je bez práce a pobírá sociální dávky.

Sestra: narozena 1974, absolvovala základní praktickou školu, pracovala jako zahradnice. Nedávno se odstěhovala se svým přítelem do nedalekého města.

Helena během prenatálního, perinatálního a postnatálního období se jevila bez obtíží, nikde nebyly zaznamenány žádné obtíže či odchylky. Ze zprávy je patrné, že prodělala běžné dětské nemoci.

Osobní anamnéza

Helena během prenatálního, perinatálního a postnatálního období se jevila bez obtíží, nikde nebyly zaznamenány žádné obtíže či odchylky. Ze zprávy je patrné, že prodělala běžné dětské nemoci.

Scholarita

Základní praktickou školu Helena navštěvovala 5 let, vyšla ze 3. třídy. Na vyučovací hodiny chodila špatně připravená, školní výkony byly hodně slabé. Chodila neupravená a měla špatnou tělesnou hygienu. V roce 1991 byla osvobozena od povinné školní docházky, následně v tomto roce byla přijata do Domova Kamarád - Lorm v Žatci. Helena byla zbavena způsobilosti k právním úkonům v roce 1996. Od roku 2008 pracuje na dohodu jako pomocná zahradnice v soukromé firmě Zahradníček Žatec. Ve volném čase občas navštěvuje terapeutickou dílnu v Žatci.

Stručná diagnostika

Psychomotorický vývoj se jevil dle výpovědi matky v normě. Ze záznamů ze školy je patrné, že vývoj byl v mírném opoždění. V současné době je to dívka štíhlá, která má koordinované pohyby. Chůzi dobře zvládá, gestikuluje hodně rukama. V pohybové aktivitě je dobře zdatná a v zařízení sportuje. Nejraději má společenské míčové hry a tenis.

Komunikace a sociální interakce

V řeči je viditelný mírný opožděný vývoj, není plynulá, jeví se nesrozumitelným dojmem pro překotnost a zbrkllost ve vyjadřování. Objevuje se sigmatismus laterální ve výslovnosti, který je nedbalý a s abnormální

gestikulací horních končetin. Vzhledem k věku dívky je slovní zásoba přiměřená. V průběhu komunikace s druhou osobou skáče netaktně do řeči Helena navazuje kontakty s druhými bez problémů. Nejeví žádný ostych, někdy působí až familiárním dojmem. Její projev působí radostně a s pozitivním přístupem. Působí asertivním dojmem. Není samotář, vyhledává společnost a je v ní spokojena.

Rozumové schopnosti

Pásmo její rozumové schopnosti je v oblasti lehké mentální retardace IQ 69 Čtení má v celku osvojené, při delším a složitějším textu slabikuje. Většinou obsah čteného textu dokáže převyprávět. Většinou dělá gramatické chyby, opis a přepis vcelku zvládá. V oblasti matematických dovedností zvládá sčítání a odečítání do sta. Vyšší cifry zvládá s kalkulaátorem. Násobení a dělení jí dělá problémy.

Motorika: v oblasti hrubé motoriky dobře zvládá společenské hry a má koordinované pohyby.

Grafomotorika: špetkový úchop je dobrý, využívá pravou ruku. Kresba postavy je dobrá i detaily jsou patrné. Obsahová a formální stránka jsou vyvážené.

Sebeobsluha: je na dobré úrovni, dokáže se dobře a správně oblékat. Uvědomuje si důležitost čistého zevnějšku.

Zájmy a přání

Velmi oblíbený je sport a tanec. Ráda navštěvuje město a jeho památky. Ráda by jednou cestovala i do zahraničí a pořídila by si zvířátko. Touží mít partnerský život a mít i dítě.

Přání Heleny, které najdeme v individuálním plánu z roku 2011 je shrnuto v těchto bodech:

- Zdokonalit se v tenise a tanci
- Návštěva cizí země

- Pořídit si domácí zvířátko
- Najít si přítele a založit si rodinu

Partnerská a sexuální oblast

Helena je orientována heterosexuálně. Vyhledává kontakty s muži. V současné době má známost, kterou poznala v Domově pro mentálně postižené. Partnerský kontakt si udržuje přibližně pět let, ale zatím spolu nežijí.

Psychologické vyšetření, rok 2012

Odpovídá pásnu lehké mentální retardace IQ 69. Zhoršená je všeobecná informovanost, slovní zásoba a pojmové učení. V popředí jsou názorové schopnosti nad slovními. Pomalejší psychomotorické tempo. Osobnost je infantilnější a její další rozvoj je omezen.

Kazuistika Ivana

Pohlaví: žena

Věk: 20 let

Stručná charakteristika

Ivana je dvacetiletá dívka silnější postavy. Má dlouhé kaštanové vlasy a zelené oči. Její výraz v obličeji působí dojmem negativistickým, minimálně se usmívá. Držení těla je dobré a sebejisté. Kontakt s kamarády nevyhledává a nenavazuje s nimi zbytečné vztahy. Zaměřuje se více na přírodu a zvířátka, které má ráda. V zařízení podpoře samostatného bydlení Kamarád Lorm v Žatci je 2 roky, do té doby žila v Domově pro mentálně postižené v Kadani. Její diagnóza je lehká mentální retardace, balbuties, dyslálie.

Anamnestické údaje

Veškeré informace jsem získala ze zdravotnické dokumentace Ivany a z její osobní složky (lékařské zprávy, psychologické vyšetření, z diagnostického ústavu, znalecký posudek aj.), rozhovorem s dívkou a vlastním pozorováním.

Rodinná anamnéza

Ivana se narodila v roce 1993. Byla vychovávána jen matkou, protože otec náhle zemřel. Dívka byla jedináčkem, přesto se o ni matka nedokázala postarat. O veškerou péči v rodině se starala její babička. Matka: narozena 1970, má středoškolské vzdělání, které nikdy nevyužila. Nikdy nepracovala a byla vedena na úřadu práce. Pro špatný zdravotní stav babičky, byla malá Ivanka umístěna do ústavu pro mentálně postižené. Matka neprojevila žádnou snahu o to, aby dostala opět Ivanu do své péče. V ústavním zařízení je od roku 2008. Matka s dcerou udržuje pouze minimální telefonický kontakt.

Osobní anamnéza

Z prenatálního vývoje dítěte vyplývá, že její matka během těhotenství pila alkohol a silně kouřila. Dále byla vystavena velkému stresu, protože jí zemřel otec. Porod byl v osmém měsíci těhotenství, byl veden císařským řezem. Novorozeně prodělalo žloutenku a nějaký čas bylo v inkubátoru. Další záznamy o vážných nemocech nejsou zaznamenány.

Scholarita

Základní praktickou školu dokončila. Ve škole měla špatné studijní výsledky. Na hodiny nebyla připravená a učení jí nebavilo. Chodila do školy bez pomůcek a v roztrhaných a špinavých věcech. Působila zanedbaným vzhledem. V současné době chodí vypomáhat, jako uklízečka do restaurace Jižní zahrada. V budoucnosti by chtěla vystudovat středně odborné učiliště v oboru kuchař – číšník.

Psychomotorický vývoj

Ivana začala chodit kolem třináctého měsíce. Jevila se jako klidné a pomalejší dítě. Každá započatá činnost jí dělala při osvojování problémy. Matka tomu nevěnovala větší pozornost. Mateřskou školu nenavštěvovala, protože se o Ivanku starala babička. Při nástupu do první třídy při běžné základní škole se začaly plíživě projevovat nedostatky spojené s jejím vývojem a intelektuálními předpoklady. Na základě doporučení třídní učitelky a poradenského systému byla přeřazena do základní praktické školy. Ivana má menší podsaditou postavu, její chůze je rozvážná. Při komunikaci s druhou osobou má ve zvyku pohupovat se v kolenou.

Řeč, komunikace

V artikulaci je dívka velmi slabá, mluví překotně nebo zadržává. Dále špatně tvoří špatné hlásky a tím je řeč nesrozumitelná. Slovní zásoba je omezenější. Během komunikace s druhou osobou je nervózní a při sdělení slov

působí nevěrohodným až plachým dojmem. Nerada navazuje kontakty se svými vrstevníky i staršími lidmi. Kolektiv nevyhledává je více samotářkou.

Sociální interakce

Nejoblíbenějším kamarádem v podpoře samostatného bydlení je její spolubydlící Maruška. Projevuje se většinou tím, že působí smutnějším dojmem a nechává za sebe mluvit svojí kamarádku. V cizím prostředí se jeví zmateným dojmem, svěčila se, že jí přepadá panika.

Rozumové schopnosti

Intelektuální schopnost u dívky spadá do pásma lehké mentální retardace. Čtení zvládá s obtížemi, ukazuje si prstem a někdy i slabikuje. Většinou obsah čteného textu dokáže zpětně interpretovat. Krátký diktát zvládá s obtížemi, opis a přepis jsou v pásmu průměrné úrovně. V oblasti matematických dovedností zvládá počty do sta. Problémy nastávají v sčítání a odečítání dvojčiferných číslech. Dělení a násobení si zatím osvojuje.

Motorika: oblast hrubé motoriky je dobrá. Držení těla je koordinované a činnosti zvládá dobře. Přesto kolektivní hry a sporty nevyhledává.

Grafomotorika: držení psacího náčiní vcelku dobře zvládá, špetkový úchop se jí musí neustále opakovat.

Sebeobsluha: jeví se bezproblémovým dojmem. Rozumí a ví, že je hygiena a pořádek prioritou.

Zájmy a přání

Nejraději podniká se svojí nejlepší kamarádkou turistické výlety do přírody a okolí. Oblíbila si koně na nedaleké farmě. Ráda se o něj stará a pozoruje svého zvířecího kamaráda. Dvakrát v týdnu chodí ve městě do církevní instituce na faru, kde si zazpívá s blízkými lidmi. Prožije zde příjemné dopoledne s blízkými lidmi. O rodině zatím neuvažuje, nezajímá jí to. Raději se věnuje zvířátkům a své kamarádce.

Přání, které můžeme najít v jejím individuálním plánu z roku 2011 je shrnuto v těchto bodech:

- Turistika
- Návštěvy parků a přírody
- Ráda se stará o koně
- Navštěvuje městskou faru

Partnerská a sexuální oblast

Muže dívka nevyhledává, z rozhovoru vyplývá, že ji nepřitahují. Chtěla by být jen kamarádkou a ne partnerkou. Zatím nikdy neměla vážnou známost ani po tom netouží. Raději se věnuje zvířatům a přírodě.

Z psychologického vyšetření, rok 2012

Celkově její intelektový dosažený výkon odpovídá pásmu lehké mentální retardaci IQ 65. Verbální schopnosti mírně opožděny se slovní zásobou. Dívka není moc zvědavá, působí infantilně. Zúžen rozsah kognitivních složek a psychomotorické tempo je pomalejší.

Kazuistika Marie

Pohlaví: žena

Věk: 21 let

Stručná charakteristika

Dívka má silnější postavu a není moc vysoká. Její vlasy jsou černé a krátké. Oči jsou velké a modré. Držení těla je nekoordinované a není stabilní. Pro špatný zrak na dálku nosí brýle. Jeví se pohodovým dojmem, usmívá se a umí projevit radost či náklonnost k druhé osobě. V podpoře samostatného bydlení bydlí 2 roky. Nedávno oslavila své jednadvacáté narozeniny. Její diagnóza je lehká mentální retardace, suspektní disharmonický vývoj osobnosti na základě dlouhé citové deprivace.

Anamnestické údaje

Veškeré údaje jsem získala ze zdravotnické dokumentace Marie a z jejího osobního spisu (psychologická vyšetření, zpráva z diagnostického a dětského zařízení, lékařské zprávy a znalecký posudek). Rozhovorem a pozorováním byla naše kazuistika obohacena.

Rodinná anamnéza

Její matka měla osm dětí. Marie je druhým nejmladším dítětem z této rodiny, narodila se v roce 1992.

Matka: narozena 1974, základní vzdělání. Partnery střídala, byla silná alkoholička. Zaměstnání měla příležitostné jako uklízečka, dělnice či prodavačka. V žádné profesi dlouho nevydržela. Nevěnovala se ani dětem, proto jí byla Marie v roce 1993 odebrána a následně další sourozenci do ústavního zařízení. Maruška byla v jednom roce věku dána do kojeneckého ústavu, kde pobývala tři roky. Další roky strávila v dětském domově a následně byla umístěna do Domova Kamarád -Lorm Žatec. Od roku 2011 byla umístěna do podpory samostatného bydlení v rámci zařízení, kde je dosud. Ostatní

sourozenci jsou umístěni po dalších ústavních zařízeních, ve zprávě není další pramen. Matka následkem těžké cirhózy jater před několika lety zemřela. Marie nemá žádný kontakt na své příbuzné, zatím nikoho nechce ani nemá potřebu kontaktovat.

Osobní anamnéza

V prenatálním vývoji její matka požívala tvrdý alkohol. Porod byl v osmém měsíci těhotenství fyziologickou cestou. Šest týdnů strávila v inkubátoru. Z dětských nemocí prodělala neštovice a černý kašel.

Scholarita

Od první třídy navštěvovala základní praktickou školu, kterou dokončila a navázala na střední praktickou školu, kterou úspěšně zvládla. V budoucnosti by chtěla navštěvovat střední odborné učiliště s maturitou obor švadlenka. Marie byla velmi snaživá dívka, ale její psychomotorické tempo bylo pomalé. Od roku 1995 byla zbavena způsobilosti k právním úkonům. V současné době chodí vypomáhat do Domova Kamarád- Lorm jako prادلena.

Psychomotorický vývoj

Ze zprávy kojeneckého ústavu vyplývá, že Marie začala chodit až kolem patnáctého měsíce. Často se v noci budila a plakala. Celkově dívka byla opožděna ve vývojovém stupni psychomotorických dovedností.

V dnešní době je Marie menší a silnější postavy. Chůze je nesynchronizovaná s horními končetinami. Při komunikaci je rozvážná a působí klidným dojmem. Pohybové aktivity moc nevyhledává, myslí si, že není sportovně nadaná. Více se zaměřuje na aktivity, které nejsou spojeny se sportem. Ráda se věnuje četbě a pletení.

Řeč, komunikace

V oblasti řeči je na dobré úrovni, mluví plynule bez agramatismů. V logopedické oblasti nebyly zaznamenány žádné nedostatky. Slovní zásoba je slabší a není rozvíjena. Komunikační techniky jsou také obsahově slabé. Marie není moc komunikativní, nevyhledává aktivní kontakt s více lidmi. Působí dojmem samotáře. Přesto jí tato situace vyhovuje a více naslouchá.

Sociální interakce

V oblasti navazování nových známostí je více zdrženlivá. Komunikuje jen, když je k tomu vyzvána. Z přátel má jen jednu nejlepší kamarádku. Další přátele nevyhledává ani s nimi nenavazuje další slovní kontakt. Při rozhovoru, který trvá déle, je nervózní až ostýchavá.

Rozumové schopnosti

Rozumové schopnosti dosahují dosažené úrovně lehké mentální retardace. V oblasti čtení její projev je vyvážený, neboli průměrný. Obsah dokáže převyprávět, ale někdy nerozumí čtenému textu. Opis a přepis zvládá bez větších problémů. V oblasti diktátu, dělá gramatické chyby, které vyplývají z její zbrklosti a rozumových předpokladů. V oblasti matematických dovedností napočítá do osmdesáti, potom si začíná čísla zaměňovat. Sčítání a odečítání zvládá na kalkulačce do sta. Dělení a násobení jí dělá velké potíže s velkými obtížemi do dvaceti.

Motorika: nevyhledává žádné sporty pro nemotornost svých pohybů.

Grafomotorika: úchop tužky je křečovitý, ale přesto se snaží, aby byl správný a uvolněný. Psací pomůcky bere do levé ruky.

Sebeobsluha: s oblékáním nemá problémy, jen někdy se zapomene učesat. O svůj zevnějšek se dobře stará.

Zájmy a přání

Nejraději si čte časopisy se zaměřením na přírodu a zvířátka. Ráda plete svetry a šály. O víkendech chodí s kamarádkou do městského parku, kde pozoruje ptáčky. Jejím přáním je zůstat v podpoře samostatného bydlení, protože prostředí dobře zná a umí se v něm orientovat. Chtěla by nadále bydlet se svojí kamarádkou a trávit sní, co nejvíce času. Ráda by si jednou pořídila svoje vlastní zvíře, například psa. Přání, které najdeme v individuálním plánu z roku 2011 je shrnuto v těchto bodech:

- Četba
- Návštěvy parků a přírody
- Starat se o zvířátko

Partnerská a sexuální oblast

Společnost mužů nevyhledává je velmi ostýchavá. Zatím žádnou vážnou známost neměla. Nejeví zatím zájem o mužskou společnost, dává přednost své spolubydlící kamarádce. Čas ukáže, zda Marie bude schopna navázat hlubší vztah s muži.

