

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**Psychosociální dimenze kvality života  
osob s mentálním postižením v chráněném bydlení**

Disertační práce

**Mgr. Jana Kasáčková**

Doktorský studijní program: Speciální pedagogika

Školitel: **Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.**

Olomouc 2017

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem disertační práci „*Psychosociální dimenze kvality života osob s mentálním postižením v chráněném bydlení*“ vypracovala samostatně a využila pouze zdroje uvedené v seznamu bibliografických citací. Dále prohlašuji, že tištěná verze je shodná s verzí na vloženém CD disku.

V Olomouci dne 10. 10. 2017

.....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji své školitelce Mgr. Zdeňce Kozákové, DiS., Ph.D.

Za odborné konzultace děkuji prof. PhDr. Miroslavu Chráskovi, CSc.

Za podporu, lidský přístup a odbornou pomoc během celého studia upřímně děkuji PhDr. Kateřině Kroupové, Ph.D.

Poděkování patří vedoucím chráněných bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením, a zejména všem respondentům, kteří na výzkumu participovali.

Na závěr chci poděkovat lidem, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout, a to svým rodičům, bratrovi, dědečkovi a blízkým přítelkyním Pavlíně L., Magdaleně H. a Magdě H.

Největší dík patří mému manželovi, který mi byl po celá léta mých studií velkou oporou, přítelem, rádcem a umožnil mi profesní růst.

# OBSAH

ÚVOD .....	6
------------	---

## I TEORETICKÁ ČÁST

<b>1 KVALITA ŽIVOTA.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Koncept kvality života.....</b>	<b>12</b>
1.1.1 Terminologické vymezení .....	18
1.1.2 Dimenze a determinanty kvality života.....	21
1.2 Životní spokojenost jako přístup ke kvalitě života.....	26
1.2.1 Faktory ovlivňující životní spokojenost.....	28
1.3 Hodnocení a měření kvality života.....	31
1.4 Specifika kvality života u osob s postižením .....	35
<b>2 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A KVALITA ŽIVOTA .....</b>	<b>39</b>
2.1 Transformace a deinstitucionalizace jako soudobé fenomény .....	41
2.1.1 Vybrané rizikové aspekty deinstitucionalizace a transformace .....	46
2.2 Chráněné bydlení a domov pro osoby se zdravotním postižením jako možnosti samostatného života .....	48
2.2.1 Kvalita života osob žijících v chráněném bydlení a domově pro osoby se zdravotním postižením.....	53
2.3 Sociálně-inkluzivní tendence a současná společnost v kontextu mentálního postižení .....	55
<b>3 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A JEHO OBRAZ V DOSPĚLOSTI.....</b>	<b>58</b>
3.1 Terminologické aspekty a klasifikační kritéria .....	58
3.1.1 Modely přístupu k osobám s mentálním postižením.....	63
3.1.2 Klasifikace mentální retardace .....	65
3.2 Dospělost a její charakteristika ve vztahu k mentálnímu postižení.....	71
3.2.1 Specifika osobnosti jedince s mentálním postižením.....	73
3.2.2 Vybrané aspekty dospělosti osob s mentálním postižením .....	76
3.3 Socializace a její specifika u osob s mentálním postižením.....	79

## II EMPIRICKÁ ČÁST

<b>4 UVEDENÍ DO ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY .....</b>	<b>81</b>
4.1 Vybrané aspekty předvýzkumu .....	91
<b>5 METODOLOGICKÝ RÁMEC .....</b>	<b>94</b>
5.1 Výzkumný problém, cíle výzkumu a stanovení hypotéz.....	95

5.2 Výzkumný soubor .....	99
5.3 Výzkumné metody.....	102
5.4 Analýza dat.....	106
5.4.1 Analýza kvantitativních dat .....	106
5.4.2 Analýza kvalitativních dat .....	108
5.5 Etické aspekty výzkumu.....	109
<b>6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE .....</b>	<b>111</b>
6.1 Výsledky a interpretace kvantitativní části výzkumu.....	111
6.2 Ověření hypotéz.....	133
6.2 Výsledky a interpretace kvalitativní části výzkumu.....	145
6.2.1 Autonomie.....	145
6.2.2 Zdroje podpory.....	148
6.2.3 Práva uživatele.....	150
6.2.4 Omezení v chráněném bydlení.....	152
6.2.5 Aktuální duševní stav uživatelů .....	154
6.2.6 Začleňování do místní komunity.....	155
6.2.6 Přátelství, partnerství, společný život .....	159
6.2.7 Paradigmatický model a jeho interpretace .....	161
<b>7 DISKUSE, DOPORUČENÍ PRO PRAXI, LIMITY STUDIE .....</b>	<b>166</b>
7.1 Diskuse .....	166
7.2 Doporučení pro praxi.....	177
7.3 Limity studie.....	179
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>180</b>
<b>SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ - REFERENČNÍ SEZNAM.....</b>	<b>180</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>207</b>
<b>SEZNAM TABULEK, GRAFŮ, OBRÁZKŮ .....</b>	<b>210</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>213</b>
<b>ANOTACE</b>	

## ÚVOD

Kvalita života. Pojem, který je relativně nový, ale zároveň odbornou i laickou populací běžně užívaný; pojem neuchopitelný bez jedné zastřešující definice; sousloví či spojení, které má řadu synonymně užívaných ekvivalentů jako pohoda, životní spokojenost, well-being, blahobyt aj.; pojem interdisciplinární, kdy každý obor má izolovaně vytvořeno vlastní vymezení a jeho celkové pojetí, a nakonec tedy pojem multidimenzionální podmíněný celým spektrem faktorů a v nejobecnějším slova smyslu koncepčně roztržštěný.

Výzkumy kvality života se dostaly do povědomí širší odborné veřejnosti jako relativně nové téma kolem 60. let 20. stol. (Potůček in Kortusová, 2007), nicméně zájem o kvalitu života můžeme sledovat již mnohem dříve. Stěžejním podnětem k výzkumům bylo materiální bohatství vyspělých zemí (zejm. USA) a s nimi přicházející vlna změny hodnotového systému ve společnosti a rozšíření konzumu. Postupně tento pojem proniká do mnoha vědních oborů, ale změny se projevují i v obsáhlosti definičního vymezení, kdy je kladen důraz na subjektivní pojetí tedy spíše nemateriální dimenzi života (Veenhoven, 2000). Výzkumy věnující se a zkoumající kvalitu života nejrůznějších skupin osob jsou v dnešní době relativně velmi frekventované, přičemž základní snahou zpravidla zůstává optimalizace a individualizace intervenčních postupů a dalších opatření směřujících k subjektivnímu zvýšení kvality života.

Kvalita života je multidimenzionálním konceptem, který se stává klíčovým na poli hodnocení individuálního a kolektivního lidského života (Křížová in Payne, 2005). Navzdory jeho šíři se jedná o nejednoznačně definovatelný pojem. Velká část výzkumů napříč různými obory se snaží tento konstrukt vysvětlit. Je využíván především k hodnocení osobní spokojenosti, jako ukazatel kvality služeb a úspěchu. Tento koncept využívají mnohé vědní obory jako psychologie, medicína, sociální práce atd. Sociální začlenění osob s mentálním postižením je důležitým preventivním činitelem v rámci ochrany duševního zdraví této skupiny osob a taktéž možným přispěvatelem vedoucím ke zlepšení kvality života. V tomto kontextu byla koncipována tato práce s důrazem na psychosociální dimenzi kvality života a související otázky životní spokojenosti u cílové skupiny osob s mentálním postižením.

Kvalita života jako přístup k osobní spokojenosti svou působností, resp. svým referenčním rámcem zasahuje do všech oblastí lidského života a je ovlivňována mnoha činiteli. V oblasti sociální interakce, etablování a udržování sociálních vztahů má však

zásadní psychologický dopad odrážející se na duševní pohodě jedince. Specifika osobnosti jedince s mentálním postižením jsou ovšem primární příčinou, jež způsobuje, že samotná fyzická přítomnost ve většinové společnosti ještě sama o sobě nepřispívá k dosažení integrace – či chceme-li inkluze, nýbrž naopak tyto osoby často zůstávají z těchto důvodů na jejím okraji (Emerson, McWilly, 2004). Vzhledem k těmto skutečnostem bylo téma disertační práce voleno se zaměřením na osoby s mentálním postižením žijícími v chráněném bydlení. Identifikace spektra determinant životní spokojenosti, jejich důležitost, míra naplňování a vztah mezi nimi a kvalitou života nám umožní lépe porozumět jejich potřebám a poukázat na oblasti, které mohou být pro osoby s mentálním postižením ohrožující aj. Aplikační rámec zkoumané problematiky nacházíme nejen v oblasti speciálněpedagogické praxe, ale i teorie ve smyslu rozšíření informační platformy o kvalitu života s akcentem na charakteristiky značně specifické skupiny osob s mentálním postižením.

Koncipovaná disertační práce je členěna na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část je složena z několika kapitol a podkapitol. První kapitola disertační práce je věnována problematice kvality života a klíčovým charakteristikám celého konceptu. V úvodní části provedeme exkurz do historie samotného konceptu kvality života, jeho vývoje a přístupů k němu. Následně se pokusíme o objasnění terminologických nuancí a popis zkoumaných dimenzí. Ty se podílí velkou měrou na specifičnosti jednotlivých konstruktů a jsou zde prezentovány formou vybraných modelů kvality života i se svými vlivnými činiteli. Druhá část kapitoly je věnována již samotnému pojetí well-being, jež považujeme za stěžejní nejen z hlediska tematického zaměření práce, ale i jako klíčový prvek hodnocení životní spokojenosti cílové skupiny osob s mentálním postižením. Směrem k praktické evaluaci kvality života směřuje další část kapitoly k měření a relevantním měřicím nástrojům. Závěr kapitoly je pak přímo soustředěn k tematickému zaměření práce, přičemž akcentuje otázky kvality života osob se specifickými potřebami, jedince s mentálním postižením nevyjímaje.

Druhá kapitola je specificky orientována na aktuální vývoj v oblasti sociálních služeb s dopady na kvalitu života osob s mentálním postižením, tedy především sociální determinanty (faktory) životní spokojenosti, přičemž je akcentováno pojetí jedince jako bio-psycho-socio-spirituální entity. Kapitola je zaměřena na proces humanizace a deinstitucionalizace; transformační záměry a platformu chráněných bydlení či modernizaci velkokapacitních zařízení, přičemž pracuje s pojmy jako samostatnost,

podpora, úspěšný proces transformace, jehož záměrem je integrace osob se zdravotním postižením.

Navazující oddíl textu zasazuje problematiku kvality života do kontextu mentálního postižení. Počínaje terminologickými aspekty přes klasifikaci a charakteristiku jednotlivých stupňů mentální retardace až po specifické oblasti socializace a popis klíčových aspektů osobnosti jedince s mentálním postižením v kontextu psychosociálních charakteristik. Kapitola řeší otázky dospělosti osob s mentálním postižením a související aspekty.