Z psychologického vyšetření z roku 2011

Intelektový vývoj odpovídá pásmu lehké mentální retardace IQ 68. Slabá informovanost a zvědavost. Verbální schopnosti jsou stagnující v jejím intelektuálním pásnu. Převažuje názorová schopnost nad verbální složkou.

Kazuistika Jan

Pohlaví: muž

Věk: 39 let

Stručná charakteristika

Janovy je devětatřicet let a má silnější postavu. Jeho vlasy jsou tmavé a delší, modré oči. Držení těla je stabilní a koordinované. Výraz v obličeji je uvolněný a působí klidným dojmem. Je kamarádský, má rád společnost. V zařízení Kamarád- Lorm žije deset let z toho čtvrtým rokem v podpoře samostatného bydlení a dva roky se svým kamarádem Petrem. Pocházel z rodiny, kde oba dva rodiče byli staršího věku a nemohli se nadále o něj starat. U Jana byl diagnostikován Downův syndrom s lehkou mentální retardací.

Anamnestické údaje

Veškeré údaje jsem získala z osobních složek Jana na základě lékařských a speciálních zpráv. Dále z výpovědi samotného uživatele a monitorování.

Rodinná anamnéza

Jan se narodil v roce 1974 v osmém měsíci. Musel být pro nízkou porodní hmotnost a nedonošenost umístěn do inkubátoru. Vyrůstal v rodině, kde byl ještě jeho starší bratr.

Matka: narozena v roce 1940, vyučena v oboru servírka. Celý život pracovala v oboru. V roce 1988 jí byla diagnostikována roztroušená skleróza.

Otec: narozen v roce 1935, vystudoval střední odborné učiliště v oboru elektrikář. Pracoval příležitostně, ve svém v životě vystřídal víc pracovních profesí. Byl léčen na cirhózu jater pro alkoholismus. Minulý rok 2012 na podzim zemřel.

Bratr: narozen v roce 1968, vyučen v oboru automechanik. Pracoval v

autodopravě, jako řidič z povolání. Nyní je veden na úřadu práce. Jeho zdravotní stav byl v pořádku a nikdy neprodělal a neléčil se na závažné onemocnění. Jan vyrůstal v rodině sociálně a ekonomicky stabilní. Do patnácti let žil u svých rodičů v rodinném zázemí. U Jana se začal zhoršovat jeho psychický stav, projevovaly se sklony k hyperaktivnímu chování a velká nesoustředěnost v učení. Rodiče pro svůj starší věk nezvládali výchovu a péči, proto byl umístěn do Domova Kamarád – Lorm v Žatci.

Osobní anamnéza

Narodil se předčasně v osmém měsíci. Porod probíhal komplikovaně, musel být vytažen kleštěmi pro zhoršený průchod porodních cest matky. Přibližně šest týdnů strávil v inkubátoru. Jeho psychomotorický vývoj značně stagnoval. V noci se s velkým pláčem probouzel. První krůčky byly až v patnáctém měsíci. Začátek základních slov začal kolem druhého roku. Jan je alergický na včelí bodnutí. V současnosti nekouří a nepije alkohol. Z anamnestického dokumentu vyplývá, že byl několikrát v lázních. Cvičil Vojtovu metodu. Matka s otcem se dobře starali o Jana, ale vzhledem k jejich pokročilému věku a špatnému zdravotnímu stavu v posledních letech byla výchova zanedbávána. Jan se potuloval do pozdních večerních hodin sám venku. Vyhledával starší kamarády, kteří ho využívali k různým drobným krádežím. Celková situace eskalovala, kdy přestal docházet do základní speciální školy. V průběhu let 2005 několikrát navštívil psychologické a psychiatrické vyšetření. Vždy bylo potvrzeno postižení intelektu v pásmu středně těžké mentální retardace, Downův syndrom a sklony k hyperaktivnímu chování. V roce 1992 byl zbaven na žádost své matky způsobilosti k právním úkonům a následně dostal plný invalidní důchod.

Scholarita

Z dostupných zdrojů můžeme konstatovat, že předškolní výchovu malý Jan nenavštěvoval. Vyrůstal s rodiči. Pro včasnou diagnostiku jeho stavu byl umístěn do základní školy speciální. Několikrát opakoval školu. Během návštěvy školy byl hodnocen pro špatnou pozornost a náladovost. Měl sklony až k agresivnímu jednání. Jeho celkový prospěch byl podprůměrný. Na hodiny nechodil připravený a zapomínal pomůcky. Do školy již dále nenastoupil, protože nechtěl. V současné době někdy dochází do sociálně terapeutické dílny. Zaměstnání má příležitostní, dochází do podniku, kde se podílí na výrobě lahůdek.

Stručná diagnostika

Řeč je málo rozvinutá a zadržovaná. Špatně vyslovuje písmeno ř a v řeči se objevuje ráčkování. Mluví v kratších větách. Je viditelná chudší slovní zásoba.

Komunikace a sociální interakce

Více je zdrženlivý a nevyhledává větší kolektivy. Gramaticky a obsahově jsou jeho věty někdy chaotické a nedávají souvislé propojení. Jan je při komunikaci netrpělivý a špatně se soustředí. Často skáče lidem do řeči.

Rozumové schopnosti

Dobře se orientuje v čase a prostoru. Zvládá pojmenovat základní barvy a tvary, předměty a zvířátka. Prostorová orientace je dobrá. Hodiny rozpozná, ale minuty již neurčí a neví. Dobře zvládá praktické dovednosti a konkrétní myšlení. Velké nedostatky jsou v oblasti abstraktního a logického myšlení. Čtení zvládá s pomocí, není plynulé a přeskakuje řádky. Vždy si musí přidržovat čtený řádek prstem, jinak ztratí souvislost a zmatkuje. Opis, přepis a diktát zvládá velmi špatně. Písmo je dysgrafické a s gramatickými chybami. V oblasti matematických dovedností zvládá počty do padesáti. Sčítání, odčítání

či dělení zvládá jen na kalkulačce. Hodnotu bankovek a mincí zvládá s obtížemi.

Motorika: chodí dobře a samostatně. Cvičení dokáže zopakovat. Rád plave a běhá. Sporty vyhledává jen, když má na to náladu. V terapeutické dílně nejraději vyrábí z měkkých drátků figurky.

Grafomotorika: úchop tužky bere do levé ruky. Štěpkovitý úchop zvládá dobře. Písmo vykazuje dysgrafií. Nerad kreslí a maluje a více se věnuje ruční výrobě.

Sebeobsluha: v oblasti hygienických návyků a sebeobsluhy jsou vidět patrné nedostatky. Někdy chodí neupravený, proto se mu tyto věci musejí neustále připomínat. Stolování zvládá a dokáže dobře pohostit.

Zájmy a přání

Manuálně je velmi šikovný hlavně při výrobě keramiky. Nejraději má hudbu, jako je moderní popový styl. Velmi si oblíbil plavání a jízdu na koni. Rád chodí se svými kamarády ven a do kina. V budoucnu by se chtěl starat o koně a vlastnit svůj mobilní telefon.

Přání, které najdeme v individuálním plánu z roku 2011 je shrnuto v těchto bodech:

- Naučit se pracovat s mobilním telefonem
- Starat se o domácího mazlíčka
- Turistika, rád by navštívil Krkonoše a její přírodu

Partnerská a sexuální oblast

Osoby s opačným pohlavím moc nevyhledává. Více se zaměřuje na kamarády stejného věku a pohlaví. S nimi rád navštěvuje parky, zoologické zahrady a lesoparky. Rád se stará o zvířátka.

Z psychologického vyšetření z roku 2008

Aktuální intelektový výkon v pásmu středně těžké mentální retardace, IQ 48. Výkony jsou velmi nevyvážené až slabé. Úzké spektrum informací a chudá oblast abstraktního myšlení. Slabší krátkodobá paměť a psychomotorické tempo. Na lepší úrovni je vizuální analýza s percepční složkou. Osobnost je málo rozvinutá. Rigidita v oblasti mechanického učení.

Kazuistika Petr

Pohlaví: muž

Věk: 20 let

Stručná charakteristika

Petr je dvacetiletý mladý muž a má štíhlejší postavu. Jeho vlasy jsou světlejší a kratší. Oči má modrozelené a jeho držení těla je nekoordinované. Působí kamarádkým a srdečným dojmem. V zařízení pobývá od útlého věku již sedmnáctým rokem. Vyrůstal v rodině obou dvou rodičů, kteří byli drogově závislí na omamných látkách. Do podpory samostatného bydlení přešel v lednu 2010, nyní bydlí se svým kamarádem. U Petra byla v raném věku diagnostikována středně těžká mentální retardace.

Anamnestické údaje

Veškeré údaje, které jsem získala z lékařských a speciálních zpráv od Petra, jsou použity jen v této práci.

Rodinná anamnéza

Petr se narodil v roce 1993 v devátém měsíci těhotenství. Porod probíhal běžným způsobem a bez problémů. Příčina, která vedla k postižení, byla zánět mozkových blan v prvním roce života. Na psychiatrickém oddělení lékaři diagnostikovali, že klient trpí duševní poruchou v pásmu středně těžké mentální retardace, encefalopatií. Petr neměl sourozence.

Otec: narozen 1968, bez vzdělání. Živil se příležitostnými pracemi jako dělník. V současné době je na protidrogovém léčení.

Matka: narozena 1975, bez vzdělání. Nikdy nepracovala, pobírala invalidní důchod a je na protidrogovém léčení.

V raném věku Petr vyrůstal s rodiči, ale pro špatné sociálně-ekonomické podmínky byl rodině odebrán a umístěn do kojeneckého ústavu. Dále byl umístěn do zařízení Domov Kamarád Lorm v Žatci. Petrovo rodiče nikdy

chlapce nekontaktovali a neprojevíli zájem. Vůči rodičům se Petr staví negativisticky a nemá potřebu se s nimi kontaktovat. V roce 2010 byl zbaven způsobilosti k právním úkonům a byl mu přiznán plný invalidní důchod.

Osobní anamnéza

O průběhu porodu je veden záznam, vše probíhalo bez komplikací. V raném věku proběhl zánět mozkových blan a následkem tohoto onemocnění byla diagnostikována duševní porucha v pásmu středně těžké mentální retardace. Chlapec prodělal běžná dětská onemocnění. Nikdy nebyl operován. Ze záznamů vyplývá, že je to tichý chlapec, který vyhledává soukromí před kamarády. Nerad se aktivně nezapojoval do společenských akcí.

V průběhu let 2005 – 2006 se opakovaně podrobil návštěvě u specialistů, jako byli psychiatr a psycholog. Bylo opět potvrzeno a konstatováno, že jeho intelekt je v pásmu středně těžké mentální retardace.

Scholarita

Petr navštěvoval speciální mateřskou školu, kde měl výchovné problémy. Nezapojoval se do činností, hodně se stranil kolektivu. Pokud chtěl oslovit svého kamaráda, tak se projevoval agresivním způsobem. Většinou fyzicky napadal své vrstevníky. Další životní etapou bylo základní speciální školství, kde několikrát musel opakovat ročníky. Další vzdělání Petr nevyhledával, vždy měl ze školy velké trauma. Vychovatelé Petra popisovali, jako vystrašeného a plachého. Někdy začal hodně koktat a pomočovat se. V současné době dochází při podpoře samostatného bydlení do terapeutické dílny, kde se učí základním technikám, návykům v pracovních činnostech.

Stručná diagnostika

Řeč je málo rozvinuta, je diagnostikována dyslálie. Tempo řeči je překotné. Ve stresových situacích zadržává nebo mluví přerývaně. Mluví v krátkých větách, při tvorbě souvětí jsou slyšitelné šumy a agramatismy.

Komunikace a sociální interakce

Ve společenském dialogu se objevují velké problémy. Petr neumí aktivně navázat komunikační vztah. Často působí nemluvně a také je těžké u něho projevit zájem ke komunikaci. Když má náladu, tak při komunikaci mluví zbrkle a rád skáče do řeči. Některé informace u Petra musíme ověřovat, objevuje se konfabulismus.

Rozumové schopnosti

Dobře je orientovaný v prostoru a čase. Základní orientační přehled o okolním světě vykazuje. Určuje a rozpoznává základní spektrum barev a tvarů. Poznává základní druhy zvířat a jejich mláďata. Předměty rozpoznává a třídí je podle obsahu. Zhoršená je orientace na svém těle. Někdy si zaměňuje pravou a levou stranu těla. Určování času hodin jsou problematické, protože moc nezvládá číselnou řadu do deseti.

Někdy má problémy při jednoduchém zobecňování, protože neudrží dlouhodobou pozornost. Dobře je rozvinuta dovednost pro praktické činnosti. Zaostává složka abstraktního myšlení. Čtení je velmi slabé, musí být velmi soustředěný a v dobré náladě. Čtený řádek si musí přidržovat prstem nebo záložkou. Nerad čte nahlas. S velkými obtížemi interpretuje a moc tomu nerozumí. Opis, přepis a diktát zvládá, ale musí se velmi pomalu a empaticky k němu přistupovat. Oblast matematických dovedností u Petra je velmi slabá. Musí se několikrát po sobě číslo opakovat a upevnit. Do padesáti umí s obtížemi napočítat. Někdy dobře sčítá a odečítá. Dělení a násobení nezvládá jen s kalkulačkou. Hodnotu bankovek a mincí špatně rozeznává. Sociální pracovník s ním zatím chodí nakupovat.

Motorika: v oblasti hrubé motoriky jsou viditelné nepatrné nedostatky. Je neobratný a sportovní činnosti nevyhledává.

Jemná motorika je v normě, rád modeluje a staví letadla. Vyhledává letiště a pozoruje vojenské objekty.

Grafomotorika: v úchopu tužky má někdy problémy. Špetkové držení tužky nahrazuje drápotvým úchopem. Výtvořy jsou chudé na detaily a jeho kresba není bohatá na propracovanost a barevnost.

Sebeobsluha: v oblasti hygieny a sebeobsluhy je samostatný. Někdy má problémy s oblékáním, neví jak se má do určitého počasí správně obléct.

Zájmy a přání

Na pracovní činnosti je šikovný hlavně v oblasti modelování.

V budoucnosti by se rád stal pilotem vojenského letadla. Hodně vyhledává osamocená místa, jako jsou parky, zahrady nebo lesy. V budoucnosti by rád uměl pracovat s počítačem a s mobilním telefonem.

Přání, které najdeme v individuálním plánu z roku 2011 je shrnuto v těchto bodech:

- Chtěl by být pilotem letadla
- Má rád přírodu a lesy
- Rád by se naučil s mobilním telefonem a počítačem
- Rád by měl partnerku

Partnerská a sexuální oblast

Petr nikdy neměl vážný partnerský vztah. Rád by měl dívku, ale žádná se mu zatím nelíbí. Nejraději má svého kamaráda Jana, který s ním žije v podpoře samostatného bydlení.

Z psychologického vyšetření z roku 2011

Současný intelektový výkon je v pásmu středně těžké mentální retardace IQ 48. Výkony, které byly aplikované, jsou velmi nevyvážené a

slabé. Oblast informovanosti a duševního života jsou sníženy. Pracovní krátkodobá paměť je dobrá, pomalé psychomotorické tempo. Automatismy v myšlení, chybí složka abstraktního myšlení.

Kazuistika Pavel

Pohlaví: muž

Věk: 32

Stručná charakteristika

Pavlovi je dvaatřicet let a má atletickou postavu. Barva vlasů je hnědá a kratší. Oči má hnědé a jeho držení těla je stabilní. V zařízení Domov Kamarád - Lorm v Žatci pobývá sedmnáctým rokem. Z toho v podpoře samostatného bydlení žije druhým rokem s družkou. Bydlel v rodině s matkou, otcem a se dvěma dalšími sourozenci. Jeho otec byl alkoholik a matka neustále bez zaměstnání. V postnatálním období byla u Pavla prokázána lehká mentální retardace.

Anamnestické údaje

Všechny údaje, které jsou zde použity, jsem získala z lékařských a speciálních zpráv uživatele.

Rodinná anamnéza

Pavel se narodil v roce 1981 v devátém měsíci těhotenství. Porod probíhal bez komplikací, vyšší byl jen věk matky, čtyřicet let. Raný psychomotorický vývoj byl v mezích normy, lehce byl opožděn vývoj řeči. V nočních hodinách trpěl nočními děsami a pomočováním. Na základě tohoto zjištění matka navštívila lékaře. Po delším pozorování a prohlídkách bylo zjištěno podezření na duševní poruchu v pásmu lehké mentální retardace.

Otec: narozen 1950, základní vzdělání. Pracoval jako dělník v továrně na výrobu aut. V nedávné době zemřel. Matka: narozena 1941, střední odborné vzdělání v oboru švadlena. Vždy pracovala jen krátce a příležitostně mimo svůj obor, jako nekvalifikovaná pracovní síla. Bratr: narozen 1978, bez vzdělání. Pracuje jako příležitostní dělník na stavbách. Nikdy netrpěl vážnými nemocemi

ani nebyla shledána žádná porucha osobnosti. Zatím rodinu nemá, žije se svými kamarády na ubytovně.

Sestra: narozena 1980, ukončila střední odborné vzdělání zakončené výučním listem v oboru kuchař-číšník. V současné době je na mateřské dovolené a žije spořádaným životem. Nikdy netrpěla vážnými nemocemi ani duševní poruchou. Od útlého věku žil s rodiči do patnáctého roku. Důvod, proč byl umístěn do zařízení Kamarád – Lorm by ten, protože rodina měla špatnou sociálně-ekonomickou situaci. Otec začal více požívat alkohol a matka se přestala starat o rodinu. Otec nikdy neprojevil zájem navštívit svého syna. Matka jedenkrát za rok před Vánoci chodila na návštěvy. Pavel o rodiče neprojevuje zájem, po každé návštěvě je plačtivý a rozladěný. V roce 1999 byl na žádost své matky zbaven způsobilosti k právním úkonům a byl mu přiznán částečný invalidní důchod.

Osobní anamnéza

Porod probíhal bez komplikací. Žádné záznamy o dětských úrazech ani vážných nemocech. Nenavštěvoval předškolní zařízení, byl neustále doma s matkou a sourozenci. Nastoupil na běžnou základní školu, kde ve třetí třídě již nezvládal učivo. Byl umístěn na základní školu praktickou. Na této škole dokončil docházku ve středním stupni praktické školy. Zatím nechce ve studiu pokračovat, protože si chce vydělávat peníze. V současné době pracuje ve výrobě lahůdek na pracovní dobu určitou.

V průběhu let 2006 – 2007 se opakovaně podroboval návštěvám specialistů. Psycholog a psychiatr se shodli, že jeho intelekt je v pásmu lehké mentální retardace.

Scholarita

Pavel navštěvoval základní školu, kde měl problémy ve zvládnutí učiva. Jeho projevy chování byly bez problémů. Na hodiny výuky nebyl moc připraven, hlavně mu chyběly pracovní pomůcky. Rád měl své kamarády, ale byl málo komunikativní.

Další vzdělávání, které probíhalo na základní škole praktické, bylo v jeho tempu zvladatelné. Na hodiny opět nechodil připravený, ale v učivu obstál. Jeho dosažené výsledky byly slabé, přesto se snažil. V současné době má zaměstnání, na které je hrdý a má ho rád. Dochází do místní automobilové továrny, kde pracuje v chráněných dílnách.

Stručná diagnostika

Řeč je v normě rozvinuta, byla diagnostikována dyslálie s rotacismem. Tempo řeči je pomalé. Komunikuje v kratších a souvislých větách.

Komunikace a sociální interakce

Při navazování kontaktů s druhými lidmi se jeví ostýchavým a stydlivým dojmem. Více lidem naslouchá a snaží se neskákat druhým do řeči. Při tvorbě delších vět nejsou slyšet, žádné šumy a agramatismy.

Rozumové schopnosti

Dobrá orientace v prostoru a čase. Hodiny zná a rozumí jim. Rozeznává a zařazuje barvy, tvary, předměty a zvířátka do kategorií. Také se umí orientovat na svém těle, rozpozná levou a pravou stranu. Velké nedostatky jsou viditelné v abstraktním a logickém myšlení. Špatně zobecňuje věci a nerozumí vtipům. Dobře má rozvinutou oblast mechanické paměti a dovednost v praktických činnostech.

Čtení je vcelku plynulé, bez agramatismů. Dokáže svými slovy interpretovat čtený text.

Opis, přepis a diktát zvládá s menšími pravopisnými chybami.

V oblasti matematických představ a dovedností je schopnost Pavla slabší. Prožitkovým učením se fixují představy o číslech a jevech. Do stovky zvládá počty. Sčítání a odečítání zvládá. Násobení a dělení s obtížemi, většinou využívá kalkulátor.

Hodnotě bankovek rozumí a zná je. Sám si chodí nakupovat.

Motorika: dobře hraje míčové hry. Nejraději s kamarády hraje fotbal a házenou. Je velmi obratný a sportovní činnosti vyhledává.

Grafomotorika: úchop je fixován, využívá pravou ruku při psaní. Pracovní a výtvarné projevy jsou po formální a obsahové stránce bohaté.

Sebeobsluha: Zvládá se oblékat, někdy má problémy, že neví, co si má vzít na sebe. Neumí sladit barvy a módní věci. V oblasti hygienických návyků, dbá na to, aby byl vždy čistý a upravený.

Zájmy a přání

V budoucnosti by si rád zahrál profesionálně fotbal. Chtěl by navštívit Barcelonu, kde by navštívil slavné fotbalové hřiště Nou Camp. Rád by si pořídil mobilní telefon a počítač.

Přání, které najdeme v individuálním vzdělávacím plánu z roku 2011 je shrnuto v těchto bodech:

- Profesionálně hrát fotbal
- Navštívit Barcelonu Nou Camp
- Naučit se pracovat s mobilním telefonem a počítačem
- Udržet si trvalý vztah s přítelkyní

Partnerská a sexuální oblast

Pavel má vážný a trvalý vztah. Spolu žijí v podpoře samostatného bydlení již druhým rokem.

Z psychologického vyšetření z roku 2011

Dosažený intelektový výkon je v pásmu lehké mentální retardace IQ 69. Dosažené výkony byly nevyvážené a slabé. Zaostává v oblasti abstraktního a logického myšlení. Slabá je také dlouhodobá paměť. Kognitivní složka je podprůměrná a chybí touha po nových informacích. Dobrá je mechanická a krátkodobá paměť. Osobnost je značně simplexní.

Kazuistika Jana

Pohlaví: žena

Věk: 28

Stručná charakteristika

Janě je osmadvacet let. Její postava je silnější. Barvu vlasů má světlejší a kratší. Oči jsou modré a držení těla je koordinované. V podpoře samostatného bydlení žije druhým rokem s druhem. Pochází z rodiny, kde fungovala jen matka a její sourozenec. Otec je neznámý, matka nikdy neudala otcovství. Matka má základní vzdělání. Její brat dokončil střední odborné učiliště s maturitou v oboru hoteliérství a turismus. V prenatálním období bylo zjištěno podezření na Downův syndrom. Po narození byla potvrzena diagnóza, s tím, že byla shledána středně těžká mentální retardace.

Anamnestické údaje

Veškeré informace v této práci jsou použity od uživatele, které se získaly z dostupných spisů. Byly použity lékařské a speciální zprávy.

Rodinná anamnéza

Jana se narodila v roce 1985 v osmém měsíci těhotenství. Porod probíhal komplikovaně. Matka dostala náhlé břišní bolesti, udávala, že byla v té době ve velkém stresu. Neměla práci a s přítelem měla problémy. Porod probíhal císařským řezem, protože miminko se zaklínilo. Několik dní po porodu malá Janička ležela v inkubátoru a pod přísným dohledem lékařského personálu. Bylo zjevné, že předpoklady se potvrdily, lékaři diagnostikovali Downův syndrom. Psychomotorické tempo u Jany bylo velmi pomalé, budila se v noci a byla neklidná. Matka, která byla ve špatné ekonomické situaci, dítě umístila do kojeneckého ústavu. Od té doby matka o dívku neprojevila žádný zájem. Jana byla ve čtyřech letech umístěna do Domova pro osoby se zdravotním postižením v Kadani. Do Žatce se dostala na základě žádosti a

uvolnění místa v Domově pro mentálně postižené, protože zde poznala kamarády, se kterými navštěvovala festivaly pro handicapované.

Otec: neznámý

Matka: narozena 1945, základní vzdělání. Pracovala jako uklízečka v obchodním domě. Její zdravotní a psychický stav byl dobrý. Nikdy se neléčila s vážným onemocněním.

Bratr: narozen 1975, vystudoval střední odbornou školu v oblasti marketing a podnikání. Pracuje v hotelu, jako recepční. Zatím rodinu nemá. Nikdy neprodělal vážná onemocnění ani netrpěl duševní poruchou.

Od raného věku žije bez matky, která se jí zřekla. Důvody byly ekonomické a sociální. Matka uvedla, že se nedokáže postarat o postižené dítě. Nikde v záznamu není uvedena ani zmínka o návštěvě matky či telefonickém kontaktu. Bratr se někdy přijde na sestru podívat a vezme ji na výlet. V současné době je jejím opatrovníkem její bratr, který v roce 2003, požádal o zbavení způsobilosti k právním úkonům a na základě toho jí byl přiznán částečný invalidní důchod.

Osobní anamnéza

Porod byl komplikovaný, musel se provést císařský řez. Prediagnostika z plodové vody ukazovala na Downův syndrom. Po porodu potvrzen a dále monitorován. V raném věku pobývala v kojeneckém zařízení. V Domově pro mentálně postižené v Kadani navštěvovala předškolní přípravný ročník při základní škole speciální. Dále navázala na základní vzdělání při této škole, které s menšími neúspěchy dokončila. Další vzdělání zatím odmítá, protože je pořád unavená a chce se starat o domácnost a zvířátko. V současné době chodí vypomáhat do Jižní zahrady v Žatci. Pracuje tam jako pomocná servírka.

V průběhu let 2007 navštívila specialisty z oborů psychologie a psychiatrie. Odborníci konstatovali, že její intelekt je v pásmu středně těžké mentální retardace.

Scholarita

Jana docházela do základní speciální školy, kde se objevovaly problémy v oblasti dyslexie a řečové vady. Na hodiny se snažila chodit připravená, ale přesto učivo jí moc nešlo. Byla snaživá a měla kamarády. Její psychomotorický vývoj je neustále pomalý, ale vyvážený. V současnosti pracuje na dohodu, jako pomocná servírka v Jižní zahradě v Žatci. Zaměstnání jí baví a je ráda mezi lidmi.

Stručná diagnostika

Řeč je dobře rozvinuta, byla diagnostikována dyslálie a balbutis. Tempo řeči je překotné. Komunikuje v delších větách.

Komunikace a sociální interakce

Ostychem při komunikaci netrpí. Je výřečná a společenská. Je dobrá společnice umí naslouchat i dát najevo sympatii. Při tvorbě souvětí jí dělají problémy skládat chronologicky slova, protože je zbrklá. Když se usměrní a dává si pozor, šumy a agramatismy nejsou tak patrné.

Rozumové schopnosti

Dobře se orientuje v čase, ale problémy má s prostorovou orientací. Musí se jí několikrát po sobě zopakovat a ukázat, kam má jít. Plete se jí pravolevá prostorová orientace. Určí základní spektrum barev a tvarů. Rozpozná základní druhy zvířat a kategorií. Předměty rozpozná a dokáže je zařadit podle obsahu. Zhoršená je orientace na svém těle. Určování času rozpozná, někdy má problémy s minutáží.

Problémy jsou v oblasti abstraktního a logického myšlení. Dobrou má krátkodobou mechanickou paměť. Silnější stránka je v oblasti rozvinutých praktických dovedností.

Čtení je pomalé a s chybami. Musí si prstem přidržovat řádek, který čte. Textu většinou rozumí, a když ne, tak si ráda vymýšlí. Problémy má v dlouhodobé

pozornosti, proto dlouho u ničeho nevydrží. Činnosti se musejí naplánovat a být v kratších intervalech po sobě.

Opis, přepis a diktát zvládá, ale jen když má náladu.

Oblast matematických dovedností je velmi slabá, nemá zakotveny souvislosti. Neustále se jí musí připomínat a opakovat základní násobilka, sčítání, odčítání, dělení aj. Proto využívá ke každému počtu kalkulačku.

Hodnotu bankovek s obtížemi rozpoznává, ale moc nerozumí praktické využitelnosti. Pracovník sociální služby podpory samostatného bydlení napomáhá Janě s nákupy a finančním rozpočtem.

Motorika: oblast hrubé motoriky je dobrá a rozvinutá. Je obratná a má ráda sporty, jako jsou plavání a jízda na koni.

Grafomotorika: úchop tužky je dobrý, využívá pravou ruku k psaní. Pracovní výtvary jsou pestré a bohaté na obsah. Kreslí a maluje v tmavších barvách a postavy znázorňují velkou rodinu.

Sebeobsluha: v oblasti návyků a zvyků hygieny je plně samostatná. Ráda se obléká a líčí.

Zájmy a přání

Ráda hraje divadlo a zpívá. Navštěvuje festivaly pro handicapované. Několikrát vystupovala v dramatizačních pohádkách v žateckém a kadaňském divadle. Do budoucnosti by se ráda stala slavnou herečkou. Také plánuje se svým přítelem mít velkou rodinu a žít spolu v rodinném domě.

Přání najdeme v individuálním plánu z roku 2011 a je shrnuto v těchto bodech:

- Ráda by hrála profesionálně divadlo a věnovala se zpěvu
- Plánuje s přítelem mít dítě
- Chtěla by cestovat do zahraničí

Partnerská a sexuální oblast

Žije druhým rokem se svým přítelem v podpoře samostatného bydlení. Je velmi spokojená a svého přítele miluje. Ráda se o něho stará, vaří a pere.

Z psychologického vyšetření z roku 2011

Současný intelektový výkon je v pásmu středně těžké mentální retardace IQ 47. Výkony jsou slabé, ale vyvážené. Oblast duševního života je chudší a je malá zvědavost k informacím. Postrádá se složka abstraktního myšlení nad mechanickým myšlením.

Kazuistické studie vypovídají, že všichni uživatelé žijí v městské bytové zástavbě v Žatci. Nejnižší věková hranice je 20 let a nejvyšší 39 let. Z hlediska pohlaví jsou ženy ve větším zastoupení než muži. Partnerské vztahy mají dva páry z osmi uživatelů, kteří společně žijí ve společné domácnosti. Z toho jeden partnerský pár je veden ve svazku, jako druh a družka a druhý partnerský pár je ve vztahu kamarádkém. Všichni sem přišli z pobytového ústavního zařízení a žijí zde dva roky. Z toho vyplývá, že uživatelé jsou na začátku cesty v integračním procesu, který vede k úplnému osamostatnění se v oblasti bydlení. Tři uživatelé mají stálé zaměstnání, čtyři příležitostní sezónní práce a jeden zatím zaměstnání nemá. Nikdo z uvedených uživatelů zatím neodešel zpět do institucionálního zařízení, ale také se nikdo neosamostatnil, aby se mohl dále integrovat na volný trh práce.

II. Kazuistiky z Občanského sdružení Jurta Nebočady – Děčín

Kazuistika Radek

Pohlaví: muž

Věk: 38 let

Stručná charakteristika

Radek je šestatřicetiletý muž drobnější a vyšší postavy. Vlasy má hnědé a kratší. Oči jsou zelené a nosí brýle. Držení těla je stabilní. V obličejí převažuje smutná mimika nad úsměvem. Společnost moc nevyhledává, je samotář. V podpoře samostatného bydlení je tři roky, z toho jeden rok byl v tréninkovém bytu. Dříve pobýval v Domově pro mentálně postižené Všebořice a v nejútlejším věku vyrůstal se svojí rodinou. Jeho diagnóza byla zjištěna později mezi třetím až čtvrtým rokem. V raném věku prodělal těžký zánět mozkových blan a následně mu byla prokázána a diagnostikována duševní porucha v pásmu lehké mentální retardace.

Anamnestické údaje

Informace, které jsou prezentované v této práci, byly čerpány z lékařských a odborných zpráv. Dále rozhovorem a pozorováním uživatele.

Rodinná anamnéza

Radek se narodil v roce 1975 v devátém měsíci těhotenství. Porod probíhal fyziologicky bez komplikací. V jednom roce života dostal silný zápal mozkových blan. Následkem tohoto onemocnění lékaři diagnostikovali u Radka lehkou mentální retardaci. Chlapec trpěl nočními děsy a jeho psychomotorické tempo bylo oslabené. Do deseti let žil s matkou, otec od nich odešel, když bylo chlapci jeden rok. Matka se nedokázala jako samoživitelka o syna postarat, proto byl umístěn do Domova pro mentálně postižené. Radek

pobýval v zařízení do osmnácti let a poté přešel v rámci zařízení do chráněného bydlení. Dále pokračoval do podpory samostatného bydlení Jurta. V současnosti zde pobývá třetím rokem.