Teoretická část disertační práce tvoří základnu pro část empirickou. Cílem výzkumu se smíšeným designem, jenž v sobě mísí prvky kvantitativního a kvalitativního výzkumu, je hloubková analýza a deskripce psychosociálních determinant kvality života a životní spokojenosti u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením. Záměrem je rozšířit teoretickou platformu o specifické otázky životní spokojenosti osob s mentálním postižením s akcentem na aktuální procesy transformace, deinstitucionalizace a zejména pak v celospolečenském kontextu inkluzivních tendencí. Aplikační možnosti výsledků výzkumu je možné spatřovat jak v oblasti speciálněpedagogické teorie, ve smyslu rozšíření teoretické báze speciálněpedagogické dimenze kvality života, tak rovněž v oblasti speciálněpedagogické praxe s odrazem v optimalizaci intervence a zvýšení subjektivní kvality života osob s mentálním postižením.



## I TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části disertační práce vymezujeme témata a pojmy spjaté s kvalitou života, transformací sociálních služeb a dospělými osobami s mentálním postižením v úzké provázanosti na část empirickou.

### 1 KVALITA ŽIVOTA

*„Život je šance - využij ji  
Život je krása - obdivuj ji  
Život je blaženost - užívej ji  
Život je sen - uskutečni ho  
Život je výzva - přijmi ji  
Život je povinnost - naplň ji  
Život je hra - hrej ji  
Život je bohatství - ochraňuj ho  
Život je láska - potěš se s ní  
Život je záhada - pronikni ji  
Život je slib - splň ho  
Život je smutek - překonej ho  
Život je hymna - zpívej ji  
Život je boj - přijmi ho  
Život je štěstí - zasluj si ho  
Život je život - žij ho.“*  
Matka Tereza (online, 2017)

Soudobý fenomén nazývaný se kvalitou života je považován v současnosti za multidimenzionální koncept a stává se klíčovým na poli hodnocení individuálního i kolektivního lidského života, jeho smyslu a existence (Křížová in Payne, 2005). Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Tato problematika je široce pojímána a intenzivně diskutována v řadě vědních oborů (filozofii, sociologii, psychologii, medicíně, ekonomii, pedagogice, sociální práci, antropologii aj.). Různorodost a specifčnost jednotlivých oblastí přináší jiné úhly pohledu, které jsou důsledkem mnoha rozličných teoretických východisek.

Zájem o kvalitu života je značný a ve svém pojetí se historickým exkurzem dostáváme k původním řeckým a římským kořenům. Američtí autoři datují prvotní výskyt tohoto pojmu do 20. let 20. století, kde se objevil v prvních pracích dvou amerických ekonomů Ordwaye a Osborna (Snoek, 2000 in Michalík 2013). Jedná se o záznam z oblasti ekonomie, kdy se poprvé nespojuje prožívání spokojenosti s množstvím spotřebovaného zboží, ale s osobním náhledem a pocity. Ve 30. letech 20. století byl tento pojem zaveden do psychologie (Mühlpacher, Vaňurová, 2005) a o něco později vstupuje, původně ekonomický a politický koncept, do obecného povědomí a proniká do dalších sfér, zejména do věd medicínských, společenských, a také pedagogických.

V soudobé společnosti je pojem kvality života již běžnou součástí laického, politického i vědeckého slovníku. Můžeme k němu přistupovat jako k pojmu či sousloví, na nějž nahlížíme z mnoha hledisek, zejména z interdisciplinárního a multidimenzionálního pohledu, stejně tak jako na pojem idealizovaný, nedosažitelný, těžce uchopitelný a svým způsobem sporný. Veškeré tyto skutečnosti je třeba vnímat v celospolečenském kontextu s ohledem na kulturu a prostředí, v němž se jedinec pohybuje a existuje. Interdisciplinarita svědčí o tom, že se samotným pojmem kvality života zabývají různé vědní disciplíny, nejen ty základní - ekonomie, politologie, medicína, psychologie, sociologie, etika, ale s rozvojem informačních a komunikačních disciplín také například vědy technické. Úskalí, které však při interdisciplinaritě respektive při jejím výzkumu v oblasti kvality života vyvstává, je skutečnost, že mezi těmito vědami chybí provázanost. Vždy se jím zabývají pouze ze svého pohledu a v rámci svého oboru. Jak uvádí Spilker (1990), na kvalitu života musí být nahlíženo z mnoha úhlů pohledu a variabilních úrovní. Nutnost meziresortní a mezioborové spolupráce je důležitá už z důvodu roztržitosti pojmu, kdy kvalita může být pojímána z hlediska objektivního, subjektivního, či kombinací obou zmíněných hledisek.

Objektivní hledisko chápeme jako souhrn objektivních indikátorů např. životních podmínek dané země, materiálního zabezpečení, sociálního statutu (Petrůj, 2008; Murgaš, 2008). Subjektivní hledisko je pojímáno zejména z psychologického pohledu, akcent je kladen na prožívání, myšlení a přání jedince, tedy souhrn vyjadřující subjektivní indikátory (např. seberealizace jedince, prožívané krize). Je popisován mnoha ekvivalentními pojmy jako „*well-being*“, „*osobní pohoda*“, „*životní spokojenost*“, což jsou emoční stavy, v nichž se projevuje spokojenost jedince se svým životem, v komplexním pohledu charakterizována jako hodnocení kvality života jako celku (Rodný, Rodná, 2001; Šolcová,

Kebza, 2004; Hnilica, 2006 srov. Jesenský 2000; Novosad, 2000; Sirgy, 2001; Ruggeri in Mühlpachr, Vaňurová, 2006; Koot, Wallander in Mareš a kol., 2006). Jedná se tedy o individualitu samotného jedince a jeho postavení ve společnosti, v její kultuře a systému hodnot (Cummins, 2000; Vymětal, 2003; Schalock, 2004; Hnilicová in Payne, 2005; Vaňurová, Mühlpachr, 2006; Mareš a kol., 2006). Jak uvádí Mareš (2006) při zadání klíčových slov „*quality of life*“ do jednotlivých databází, obsahovala jím zveřejněná rešerše desetitisíce až statisíce odkazů na práce k tomuto tématu.

Schalock (2004) vnímá kvalitu života ve třech dimenzích: jako *sjednocující téma* pro daný koncept; jako *stěžejního ukazatele* jedince v interakci s prostředím a jako *sociální konstrukt*, který slouží ke zvýšení životní pohody v součinnosti se společenskými změnami. Felce, Perry (1995) vnímají tento koncept v mnohem širším záběru, jenž vymezuje vnímání od úrovně společenského blaha celé společnosti až po kvalitu života jednotlivců. Jak je uvedeno, celá neuchopitelnost tématu spočívá v nejednoznačném konceptu (Vaňurová, Mühlpachr, 2005; Mareš, 2006). Gomez, Arias, Verdugo, Navas et al. (2012) tvrdí, že je nutné koncept aplikovat zejména v oblasti sociální, pedagogické a medicínské. Kvalita života je však pojmem komplexním zároveň jako složitost lidského života, který je multifaktoriálně ovlivněn fyzickým zdravím jedince, psychickým stavem, sociálními vztahy, osobním vyznáním a vztahem ke klíčovým oblastem života (Vaňurová, Mühlpachr, 2005). Mareš a kol. (2006) vymezuje další faktory neboli determinanty ovlivňující kvalitu života např. rodinu, pohlaví, věk, kulturní zázemí aj. Akcentován je tedy nejen zdravotní stav, ale v nejširším kontextu i psychická pohoda, profesní a sociální seberealizace. Výsledkem je soulad nekonečného množství vnitřních a vnějších vztahů, interakcí a náhod. Z uvedených skutečností vyplývá značný odborný zájem o kvalitu života a její dimenze, čemuž odpovídá i spektrum odborných vědeckých publikací, jakož i řada výzkumů, a jak Mareš a kol. (2006) podotýká, v současné době je velmi problematické obsáhnout veškerou literaturu věnující se tomuto tématu. Z těchto důvodů bude tato problematika blíže rozpracována v dílčích podkapitolách disertační práce.

Výzkum kvality života a životní spokojenosti u osob s mentálním postižením nám může přinést zajímavé poznatky pro speciálněpedagogickou teorii, čerpající podklady z oblasti speciálněpedagogické praxe na pozadí problematiky transformace, deinstitucionalizace a humanizace velkokapacitních zařízení s odrazem v optimalizaci intervence u této cílové skupiny. Ballone (2000 in Albuquerquea et al., 2015) podotýká,

že výzkumné záměry spočívají v bližším poznání cílové skupiny, které mohou přispět ke zlepšení péče a služeb jim poskytovaných, neboť ne každý jedinec s mentálním postižením je omezen ve svých adaptačních schopnostech, ne každý potřebuje stejnou podporu v daných oblastech, a proto nemůžeme předpokládat, že všechny osoby s mentálním postižením se o sebe nedokáží postarat, ale naopak připustit myšlenku, že se tyto osoby mohou stát částečně či zcela nezávislymi na institucích, což přispívá ke značnému zlepšení jejich kvality života.

U dané cílové skupiny se potýkáme s mnoha specifiky, jež se projevují zejména v sociální a psycho-emocionální úrovni osobnosti jedince, která se stala předmětem našeho zkoumání na úrovni subjektivního well-being. Blíže se budeme dané problematice věnovat v podkapitole 1.4. V souvislosti s rozříštěností pojmu kvality života a danými specifiky osobnosti jedinců s mentálním postižením se ztotožňujeme s názory odborníků (např. Spilker, 1990; Felce, Perry, 1995; Cummins, 2000; Schalock, 2004; Mareš, 2006; Vaďurová, Mühlpacher, 2005; Michalík, 2011; Goméz, Arias, Verdugo, Navas et al., 2012; Ballone 2000 in Albuquerquea et al., 2015), kteří upozorňují na skutečnost, že problematika jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením není stále komplexně zpracována, přičemž je intenzivně řešena na úrovni národních plánů podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (problematika zaměstnanosti, změny v občanském zákoníku aj.), a proto je směřodonné se jí intenzivně věnovat (vláda, online, 2015). Cílem následujícího textu není širokospektrální obsáhlost poznatků kvality života, ale nastínění obecného teoretického rámce a prezentace komplexních informací vzhledem k tematickému zaměření této práce.