Otec: narozen 1940, vyučen v oboru instalatér. Vždy měl práci a řádně se staral o rodinu. Od rodiny odešel, protože si přestal rozumět s matkou. Byl po zdravotní stránce v pořádku, nikdy netrpěl vážnou nemocí.

Matka: narozena 1948, měla základní vzdělání. Pracovala příležitostně jako dělnice v továrně. Většinou byla na podpoře a sociálních dávkách. Nikdy netrpěla vážným onemocněním a nebyla na nic vážného léčena a operována.

Osobní anamnéza

Porod probíhal bez komplikací, matka udává, že se na miminko moc těšila. V raném věku po prodělání zánětu mozkových blan, byla následkem tohoto onemocnění zjištěna lékaři duševní nemoc lehká mentální retardace. V předškolním věku chlapec chodil do speciální mateřské školy. Dále začal navštěvovat základní školu praktickou, kterou s obtížemi dokončil. Dále šel studovat na střední odbornou školu jako kuchař číšník, studium bylo zakončeno výučním listem. Učiliště si musel zopakovat pro špatný prospěch. Nakonec dobře složil závěrečné zkoušky a dokončil učiliště. V současnosti pracuje v hotelu, který z části uklízí. Pobírá částečný invalidní důchod. V průběhu let 2006 navštívil lékaře z oborů psychologie a psychiatrie. Závěrem bylo potvrzeno, že jeho intelekt je v pásmu lehké mentální retardace.

Scholarita

Radek navštěvoval základní školu praktickou, kde se objevovaly problémy v oblasti opožděného psychomotorického tempa a řeči. Na hodiny chodil dobře připravený. Rád chodil do školy a měl své oblíbené kamarády. Nyní má své zaměstnání a bydlí sám v podpoře samostatného bydlení v Nebočadech.

Stručná diagnostika

Řeč je dobře rozvinuta, má pomalejší tempo. Šumy a agramatismy nejsou patrné. Rád komunikuje, ale jen se známými kamarády.

Komunikace a sociální interakce

Více se straní kolektivu, ale když své známé zná je velmi výřečný. Jednoduché věty zvládá a souvětí při delším přemýšlení také ustojí.

Rozumové schopnosti

Dobře orientovaný v prostoru a čase. Zvládá hodiny i s minutáží. Na svém těle dokáže určit levou a pravou stranu bez problémů. Barvy, tvary a předměty podle obsahu dobře zařazuje. Problémy má v oblasti hypotetického a abstraktního myšlení. Silně dominuje nápodoba a má rozvinutou úroveň v praktických dovednostech.

Čtení je pomalé a s malými chybami. Textu rozumí a dokáže ho i reprodukovat. Opis, přepis a diktát zvládá, ale musí se mu několikrát po sobě zopakovat, že to není na rychlost ani na známky. Jinak nechce spolupracovat.

Oblast logického myšlení je slabá, ale přesto zvládá početní řadu do stovky. Dělení, násobení zvládá na kalkulačce, zbytek dokáže spočítat na papíře s tužkou.

Hodnotu bankovek docela dobře zná a rozumí i praktické využitelnosti. Dokáže si sám nakoupit i něco ušetřit.

Motorika: hrubá motorika je dobře vyvinuta, nemá s ní žádné problémy. Rád chodí, plave a hraje společenské míčové hry.

Grafomotorika: špetkový úchop se plně fixoval a dobře ovládá psací potřeby, píše pravou rukou. Jeho kresba je chudá na detaily a barevnost. Kresbu postavy zvládá, ale přiznal se, že tuto činnost nerad dělá.

Sebeobsluha: je velmi dobrá, chodí upravený a čistý. Uvědomuje si čistotu zevnějšku.

Zájmy a přání

Rád navštěvuje kina, nejraději se dívá na romantické filmy. Také by se podíval na dovolenou do zahraničí. Proto má rád práci a chtěl by si jí do budoucnosti udržet. Snaží si najít přítelkyni, s kterou by cestoval a staral se o zvířátko.

Přání Radka, které můžeme najít v jeho individuálním vzdělávacím plánu z roku 2001, je shrnuto v těchto bodech:

- Cestování
- Vlastnit zvířátko
- Navázat trvalý partnerský vztah

Partnerská a sexuální oblast

Šestým rokem žije v podpoře samostatného bydlení sám v Nebočadech. Kdysi měl přítelkyni, ale jeho vztah dopadl špatně. Jeho partnerka ho opustila, proto Radek je nyní opatrný až stydlivý.

Z psychologického vyšetření z roku 2010

Intelektový vývoj je v pásmu lehké mentální retardace IQ 69. Převažuje nápodoba a mechanická paměť nad abstraktním a logickým myšlením. Oblast duševního života je málo rozvinutá a chybí složka informační a rozvíjející.

Kazuistika František

Pohlaví: muž

Věk: 30 let

Stručná charakteristika

František je třicetiletý muž. Jeho postava je vysoká a svalnatá. Vlasy má světle hnědé a krátké. Oči jsou modré. Držení a chůze těla jsou stabilní. V obličejí je neustále veselý a působí milým a klidným dojmem. V podpoře samostatného bydlení je 2 roky, z toho byl 6 měsíců v tréninkovém bytě. Do té doby žil se svojí rodinou. Příčina mentální retardace zatím nebyla objasněna.

František vyrůstal s rodinou na vesnici do osmadvaceti let. Následně se na to chtěl osamostatnět a vyhledal se svou matkou Agenturu Osmý den, která mu pomohla sehnat práci. Pracovní konzultant agentury pomohl a vyhledal vhodné pracoviště pro Františka. Od září 2007 začal pracovat v hotelu na šest hodin denně. Má zodpovědnost za úklid restaurace, recepce a vstupního prostoru. Z důvodu jeho zhoršeného zdravotního stavu pobírá plný invalidní důchod. V prvopočátcích docházel František do zaměstnání na neplacenou pracovní praxi. Důvody, které k tomu vedly, byly takové, aby si vyzkoušel práci a přesvědčil zaměstnavatele, že to zvládne. Asistent práce Františkovi pomáhali, ale postupem času podpora na pracovišti zanikla. Nyní chodí do práce sám, moc se mu líbí a chtěl by si práci udržet. Projevuje pocity užitečnosti soběstačnosti.

Agentura Osmý den kontaktovala Občanské sdružení Jurta, která Františkovi pomohla v tréninkovém bytě, kde pobýval půl roku a následně v podpoře samostatného bydlení.

Anamnestické údaje

Informace, které jsou prezentované v této práci, byly čerpány z lékařských a odborných zpráv. Dále rozhovorem a pozorováním uživatele.

Rodinná anamnéza

František se narodil v roce 1983 v devátém měsíci těhotenství. Matka uvedla, že porod probíhal v řádném termínu a bez komplikací. Chlapec prodělal běžná dětská onemocnění. Nikdy neprodělal vážný úraz. S rodinou se také stýká a je rád, že se dokázal osamostatnit.

Otec: narozen 1940, vystudoval střední odborné učiliště bez maturity, jako truhlář. Minulý rok na podzim zemřel na infarkt. Vždy měl práci a staral se o rodinu. Nikdy netrpěl vážnými a psychickými poruchami.

Matka: narozena 1950, středoškolské vzdělání s maturitou v oboru ekonomickém. Celý život pracovala, jako sekretářka na městském úřadě. Nyní pobírá starobní důchod. Matka nikdy vážnými nemocemi netrpěla.

Bratr: narozen 1970, vyučil se zedníkem a současně době pracuje na stavbách. Má rodinu a dvě malé děti. Nikdy netrpěl vážnými nemocemi, je plně zdravý i jeho děti.

Osobní anamnéza

Porod probíhal bez komplikací. V prvním roce života si rodiče neuvědomovali, že by chlapec mohl mít vážné postižení. Mírné odchylky byly patrné, ale rodiče tomu nevěnovali zvýšenou pozornost. Mentální retardace byla diagnostikována mezi druhým a třetím rokem. Lékaři doposud nepřišli na příčinu. V předškolním věku chlapec pobýval s rodinou doma. Ve školním věku navštěvoval základní školu praktickou, kterou několikrát opakoval. Dále pokračoval v praktické škole dvouleté, kde získal střední vzdělání zakončené všeobecnou zkouškou bez výučního listu. Nyní chodí vypomáhat do školní prádelny v Děčíně. Pobírá částečný invalidní důchod.

V průběhu let 2007 opakovaně navštívil lékaře z oborů psychologie a psychiatrie. Závěrem bylo konstatováno, že jeho intelekt je v pásmu lehké mentální retardace.

Scholarita

František docházel do praktické školy, kde měl problémy s komunikací a řečí. Problémy se objevovaly v krátkodobé paměti. Pokud si něco dobře zafixoval, tak dlouhodobá paměť fungovala dobře. Dobrá úroveň je v oblasti epizodické paměti. Na hodiny chodil většinou nepřípravený a bez pomůcek. Ve škole měl své kamarády, se kterými se kamarádil. V současné době má své zaměstnání a bydlení v Nebočadech.

Stručná diagnostika

Řeč mírně rozvinutá. V šesti letech ještě nemluvil, používal jen tři slova. S nástupem do školy začal mluvit v jednoduchých větách. Rozumí běžné řeči a jeho pomalejší vývoj řeči se neprojevil v receptivní složce.

Komunikace a sociální interakce

Dnes vypráví jednoduché příběhy. Jeho tempo je pomalejší, ale kvalitní bez šumů a agramatismů. V kolektivu není moc výřečný, raději naslouchá. Je trpělivý a neskáče lidem do řeči.

Rozumové schopnosti

Velmi dobře zvládá prostorovou orientaci, jak v prostoru tak i na sobě. Dokáže určit čas i s minutáží. Barvy, tvary, zvířátka a předměty dobře rozpoznává a dává je do kategorií. Problémy jsou v krátkodobé paměti. Dlouhodobou paměť má dobrou, ale musí být podpořena obrázky a názornými pomůckami. Čtení zvládá, ale pomalejším tempem. Textu rozumí, má rád k tomu ilustrace. Opis, přepis a diktát zvládá, ale nesmí být příliš dlouhý. Po

delší době ztrácí pozornost a dělá velké chyby. Oblast logického myšlení je slabší, zvládá počty do padesáti. Snadněji odečítá a sčítá, než násobí a dělí.

Hodnotu bankovek zná a rozumí tomu, co si za ně může koupit.

Motorika: hrubá motorika je na dobré úrovni. Rád chodí posilovat a cvičit.

Grafomotorika: v oblasti jemné motoriky jsou viditelné problémy, při psaní má drápkovitý úchop a dysgrafické písmo. Kresbu postavy zvládá, ale je chudá na obsah a barevnost výtvoru.

Sebeobsluha: je na dobré úrovni. Rozumí tomu, že hygiena a čistý zevnějšek je základ a prostředek k úspěšnému životu.

Zájmy a přání

Rád navštěvuje posilovnu. Jednou by chtěl odcestovat do Ameriky a podívat se na slavné herce jako je Sylvester Stalone. Velkou prioritou je pro něho rodina a mít partnerku.

Přání Františka, které můžeme najít v jeho individuálním vzdělávacím plánu z roku 2001, je shrnuto v těchto bodech:

- Cestování
- Stát se kulturistou
- Navázat trvalý partnerský vztah

Partnerská a sexuální oblast

František zatím nikdy neměl vážný partnerský vztah. Pracuje na tom, aby si, co nejdříve našel přítelkyni. Chodí s kamarády za zábavou, jako jsou kina, parky, festivaly a jiné akce.

Z psychologického vyšetření z roku 2010

Současný intelektový vývoj je v pásmu lehké mentální retardace IQ 68. Převažuje mechanická paměť nad logickým myšlením. Má dobrou epizodickou a dlouhodobější paměť. Někdy se objevuje konfabulismus. Celkově osobnost je simplexní a chudá na duševní prožitky a informace.

Kazuistika Václav

Pohlaví: muž

Věk: 23 let

Stručná charakteristika

Václav je tříadvacetiletý mladý muž silnější postavy. Má krátké černé vlasy a hnědé oči. Držení těla není moc stabilní, je ochrnuta levá část těla. Na první pohled v jeho tváři značně dominuje roztomilý úsměv. Je kamarádský, přesto společnost nevyhledává. V podpoře samostatného bydlení je 4 roky, do té doby žil se svojí matkou a otcem doma. Porod byl předčasný a komplikovaný. V jednom roce života byla stanovena diagnóza středně těžká mentální retardace, dětská mozková obrna a oční vada.

Anamnestické údaje

Informace, které jsou prezentované v této práci, byly čerpány z lékařských a odborných zpráv. Dále rozhovorem a pozorováním uživatele.

Rodinná anamnéza

Václav se narodil v roce 1990 v sedmém měsíci těhotenství. Porod probíhal komplikovaně a musel se provést císařský řez. Matka byla prvoroďička. Následně dítě bylo umístěno do inkubátoru. Matka nekojila, přišla o mateřské mléko. Chlapec se projevoval v kojeneckém věku neklidně a plačtivě. Začal chodit až v osmnácti měsících. První slova se začaly objevovat až ve třech letech, do té doby vydával jen zvuky. Václav vyrůstal s rodinou v panelovém bytě. Jelikož to byl jedináček, matka a otec měli o dítě úzkostný strach. V osmnácti letech se chtěl osamostatnit, a proto požádal rodiče, o pomoc v hledání vhodného bydlení pro něho. Agentura Osmý den pomohla Vaškovi najít práci a také získal byt v podpoře samostatného bydlení v Jurtě. Od dubna 2008 začal pracovat na částečný úvazek, jako pomocný dělník v továrně na výrobu plastových věcí. Pobírá částečný invalidní důchod. Je

velmi rád za práci, působí vyrovnaným a spokojeným dojmem. S rodinou je v neustálém kontaktu.

Otec: narozen 1945, středoškolské vzdělání s maturitou v oboru elektrikář. Syna měl v pozdějším věku. Nikdy neprodělal vážnou nemoc ani duševní poruchou. Neustále byl zaměstnán a řádně se staral o rodinu.

Matka: narozena 1959, středoškolské vzdělání s maturitou v oboru cestovní ruch. Měla jen jedno dítě a to v pozdějším věku. Pracovala u cestovní kanceláře, jako administrativní pracovnice. Vždy měla zaměstnání. Nikdy netrpěla vážnou nemocí.

Osobní anamnéza

Porod probíhal komplikovaně, matka porodila v sedmém měsíci těhotenství. Chlapec byl dán pro nedonošenost do inkubátoru. Trpěl nočními děsů a byl plačtivý. V raném věku lékaři diagnostikovali středně těžkou mentální retardaci, dětskou mozkovou obrnu tzv. diparetický typ a oční vadu tzv. krátkozrakost. Chlapec navštěvoval speciální mateřskou školu a poté přípravný ročník při základní škole praktické. Školu dokončil s problémy. V současné době uvažuje o dalším vzdělávání. Velmi rád by pracoval, jako prodavač v supermarketu.

V průběhu let 2008 navštívil lékaře z oborů psychologie a psychiatrie. Závěrem byla potvrzena diagnóza, že jeho intelekt je v pásmu středně těžké mentální retardace.

Scholarita

Václav docházel do základní školy praktické, kde měl problémy v řeči a výslovnosti. Jeho psychomotorické tempo bylo pomalé a nevyvážené. Na hodiny se snažil chodit připravený. Ve škole měl kamarády, kteří ho měli rádi a on je. Byl hodně hravý a rád pomáhal učitelům s didaktickými pomůckami. V současné době má své zaměstnání na částečný úvazek a bydlí v podpoře samostatného bydlení v Nebočadech.

Stručná diagnostika

Řeč je velmi opožděna, projevy dyslálie a dysartrie. Není moc komunikativní, je stydlivý.

Komunikace a sociální interakce

Má rád kamarády, více pozoruje a naslouchá, než s nimi komunikuje. Jednoduché věty zvládá, delší souvětí tvoří s obtížemi. Ve výslovnosti se objevují agramatismy.

Rozumové schopnosti

Snaží se orientovat v prostoru a čase. V cizím prostředí se cítí nervózní a chaotický. Nové orientační situace se musí neustále trénovat, opakovat a upevňovat. Na svém těle dokáže určit levou a pravou stranu bez menších problémů. Hodiny zvládá, problémy má s minutáží. Nedostatky jsou v abstraktním a logickém myšlení. Převažuje nápodoba a mechanická paměť. Rozvinutá je oblast v praktických dovednostech.

Čtení je velmi pomalé se šumy a zadržáváním. Textu rozumí, ale musí být přečten vícekrát po sobě.

Opis, přepis a diktát zvládá s velkými obtížemi. Musí být v dobré a pohodové náladě, jinak nechce spolupracovat.