## **1.1 Koncept kvality života**

Koncept kvality života je velmi abstraktním pojmem, ovlivněným mnoha faktory, který má jistou historii. Je založen na širokém multidimenzionálním pojetí kvality života jako celkové úrovně pohody neboli well-being jednotlivců v dané společnosti. Považujeme za důležité nastínit historii, přestože ani zde neexistuje jednotná shoda, vztahující se k samotným počátkům výzkumů kvality života. I proto lze tvrdit, že zájem o kvalitu života je značný, čemuž odpovídají i počátky sahající až do dob řecké a římské mytologie. Zde byla poprvé zaznamenána zmínka o koncepci kvality života zejména ve spojitosti s autory Asclepia, Aesculapa (Vaďurová, Mühlpacher, 2005). Konkrétní otázku kvality života řešila dle Aristotela „*Etika Nikomachova*“ (Křivohlavý, 2001). Za prvotní výskyt jsou považována 20. léta 20. stol. a ekonomické pojetí autorů Ordwaye

a Osborna (in Mareš a kol., 2006), které není poprvé spojováno se spokojeností v souvislosti s množstvím spotřebovaného zboží, nýbrž s osobním prožíváním. I další autoři spojují toto období s kvalitou života v ekonomické oblasti a vlivu státu jako podpůrného činitele pro nižší sociální vrstvy, kdy se předmětem zkoumání stává vliv státních dotací a jejich následný dopad na státní rozpočet (Hnilicová in Payne, 2005; Vaďurová, Mühlpacher 2005; Vaďurová, 2006).

Ve 30. letech 20. století byl pojem kvality života zaveden Thorndikem do oblasti psychologie (Thorndike, 1935; Vaďurová, Mühlpacher, 2005). V 50. letech se pak stává kvalita života předmětem zájmu medicínské oblasti (Dragomirecká, Škoda, 1997). World Health Organization (WHO) v r. 1946 definovalo pojem zdraví, jenž byl v následujících letech rozšířen. Důsledky tohoto rozšíření se projeví v novém pojetí bio-psycho-sociálního modelu nemoci a zdraví.

S vývojem historických a politických událostí se pojem kvality života začal rozvíjet teprve po druhé světové válce, kdy jej Světová zdravotnická organizace (WHO) nově formulovala a rozšířila o definici zdraví, což následně rozpoutalo diskusi o měřitelnosti daného vymezení. Kvalita života, well-being a další termíny spojované s danou problematikou se staly cílem sociálních programů. Tato aktivita je spojována především s 60. lety 20. stol. a jejím hlavním iniciátorem byl americký prezident Johnson, který v sociálních programech („*The Great Society*“, „*The Beautiful America*“) propagoval zlepšování kvality života svých občanů. V tomto období se opět připomínají autoři Ordwaye a Osborn, kteří upozorňují na ekologické dopady vzrůstajícího ekonomického růstu ovlivňujícího kvalitu života občanů. Postupně se začíná uplatňovat širší pojetí tohoto pojmu, který je stále častěji pojímán především jako nemateriální dimenze života (Dufková 1986; Veenhoven, 2000). V roce 1961 rozšiřuje OSN Forresterův koncept, vymezující 4 dimenze (finance, stav znečištění životního prostředí, potravinové zabezpečení, růst počtu obyvatel) o další indikátory nazývané podmínky života (ochranu zdraví, zaměstnanost, pracovní podmínky, životní prostředky, uspokojování potřeb, oblečení, dopravu a komunikaci, výstavba bytů, odpočinek a zábavu, sociální jistoty, osobní svobodu) (Vaďurová, 2006).

V období 70. let 20. století začínají intenzivní tendence k vystižení a přesné definici pojmu kvality života pro oblast vědeckou (Linhart, 1996). Problematickou sférou se stávají snahy vystihnout hlavní a relevantní indikátory kvality života, které vedly Alexe Michalose v roce 1974 k založení časopisu „*Social Indicators Research*“ („*Zkoumání sociálních*

*indikátorů*“), vycházejícího ve Spojených státech amerických a Nizozemí. Odborný časopis dal možnost mnoha vědním oborům se v otevřené diskusi k dané problematice vyjádřit (Vaňurová, 2006; Galloway, 2006). Stejně významný podpůrný vliv na počet odborných článků o kvalitě života měl i druhý klíčový časopis „*The Journal of Happiness Studies*“, přičemž výsledkem vlivu těchto publikačních činností bylo první výzkumné šetření kvality života amerického obyvatelstva, jehož cílem byla identifikace subjektivních indikátorů, vycházejících primárně z potřeby a hodnocení samotného obyvatelstva, které by podpořilo a doplnilo objektivní výzkumy kvality života. V roce 1974 jsou Evropskou komisí OSN zařazeny do osmi kategorií tzv. sociální indikátory, mezi něž patří: kvalita pracovního prostředí, dostupnost zboží a služeb, zdraví, volný čas, sociální jistoty, seberozej, kvalita životního prostředí a účast na společenském životě (Halečka in Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Logickým vyústěním rozšířené oblasti indikátorů se stala operacionalizace pojmu, chceme-li určitá defragmentace na validní a významem odpovídající charakteristiky daného pojmu. Pojem se postupně transformuje, ale principem zůstává základní myšlenka, a to „žít jinak“. Cílem bylo tedy hledat a definovat i jiné ukazatele orientované na sociální kontext, které by umožnily zohlednit a hodnotit nejen objektivní, ale i subjektivní vnímání vlastní kvality života jedincem (Gullone, Cummins, 2002). Narůstá a rozšiřuje se tzv. konzumní způsob života jako tendence spojená s „*přeceňováním významu spotřeby hmotných statků, vyúsťující až ve spotřebu pro spotřebu*“ (Linhart, 1996, s. 532).

S příchodem 80. let 20. století se kvalitou života začala po sociologii intenzivněji zabývat i sociální psychiatrie, která tento pojem chápe jako kritérium pro hodnocení životní úrovně obyvatelstva, zejména v oblasti individuální spokojenosti; pro porovnávání potřeb jednotlivých skupin a hodnocení kvality poskytovaných služeb (Dragomirecká, Škoda, 1997). Ve výzkumné oblasti přetrvává pojetí kvality života ze subjektivního pohledu, je více kladen důraz na psychologický přístup, který umožňuje studium kognitivního hodnocení a emočního prožívání vlastního života z pohledu jedince (Hamplová, 2006).

Přechod a výrazný „boom“ ve výzkumech kvality života, životního stylu i hodnotových orientací přinesla druhá polovina 90. let 20. století. Obsahovost pojmu i samotného tématu kvality života se rozvíjela v souvislosti s průběhem časových změn, rozvojem společnosti a jejími proměnami (zvyšováním životního standardu, změnami ve struktuře zaměstnanosti, zrychlením životního tempa, možnosti přizpůsobit

si individuálně trávený volný čas aj.). Jsou zachyceny snahy o sjednocení a důkladné vymezení teoretických základů a vytvoření odpovídajících způsobů měření kvality života. Kvalita života je prostředkem četných oborů týkajících se člověka. Změny jsou spjaty zejména s oborem zdravotnickým, kdy se kvalita života v průběhu historického vývoje stává pro tuto oblast zcela samostatným pojmem (hodnocení zdravotního stavu, zdravotní péče, výstupů léčby aj.) Medicína disponuje moderními psychometrickými postupy, které dokázala vyvážit kvantitativními i kvalitativními přístupy, na základě nichž Světová zdravotnická organizace (WHO) vytvořila standardizovanou definici pojmu kvalita života, která je schopna adaptace a má k dispozici validizované instrumenty pro oblast konkrétního výzkumu (Dragomirecká, Bartoňová a kol., 2006).

V současné době se pozornost při zkoumání kvality života obrací převážně na subjektivní aspekty, zejména takové, jež by změřily pocit štěstí a míru životní spokojenosti. Přetrvává terminologická roztříštěnost jednotlivých pojmů ekvivalentních ke kvalitě života, tj. sociální pohoda (*social well-being*), sociální blahobyt (*social welfare*), životní spokojenost aj., kterou Hnilicová (in Payne, 2005) doplňuje termíny spokojenost se životem, pocit životního štěstí. V českém prostředí je s touto problematikou spojeno Psychiatrické centrum v Praze, a to konkrétně s osobnostmi Dragomireckou, Křivohlavým (ten se zabývá kvalitou života již od 80. let 20. století), vybranými pracovišti na tuzemských univerzitách a s dalšími odborníky jako Vaďurovou, Mühlpachrem, Kebzou, Hnilicovou, Vymětalem a dalšími (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Celosvětově je problematika kvality života v centru pozornosti řady odborníků, organizací a institutů, o nichž se budeme v dalších částech práce zmiňovat.

Samotný koncept kvality života se v posledních třech desetiletích prolíná do mnoha oblastí, v nichž aplikuje svůj výzkum, mj. proniká do oblasti vzdělávání, zejm. speciálního, sociální sféry a zdravotní péče. V současnosti převažují v našich podmínkách výzkumy věnované subjektivní kvalitě života, které se zaměřují zpravidla na tři tematické oblasti: celkovou spokojenost se životem; spokojenost s dílčími oblastmi života (např. rodinou, zaměstnáním a bydlením) a hledáním nejvýznamnějších faktorů, podmiňujících vznik subjektivního pocitu smysluplného života a souvztažnostmi mezi nimi. S ohledem na cílovou skupinu se v posledních dvou desetiletích aplikuje koncept kvality života i u osob s mentálním postižením. Původně ekonomický model se během 90. let ustálil a začal se zabývat potřebami těchto osob, tedy lidským bytím a smyslem života (Schalock, 2004). Multifaktoriální pojetí zaměřené zejména na jednání mělo za důsledek v oblasti

rozvoje jednotlivých modelů kvality života a konceptů, empiricky podložených, implementaci strategií pro zvyšování kvality života. Měření kvality života se zaměřilo na úroveň spokojenosti, kterou člověk pociťuje, pokud jde o jednotlivé domény a dimenze kvality života (subjektivní ukazatele nebo objektivní ukazatele) v kontextu okolností a vlivů (Schalock, 2008). Na koncept kvality života je tedy nazíráno z mnoha úhlů pohledu a operacionalizace daného pojmu je pojímána dle vědního zaměření, kdy si jednotlivé obory vybírají své ukazatele a způsoby hodnocení.

Původní pojetí, tedy ekonomické, vycházelo z hodnocení objektivních ukazatelů. Ekonomie se zabývá zejména produktivitou práce, hrubým domácím produktem, průměrnými výdělky obyvatel apod. Tato zcela jednoznačná data vnáší do problematiky potřebnou objektivnost, ovšem v případě pojetí chudoby a sociálního znevýhodnění jednotlivých vrstev obyvatel to znamená jediné, a to ztrátu jistoty. Bylo nutné zapojit další vědní obory věnující se právě skutečnému dopadu těchto kritických skutečností na kvalitu života jednotlivce v celospolečenském kontextu. Přesto i dnes stále zaujímá ekonomické pojetí důležitou roli při celkovém hodnocení kvality života (Veenhoven, 2000; Novosad, 2000; Mareš a kol., 2006).

Na subjektivní dopady se naopak zaměřuje obor psychologie, a to zejména na subjektivní pohodu jednotlivců, již se pomocí různých metod snaží měřit. Objektem zájmu tohoto přístupu je individualita jedince, jeho vnitřní prožívání, myšlení, potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, ale také negativní emoční dopady jako krize, deprese, poruchy nálad aj. Psychologie se tedy zajímá o celkové subjektivní hodnocení života jako takového s ohledem na individuální pojetí jednotlivce, ale i toho, co činí člověka spokojeného, vliv faktorů a způsob jakým jej ovlivňují (Hnilica, 2006).

Individuální pojetí hodnotového systému tedy nemusí být v souladu s celospolečenským nastavením těchto hodnot (Maslow, 1943). Základní soubor hodnot zůstává od počátku stejný, ovšem hodnoty vyššího rázu se mohou u každého jedince řadit jinak (např. význam hodnoty vlastního života). Maslowův (1943) hodnotový systém zastává významnou roli na poli kvality života, na základě něhož vytvořil obraz tzv. „psychologicky zdravého a spokojeného člověka“. Jak podotýká Calman (in Kebza, 2005) – v momentě, kdy jsou naše očekávání v souladu se subjektivně prožívanou realitou, považujeme svůj život za kvalitní. Vymětal (2003) dodává nutnost citové odezvy v pozitivním smyslu zejména od osob blízkých, a také nutnost společenského uplatnění, díky němuž roste sebeúcta daného jedince.



Psychologické pojetí tedy pracuje se subjektivním vnímáním a prožitky člověka s cílem pomoci vybudovat jedinci lepší život. V souvislosti se zdravotním stavem a vlivem na kvalitu života mj. u pacientů s chronickým či nevyléčitelným onemocněním se aplikuje psychoterapeutický přístup za dopomoci psychologických prostředků, zejména komunikačních a vztahových. Cílem je dosažení co nejvyšší možné kvality života prostřednictvím rehabilitace (Vymětal, 2003).

Přesah nad rámec více než jednoho vědního oboru ukončujeme problematikou zasahující do celospolečenského konceptu, kdy se kvalita života bezprostředně dotýká i ekologického, široce systémově obsáhlého environmentálního přístupu, orientovaného nejen na stav životního prostředí, ale taktéž na celkový stav společnosti a společenské klima, např. míru porušování práv, norem aj. Pojetí kvality života v této oblasti vychází z předpokladu, že každý jedinec má právo na život v příznivém prostředí (Halečka in Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Předchozí část ilustruje pluralitu pohledů na široce pojatý koncept kvality života, který je multifaktoriálně podmíněn jednotlivými aspekty, tj. fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem k životnímu prostředí, v němž se jedinec nachází (Vaďurová, 2006). Pro koncept kvality života je stěžejní klíčový pocit osobní pohody (*well-beingu*), jenž pramení z duševní, tělesné a sociální vyrovnanosti každého jedince. Z tohoto pojetí vyplývá, že kvalita života je dána subjektivním vnímáním individuálně prožívané životní reality. Veenhoven (2000) se snaží přístupy daných oborů shrnout do tzv. čtyř kvalit života, jež na základě vzájemné kombinace umožňují klasifikaci různých přístupů dle aspektů, na něž se každý z nich orientuje.

**Obrázek 1 Klasifikace čtyř kvalit života (Veenhoven, 2000)**

Čtyři kvality života	Vnější kvality (charakteristiky prostředí)	Vnitřní kvality (charakteristiky individua)
<b>Životní šance neboli předpoklady</b>	<b>DOBŘE PROSTŘEDÍ</b> životní prostředí, prosperita, životní úroveň, sociální podmínky ( <i>ekologie, sociologie, politologie</i> )	<b>ŽIVOTASCHOPNOST JEDINCE</b> fyzické zdraví, duševní zdraví, schopnost adaptace, umění žít, znalosti, schopnosti ( <i>lékařství, psychologie, pedagogika</i> )
<b>Životní výsledky</b>	<b>UŽITEČNOST ŽIVOTA</b> užitečnost jedince pro jeho okolí, společnost a lidstvo, morální předpoklad a zásady ( <i>filozofie</i> )	<b>VLASTNÍ HODNOCENÍ ŽIVOTA</b> štěstí, subjektivní pohoda, spokojenost, smysluplnost

Koncept kvality života v celkovém pohledu tedy zahrnuje zkušenosti a poznatky četných oborů. Multidimenzionální pojetí je výsledkem interakce těchto oborů,

ovlivňujících faktorů a podmínek (ekonomických, psychologických, sociálních, zdravotních a environmentálních) (Payne, 2005). Jak zdůrazňují Dragomirecká a Škoda (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11) kvalita života „leží na průsečíku mnoha soudobých tendencí a směrů, což má za následek velkou rozmanitost snah ji definičně vymezit“. Benáček a Reichlová (in Kortusová, 2007, s. 7) dodávají, že „koncept kvality života je pokusem zachytit fakt, že lidský život se odehrává na mnoha úrovních a všechny tyto dimenze lidského života ovlivňují to, zda je člověk šťastný a spokojený se svým životem“.

### **1.1.1 Terminologické vymezení**

Stejně jako pojetí celého multidimenzionálního konceptu je samotné terminologické vymezení velmi problematické. Již v úvodu jsme nastínili terminologickou nejednotnost, z čehož plyne, že vymezení kvality života je vysoce variabilní a může být vymezeno od obecného pojetí kvality života např. dle Campbella (in Salajka, 2006, s. 11), který ji vymezuje jako „rozdíl mezi *chtěnými a uskutečněnými životními cíli – čím větší tento rozdíl je, tím nižší je kvalita života*“, či podle Slámy (in Payne, 2005, s. 288) jako „*subjektivní globální hodnocení vlastního života*“ až po definice specificky zaměřené na konkrétní aspekty. Calman (in Kebza, 2005, s. 59) definuje individuální kvalitu života jako „*rozpor mezi sny, nadějemi a ambicemi každého člověka a jeho současnými reálnými zkušenostmi, přičemž lidé jsou obecně motivováni, aby tento rozpor byl eliminován, resp. odstraňován.*“ Vymezení nám ukazuje, že čím je rozpor mezi ambicemi a stávajícím životem nižší, tím více považujeme život za kvalitní. Kirby (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 12) konstatuje, že kvalita života je „*stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální psychologická i fyzická přání a potřeby.*“ Výsledkem je životní styl, skrze nějž se jedinec realizuje a naplňuje své vnitřní hodnoty. Na nejednotnost terminologického zastřešení upozorňuje Mareš a kol. (2006), který uvádí několik příčin. Stěžejním a již zmiňovaným problémem je oborová různost, která by umožnila širší a praktickou aplikovatelnost, stejně tak jako problematické zachycení skutečnosti a nutnost diferenciací na jednotlivé determinanty kvality života, jejichž označení, počet ani přístupnost není jasně vymezen.

Pojem kvalita života má svou historii a jeho výklad je touto historií podmíněn (Křížová in Payne a kol., 2005). Obsah tohoto pojmu je utvářen společenskými normami a hodnotami, není však omezen pouze na materiální výhody, ale upozorňuje i na skutečnost, že dostatek nemusí znamenat konformitu s většinovou společností.

Proměnlivost pojmu je tedy podmíněna místem, časem, kulturou, či politickou situací, což potvrzuje i Mareš a kol. (2006). Pojem „kvalita“ je odvozen od latinského „qualis“ (jaký). Terminologické vymezení „života“ může být obecně pojímáno jako život všech nebo život specifického druhu (Křivohlavý, 2001). Pro nás však představuje život lidský. Část slov je dále odvozena od kořene „qui“ (kdo). Můžeme si tedy položit otázku „kdo to je“. V českém pojmosloví nás kořen slova „kdo“ zavádí k tzv. žádanému stavu (Křivohlavý, 2004).

Uvádí se, že slovní spojení „kvalita života“ bylo podle mnohých zdrojů poprvé použito v práci „*Ekonomie blahobytu*“. Do sociologického pojmosloví se termín dostal až kolem 70. let 20. stol. V tomtéž období probíhalo právě na území USA i první šetření kvality života lidí, kdy bylo důležité vymezit a definovat subjektivní indikátory kvality života (Payne, 2005). V průběhu 20. stol. se objevuje již komplexnější pohled na nemoc a zdraví, který rozšiřuje původní fyziologicky vymezený pojem o další aspekty zohledňující vliv psychického stavu jedince, sociálního i širšího společenského prostředí. Zpočátku model tzv. bio-psycho-sociální se stává modelem bio-eko-psycho-sociálním. V následujících intencích je definice zdraví dle WHO (2007) v kvalitě života chápána jako individuální vztah člověka k jeho vlastním životním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům v daném kulturním, sociálním a environmentálním kontextu.

Kaplan a Bush (1982 in Malý, 2001) zavedli pojem kvality života ve vztahu ke zdraví a nazvali jej Health Related Quality of Life (dále jen HRQoL), ve snaze vymezit tu část kvality života, jež je primárně určována zdravím jedince a zdravotní péčí a může být ovlivněna klinickými intervencemi. HRQoL vychází především z oblasti sociální, tělesné a psychologické funkce jedince, úrovně chorob, schopnosti postarat se o sebe a z celkové citové pohody. Patrick a Erickson (in Vaňurová, 2006, s. 26) definují HRQoL jako „*hodnotu připisovanou životu, modifikovanému postižení, funkčnímu stavu, vnímání a sociálním příležitostem, které jsou ovlivněny nemocí, zraněním nebo léčbou*“.

Vedle pojmu „*quality of life*“ (kvalita života - QOL) existuje tedy celá řada souvisejících nebo souřadných pojmů, které jsou často užívány jako synonyma, s nimiž se můžeme setkat zejména v anglosaské literatuře, např. „*social well-being*“ (sociální pohoda), „*well-being*“ (pocit pohody), „*subjective well-being*“ (individuální stav pohody), „*social welfare*“ (sociální blahobyť), „*standard of living*“ (životní úroveň), popř. „*happiness*“ (štěstí), „*health*“ (zdraví), „*wealth*“ (bohatství), „*satisfaction*“ (spokojenost) aj. Pro ilustraci uvádíme definiční vymezení pojmu kvality života, jehož

cílem je podat základní a stěžejní spektrum definic daného pojmu s ohledem na specifickou empirickou část.

Zannotti (in Vaňurová, Mühlbacher, 2005, s. 12) pojímá kvalitu života komplexnější formou jako „*veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti jedince v celém jeho životě, přičemž spokojenost s různými aspekty má svou důležitost*“, což predikuje předpoklad, že měřením předem definovaných oblastí a jejich důležitosti pro jedince se kvalita života dá kvantifikovat. Měřitelným objektivním indikátorům jednotlivce či skupiny stavu sociální pohody se věnoval Johnston et al. (1994). O vlivu exogenních i endogenních faktorů a jejich vnímání a hodnocení ze strany jedince odrážející se v kvalitě života se zmiňovali již Szalai a Andrews (1980), jejichž definice vychází z jisté výjimečnosti na podkladě sebereflexe, spokojenosti a pohody.