Oblast matematických dovedností a představ je velmi slabá, hodně si fixuje při názorném vysvětlování a prožitkovou činností nejlépe formou hry. Zvládá napočítat s obtížemi do padesáti. Veškeré počty zvládá jen s kalkulátorem.

Rozumí hodnotě bankovek, některé dobře rozpoznává a některé méně, hlavně s vyšší hodnotou. Běžné potraviny si nakupuje sám, ale se spotřebním materiálem potřebuje pomoci.

Motorika: oblast hrubé motoriky je narušena pro DMO. Přesto rád chodí na procházky, ale aktivní sport nevyhledává.

Grafomotorika: úchop tužky je drápovitý a křečovitý, dává přednost levé ruce. Nerad kreslí a maluje, jeho výtvořy jsou infantilní a velmi chudé na detaily.

Sebeobsluha: je na dobré úrovni. Rád se stará o svůj zevnějšek, chodí upravený a čistý.

Zájmy a přání

Rád se dívá na televizi a hraje počítačové hry. V budoucnosti si chce pořídit počítač a mobilní telefon. Někdy chodí s kamarády do přírody a na procházky k řece.

Přání Václava, které můžeme najít v jeho individuálním vzdělávacím plánu z roku 2011, je shrnuto v těchto bodech:

- Vlastnit mobilní telefon a naučit se s ním pracovat
- Ovládat počítač a pořídit si ho
- Stát se kulturistou

Partnerská a sexuální oblast

Zatím neměl vážný partnerský vztah a neuvažuje o něm. Je velmi dětinský a hravý.

Z psychologického vyšetřeni z roku 2010

Intelektový vývoj je v pásmu středně těžké mentální retardace 48 IQ. Osobnost je simplexní, v myšlení převažují konfabulismy a rigidita. Zaostává složka abstraktního a logického myšlení. Krátkodobá paměť je dobrá, ale dlouhodobá se jeví slabším dojmem. Duševní oblast zaostává.

Kazuistika Jiří

Pohlaví: muž

Věk: 40 let

Stručná charakteristika

Jiří je čtyřicetiletý muž, mohutnější postavy. Vlasy má šedivé a řídké. Oči jsou modré. Jeho držení těla je mírně nekoordinované, protože jeho páteř je mírně vychýlena do strany. Trpí tzv. skoliózou. Jeho výraz v obličeji působí strnulým až ustrašeným dojmem. Společnost svých kamarádů má rád, ale jinak se neznámým lidem straní. V podpoře samostatného bydlení Jurta je 2 roky. Před vstupem do bydlení žil dlouhá léta v Domově Kytice u Děčína. V raném věku vyrůstal se svojí rodinou a ve dvou letech Jirkovi byla zjištěna diagnóza lehká mentální retardace.

Anamnestické údaje

Informace, které jsou prezentované v této práci, byly čerpány z lékařských a odborných zpráv. Dále rozhovorem a pozorováním uživatele.

Rodinná anamnéza

Jiří se narodil 1973 v osmém měsíci těhotenství. Porod probíhal bez komplikací, ale pro nedonošenost a nevyzrálou byl umístěn do inkubátoru. Prodělal dětskou žloutenku. Z lékařského záznamu vyplývá, že u chlapce proběhla běžná dětská onemocnění. Pro špatný psychomotorický vývoj byla diagnostikována lehká mentální retardace. Chlapec vyrůstal s rodinou ve městě a s mladší sestrou. V osmi letech byl umístěn do ústavu sociální péče, protože jeho rodina se rozpadla a matka nejevila o chlapce větší zájem. Zaměstnanci Domova Kytice, pomohli Jirkovi k úspěšnému přechodu do podpory samostatného bydlení. Nejdříve byl jeden rok v tréninkovém bytě a poté se integroval do městské zástavby v Děčíně. Pobírá částečný invalidní důchod a plat ze zaměstnání. Se svojí rodinou se stýká minimálně, nejeví o ně zájem.

Otec: narozen 1944, středoškolské vzdělání v oboru automechanik. Nikdy nepracoval ve své profesi, živil se příležitostními pracemi. Většinou byl na podpoře a sociálních dávkách. Měl sklony k alkoholismu a byl několikrát v léčebně. Z psychických poruch trpěl maniodepresivním syndromem.

Matka: narozena 1948, střední odborné učiliště bez maturity v oboru dámská krejčová. Většinou času byla registrována na úřadu práce, nyní pracuje jako dělnice v továrně. Nikdy nebyla vážně nemocná a netrpěla psychickými poruchami.

Sestra: narozena 1978, vystudovala střední školu s maturitou v oboru cestovní ruch. Pracuje jako prodavačka v obchodě, zatím rodinu a děti nemá. Bydlí sama a s rodinou se moc nestýká. Nikdy žádnými nemocemi a poruchami netrpěla.

Osobní anamnéza

Porod probíhal bez komplikací, matka se na dítě těšila. Pro nedonošenost strávil Jiří několik týdnů v inkubátoru. Pro pomalý psychomotorický vývoj, bylo zjištěno, že chlapec trpí lehkou mentální retardací. První krůčky byly kolem druhého roku. Až v pěti letech začal mluvit v jednoduchých slovech. V předškolním období chlapec byl s matkou doma, která se o něj starala. Do základní praktické školy začal chodit po odkladu povinné školní docházky. První třída byla velice náročná, matka se svěřila, že na to neměla trpělivost. Jiří byl matkou stresován, začal více koktat, pomočovat se a byl agresivnější. Otec o péči nejevil zájem, začal více pít alkohol a brzy na to se od rodiny odstěhoval. Matka byla zoufalá, proto byl umístěn do ústavu sociální péče a malou dceru si ponechala doma.

Jiří úspěšně dokončil základní školu praktickou a pokračoval ve středním vzdělávání praktické dvouleté školy, kterou dokončil. O dalším vzdělávání zatím neuvažuje, protože práce ho baví. Nyní pomáhá ve školní kuchyni v Děčíně jako pomocný kuchař.

Scholarita

Docházel do základní školy praktické, navštěvoval ji rád a získal zde hodně kamarádů. Problémy se objevovaly v oblasti matematicko-logické oblasti. Neměl souvislosti a převažovala mechanická krátkodobá paměť nad dlouhodobou pamětí. Velké nedostatky byly v českém jazyce. Jiří trpěl dyslexií a dyspraxií. Na hodiny nechodil připravený a byl i někdy špinavý. Při přechodu z rodinného prostředí do ústavního zařízení byly vidět mírné pokroky v jeho výuce. Byl více soustředěný a v pohotovější náladě. Učivo se začalo upevňovat a fixovat. V současné době má své zaměstnání a bydlení. Velmi je spokojen, že se může sám rozhodovat o věcech.

Stručná diagnostika

Řeč je vcelku plynulá a mírně rozvinutá, při větších nárocích a stresových situacích začne koktat. Jeho tempo řeči je pomalejší. Rád komunikuje, když je k tomu vyzván. Jinak více naslouchá a pozoruje.

Komunikace a sociální interakce

Rád má kolektiv svých kamarádů, je zábavný a milý. Někdy ze sebe dokáže udělat společenského šaška. Ostatní kamarádi ho mají rádi a jsou s ním veselý. Jednoduché věty a souvětí v řeči zvládá, ale nesmí být stresován. Ve výslovnosti nejsou slyšet agramatismy.

Rozumové schopnosti

Velmi dobře zvládá se orientovat v prostoru a čase. Na svém těle dobře určí pravou a levou stranu. Barvy, tvary, předměty a zvířátka rozpozná a správně je zařadí do kategorií. Určuje čas s minutáží. Silnou stránkou je jeho krátkodobá mechanická paměť, kterou dobře v praktické rovině dokáže využít. Slabším místem je abstraktní a logické myšlení.

Čtení je pomalejší, většinou bez chyb. Textu rozumí a dokáže ho svými slovy zopakovat. Opis, přepis a diktát zvládá, když je na to dopředu upozorněn a připraven. Oblast matematických představ je mírně pod průměrem. Když je

veden tzv. didaktickou hrou, tak učivo zvládá. Více u něho převažuje učení nápodobou, hrou a prožitkovou činností. Ovládá počty do stovky. Sčítat a odečítat dokáže do stovky. Násobení a dělení zvládá jen jednociferných čísel. Ostatní dvojciferná čísla jen s kalkulátorem. Hodnotu peněz zná a sám si nakupuje.

Motorika: v oblasti hrubé motoriky má problémy při sportovních hrách. Není moc pohyblivý a hbitý. Individuální sporty nevyhledává, protože je nemotorný a nemá to rád.

Grafomotorika: dobře ovládá psací potřeby, využívá pravou ruku. Úchop se fixoval a jeho písmo je čitelné. V kresbě převažují zvířátka nad lidskými bytostmi. Ve výtvorech chybí detaily, ale barevnost je pestrá.

Sebeobsluha: snaží se o sebe pečovat. Uvědomuje si a rozumí tomu, že čistota a upravený zevnějšek je pro něho velmi důležitý.

Zájmy a přání

Rád vyhledává rokové koncerty a festivaly. Se svými kamarády navštěvuje lesní klub v Jurtě, přírodu a zvířata volně žijící v okolí. Rád by se jednou staral o svého psa. Nyní se učí na počítači, který vlastní jeho kamarád. Přání Jiřího, které můžeme najít v jeho individuálním vzdělávacím plánu z roku 2001, je shrnuto v těchto bodech:

- Péče o zvířátko
- Naučit se pracovat s počítačem
- Udržet si partnerský vztah a práci

Partnerská a sexuální oblast

Přítelkyni má a navštěvují se. Jejich vztah trvá jeden rok, seznámili se na festivalu pro handicapované. Mají se oba dva rádi, ale zatím spolu žít nechtějí.

Z psychologického vyšetření z roku 2010

Aktuální dosažený intelektuální vývoj je v pásmu lehké mentální retardace IQ 69. Převažuje mechanická krátkodobá paměť nad pamětí dlouhodobější. Jeho myšlení je rigidní a převažuje nápodoba nad složkou abstraktní. Duševní oblast je mírně rozvinuta s oblastí v potřebě touhy po informacích.

Kazuistika Lucie

Pohlaví: žena

Věk: 33 let

Stručná charakteristika

Lucie je třiatřicetiletá mladá dívka vyšší a štíhlejší postavy. Vlasy jsou hnědé a dlouhé. Oči má zelené a nosí brýle. Držení těla je symetrické a sebevědomé. Výraz v obličeji je milý a přátelský. V podpoře samostatného bydlení Jurta je 1 rok, kde žije se svým přítelem. V dětském věku prodělala dvě těžké operace srdce a narodila se předčasně. Vývoj byl velmi opožděný, byla diagnostikována středně těžká mentální retardace.

Anamnestické údaje

Informace, které jsou prezentované v této práci, byly čerpány z lékařských a odborných zpráv. Dále rozhovorem a pozorováním uživatele.

Rodinná anamnéza

Lucie se narodila 1980 koncem sedmého měsíce. Porod probíhal fyziologicky bez komplikací. Dívka po porodu byla umístěna na jednotku intenzivní péče, kde pobývala v inkubátoru. Celkově strávila v nemocnici tři měsíce. Prodělala dvě vážné operace srdce. Bylo zjištěno, že dívka trpí vrozenou srdeční vadou. Měla problémy se spánkem, často plakala a byla neklidná. Celkové psychomotorické tempo se vyvíjelo velmi pomalým tempem. Lékaři diagnostikovali koncem druhého roku středně těžkou mentální retardaci.

Dívka pochází se stabilní a dobře ekonomicky zajištěné rodiny. Vyrůstala se starší sestrou, kterou má dodnes ráda. Lucie žila do současnosti se svojí rodinou, minulý rok se rozhodla, že si zkusí najít byt a práci. Podnětem byl její přítel, který je také mentálně postižený a žije sám v bytě. Její rodina vyhledala Agenturu Osmý den a občanské sdružení Jurtu. Za krátký čas měla

Lucie prací a byt v Děčíně. Od září roku 2012 dívka pracuje jako uklízečka ve škole a také začala bydlet s přítelem. Pobírá plný invalidní důchod. O práci mluví jen dobře.

Otec narozen 1935, vystudoval střední školu ekonomickou a v současné době podniká. Dobře a řádně se stará o celou rodinu. Nikdy neměl a netrpěl žádnou vážnou nemocí či poruchou.

Matka narozena 1940, vystudovala střední školu ekonomickou. Pracuje jako sekretářka na základní škole. Žádnou vážnou nemocí či poruchou nikdy netrpěla. Sestra: narozena 1982, vystudovala střední zemědělskou školu a nyní pokračuje na vyšší odborné škole se stejným zaměřením. Zatím rodinu nemá a žije s rodiči. Dívka je zdravá a nikdy nebyla léčena na vážné nemoci.

Osobní anamnéza

Porod probíhal bez komplikací, matka porodila v sedmém měsíci. Celá rodina se těšila na miminko. Dívka prodělala dvě vážné srdeční operace a její psychomotorický vývoj byl opožděn. Diagnóza byla středně těžká mentální retardace. V předškolním věku chodila do speciální mateřské školy a následně byla přijata do předpřipraveného ročníku základní školy speciální. Lucie se snažila na prvním stupni školy chodit na hodiny připravená. Vždy měla pomůcky. Byla společenská a měla spoustu kamarádů. Velké problémy měla v českém jazyce. Trpěla dyslexií, dysgrafií a dyslexií. S mírnými obtížemi dokončila základní školu speciální a pokračovala v jednoleté nástavbě při této škole. Úspěšně zakončila i tento stupeň vzdělání. Dlouho po ukončení školy neměla práci, otec se snažil ve své firmě dceři vytvořit pracovní podmínky. Pomáhala v manuálních činnostech. V průběhu let 2007 navštívila odborníky z oborů psychologie a psychiatrie, kteří se shodli, že dívka má intelekt v pásmu středně těžké mentální retardace.

Scholarita

Lucie navštěvovala základní školu speciální, její tempo bylo pomalé, měla problémy v oblasti dyslexie, řeči a zraku. Do školy chodila ráda, měla kamarády a byla společenská. V současné době pracuje jako uklízečka ve škole a žije v podpoře samostatného bydlení s přítelem.

Stručná diagnostika

Řeč je opožděná, využívá aktivně šest slov. Při řeči se objevuje dyslálie. Při vyslovování mírně zadržává, ale když se soustředí, je to v pořádku.

Komunikace a sociální interakce

Má ráda kolektiv, nestrání se a umí být kamarádká. Většinou komunikuje v krátkých větách, kde jsou slyšet slovní šumy. Souvětí nepoužívá.

Rozumové schopnosti

Orientace v prostoru je slabší. Zaměřuje si pravou a levou stranu, když se činnosti a nácviky trénují, dobře si mechanicky zafixuje správný postup, jak v prostoru, tak i na svém těle. Rozpoznává barvy, tvary, předměty a zvířátka, problémy se vyskytují při zařazování věcí do kategorií. Silná stránka je patrná v oblasti dlouhodobější paměti. Dominuje mechanická paměť a nápodoba při činnostech. Slabší stránka se jeví v oblasti analytického a abstraktního myšlení. Úroveň čtení je velmi pomalé a zadržované. Někdy textu nerozumí, proto se čtení několikrát po sobě zopakuje.

Opis, přepis a diktát velmi špatně zvládá. V oblasti logického myšlení a matematických představ je velmi slabá, názorností a příkladem se učivo udržuje a rozšiřuje. Sčítání, násobení ovládá jen s kalkulaátorem. Dělení a násobení jí moc nejdou.

Hodnotu bankovek rozpozná, ale vždy se musí s někým poradit, než jde nakupovat.

Motorika: ráda chodí, ale většinou je pasivní a více sedí a odpočívá. Neumí běhat, plavat a hrát míčové hry. Více dává přednost pasivnímu způsobu života v této oblasti.

Grafomotorika: úchop tužky je křečovitý a neustále jí dělá problémy, využívá pravou ruku. Nerada kreslí a maluje. Její výtvary jsou chudé po stránce formální a obsahové.

Sebeobsluha: je pomalejší, ale rozumí, proč a jak se má oblékat. Někdy si vezme na sebe nevhodné a nevkusné věci. Udržuje čistotu svého zevnějšku.

Zájmy a přání

Ráda navštěvuje kina a parky. Nejoblíbenější filmovým žánrem jsou komediální filmy. Tajným přáním je cestování k moři. Se svým přítelem plánují koupit si zvířátko.

Přání Lucie, které můžeme najít v jejím individuálním vzdělávacím plánu z roku 2011 je shrnuto v těchto bodech:

- Cestovat
- Starat se o zvířátko
- Udržet si partnerský vztah a práci

Partnerská a sexuální oblast

Třetím rokem žije s přítelem v podpoře samostatného bydlení v Děčíně. Mají se rádi, o rodině neuvažují, protože by to byla pro ně velká starost a zátěž.