V nejširším slova smyslu můžeme kvalitu života charakterizovat jako důsledek interakce mnoha rozličných faktorů – sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních, které vzájemným působením ovlivňují lidský rozvoj jednotlivce i celé společnosti (Bluden in Vaňurová, Mühlbacher, 2005). Nagpal a Dragomirecká (in Vaňurová, Mühlbacher, 2005) vymezují kvalitu života jako komplex měření vnímaný jedincem či skupinou ve specifických aspektech, tj. ve štěstí, spokojenosti, psychických, sociálních a fyzických potřebách. K multidimenzionálnímu pojetí se přiklání i skupina odborníků při Světové zdravotnické organizaci (dále jen WHOQOL, 1995), a pojmy jako „*stav zdraví*“, „*životní spokojenost*“, „*psychický stav*“ nebo „*pohoda*“ navzájem neztotožňuje.

Spektrum definic ve vztahu kvality života ke zdraví je mnohem širší a diskuse zatím nedospěla k obecně přijímanému úzu. Tyto definice však nejsou univerzální, neboť přechod od „*kvality života*“ ke „*štěstí*“ a „*životní spokojenosti*“ (viz 1.2) způsobil opět nejednoznačnost v přesné definici pojmů a jsou zaznamenány rozporuplné názory, jaký je tedy rozdíl mezi těmito pojmy. Hornquist (in Vaňurová, Mühlbacher, 2005) uvádí podstatu kvality života v uspokojování psychických, fyzických, sociálních a materiálních potřeb. Z těchto důvodů i další autoři např. Spilker (1990) uvádí, že by bylo nesprávné omezovat se jednou definicí, neboť šíře pojmu kvality života je diverzifikovaná a proměnlivá v čase. Mareš a kol. (2006) klade důraz na skutečnost, aby byly vzaty v potaz jednotlivé determinanty kvality života a bylo dosaženo ukotvitelnosti pojmu pro daný obor s ohledem na aplikační kontext. Jak podotýká Hnilicová (in Payne a kol., 2005) podstatou je spokojenost jedince s životem v daných podmínkách a dané společnosti. Hlavním

ukazatelem je tedy skutečnost, jak se lidem z dané společnosti za určitých podmínek žije, zdali jsou spokojeni a šťastní, pokud se tak cítí, nebo pokud o sobě říkají, že se tak cítí (Gallagher, Waite, 2000).

### ***1.1.2 Dimenze a determinanty kvality života***

Z předchozího textu je zřejmé, že byla vytvořena řada definic kvality života, které se různě prolínají a vyzdvihují její jednotlivé aspekty. V současné době ovšem neexistuje jedna zastřešující definice, tudíž stále existuje i široké spektrum různých přístupů a pojetí této problematiky. Jednotlivé dimenze se podílí na specifčnosti jednotlivých konstruktů i měřících nástrojů pro hodnocení kvality života. Za dimenze jsou v obecném pojetí považovány vlastnosti udávající velikost či míru, přičemž jsou nezbytným parametrem k tomu, aby mohly být tyto prvky v daném systému vymezeny. Dimenze jsou nejčastěji podřazenými složkami tzv. domén (Svobodová, 2009).

Další členění, jež se od jednotlivých dimenzí odvíjí, je určení tzv. determinant neboli činitelů – subjektivních, objektivních (Novosad, 2000), přičemž se pojmoslovně můžeme setkat i s indikátory (Schalock, 2004) či faktory (model dle WHO), ovšem jejich význam zůstává stejný, plní funkci proměnlivého parametru, jenž je rozhodující pro výsledný efekt prožívané kvality života daného jedince. Křížová (in Payne, 2005, s. 351) ke konceptu podotýká, že „*i když trvají výhrady pro jeho složitost, komplexnost, multidimenzionalitu a z toho vyplývající vágnost, existuje shoda, že zahrnuje tři hlavní domény*“, tj. psychickou pohodu (zaměření se na pozitivní aspekty, vitalitu, potlačení negativních emocí); fyzické prožívání (zdravotní stav, nutnost léčby, zdravotní obtíže apod.); sociální postavení (vzdělání, ekonomická situace, rodinný stav aj.) a vztahy jedince k druhým lidem (celospolečenské klima, úroveň sociálních služeb aj.).

Mezi nejznámější a nejcitovanější model hodnotící subjektivní kvalitu života patří holistické pojetí vytvořené Centrem pro podporu zdraví Univerzity v Torontu. Ten je konstruován na základě tří domén (být, patřit někam, realizovat se). V něm jsou zachyceny další podoblasti (dimenze), které jsou ve vzájemné interakci – jedinec a prostředí (proměnlivé determinanty). Kvalita života je tedy dána subjektivně, podmíněna sociálním, hodnotovým a kulturním významem jednotlivě vymezených oblastí, mírou zapojení se a participací jedince v těchto oblastech, které subjektivně hodnotí (Svobodová, 2009; Adámek, Němec, 2009).

Obdobný model (Schalock, 1993) lišící se v názvosloví jednotlivých kategorií, při nichž je kvalita života posuzována na základě třech oblastí a osmi domén, jež byly empiricky ověřeny, uplatňují autoři Bonham, Basehart, Schalock et al. (2004), Jenaro et al. (2005), Schalock (in Verdugo et al., 2005), Wang et al. (2010):

#### **Nezávislost**

- Osobní rozvoj (např. stav vzdělání, osobní dovednosti)
- Sebeurčení (např. autonomie, sebeovládání, osobní cíle)

#### **Sociální participace**

- Mezilidské vztahy (např. přátelství, společenské aktivity)
- Sociální začleňování (např. účast ve společnosti, role v komunitě)
- Právo (např. úcta, důstojnost v rovině lidské; spravedlnost v rovině právní)

#### **Blahobyť**

- Emocionální pohoda (např. bezpečnost, zkušenosti, eliminace stresu)
- Fyzická pohoda (např. zdravotní stav, odpočinek, fyzická námaha)
- Materiální pohoda (např. finanční stav, postavení v zaměstnání, bydlení)

Pojem kvality života umožňuje pochopení fungování jedince v kontextu využití jeho potenciálu v každé zmiňované oblasti.

Dle Vad'urové, Mühlpachra (2006) nahlížíme na kvalitu života v celkovém hodnocení ze dvou dimenzí – objektivní a subjektivní. Pacione (2003) vychází ze stejného principu, ovšem pojmenovává je zcela jinak, a to dimenzi *psychologickou*, tedy jak lidé prožívají svůj život a druhou *objektivní*, (environmentální a prostorovou), tedy v jakých podmínkách lidé žijí. Na stejné úrovni se danou problematikou zabývají i Jesenský (2000) a Novosad (2000), kteří vymezují ovlivňující činitele kvality života u osob se zdravotním postižením, jež mají přesah a je možno je generalizovat na úroveň celé společnosti. Jesenský (2000) vymezuje *činitele vnitřní*, Novosad (2000) *subjektivní determinanty*. Náplní u obou je somatické a psychické vybavení jedince ovlivněné postižením či onemocněním (tj. zdravotní limity, osobnostní specifika jedince, vlastní sebehodnocení, dopingové strategie), zahrnující aspekty, které ovlivňují rozvoj a integritu jedince (tj. vnější vlivy jako je rodina, komunita aj.). Druhou skupinou jsou *činitelé vnější* (Jesenský, 2000) či *objektivní determinanty* (Novosad, 2010), jež jsou prezentovány podmínkami existence života, tj. společensko-kulturními, výchovně-vzdělávacími, pracovními, environmentálními, ekonomickými a materiálně-technickými faktory.

Bluden (in Vařurová, Mühlpachr, 2005) zvyšuje počet a vymezuje čtyři dimenze spokojenosti, tj. fyzickou, materiální, kognitivní (pocit spokojenosti) a sociální pohodu (sounáležitost ke společnosti). Obecně vztažené vymezení kvality života na podkladě šesti dimenzí uvádí Cummins (1996 in Buchtová 2004). Dané pojetí není aplikováno pouze na kvalitu života pacientů, ale je obecně platné. Autor řadí do těchto oblastí sociální vztahy s rodinou a přáteli, well-being, zdraví, práci a aktivity, komunitní participaci a osobní bezpečnost. Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí tentýž počet dimenzí kvality života, které vyplývají z dotazníku WHOQOL-BREF (1996 in Džuka, 2004) a svou povahou nejvíce přibližují námi dané specifikaci uplatňované v disertační práci.

**Obrázek 2 Model Světové zdravotnické organizace (WHO)**

Dimenze	Faktory
Fyzická dimenze	prožívání bolesti, subjektivní hodnocení energie a vytrvalosti, schopnost uvolnit se, pohyblivost, pracovní způsobilost a závislost na lécích
Psychická dimenze	prožívání pozitivních a negativních emocí, sebehodnocení, vztah k vlastnímu tělu, schopnost koncentrace, schopnost učít se a dále spiritualita a její prožívání
Nezávislost	aspekty omezení tělesné nezávislosti a nutnosti používat pomůcky nebo léky
Sociální dimenze	subjektivní hodnocení osobních vztahů, sexuálního života a adekvátnosti sociální opory
Environmentální dimenze	sociální a fyzikální aspekty prostředí, jako je např. bydlení, kvalita okolí bydlení, finanční situace, dostupnost zdravotních služeb apod.
Náboženství, spiritualita	náboženské přesvědčení nebo pohled člověka na svět

Gajdoš (2002, s. 349) tuto celkovou multidimenzionalitu vnímá jako „komplex dimenzí lidského života a podmínek jejich dosahování.“ Tutéž myšlenku s ním sdílí Svobodová (2006), dle níž je podstata kvality života v odrazu interakce jedince s prostředím a skutečná kvalita je odrazem naplnění jednotlivých dimenzí v reálném životě, přičemž jsou zohledněna i jednotlivá omezení a příležitosti, jež se nám v životě naskytnou.

*Objektivní dimenze* je považována za souhrn sociálních, ekonomických, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. Tento život ovšem není možné popsat pouze pomocí objektivních ukazatelů čili toho, co je z vnějšího prostředí pozorovatelné, hodnotitelné a následně porovnatelné s ostatními. Původní záměr se stal nedostačujícím, neboť nedokázal vysvětlit různé pocity za stejných podmínek při použití objektivních deskriptorů. Z těchto důvodů je nutné zkoumat všechny faktory, tedy i ty subjektivní, které ukazují, jak lidé sami hodnotí svůj život, a doplňují charakteristiky obecných životních podmínek (Timoracký in Gál, Mesežnikov, Kollár, 2002).

Před několika lety představoval koncept kvality života materiální úroveň ve společnosti, dnes je záležitostí spíše nemateriálního charakteru (Rapley, 2003), která úzce souvisí s životní spokojeností. Dle Spilkera (1996) jsou tyto modely nejčastěji tříúrovňové, např. Schalock (2004) uvádí stručný model: *mikrosystém* – subjektivní QOL akcentován osobním hodnocením; *mezosystém* – objektivní QOL akcentován funkčním hodnocením; *makrosystém* – vnější podmínky zastoupené sociálními ukazateli. Dufková (1986) uvádí taktéž 3 základní typy pojetí: *makrostrukturální pojetí* – nejméně přesné, charakterizuje kvalitu života jako jedno z kritérií společenského pokroku; *mezostrukturální pojetí* – méně obecné, snaží se o podchycení kvality života menších sociálních celků, ovšem analýza nedospívá až k úrovni jednotlivců a *mikrostrukturální pojetí* – používá subjektivní přístup, pracuje s pojmy spokojenost, štěstí či sebereflexe, uspokojování potřeb apod. Čtyřstupňový hierarchický model objektivního charakteru prezentovali Bergsman a Engel (in Vaďurová, 2006) nebo Křivohlavý (2002 in Ludíková a kol., 2012). Jednotlivé sféry jsou členěny na makro, mezo, personální rovinu (mikro rovinu) a rovinu fyzické existence. Hierarchické modely mají jistou podobnost s Maslowovou pyramidou potřeb. Jednotlivé prvky kvality života jsou v uspořádané struktuře nižší a vyšší úrovně a mezi nimi jsou jisté provazby. (Svatoš, Švarcová in Mareš a kol., 2006) Tento přístup vzešel od Kováče (2001), který vytvořil tzv. Kováčův hierarchický model. První úroveň je tvořena bazální, existenční úrovní kvality života, druhá úroveň je civilizační a třetí klade důraz na kulturně-duchovní pojetí. Vše je zastřešeno proměnnou tzv. smyslem života.

*Subjektivní dimenze* má v současné době zásadní a určující vliv. Týká se již samotného vnímání jedincova postavení ve společnosti, kdy se výsledná spokojenost odvíjí od osobních cílů, očekávání a zájmů (Mühlpachr, Vaďurová, 2006). Důraz je kladen zejména na emoční stránku, tedy na prožívání a vnímání postavení sebe sama, je odrazem prožitých zkušeností, nastavení žebříčku hodnot a představ o životě. Subjektivní dimenze přináší odpovědi na jednotlivé životní domény (viz výše), které jsou ovlivňovány kulturními, sociálními a také osobnostními rysy (Hnilica 2006). Tyto klíčové domény/oblasti jsou pro všechny osoby totožné, ovšem individuálně se liší na základě jejich relativní hodnoty a důležitosti, které jim daný jedinec přikládá (Schalock, 2004). Kvalitu života propojenou se zdravím inklinující k psychologickému přístupu vymezuje Hnilica (2006), kdy při propojení pozitivních a negativních emocí dochází k dosažení štěstí a spokojenosti (*subjective well-being*), do níž patří *spokojenost se životem*, sám se sebou apod. a s *kvalitou života spojenou se zdravím*, tedy tím, jak se cítíme (únava, bezmoc,



spánek...). Třetí oblastí připojující se k těmto dvěma je tzv. subjektivní zdraví neboli *subjective health*. Subjektivní kvalitu života naopak v širších souvislostech vymezuje Health Related Quality of Life (HRQoL). Zaměřuje na determinanty jako pocit pohody, spokojenosti, fungování v každodenním životě, schopnost o sebe pečovat a zastávat konkrétní sociální role ve společnosti. Další rozměr je tvořen vnitřními zdroji, sociální oporou a materiálním zabezpečením (Řehulka, Řehulková, 2006).

Obě dimenze vychází z rozdílných konstruktů, a přestože poskytují rozdílná data, a jejich působení se projevuje v rozličných aspektech života podmíněnými socio-kulturním prostředím a v souladu s právy dané společnosti, jsou taktéž součástí jednotného a komplexního pohledu na kvalitu života (Ruggeri in Mühlpachr, Vaďurová, 2006; Koot, Wallander, in Mareš a kol., 2006). Preferovanou dimenzí je tedy dimenze subjektivní. Zcela zřejmá je tzv. dualita problematiky kvality života, neboť druhou oblast, o níž se kvalita života zajímá, je analýza podmínek, v nichž daný jedinec žije. Jedná se o rovinu sociální, zejména sociální oporu a kvalitu vztahů s okolím. Tyto složky nefungují odděleně, nýbrž jsou úzce propojeny. Mareš, Marešová (2004) zdůrazňují, že kvalita života není ztotožnitelná se stavem zdraví, životní spokojeností nebo pohodou, ale je komplexnější kategorií, jelikož obsahuje také další složky. Galloway a kol. (2006, s. 33-34) zmiňuje, že „*subjektivní well-being přesvědčivě demonstruje důležité asociace mezi tím, jak jedinci popisují svoji úroveň uspokojení a pozorovatelnými charakteristikami jejich osoby a společnosti, ve které žijí.*”

Jak bylo doloženo terminologická nejednotnost a neujasněnost pojmu kvality života může vyvolávat rozdílné postoje. Odborníci tento pojem charakterizují s jeho pozitivními i negativními vlastnostmi, přičemž ze strany společnosti je přijímán veskrze jako pozitivní činitel. Nejednoznačnost přetrvává i ve vymezení obsahu pojmu. Kvalita života je pojímána nejčastěji jako holistický model s vlastním významem nebo jako souhrn dílčích oblastí (dimenzí) v jednotlivých doménách života. Ovšem mnohdy je prolínána s pojmy životní spokojenost, životní úroveň, well-being aj. Stěžejní tedy je, že pro pozitivní dopad na životní spokojenost má vliv subjektivní a emoční prožívání jedince. Již zmiňovaný *well-being* neboli *životní spokojenost* je jako jeden z faktorů kvality života součástí definice kvality života Evropské nadace pro rozvoj životních a pracovních podmínek, dle níž je kvalita života multidimenzionální kategorií nejčastěji konceptualizována na základě well-beingu, štěstí a spokojenosti se životem (Frankovský, Kentoš in Buchtová, 2004). Vztah všech tří jmenovaných složek, a to kvality života,

osobní pohody i životní spokojenosti, kdy poslední dvě jsou autory ve většině případů považovány za totožné, jsou dle našeho záměru nejlépe vystiženy kvalitou života, jež je v úzkém vztahu s životní spokojeností, a často je charakterizována jako pojem vystihující kvalitu života jako celek (Kebza, Šolcová, 2004). Vzhledem k povaze disertační práce považujeme za podstatné s ohledem na empirii výzkumu věnovat se tomuto tématu samostatně v následující podkapitole.

## 1.2 Životní spokojenost jako přístup ke kvalitě života

Koncepci životní spokojenosti, kterou Blatný a kol. (2005) vymezuje jako jeden z klíčových pojmů osobní pohody neboli well-being, považujeme za důležitou. Cílem podkapitoly je vstupní informační rámec pro koncepci empirického výzkumu, jehož součástí tento multidimenzionálně pojatý koncept bude.

Životní spokojenost hodnotí celkový pohled na vlastní život, který vychází ze subjektivně hodnocených oblastí, nejčastěji sociálně či ekonomicky zaměřených (Blatný a kol., 2005). Hnilica (2004) charakterizuje celkovou životní spokojenost jako lineární a aditivní funkci spokojenosti v jednotlivých oblastech, k nimž patří rodina, přátelé, sousedé, práce, zdraví apod. Blatný a kol. (2005) nepřistupuje k hodnocení celkovému, nýbrž vnímá danou spokojenost v souladu s globální životní spokojeností, která tvoří další kognitivní složku osobní pohody, kterou Uppal (2006) definuje jako spokojenost se životem nebo také životní štěstí. O tendencích vymezení stavu nazývaného „*štěstí*“, ve kterém převažují pozitivní emoce nad negativními, a „*životní spokojenost*“, v níž se odráží rozumové hodnocení vlastního života, hovoří i Diener a Lucas (in Lewis, 2000), či Kim a Hatfield (2004). Waita a Gallaghery (2000) definují pojmy „*štěstí*“ a „*spokojenost*“ jako pozitivně a subjektivně vnímané blaho/pohodu, které jsou charakterizovány optimismem, pocity štěstí, vědomím vlastní hodnoty, dostatkem energie a aktivní účastí na společenském životě. Naopak Jombíková a Kováč (2007) jednotlivé pojmy člení a považují „*životní spokojenost*“ za kognitivní složku, „*osobní pohodu*“ za složku emocionální, přičemž „*štěstí*“ je celkovým stavem existence kvality života jedince. Van der Steen (in Kebza, 2005, s. 58) dodává „*v kvalitě života se promítá výrazně úroveň osobní pohody (well-being), úroveň schopnosti postarat se o sebe (sebeobsluhy), úroveň mobility a schopnosti ovlivňovat vývoj vlastního života*“.

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD, 2016, online) se nezaměřuje pouze na aktuální pocity osob, ale životní spokojenost měří jako celek

života každého jedince. Na stupnici od 1-10 je průměrná hodnota všech států OECD v koeficientu 6,6. Životní spokojenost jednotlivých států OECD je rozdílná. Mezi státy, jež mají poměrně nízkou úroveň životní spokojenosti, se řadí např. Estonsko, Řecko, Maďarsko, Portugalsko a Turecko. Kvalitativně nejhůře pod průměrem se hodnotí Polsko (6,0 stupně) a Slovensko (6,2 stupně). Naopak mezi státy s vysokou úrovní životní spokojenosti patří např. Dánsko, Island a Švýcarsko. Úroveň životní spokojenosti v České republice se pohybuje v souladu s koeficientem průměru 6,6 a je tedy kvalitativně o něco výše nežli Velká Británie s koeficientem 6,5. Přesto v porovnání s Nizozemím (7,3 stupně) či Dánském (7,5 stupně) jsou rozdíly v životní spokojenosti obyvatel znatelné (OECD, 2016, online).

Psychologicky orientovaný koncept byl navržen jedním z autorů, a to Dienerem (in Kebza, 2005, Diener, Suh in Uppal, 2006), jako „*subjective well-being*“, tedy obecně přijímaným indikátorem duševního zdraví, jenž je složen z kognitivních (životní spokojenost, morálka) a emočních (pozitivní a negativní emoce) aspektů. Kebza, Šolcová (2005) se k tomuto konceptu přiklání a vymezují well-being jako součást životní spokojenosti a jeden z indikátorů kvality života, jenž plní funkci vlivné determinanty na bázi subjektivní dimenze. Z konceptu Adlerovy humanistické psychologie vychází při posouzení well-beingu Hattie, Myers, Sweeney (2004), na jejímž podkladě vytvořili tzv. „*self wellness model*“, kdy „*wellness*“ je aplikováno ve smyslu stavu fyzického i duševního zdraví. Později byl model modifikován v duchu holistického pojetí s důrazem na individualizaci s pěti specifickými faktory. Well-being tak považujeme za pojem spojující koncepci kvality života a koncepci zdraví, kdy je autory (Fuchs, 2004; Gardner, Oswald, 2004 in Binder, Coad, 2013) považován za široký aspekt psychického zdraví. Je-li jedinec zdravý, tíhne k většímu pocitu štěstí a zvyšuje se tím i prožívání well-beingu (Graham, Lora, Veenhoven in Binder, Coad, 2013).