Z psychologického vyšetření z roku 2010

Dosažený intelektový vývoj je v pásmu středně těžké mentální retardace IQ 49. Dominuje nápodoba a mechanická dlouhodobá paměť. Slabší je paměť krátkodobá, která je s logickým a abstraktním myšlením na nižší úrovni. Celková osobnost je simplexní, postrádá se složka potřeby po informacích a zvědavost.

Kazuistika – Rudolf

Pohlaví: muž

Věk: 38 let

Stručná charakteristika

Rudolf je osmatřicetiletý mladý muž silnější a vyšší postavy. Vlasy jsou černé a krátké. Oči má velké hnědé. Jeho koordinace těla je stabilní. V obličeji působí vážným až přísným dojmem. Ve výjimečných případech se dokáže usmát. Společnost vyhledává jen příležitostně. V podpoře samostatného bydlení žije 3 roky a z toho jeden rok se svojí přítelkyní. Od útlého věku do 5 let žil se svojí rodinou ve městě. Následně byl umístěn do ústavu pro mentálně postižené. V prvním roce jeho života byla diagnostikována lehká mentální retardace. Příčina, kterou lékaři uvedli, bylo silné používání návykových a omamných látek matkou během prenatálního vývoje dítěte.

Anamnestické údaje

Informace, které jsou prezentované v této práci, byly čerpány z lékařských a odborných zpráv. Dále rozhovorem a pozorováním uživatele.

Rodinná anamnéza

Rudolf se narodil 1975 v osmém měsíci těhotenství. Porod byl komplikovaný, dítě se při porodu zaklínilo a nemohlo ven. Musel být proveden císařský řez. Novorozenec byl odvezen na jednotku intenzivní péče, kde byl umístěn do inkubátoru. Léčba byla zahájena pro nedonošenost a nevyzrálou centrální nervovou soustavu. Chlapec byl plačtivý, špatně spal v noci a odmítal mateřské mléko matky. Psychomotorický vývoj byl značně zpomalen a opožděn. Trpěl abstinenčními příznaky, protože matka byla léčená na závislost v požívání alkoholu a silných návykových léků. Lékaři v jednom roce dítěte

diagnostikovali lehkou mentální retardaci. Matka s otcem se starali o dítě do pěti let, poté byl umístěn do ústavního zařízení pro mentálně postižené Všebořice. Na vlastní žádost byl přijat do podpory samostatného bydlení Občanského sdružení Jurta. V tréninkovém bytě byl jeden rok a následně začal bydlet v městské zástavbě Děčína, kterou zprostředkovává Občanské sdružení Jurta. Získal pracovní uplatnění ve spolupráci s Agenturou Osmý den. Od března 2010 pracuje na částečný úvazek jako skladník v textilní firmě. Pobírá částečný invalidní důchod. Zatím je spokojen a rád, že má práci.

Otec: narozen 1943, vyučen na středním odborném učilišti v oboru kovář. Nikdy se nevěnoval své profesi. Vyhledával příležitostní práce, jako byly veřejné práce a úklidové činnosti. Měl sklony k alkoholismu a trestné činnosti. Jednou byl pravomocně odsouzen za násilné napadení a ublížení na zdraví. Trpěl maniodepresivní poruchou.

Matka: narozena 1948, základní vzdělání, další školu již nedokončila a nebyla zaměstnána. Zaregistrovala se na úřadu práce a pobírala sociální dávky. Její syn byl jedináčkem, protože další děti nemohla mít ze zdravotních důvodů. Několikrát byla léčena na detoxikačním oddělení psychiatrické léčebny pro používání silných návykových léků a alkoholu.

Osobní anamnéze

Porod byl komplikovaný a protražovaný, provedl se císařský řez. Chlapec po porodu trpěl abstinenčními příznaky, protože matka byla během těhotenství závislá na alkoholu a návykových látkách. V průběhu jednoho roku lékaři zkonstatovali, že chlapec trpí lehkou mentální retardací. V předškolním věku nenavštěvoval žádné pedagogické zařízení. Většinou se o chlapce starala babička, protože matka a otec neprojevovali větší zájem. Jelikož babička byla těžce nemocná a byla hospitalizována do nemocnice, sociální pracovnice musely rodině dítě odebrat. Životní a ekonomické podmínky byly nevyhovující a rodiče opět spadli do alkoholové závislosti. Nakonec byl malý chlapec umístěn do Domova pro mentálně postižené ve Všebořicích. Docházel do

základní školy praktické, kde navázal na dvouletý obor, který byl zakončen výstupním osvědčením. V průběhu let 2007 se podrobil návštěvě odborníků z oborů psychologie a psychiatrie. Závěrem bylo konstatováno, že jeho intelekt je v pásmu lehké mentální retardace.

Scholarita

Rudolf docházel do základní školy praktické. Prostředí měl rád, jak kamarády, tak i pedagogy. Na hodiny chodil připravený a na pomůcky nezapomínal. Problémy se začaly objevovat v pomalém a nevyváženém psychomotorickém tempu. Velké nedostatky byly v řečové oblasti, v mechanickém učení a špatném logickém propojování informací. V současnosti má své zaměstnání a bydlí s přítelkyní v podpoře samostatného bydlení v Děčíně.

Stručná diagnostika

Řeč je špatně rozvinuta. Byla diagnostikována dyslálie, rotacismus a bulinismus. Jeho tempo je pomalé a nevyvážené. Nerad komunikuje, převažuje stydlivost a plačtivost nad pohodovou náladou.

Komunikace a sociální interakce

Straní se kolektivu, při poznání správných kamarádů, začne být důvěřivější. Když začne formulovat jednodušší věty, jsou viditelné šumy, jako jsou nechronologie dějového úseku. Zafixována a zautomatizována jsou jednoduchá slova a krátké věty. Složitějším větám se vyhýbá, ale když je vytvoří, jsou patrné agramatismy a šumy.

Rozumové chorosti

Orientace v prostoru a na svém těle je dobře rozvinutá. Zvládá hodiny i s minutáží. Barvy, tvary, zvířátka a předměty správně pojmenuje a zařazuje. Velké problémy má v abstraktním a logickém myšlení. Dobrá je krátkodobá paměť. Převažuje mechanické učení nad logickým uvažováním. Informace, dovednosti a návyky jsou fixovány v rigidní podobě. Praktické dovednosti se dobře rozvinuly s nápodobou. Potřeba k učení je slabá.

Čtení je velmi pomalé se zadržováním a s chybami. Krátkému textu rozumí, ale nedokáže ho reprodukovat.

Opis, přepis a diktát s velkými obtížemi zvládá, musí se maximálně využít pedagogický takt a navodit důvěru a podporu.

Oblast logického myšlení je slabší, zvládá počty do stovky. Násobí a dělí s kalkulátorem. Hodnotu bankovek zná a rozumí využitelnosti. Dokáže si nakoupit a ušetřit peníze.

Motorika: není narušená, rád plave a hraje fotbal.

Grafomotorika: neustále přetrvává dráповitý úchop, musí se upozorňovat na správné držení tužky. Při psaní využívá levou ruku. Rád kreslí a maluje. Kresba je barevná, po obsahové stránce bohatá na detaily.

Sebeobsluha: je na dobré úrovni, obléká se moderně. Chodí čistý a upravený.

Zájmy a přání

Se svojí přítelkyní navštěvují kina a parky. Vyhledává sportovní činnosti, jako jsou společenské míčové hry. V budoucnosti by chtěl letět letadlem a hrát závodně fotbal. Touží se starat o zvířátko.

Přání Rudolfa, které můžeme najít v jeho individuálním vzdělávacím plánu z roku 201, je shrnuto v těchto bodech:

- Starat se o zvířátko
- Letět v letadle
- Závodně hrát fotbal

Partnerská a sexuální oblast

Třetím rokem žije s přítelkyní, se kterou bydlí v podpoře samostatného bydlení v Děčíně. Zatím neuvažuje o dítěti, raději by se staral o zvířátko, třeba o psa.

Z psychologického vyšetření z roku 2011

Intelektový vývoj je v pásmu lehké mentální retardace IQ 69. Převažuje mechanické učení a nápodoba nad složkami abstraktního a logického myšlení. Osobnost značně simplexní a duševně chudá na prožitky a informace.

Kazuistika Miroslava

Pohlaví: žena

Věk: 26 let

Stručná charakteristika

Miroslava je šestadvacetiletá mladá dívka vyšší a štíhlé postavy. Vlasy má hnědé a krátké. Oči jsou zelené. Stabilita těla je nekoordinovaná. Výraz v obličeji působí usměvavým a milým dojmem. Má ráda společnost, kterou aktivně vyhledává. V podpoře samostatného bydlení je 3 roky, do té doby žila v ústavu sociální péče pro mentálně postižené Všebořice. V raném věku byla zjištěna neurologická vývojová porucha dětská mozková obrna s lehkou mentální retardací.,

Anamnestické údaje

Informace, které jsou prezentované v této práci, byly čerpány z lékařských a odborných zpráv. Dále rozhovorem a pozorováním uživatele.

Rodinná anamnéza

Miroslava se narodila v roce 1987 v devátém měsíci těhotenství. Porod byl komplikovaný a dlouhý. Matka během porodu trpěla silnými bolestmi. Dítě bylo zaklíněno v dolních cestách porodních. Muselo být z matky vytaženo kleštěmi a umístěno do inkubátoru, protože jeho Apgar skóre bylo nízké v bodové škále. V nočních hodinách Miroslava byla plačtivá a špatně usínala. Její psychomotorický vývoj byl opožděn, špatně lezla a její pohyby byly nekoordinované. Začala chodit až kolem druhého roku. Lékaři diagnostikovali lehkou formu spastické diparézy a následně lehkou mentální retardaci. V jednom roce života matka odložila dítě do kojeneckého ústavu z důvodu nezájmu a finanční tísní. Následně bylo umístěno do ústavu pro mentálně postižené. Vzhledem k tomu, že měla dobrý a vyvážený psychosociální stav, byla jí nabídnuta podpora samostatného bydlení. Tréningový byt využívala

jeden rok, poté se osamostatnila. V dnešní době žije sama v podpoře samostatného bydlení. V roce 2010 získala zaměstnání v oboru zahradnictví na částečný úvazek. Pobírá částečný invalidní důchod.

Otec: neznámý, matka nikdy neudala otcovu totožnost.

Matka: narozena 1965, vyučena v oboru dámská krejčovská. Živí se příležitostnými pracemi. V mládí byla závislá na alkoholu. V současné době je léčena v protialkoholické léčebně a zatím žádné další děti nemá.

Osobní anamnéza

Porod byl komplikovaný a protražovaný. V jednom roce života matka dala dítě do kojeneckého ústavu. Dítě se vyvíjelo pomalým psychomotorickým tempem. Odborníci zjistili, že trpí dětskou mozkovou obrnou a lehkou mentální retardací. Navštěvovala speciální mateřskou školu a následně byla zařazena do praktické základní školy. Základní vzdělání dokončila s obtížemi a následně pokračovala na středním odborném učilišti v oboru zahradník. Úspěšně složila závěrečné zkoušky, kde získala výuční list. V současnosti pracuje, jako pomocná zahradnice u soukromé firmy v Děčíně.

V průběhu let 2007 navštívila lékaře z oborů psychologie a psychiatrie. Závěrečné vyšetření potvrdilo, že její intelekt je v pásmu lehké mentální retardace.

Scholarita

Miroslava navštěvovala základní školu praktickou. Na hodiny chodila připravená. Měla hodně kamarádů a byla společenská. Problémy se začaly objevovat v oblasti jemné a hrubé motoriky. Byla zjištěna porucha řeči dysartrie. Krátkodobá paměť je dobrá, dlouhodobější paměť je zhoršená. Obtíže jsou vidět v oblasti abstraktního a logického myšlení. V současnosti žije v podpoře samostatného bydlení v Nebočadech a dochází do zaměstnání.

Stručná diagnostika

Řeč je dobře rozvinutá, ale má pomalejší a překotné tempo. Ráda komunikuje a nedělá jí problém někoho cizího oslovit.

Komunikace a sociální interakce

Jednoduché věty zvládá dobře. Souvětí dokáže vytvořit, ale tempo řeči je pomalé a překotné. Ve výslovnosti nejsou slyšet agramatismy.

Rozumové schopnosti

V prostorové orientaci a časové se dobře orientuje. Rozumí a ovládá hodiny i s minutáží. Na svém těle rozpozná pravou a levou stranu. Barvy, tvary, předměty a zvířátka dobře ovládá a zařazuje je do kategorií. Problémy jsou v abstraktním a logickém uvažování. Převládá nápodoba a praktické dovednosti nad logickým myšlením.

Čtení je pomalé a bez chyb. Textu rozumí a dokáže ho reprodukovat.

Opis, přepis a diktát zvládá, ale musí být na to předem upozorněna a připravena.

V oblasti logického myšlení jsou vidět šumy, přesto zvládá počty do stovky. Sčítání a odečítání dobře zvládá. Menší problémy jsou v dělení a násobení, proto využívá kalkulátoru.

Hodnotě peněz rozumí a zná bankovky. Dokáže si sama nakoupit i něco málo ušetří.

Motorika: nevyhledává žádné sportovní aktivity je tím traumatizována.

Grafomotorika: problém je ve špetkovém úchopu, ruka je pořád ztuhlá a využívá levou ruku na psaní. Neustále se musí procvičovat a uvolňovat. Kresbu postavy zvládá, zachyceny jsou detaily, ale chybí více barevnost a propracovanost.

Sebeobsluha: ráda se obléká a vyhledává současné trendové věci. Dobře si uvědomuje čistotu svého zevnějšku. Chodí čistá a upravená.

Zájmy a přání

S kamarády navštěvuje kina a festivaly pro mentálně postižené. Ráda by se jednou podívala do Ameriky a navštívila zábavné parky. Chtěla by dobře ovládat počítač a pořídit si vlastní mobilní telefon. V budoucnosti by chtěla vyhledat svojí tetu a navštívit jí.

Přání Miroslavy, které můžeme najít v jejím individuálním vzdělávacím plánu z roku 2011, je shrnuto v těchto bodech:

- Navštívit a cestovat po Americe
- Ovládat počítač
- Vlastnit mobilní telefon
- Letět v letadle
- Navštívit tetu

Partnerská a sexuální oblast

Před několika lety měla partnerský vztah, který nevydržel. Její partner se odstěhoval z chráněného bydlení do jiného města. Našel si byt v podpoře samostatného bydlení. Miroslava zatím žádný vztah nevyhledává, více se zaměřuje na volnočasové aktivity, jako je četba, výstavy a procházky. Nejraději tráví volný čas pozorováním koní a zvířat, která jsou součástí areálu, kde bydlí.

Z psychologického vyšetření z roku 2010

Intelektový vývoj v pásmu lehké mentální retardace IQ 69. Dominuje nápodoba, mechanická krátkodobá paměť nad logickým myšlením. Duševní složka zaostává. Chybí touha po informacích a zvědavosti.

Předložené kazuistické studie vypovídají, že většina uživatelů z Občanského sdružení žije na vesnici Nebočady, zbytek žije ve městě Děčín. Nejnižší věková hranice je 23 let a nejvyšší je 40 let. Z hlediska pohlaví tvoří muži větší zastoupení než ženy. Partnerský vztah ze sedmi uživatelů tvoří jeden pár, který žije jako druh a družka ve společné domácnosti. Většina uživatelů přišla do podpory samostatného bydlení z rodinného prostředí. Převážná část uživatelů je v podpoře samostatného bydlení druhým rokem. Nejkratší příprava u uživatelů v tréninkovém bytu byla 6 měsíců a nejdelší 2 roky. Všichni uživatelé mají své zaměstnání. Z toho vyplývá, že uživatelé mají dobré předpoklady pro další postup na volný trh bydlení. Žádný uživatel se zatím nemusel vracet zpět do rodiny nebo institucionálního zařízení. Jeden uživatel ze sedmi se v září roku 2013 integroval na volný trh bydlení do městské zástavby v Děčíně.

4. Vyhodnocení hypotéz

H1. Uživatelé s mentální retardací v nestátní instituci mají vyšší pravděpodobnost integrace do intaktní společnosti než uživatelé ve státní instituci.

Při vyhodnocování této hypotézy byly použity výzkumné kvalitativní metody, jako byly systematické dlouhodobé pozorování, kazuistické studie a řízené rozhovory, kterými jsme mohli potvrdit či vyvrátit zkoumaný problém. Navrhované tvrzení se potvrdilo jen částečně. Dlouhodobé pozorování se rozdělovalo do dvou časových období u uživatelů z podpory samostatného bydlení, ze kterého vyplývá, že vyšší nárůst byl zaznamenán o 36% v psychosociálních dovednostech v nestátní instituci než ve státním zařízení. Z toho vyplývá, že uživatelé z Občanského sdružení Jurta mají větší předpoklady k tomu, že se efektivněji a rychleji začlení na volný trh bydlení než zařízení Kamarád – Lorm. Jeden z hlavních důvodů byl, že vstupní kritéria jsou přísnější v občanském sdružení Jurta než Kamarád - Lorm, tudíž jsou přijímáni s menším handicapem.

Z kazuistických studií vyplývá, že uživatelé z nestátních institucí mají podnětnější prostředí pro rozvoj svých volnočasových aktivit a tím větší šanci se rychleji osamostatnit a přejít na volný trh bydlení než uživatelé ze státních institucí.

Dále z rozhovoru vyplývá, že tito uživatelé, kteří mají trvalé zaměstnání a je jim svěřena plná důvěra a zodpovědnost v jejich rozhodování, mají vyšší předpoklady k samostatnosti a životní seberealizaci v běžném životě.

H2. Výše vzdělání a kvalifikace sociálních pracovníků ve státních a nestátních institucích je v přímé úměře k lepší integraci uživatelů.

Při vyhodnocení druhé hypotézy byla použita výzkumná dotazníková metoda. Z výsledných odpovědí se navrhované **tvrzení částečně potvrdilo**. Vzhledem k tomu, že 84% z 24 dotazovaných vedoucích pracovníků sociální péče uvádí, že čím vyšší mají vzdělání jejich zaměstnanci, tím může být kvalitnější životní úroveň uživatelů. Tito vedoucí pracovníci se domnívají, že vyšší kvalifikace jejich zaměstnanců má kvalitnější vliv na celkový osobnostní rozvoj uživatelů a tím efektivněji mohou přecházet na volný trh bydlení.

H3. Svěřená důvěra a zodpovědnost v rozhodování u osob s mentální retardací, kterou jim nabídnou zaměstnanci sociální péče, může posilovat efektivnější integraci uživatele v plynulém přechodu na volný trh bydlení a práce.

Při vyhodnocení třetí hypotézy z dotazníkového šetření se navrhované **tvrzení** částečně potvrdilo. Z 24 respondentů 83% potvrdilo, že se jejich uživatelé ve větší míře uplatňují na volném trhu práce. Dále 75% z dotazovaných 24 respondentů potvrzují, že když se svěří uživatelům odpovědnost a důvěra může to posilovat jejich sebevědomí a 46% z 24 dotazovaných respondentů uvedlo, že se jejich uživatelé z podpory samostatného bydlení osamostatnili a přešli na volný trh bydlení.

III. ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ

Teoretické a praktické poznatky, kterými se zabývá tato rigorózní práce, jsou uceleným pohledem v integračním procesu kvality a efektivnosti života u osob s mentální retardací v podpoře samostatného bydlení v České republice. S pomocí zaměstnanců sociální péče byly obohaceny a rozšířeny získané praktické zkušenosti v oblasti poskytování sociálních služeb.

Teoretická část této práce nás seznamuje s vybranými pracovišti, která se v průběhu výzkumu mezi sebou pozorovala a porovnávala v oblasti kvality a efektivnosti v nabízení a poskytování sociálních služeb uživatelům sociální péče. Zaznamenáváme reálnou skutečnost života těchto osob, která se promítá do jejich celkového osobnostního a společenského vývoje v oblasti bydlení a kvality života. Nedílnou součástí této práce je významný a nepostradatelný dokument Deklarace lidských práv u osob s mentální retardací. Seznamujeme se s pojmy humanizace, deinstitucionalizace, normalizace a transformace velkých ústavních zařízení v České republice. Popisujeme dnešní transformační trendy v oblasti kvality nabízení sociálních služeb, které jsou srovnávány se zahraničními státy.

V praktické části se zabýváme kvalitativním výzkumem, který nám odhalil za pomoci vybraných empirických metod úroveň připravenosti uživatelů sociální péče v psychosociálních dovednostech v podpoře samostatného bydlení. K tomu byla vybrána dvě pracoviště státní zařízení a nestátní organizace, která se navzájem porovnávala a vyhodnocovala. Kvalitativním výzkumem se prokázalo, že uživatelé z nestátní organizace jsou rychleji a efektivněji připraveni v integračním procesu do podpory samostatného bydlení než ve státním zařízení. Hlavním důvodem jsou předem daná vstupní kritéria pro uživatele v nestátní organizaci než ve státním zařízení, tudíž jsou přijímány osoby s menším handicapem. Za velmi důležité máme předpoklad, že uživatel musí mít uzavřen trvalý pracovní poměr, než vstoupí

do podpory samostatného bydlení. Sociální pracovníci uživatelům svěřují plnou důvěru a zodpovědnost v jejich rozhodování. Tato cesta je správným krokem k tomu, aby se dokázali rozhodovat jako svobodné lidské bytosti, které mají svá práva a povinnosti. Dochází k pozitivnímu vývojovému procesu u uživatele sociální péče, který byl pasivním konzumentem nabízených služeb a nyní se z něho stává aktivní spoluobčan a partner, který má právo na lidský a důstojný život v naší civilizované společnosti. Naproti státnímu zařízení se více snaží u svých uživatelů projevovat opatrovnické sklony až obavy, která vedou k zpomalování či stagnaci jejich celkového osobnostního rozvoje. Dále může docházet k regresnímu stavu uživatele v psychosociálním vývoji, pokud nebude respektován a vnímán, jako plnohodnotný občan s veškerými náležitostmi.

Další empirickou metodou dlouhodobého pozorování bylo prokázáno, že nestátní instituce nabízí podnětější prostředí v oblasti bydlení a volnočasových aktivit, které vedou k rychlejšímu osamostatnění v přechodu na volný trh bydlení. S pomocí zaměstnanců a uživatelů sociální péče ve zkoumané oblasti, jsme mohli objasnit a navrhnout další přístupy a možnosti jejich přirozeného začlenění do běžného života. Proto byl navrhnout a popsán **Integrující nástroj** pro společné a harmonické soužití uživatele a společnosti v běžném životě. Tento prostředek se skládá z hlavních integrujících principů, jako jsou **respekt, komunikace, spolupráce a empatie**. Tyto integrující principy se propojují se zásadami, které zaujímají nadřazenější postavení vůči zásadám, mají své kritéria a indikátory. K tomu byla použita kvalitativní pozorovací technika numerická posuzovací škála, která se vyznačuje daným slovním výrokem v pětistupňové hodnotící škále. Tento nástroj je dobrým vodítkem a kritériem pro sociální pracovníky a uživatele, kteří se chtějí osamostatnit a být plnohodnotným partnerem a občanem společnosti. Dále popisujeme a objasňujeme připravenost či nepřipravenost uživatelů, kteří se chtějí plnohodnotně osamostatnit a přecházet na volný trh bydlení.

Pozorování bylo rozděleno do dvou časových období, každé z nich trvalo devět měsíců. Jednotlivé úseky v měsíčním monitorování uživatelů byly pravidelně vyznačovány v záznamových tabulkách. Závěrem se výsledky mezi sebou porovnávaly a vyhodnocovaly. Prvním vybraným pracovištěm byl Kamarád – Lorm Žatec, kde bylo osm uživatelů z podpory samostatného bydlení. Za první časové období v pozorování se většina uživatelů prokázali v úrovni „nedostatečná“ v celkové hodnotící škále. Ve druhém období byly výsledky pozitivnější, jen dva uživatelé zůstali v úrovni „nedostatečná“ a zbytek pěti byl v úrovni „dostatečná“.

Nikdo z pozorovaných uživatelů se neposunul do úrovně „dobrá“. Z toho vyplývá, že většina uživatelů nebyla dobře a efektivně připravena pro vstup do podpory samostatného bydlení. Dalším zjištěním, které bylo odhaleno, je důslednější příprava uživatelů v tréninkových bytech či větší využitelnost v chráněných bytech než vstoupí do podpory samostatného bydlení.

Druhé vybrané pracoviště, které bylo dlouhodobě pozorováno, byla nestátní organizace Občanské sdružení Jurta, která prokazovala lepší výsledky oproti státní instituci Kamarád – Lorm Žatec v oblasti celkové připravenosti uživatelů v oblasti psychosociálních dovedností. Z celkových sedmi uživatelů v podpoře samostatného bydlení bylo vypořezováno za první časové období, že se tři uživatelé prokázali v úrovni „nedostatečná“ v celkové hodnotící škále. Zbytek čtyř uživatelů bylo v úrovni „dostatečná“. Druhé období v pozorování se vyznačuje viditelným posunem téměř u všech uživatelů. Tři uživatelé se posunuli z úrovně „nedostatečná“ do úrovně „dostatečná“. Další dva se posunuli z úrovně „dostatečná“ do úrovně „dobrá“. Dokonce jeden uživatel z úrovně „dobrá“ byl integrován na volný trh bydlení.

Z toho vyplývá, že uživatelé z tohoto zařízení mají dobré předpoklady a podmínky k integraci na volný trh bydlení. Důvody, které napomáhají k efektivnějšímu a rychlejšímu integračnímu procesu v oblasti bydlení jsou ty, že nastavené podmínky v nestátní organizaci jsou předem dané, dodržují se a

respektují. Sociální pracovníci se snaží uživatele vnímat a podporovat, jako plnohodnotné a rovnocenné partnery, kteří si za službu platí a chtějí jí využívat.

Doporučení plynoucí z této rigorózní práce jsou vyzorovaná zjištění u sociálních pracovníků v oblasti státního zařízení, kde komunikační přístupy se nevyužívají v dostatečné míře k uživatelům sociální péče. Z toho vyplývá více se zaměřit a projevit snahu v získání vzájemné důvěry s empatií a touto cestou navázat na dlouhodobější partnerské vztahy, které vedou k harmonické spolupráci. Umět nabídnout a svěřit uživateli do vlastních rukou právo se svobodně rozhodovat a jednat, pokud k tomu odpovídá jeho aktuální zdravotní stav. Sdílet a projevit snahu v naslouchání v oblastech běžných životních problémů jako je radost či bolest.

Z vlastních praktických zkušeností s osobami s mentální retardací bylo zjištěno, že některá státní zařízení, která nabízí podporu samostatného bydlení, mají sklony k chráněnému bydlení. K těmto poznatkům se dospělo kvalitativní výzkumnou metodou dlouhodobého systematického pozorování. Větší ústavní zařízení, která se z hlediska transformačního procesu pozvolna diverzifikovala na menší pobytová zařízení, touto změnou inklinují u některých uživatelů k rychlejšímu integračnímu přechodu do podpor samostatného bydlení, než tomu odpovídá jejich reálný psychosociální vývoj. Dále celou situaci urychlují světové humanizační trendy a státní finanční dotace, které jsou většinou limitované časem a tím se větší pobytová zařízení, která se transformují, dostávají do stresu a chaosu, že situaci nemusí zvládnout. Následně se ztrácí samotný význam sociální služby, mohou se začít projevovat sklony opatrovnické či ošetrovatelské péče. Tímto následkem většinou vzniká nedorozumění, uživatel neví, co se od něho má očekávat, a dochází k zpomalení integračního procesu v oblasti podpory samostatného bydlení a dalšího vstupu na volný trh bydlení. Z toho vyplývá, že uživatelé jsou zbytečně stresováni a vystavováni skutečnosti, která je matoucí a vytrácí se její

smysluplnost. Proto by se neměly přeskakovat adaptační a integrující procesy u uživatelů, kteří chtějí a mají reálné předpoklady ke vstupu do podpory samostatného bydlení. Abychom tomuto chaosu předcházeli, je zapotřebí více apelovat na sociální pracovníky v oblasti rozšiřování či zvyšování kvalifikace speciální a sociální pedagogiky, která je někdy zaměňována za zdravotní či ošetrovatelskou péči.

Z výsledků šetření této práce bylo zjištěno na vybraném vzorku z pracoviště Kamarád – Lorm Žatec z dlouhodobého pozorování, že většina uživatelů z větších pobytových zařízení nebyla dostatečně připravena ke vstupu do podpory samostatného bydlení. Hlavním důvodem byla skutečnost, že chráněné bydlení v tomto zařízení bylo otevřeno později než podpora samostatného bydlení. Z toho vyplývá názorný příklad z běžné praxe, který nám popisuje situaci, která může nastat v případě, kdy se nedodržují či podceňují chronologické etapy integrujících procesů u uživatelů v oblasti psychosociálního vývoje, které mohou následně eskalovat k nezvládnutím nároků a požadavků s tím spojených. Proto na základě těchto zkušeností doporučujeme v praktické rovině využívat **Integrující nástroj** pro společné soužití uživatele a společnosti v běžném životě. Důsledně zvažovat a vyhodnocovat dosažené výsledky každého uživatele individuálně. Následně prodiskutovat celou situaci s více odbornými pracovníky a v neposlední řadě i s uživatelem sociální péče. Tyto opatření vedou k minimalizaci dalších možných rizik, která měla za následky, že uživatel nezvládal nároky na danou službu, protože celkový psychosociální stav neodpovídal jeho reálné skutečnosti.

Pokud je to možné neomezovat osobám s mentální retardací způsobilost k právním úkonům, ale naopak se snažit nacházet alternativní cesty, které vedou k samostatnosti a zodpovědnosti. Tato cesta je pozitivním krokem, který může rozvíjet a sblížovat naši celou společnost k harmonickému soužití. Za velmi důležité a podnětné je umět využívat realizaci evropských projektů, které zprostředkovává Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v oblasti integrace a

spolupráce se zahraničními sousedy. Největší úspěch a pocta k těmto lidem je umět nabídnout adekvátní sociální službu, která by jim byla šita na míru. Vytvořit podnětné podmínky k tomu, aby jednou mohli být samotnými vlastníky bytových objektů či jiných nemovitostí, za které by sami rozhodovali a mohli svůj zbytek života prožít smysluplně.

Cílem kvalitní a dlouhodobé integrace uživatelů sociální péče je profesionální přístup a péče sociálních pracovníků.

Domníváme se, že úspěšnost integrace uživatelů z ústavního zařízení do menších forem chráněného bydlení lze shrnout do několika základních bodů:

- maximálně podporovat a doplňovat odbornou kvalifikovanost sociálních pracovníků v oblasti speciální a sociální pedagogiky,
- projevit snahu v získání vzájemné důvěry a spolupráce, která podporuje partnerské vztahy a odbourává komunikační zábrany a nedorozumění,
- umět nabízet a využívat sociální služby, které jsou vhodné pro každého uživatele individuálně,
- maximálně nabízet a rozvíjet podnětné prostředí v oblasti volnočasových aktivit, které zkvalitňují a uspokojují vlastní seberealizaci uživatele,
- vhodným a stimulujícím podnětem pro rozvoj uživatele je osobní zkušenost z běžného života sociálního pracovníka,
- v neposlední řadě je schopnost sociálního pracovníka být kreativním a nacházet alternativní možnosti a přístupy k uživateli z hlediska jeho individualit.

Žádná vyspělá společnost v dnešní době nesmí dovolit, aby lidé s určitým zdravotním znevýhodněním byli záměrně vyčleňováni či vystavováni posměchu a nepotřebnosti. Proto je nezbytně nutné přijímat lidi s handicapem, jako přirozenou součást naší společnosti od samotného prvopočátku. Osvětová činnost by měla začínat již od mateřských škol a školských zařízení, je to cesta světla a naděje, která nás všechny bude provázet po zbytek života.

IV. RESUMÉ

Rigorózní práce se zabývala současnou problematikou a kvalitou života u osob s mentální retardací v podporách samostatného bydlení v České republice. Tato práce byla rozdělena do dvou částí. V první části byl kladen důraz na historický vývoj, etiologii a diverzifikaci osob s mentální retardací. Dále se podrobně zaměřovala na současné trendy v oblasti péče o osoby s mentální retardací v České republice a v zahraničí.

V druhé praktické části byl kladen podrobný důraz na kvalitativní analýzu získaných dat. K tomu byla vybraná pracoviště, která se navzájem komparovala a vyhodnocovala v oblasti vývojového stupně psychosociálních dovedností.

Navrhli jsme a popsali tzv. **Integrovaný nástroj** pro společenské soužití uživatele sociální péče a společnosti. Tento popisující prostředek nám umožnil odhalit současný stav a úroveň psychosociálních dovedností u osob s mentální retardací v podpoře samostatného bydlení. Získané výsledky se mezi sebou porovnávaly a byly zařazeny do příslušné celkové hodnotící škály kvalitativního výzkumu. Tyto výsledky byly vodítkem a přispěly k úplnému osamostatnění uživatele v integraci na volný trh bydlení a k jeho úplnému osamostatnění.