Blatný a kol. (2001, 2005) za kognitivní aspekt well-beingu považuje vědomé hodnocení vlastního života, zahrnující životní spokojenost, spokojenost v důležitých oblastech života a sebehodnocení. Emoční složka je dána souhrnem nálad, emocí, afektů, které mohou být příjemné i nepříjemné. Well-being je v pojetí Tamira a Biswas-Dienera (2004) považován za dlouhodobý stav pozitivního naladění než za jednorázový aktuální pocit. Časovému trvání well-beingu se věnovali Lucas, Clark, Georgillis, Diener (2004), kteří potvrzují jeho časovou stabilitu, měnící se v závislosti na životních událostech, jejichž vliv má trvání asi tří měsíců, a následně se po něm jedinec vrací do svého původního

naladění tzv. „set point“ hladiny. Koncept well-being jako jeden z přístupů ke kvalitě života považujeme za důležitý, neboť se v něm střetávají sociologické, psychologické i speciálněpedagogické tendence. Terminologicky je vztah mezi well-beingem a kvalitou života vykládán různě (viz 1.1.1), nejčastějším vyjádřením jsou české ekvivalentní pojmy „osobní pohoda“, „životní pohoda“, „pohoda“ (Kebza, 2005). Někdy se můžeme setkat i s pojmy jako „pocit blaha“, „subjektivní komfort“, „prožitek osobní pohody“ aj. Termín duševní či osobní pohoda byl zaveden na základě nedostatečného vymezení well-beingu (Kebza, 2005). Grob (1995 in Lašek, 2004), Baštecká, Goldmann (2001) a Vaďurová, Mühlpachr (2005) životní pohodu člení na *habituální* (zaměřenou na uspokojování potřeb člověka) a *aktuální* (stav spjatý s pozitivními zážitky a eliminací těch nepříznivých). Mezi autory tedy převládá nejednotný terminologický názor, ovšem jak dodává Hamplová (2006), většina přístupů se shoduje v subjektivním hodnocení životní spokojenosti.

### **1.2.1 Faktory ovlivňující životní spokojenost**

Snažíme-li vystihnout a specifikovat faktory neboli determinanty ovlivňující životní spokojenost, opět se navracíme ke specifikaci jednotlivých dimenzí kvality života a na ni vlivných činitelů. Vzhledem ke skutečnosti životní spokojenosti a well-beingu, který pojímá jedince v bio-psycho-sociálně-spirituální rovině, již Wilson (1967 in Uppal, 2006) konstatoval, že člověk mladý, zdravý, sebevědomý, vzdělaný, s dobře placeným zaměstnáním, spirituálně založený a se skromnými ambicemi má veškeré předpoklady dosáhnout životního štěstí. V posledních letech na tento fenomén vznikly převážně sociologicky a psychologicky orientované studie zaměřené na důležitost sociálního kontaktu a sociální podpory. Tyto koncepce byly orientovány na jednotlivé aspekty u osob se zdravotním postižením (Nada Raja, McGee, Stanton, 1992; Huurre, 1999 in Kef, Deković, 2004). Přesto Mehnert, Krauss, Nadler a Boyd (in Uppal, 2006) podotýkají, že zájem o dopad zdravotního postižení na well-being se v literatuře vyskytuje pouze zřídka (Binder, Coad, 2013) a že většina výzkumných tendencí je orientovaných na intaktní populaci (Uppal, 2006). Z tohoto důvodu bylo i voleno psychosociální pojetí disertační práce. Jednotlivé dimenze a determinanty (faktory) byly prezentovány v části 1.1.2, do níž spadá např. problematika psychického zdraví, vnímání, sebeúcty, přátel, rodiny, sociálních sítí, vztahů, spirituality, sexuality, integrace a sociální opory.

Výzkumy poukazují, že využití sociálních sítí a obzvláště kontaktů s přáteli u osob se zdravotním postižením je funkční a účinnou strategií pro zvládání společenského života.

Ovšem stejně tak se ale ve vyšší míře objevuje jistá sociální úzkostnost (Pontari, 2001 in Kef, Deković, 2004; Adámek, Němec, 2009). Specifické stresory související se zdravotním omezením (např. sociální stigma) pak vytváří značné limity schopnosti udržet a restrukturalizovat vztahy (Lyons, Sullivan, Ritvo, 1995). Tím jsou myšleny dle Costy a McCrae (1980, in Blatný, 2001) negativní vlivy projevující se např. neuroticismem. To může být jedním z důvodů, proč lidé s mentálním postižením často navazují přátelství s lidmi se stejným typem zdravotního postižení (Emerson, McWilly, 2004).

Kennedy (1989) ovšem již dříve upozornil, že navození přátelství osob s mentálním postižením a osob intaktních je skutečným klíčovým faktorem integrace. Janečková (in Payne, 2005) zmiňuje i vliv životních událostí, k čemuž jistě změna bydlení např. z institucionální péče do chráněné formy patří. Dochází k celkové změně v životě jedince. K těmto životním změnám mohou pomoci jiné formy sociálních služeb, ať již terénních či pobytových. Švarcová (2011) podotýká, že koncept chráněného bydlení, a tedy i úspěšný proces socializace jedince má význam pouze za předpokladu, kdy jeho uživatelé pracují, navštěvují různá centra a instituce pro zaměstnávání a volný čas. Samotná fyzická přítomnost ve většinové společnosti tedy ještě sama o sobě nepřispívá k dosažení integrace, nýbrž osoby s mentálním postižením často zůstávají na jejím okraji (Emerson, McWilly, 2004). Dolan (in Binder, Coad, 2013) zjistil, že mentální postižení má silnější dopad na well-being než problémy fyzického rázu, a to i přes obecnou tendenci hodnotit spíše zdraví fyzické než psychické.

Výše uvedené skutečnosti nám předestírají specifikaci jednotlivých faktorů ovlivňujících well-being. Stejně jako u kvality života vymezujeme dvě základní kategorie, *objektivní* a *subjektivní*. Objektivní životní události působí jako prediktory osobní pohody. Zkoumá se např. vliv věku, pohlaví, zdravotního stavu, manželství a vzdělání na úroveň osobní pohody (Gullone, Cummins, 2002; Schusterová) s vlivem materiálních (ekonomických) faktorů (příjem, zaměstnání, status) a z nich plynoucí spokojenosti jedince (Biswas-Diener, Diener, Tamir, 2004; Adámek, Němec, 2009). U osobní pohody hovoříme o dvou přístupech tzv. „*top-down*“ a „*bottom-up*“ (Schusterová, 2007, Gullone, Cummins, 2002). *Top-down* vychází z hodnocení a interpretace pozitivních/negativních zkušeností a zážitků (osobnostní rysy, adaptace, copingové strategie, potřeby, hodnoty a cíle). *Bottom-up* vychází z pohody v jednotlivých životních oblastech (zdraví, práce, manželství aj.). Za méně významné faktory objektivního rázu jsou naopak považovány v případě

Hamplové (2004) *vzdělání* a v případě Blatného (2001) *objektivní životní události*. Vzhledem k celkové povaze práce se primárně zaměříme na faktory subjektivní čili faktory psychosociální. Někteří autoři (např. Campbell, Converse, Rodgers, 1976; Herzog, Rodgers, 1981 in Diener, Ryan, 2006) řadili mezi ukazatele subjektivního well-beingu *věk* a zjistili, že tato komponenta nemá vliv na životní spokojenost. Ovšem v důsledku nejednotnosti se objevují i doklady o tom, že jiní autoři (např. Robinson, Shave, 1973; Candace, Gatz, 1991) došli ke zcela opačnému názoru. Obecně vchází v platnost, že čím vyšší věk, tím větší spokojenost (Rodný, Rodná, 2001).

Hamplová (2006) k subjektivním faktorům přiřazuje rodinu a práci, o níž Blanchflower a Oswald (in Uppal, 2006) podotýkají, že konkrétně z oblasti práce v kontextu nezaměstnanosti je prokázán zcela zásadní negativní vliv na subjektivní well-being. Rozdílům mezi subjektivním vnímáním kvality života nezaměstnaných osob a metodách pozitivního přístupu působícího na tento proces ve srovnání se skupinou osob zaměstnaných se věnovala Buchtová (2004). Banfalvy (in Goode, 1994) upozornil, že nalezení odpovídajícího zaměstnání v případě osob s mentálním postižením je velmi problematické. Zdravotní postižení znamená i v této oblasti znevýhodnění, které se váže již k době ukončení školských studií, po nichž je velmi těžké práci získat. Z dlouhodobého hlediska má ovšem příprava na pracovní proces svůj význam spočívající v úspěšném začlenění na trh práce (Kasáčková, Kozáková in Finková, Langer, 2014). Naopak Kirby (in Dragomirecká, Bartoňová, 2006) v této souvislosti nepovažuje vzdělávání, bezpečnost ani stabilitu za významné faktory sehrávající stěžejní roli v dopadu na jedince. Celková spokojenost je výsledkem osobních hodnot a životního stylu, jehož prostřednictvím se snaží člověk o naplnění.

V souvislosti subjektivního well-beingu se zmiňovanou Maslowovou pyramidou potřeb byla zkoumána i důležitost finančního zázemí. Z provedených výzkumů nebyl signifikantně potvrzen vztah mezi finančními příjmy a well-beingem (Clark, Oswald in Uppal, 2006), přestože malý pozitivní přínos s sebou přináší (Diener, Sandvik, Haring in Uppal, 2006). Blatný (2001) k výčtu doplňuje důležitost dosahování cílů, naplňování přání, pozitivní hodnocení vlastní osoby, temperamentové charakteristiky osobnosti, jež jsou považovány za jeden z nejlepších prediktorů životní spokojenosti, soulad mezi subjektivně vnímanou realitou a ideální představou světa, pozitivní interpersonální vztahy, vyhledávání pozitivních aspektů stresujících situací a zaměření se na problém orientovaných strategií.

Ve vymezení konceptu životní spokojenosti a well-beingu ve vztahu ke kvalitě života se setkáváme opět s nejednotností mnohých definic, jež považují za stěžejní vždy určitou část jimi vymezovaných determinantů. Pro samotného jedince je však klíčové subjektivní prožívání reality a celkový pocit pohody, který pramení z fyzické, duševní a sociální vyrovnanosti, na čemž se většina autorů shodne. Pro náš účel výzkumu jsou stěžejní psychosociální determinanty, které považujeme za rozhodující, neboť utváří sebehodnocení a ovlivňují postoje, hodnoty či chování jedince s vlivem na celkovou životní spokojenost v kontextu kvality života.