RESUMÉ

This Rigorosum Thesis deals with current problematic situation in quality of life of persons with mental retardation. This thesis was divided into two large parts. The first part focuses on historical development, etiology and diversification of persons with mental retardation. Furthermore, it describes in detail the current trends in the field of accommodation for the persons with mental retardation. In the second practical part we include selected workplaces that were compared and graded. In this process, it was needed to design and describe the integration tool for social coexistence between the user and the society. This integration tool consists of the basic principles that help us discover the current condition of psychosocial skills of the user in the supported independent living. The results were compared among themselves, and they were placed to the certain overall measuring scale of the qualitative research. These results were the lead indicator for integration of user in the free market for accommodation and total independence.

V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTOŇOVÁ, M. *Psychopedie*. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-1744-7.

ČERNÁ, M. *Psychopedie*. Praha : Vydala UK, Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha : Avicenum, 1983. ISBN 08-648-83.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2010.

HAVLÍK, R. *Sociologie výchovy a školy*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-635-7.

HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1168-3.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha : Tigris, s.r.o., 2002. ISBN 82-900130-1-5.

CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. Praha : QUIP, 2004. ISBN 80-239-4772-9.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7367-013-5.

JANOŠEK, J. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha : Grada Publishing, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-247-1594-0.

KOHOUTEK, R. *Základy pedagogické psychologie*. Brno : CERM, 1996. ISBN 80-85867-94-X.

KRAUS, J a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha : Grada Publishing, s.r.o., 2005. ISBN 80-247-1018-8.

KREJČÍŘOVÁ, O. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha : Eteria, 2002. ISBN 80-238-8729-7.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X.

LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha : SZN 1963.

MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. Praha : Vydala UK, Karolinum, 2005. ISBN 80-7184-867-0.

MASARYK, T.G. *Ideály humanitní*. 1.vyd. Praha : Ústav T.G. Masaryka, 2011. ISBN 978-80-86142-36-4.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1995.
ISBN 80-85850-08-7.

MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha : Portál, 2012.
ISBN 978-80-262-0211-0.

MILICHOVSKÝ, L. *Kapitoly ze somatopedie*. Praha : Vydavatel UJAK, 2010.
ISBN 978-80-7452-001-3.

MÜHLPACHER, P. *Vývoj ústavní péče: filozoficko historický pohled*.
Brno : Vydala Pdf. MU, 2001. ISBN 80-210-2512-3.

NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*.
Praha: Vydavatel UJAK, 2008. ISBN 978-80-86723-48-8.

OPAŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Předprofesní a profesní příprava
zdravotně postižených*. 1. vyd. Brno : MU, 2005. ISBN 80-210-3718-0.

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

PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7367-047-X.

PRŮŠA, L. *Optimalizace sociálních služeb*. 1. vyd. Praha : Výzkumný ústav
práce a sociálních věcí, 2012. ISBN 978-80-7416-099-8.

PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno : Paido, 2007.
ISBN 978-80-7315-157-7.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-86633-40-3.

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

RENÓTIEROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Vydala Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. Praha : Orbis, 1975.

SLAVÍK, J. *Hodnocení v současné době*. Praha : Portál, 1999.
ISBN 80-7178-262-9.

STARK. S., DEMJANČUK. *Kapitoly z filozofie výchovy*. Dobrá Voda u Pelhřimova : Aleš Čeněk. ISBN 80-86473-56-2.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000.
ISBN 80-717-821-X.

TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha : Vydala Pdf.UK, 1998.
ISBN 86039-30-7.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha : Parta, 2007.
ISBN 978-80-7320-099-2.

VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*.
Olomouc : Vydala Pdf. UP, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*.
Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VALÁŠEK, M. *Kapitoly modrosti*. Třebíč : Akcent, 2000.
ISBN 80-7268-107-9.

VÁVROVÁ, S. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb*.
Zlín : Univerzita Tomáše Bati, FHS, 2009. ISBN 978-807318-869-6.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno : Paido, 2004.
ISBN 80-7315—071-9.

VÍTKOVÁ, M. *Kapitoly z úvodu speciální pedagogiky*.
Brno : Vydala Pdf. MU, 1992. ISBN 80-210-0475-4.

SEZNAM POUŽITÝCH ZAHRANIČNÍCH ZDROJŮ

AINSWORTH, P., BACKER, P.C. *Understanding Mental Retardation*.
University Press of Mississippi, 2004. ISBN-10: 15780866468.

CARR, J. *Down's syndrome: children growing up*. Cambridge University
Press, 1995. ISBN 0-521-46933-3.

MCMAHON, L. *The handbook of play therapy*. London, Routledge, 1992.

ZÁKONNÉ NORMY A VYHLÁŠKY

Ústavní zákon č.2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, ve znění ústavního zákona č.162/1998 Sb.

Zákon č.108/2006., o sociálních službách, v platném znění.

Zákon 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v platném znění.

Zákon č.89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění.

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.

INTERNETOVÉ ZDROJE

GRUNEWALD, K. *Zavřete ústavy pro mentálně postižené*. [online]. Quip : Společnost pro změnu, 2003, [cit. 2013-04-24]. Dostupné na WWW. <http://www.kvalita_v_praxi.cz/res/data/001/000182.pdf>.

MPSV. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb* [online]. Praha : MPSV, 2013, [cit. 2013-12-20]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/7058>>.

MPSV. *Podpora transformace sociální* [online]. Praha : MPSV, 2010, [cit. 2013-03-25]. Dostupné na WWW: http://www.rezidencnipecz.cz/dokumenty_ke_stazeni/archiv/Koncepce.pdf.

MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha : MPSV, 2013, [cit. 2013-12-12]. Dostupné na WWW: <http://www.iregistr.mpsv.cz/soc/hledani_sluzby>.

Lormova abeceda [online]. 2013, [cit. 2013-03-20]. Dostupné na WWW: <<http://www.lorm.cz/lorm/aktuality-2013.php>>.

Sociální služby pro zdravotně postižené[online]. 2013, [cit. 2013-02—15]. Dostupné na WWW: <<http://www.jurta.cz/socialni-sluzby-jurta/podpora-samostatneho-bydleni>>.

VI. PŘÍLOHY

Příloha A – Průvodní dopis k výzkumné činnosti

Příloha B – Dotazníkové šetření

Příloha C – Deklarace lidských práv

Příloha D – Obrázky

PŘÍLOHA A – Průvodní dopis k výzkumné činnosti

Dobrý den, Vážení kolegové. Jmenuji se Lucie Staňková a jsem studentkou speciální pedagogiky na Univerzitě Jana Amose Komenského v Praze. Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci a vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník potřebuji ke své rigorózní práci. Tématem mojí práce je **Podporované bydlení u osob s mentální retardací v ČR**. Vybrané odpovědi kroužkujte nebo můžete doplnit svými slovy. Tento dotazník je anonymní. Veškeré získané údaje budou použity pouze ke studijním účelům. Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

PŘÍLOHA B – Dotazníkové šetření

I. Oblast: Kvalifikace zaměstnanců

1) Jak dlouho pracujete s lidmi, kteří mají mentální postižení?

- a) méně než 2 roky
- b) 2 až 5 let
- c) 5 až 10 let
- d) 10 a více let

2) Otázka č. 2: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v profesi?

- a) vysokoškolské vzdělání
- b) vyšší odborné vzdělání
- c) střední odborné vzdělání, zakončené maturitní zkouškou
- d) střední vzdělání zakončené výučním listem

3) Souhlasíte s výrokem, čím vyšší má zaměstnanec vzdělání, tím se může zvyšovat životní úroveň uživatelů?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) jiná odpověď

4) Slyšeli jste o konceptu PCA (Person Centered Approach), který je zaměřen na přístup v práci s lidmi s mentálním postižením od autorky Marlis Pörtner?

- a) ano
- b) ne
- c) jiná odpověď

5) Otázka: č. 5: Souhlasíte s názorem, že se může zlepšit kvalita vztahu mezi zaměstnancem a uživatelem, když sociální pracovník bude více empatický a snaživý k uživateli?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6) Otázka: č. 6: Myslíte si, že termín mentálně postižený je vhodný používat u lidí s tímto znevýhodněním?

- a) ano
- b) ne (prosím, uveďte alternativu). Odpověděli: zdravotně znevýhodněný, uživatel sociální péče, klient
- c) nevím

II. Oblast: osobní údaje uživatelů

7) Jaká je nejčastější věková hranice u vašich uživatelů v podpoře samostatného bydlení?

- a) 18 až 21 let
- b) 22 až 35 let
- c) 36 až 45 let
- d) 46 až 60 let
- e) 61 a více let

8) Jakého nejvyššího stupně vzdělání dosáhli Vaši uživatelé?

- a) základní vzdělání speciální
- b) základní vzdělání praktické
- c) střední stupeň jednoletý praktické školy
- d) střední stupeň dvouleté praktické školy
- e) střední vzdělání zakončené výučním listem

9) Žije u Vás v podpoře samostatného bydlení více mužů než žen?

- a) muži
- b) ženy

10) Máte uživatele v podpoře samostatného bydlení, kteří žijí ve společné domácnosti, jako druh a družka?

- a) ano
- b) ne

11) Stalo se Vám, že uživatel ukončil pobyt v podpoře samostatného bydlení z důvodu, že nezvládal nároky s tím spojené?

- a) ano
- b) ne
- c) jiná odpověď

12) Jakou mají z převážné části právní způsobilost uživatelé v podpoře samostatného bydlení?

- a) způsobilí k právním úkonům
- b) omezen částečně ve způsobilosti k právním úkonům
- c) úplně zbaven způsobilosti k právním úkonům

III. Oblast: Kvalita života uživatelů v podpoře samostatného bydlení

13) Myslíte si, že se míra postižení u uživatele je hlavním kritériem, které může bránit v přechodu do podpory samostatného bydlení?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14) Jaký časový interval probíhá u uživatele v přípravě a odchodu do podpory samostatného bydlení?

- a) méně než půl roku

- b) více než 1 rok
- c) 2 roky a více
- d) jiná odpověď

15) Využíváte při integraci v bydlení tréninkový byt či jinou alternativu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) jiná odpověď

16) Integrovali jste více uživatelů do města než na venkov?

- a) ano
- b) ne

17) Myslíte si, že město je podnětnější v oblasti kvality života u uživatele než bydlení na venkově?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) jiná odpověď

18) Jakou právní formu nabízí váš zřizovatel?

- a) příspěvková organizace
- b) sdružení (svaz, spolek, klub)
- c) církevní organizace
- d, obecně prospěšná společnost

19) Využíváte aktivní kontakt s veřejností, tím že se snažíte pořádat společenské akce?

- a) ano
- b) ne
- c) výjimečně

20) Nabízejí vaši pracovníci sociální péče uživatelům volnočasové aktivity?

- a) ano (prosím, vypište jaké)
- b) ne

21) Souhlasíte, že standardy sociální péče jsou pro Vás zaměstnance dobrým vodítkem proto, že napomáhají a udržují životní kvalitu samotného uživatele a Vám poskytují zpětnou vazbu?

- a) ano
- b) ne (prosím, vysvětlete)
- c) nevím

22) Jak často vytváříte s uživatelem individuální plánování, kterého chce sám dosáhnout?

- a) jedenkrát za 1 měsíc
- b) jedenkrát za 3 měsíce
- c) jedenkrát za 6 měsíců

23) Souhlasíte s výrokem, když se lidem s mentálním postižením svěří jejich odpovědnost a důvěra, tak to posílí jejich sebevědomí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

24) Je u Vás více uživatelů, kteří se uplatnili na trhu práce?

- a) ano (prosím, napište v jaké oblasti)
- b) ne

25) Máte pozitivní zkušenosti, které vedly k tomu, že se integrovali vaši uživatelé na volný trh bydlení?

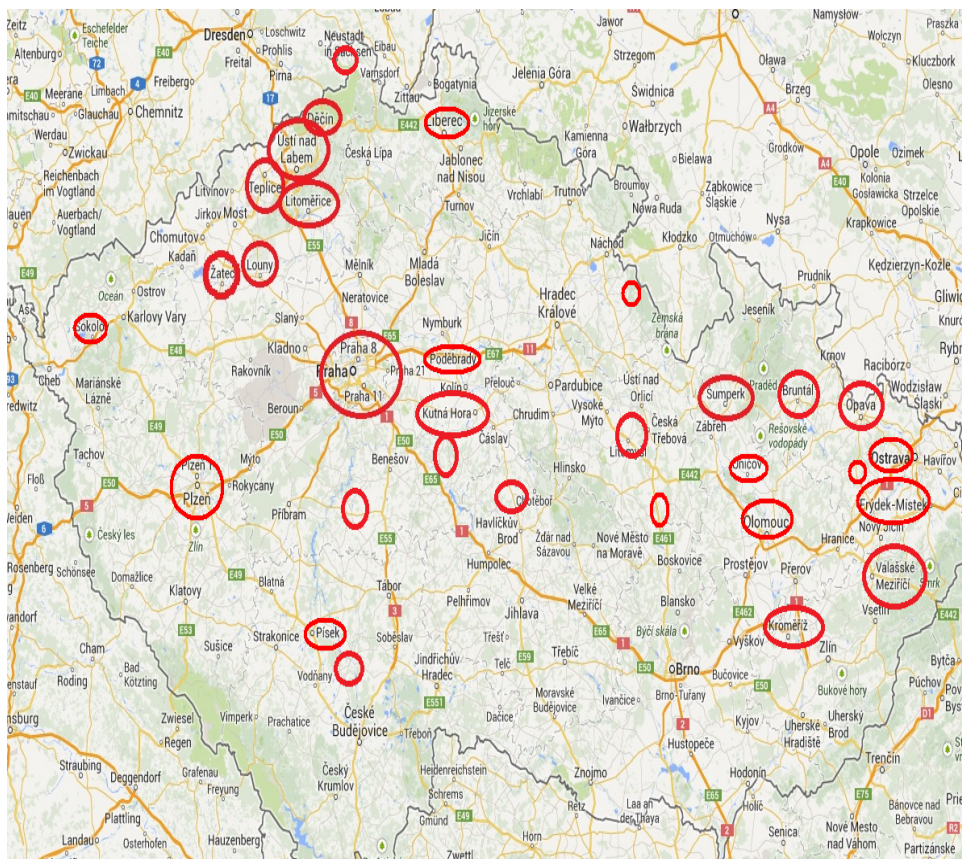
- a) ano
- b) ne

PŘÍLOHA C – Deklarace lidských práv

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, retardaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývá jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak jen to je možné.
5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, *má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.*

PŘÍLOHA D – OBRÁZKY

Obr. 1: Mapa České republiky, která vyznačuje 32 lokality podpory samostatného bydlení u osob s mentální retardací



Zdroj: Internetový zdroj, www.mapy.cz

Obr. 2: Oslí farma v podpoře samostatného bydlení v Občanském sdružení
Jurta – Nebočady u Děčína



Zdroj: Vlastní zdroj fotografie

Obr. 3: Keramická dílna v podpoře samostatného bydlení v Občanském sdružení Jurta – Nebočady u Děčína



Zdroj: Vlastní zdroj fotografie

Obr. 4: Podpora samostatného bydlení Občanské sdružení Jurta
Nebočady u Děčína



Zdroj: Vlastní zdroj fotografie

Obr. 5: Vnitřní interiér podpory samostatného bydlení Kamarád - Lorm Žatec



Zdroj: Vlastní fotografie

Obr. 6: Bytové objekty uživatelů v podpoře samostatného bydlení
Kamarád – Lorm Žatec



Zdroj: Vlastní fotografie

Obr. 7: Německo – Sasko, Pirna u Rathenu – vlastní byty osob se zdravotním znevýhodněním



Zdroj: Vlastní fotografie

Obr. 8: Německo – Sasko, Pirna u Rathenu, podnětné přírodní prostředí pro festivaly a volnočasové aktivity u lidí s určitým zdravotním znevýhodněním



Zdroj: Vlastní fotografie

Obr. 9: Německo – Sasko, Pirna u Rathenu. Bytové objekty a pěší zóna pro lidi se zdravotním znevýhodněním



Zdroj: Vlastní fotografie

VII. ÚDAJE O PRÁCI – KATELOGIZAČNÍ POPIS

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lucie Staňková

Obor: Speciální pedagogika

Název práce: **Podpora samostatného bydlení u osob s mentální retardací
v ČR**

Rok: 2014

Počet stran textu bez příloh: 207

Celkový počet stran příloh: 17

Počet titulů českých použitých zdrojů: 45

Počet titulů zahraničních zdrojů: 3

Počet internetových zdrojů: 6

Počet ostatních zdrojů: 5