### **1.3 Hodnocení a měření kvality života**

Vzhledem k charakteru empirické části považujeme za žádoucí osvětlit a stručně nastínit současné snahy o evaluaci kvality života a charakter jejího hodnocení. Prvotní snahy o měření kvality života můžeme zaznamenat v průběhu 20. století. Jejich tendence směřovaly zejména ke skupině osob s chronickým či nevyлéčitelným onemocněním, k osobám seniorského věku atp. Prvotní snahy jsou tedy spíše spjaty se sledováním a hodnocením stavu pacienta. Postupně tento trend přechází k hledání cest, jehož cílem je kvalitativní zachycení stavu pacienta a jeho subjektivní prožívání (dopad na účinky léčby, terapie). Tento přístup samozřejmě změnil celkový pohled na kvalitu života, do té doby měřenou pouze objektivními indikátory, a přinesl zcela nové informace. V tomto momentě tedy vyvstává otázka, zdali je kvalita života, či subjektivně prožívaná životní spokojenost měřitelná, případně jakými metodami, a které indikátory jsou pro ni stěžejní (Dragomirecká in Vařurová, Mühlpachr, 2005).

Odborníci na toto téma polemizovali již poč. 80. let, kdy vzrostl i počet dotazníků zabývajících se jednotlivými aspekty kvality života, kterých máme v současné době více než 500. S měřitelností kvality života operuje lékařský slovník, jenž konstatuje, že kvalita života jedince souvisí s jeho individuálním životním stylem, ale i přes existenci nástrojů k hodnocení fyzické a sociální dimenze zůstává kvalitou subjektivní, a je proto obtížné ji hodnotit (The Free Dictionary, 2015, online). K podobnému názoru se přiklání Centrum pro kontrolu a prevenci chorob, které upozorňuje na multidimenzionalitu pojmu, a tedy i obtížnost jeho měřitelnosti, neboť pro každého jedince může tento pojem být vysoce subjektivní, což jej činí obtížně měřitelným. Termín v sobě zahrnuje nejen oblast zdraví, ale i bydlení, zaměstnanost, vzdělání, prostředí a kulturu (Centers for Disease Control and Prevention, 2015, online). Taktéž Verdugo, Schalock, Keith, Stancliffé (2005)

charakterizují současný přístup k měření kvality života jako vícerozměrový koncept (zahrnuje základní domény a ukazatele), využívající metodologický pluralismus, tedy užití objektivních a subjektivních opatření. Systém začlenění zachycuje vliv prostředí na osoby na úrovni mikro-, mezo- a makrosystému, navrhuje a implementuje postupy pro vyšší účast osob s mentálním postižením ve výzkumných procesech.

Rozporuplné názory obou stran poukazují na skutečnost, že se stále ani převážná část odborného pléna neustálila nejen na jedné zastřešující definici kvality života, ale ani na jejím uceleném měření. Stěžejní problém představuje dvousložkový charakter, ve smyslu objektivního a subjektivního vymezení. Jak podotýká Kirby (in Dragomirecká, Bartoňová, 2006) kvalita života bývá měřena ze třech různých úhlů pohledu jako objektivní (sociální ukazatele), subjektivní (celková spokojenost se životem) a subjektivní spokojenost s jednotlivými složkami měřitelné kvality života. Adámek a Němec (2009) připouští,

že z hlediska měření můžeme tyto složky dělit, neboť existují akceptovatelné metody na měření kvality života ve smyslu well-beingu (jako osobní pohody) a dalších. Setkáváme se tak s limitní oblastí, kdy ve snaze získat co nejvíce údajů o měřených veličinách je mnoho nástrojů sestaveno na co nejširší záběr dané problematiky, který nemá konkrétní výstupy, pouze ty obecné. Svoboda (1999) upozorňuje na důležitost zachycení potřebné validity s reliabilitou a stanovení si, k čemu je daný test určen, co má prokázat a zdali odpovídá realitě, která je či má být hodnocena. Dragomirecká a Škoda (1997) kladou důraz na standardizaci, kterou je třeba zohlednit, v případě že byl test vytvořen na určitý vzorek populace za určitých okolností, přičemž při volbě je potřeba zvažovat možnosti mezikulturního přenosu, způsob formulace otázek dotazníku, pozitivní náhled na zdraví, pozitivní vyznění otázek a také srovnatelnost jednotlivých testů.

Standardními nástroji pro zjišťování kvality života je nejčastěji volena dotazníková metoda či strukturované interview (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Dotazníky jsou dále diferencovány do několika kategorií, a to dotazníky kvality života určené pro *intaktní populaci* a *speciální* dotazníky určené např. pro osoby se zdravotním postižením, onemocněním aj. Slováček, Jebavý (2007) či Guyatta (in Salajka, 2006) v tomto kontextu diferencují dotazníky na *generické* (obecné) a *specifické* (pro dané onemocnění nebo specifický aspekt kvality života). Někteří autoři (Blažek, Kačerovský, 2004; Slováček, Jebavý, 2007; Slováček, Slováčková, Jebavý, 2004) uvádí ještě třetí typ dotazníků, tzv. *standardizované behaviour testy*, hodnotící fyzické a kognitivní funkce.



První typ zmiňovaných dotazníků - *generické*, jsou aplikovatelné na jakýkoli soubor pacientů, ale i zdravé populace (bez ohledu na pohlaví či věk). Jejich výhodou je možnost porovnání různých skupin osob, v rozličných životních podmínkách apod. Druhým typem jsou dotazníky *specifické*. Jejich hlavní výhodou je úzká specifikace, která v sobě implikuje citlivost hodnocení pro danou oblast. Tyto nástroje určené k měření kvality života zdravím diferencujeme do tří kategorií dle jejich zaměření: nástroje zaměřené na onemocnění (symptomy, průběh a léčba); projevy nemoci (bolest, únava, deprese aj.) a léčbu s jejím dopadem na jedince. Vaďurová (2006) ovšem upozorňuje na nevýhodu dotazníků, kterou je neschopnost zachytit veškeré aspekty funkčního zdraví a osobní pohody (well-beingu). I Dragomirecká s Bartoňovou (2006) potvrzují, že výsledky z těchto měření jsou obtížně srovnatelné a zobecnitelné. Často jsou tedy součástí specifických dotazníků i dotazníky generické – např. u Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL) je nedílnou součástí generický dotazník SF 36 apod. (Slováček, Jebavý, 2007).

Základní dělení shodující se s objektivním a subjektivním hodnocením přináší Křivohlavý (2002), který měřicí nástroje dělí na tři základní skupiny, tj. *objektivní* (metody měření kvality života jsou hodnoceny druhou osobou), *subjektivní* (metody měření, kde hodnotitelem je přímo daná osoba) a metody *smíšené* (kombinace metod první a druhé skupiny). Mezi *objektivní metody* jsou řazeny např. ILF – Index kvality života (hodnocení stavu pacienta hodnotitelem a dalším týmem (lékař, psycholog aj.) na základě identifikace jednotlivých dimenzí, např. finanční situace, dyskomfortu, sebeobslužnosti, sociální komunikace aj.), dále VAS – Visual Analogous Scale (kvalita pacientova života vyjádřená na vizuální škále), APACHE II – Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System (podchycení celkového stavu pacienta na základě fyziologických a patofyziologických kritérií). Mezi nejznámější patří Karnofsky Performance Status Scale (zaměřený na tělesnou dimenzi, kdy hodnotu indexu stanovuje lékař a vyjadřuje se k celkovému stavu pacienta), World Health Organization Quality of Life Assessment. aj. (Křivohlavý, 2002; Vaďurová, Mühlpachar, 2005).

Aktuální výzkumné tendence se přiklání k měření subjektivnímu. Tyto metody kladou důležitost na kvalitu života, tedy na dimenze spokojenosti s dosahováním cílů, nadějí, smyslem života apod. Stěžejní je zohlednění subjektivity jedince a také skutečnost, že se toto vnímání může v průběhu času a uskutečněných událostí měnit (Křivohlavý 2002, 2004). Na tomto základě vznikla koncepce SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), která probíhá formou strukturovaného rozhovoru, během

něhož se výzkumník snaží zjistit důležité aspekty (životní cíle a míru uspokojení) života respondenta. Tato metoda staví na výpovědích jedince. Toto pojetí kvality života je individuální a závisí na vlastním systému hodnot dané osoby, tato osoba si sama určuje důležitost aspektů života, které se mohou v průběhu života měnit (Křivohlavý, 2004). Celková spokojenost může být určena objektivní metodou tzv. VAS škálou (Visual Analogous Scale), tedy stanovením hodnoty celkové spokojenosti se svým životem hodnocenou na škále 0 – 100 % (Křivohlavý, 2001). Mezi další koncepce patří SQUALA – Subjective Quality of Life Analysis (vycházející z Maslowovy teorie potřeb, kdy jedinec hodnotí faktory jako svobodu, pravdu, spravedlnost aj.). Tato koncepce je plně využívána v medicíně, psychologii, pedagogice a sociální sféře za účelem zkvalitnění péče a služeb. Hodnocení ve 4 doménách se věnuje QWS – Quality of Well-being Scale (pohybové aktivity, společenské aktivity, mobilita a komplexní problémy); HRQoL – Health Related Quality of Life se zaměřuje se na sebehodnocení z hlediska zdraví, tzn. na rizikové faktory jako kouření. Měřením můžeme předejít rizikovým faktorům, pomáhá monitorovat pokrok v dosahování cílů na celorepublikové úrovni. Posuzovací škála stresu a neschopnosti DDRS – Distress and Disability Rating Scale posuzuje hodnoty zdravých i nemocných lidí v různých částech světa, jež jsou považovány za podstatné, otázkou však zůstává reliabilita při srovnání těchto zemí (Křivohlavý, 2002, Vařurová, Mühlpachr, 2005).

Pro sledování vlivu různých psychologických intervenčních zásahů a zjištění aktuální životní spokojenosti je doporučován Dotazník životní spokojenosti (DŽS) od autorů Fahrenberga, Myrteka, Schumachera a Brählera (2001), který byl publikován v české edici Rodného, Rodné (2001). Dotazník slouží k posouzení celkové životní spokojenosti v 10 oblastech (zdraví; práce a zaměstnání; finanční situace; volný čas; manželství a partnerství; vztah k vlastním dětem; vlastní osoba; sexualita; přátelé, známí, příbuzní; bydlení). Každá oblast je posuzována na 7 bodové škále a je sycena 7 položkami. Do výpočtu celkové životní spokojenosti nemusí být započítány oblasti: práce a zaměstnání; manželství a partnerství; vztah k vlastním dětem. Používá se pro individuální diagnostiku i pro posuzování kvality života u vybraných skupin populace. Uvedené normy z původního vydání (německá populace) jsou pouze orientační. Administrace dotazníku je individuální i skupinová, bez časového limitu (průměrně uváděná doba je 5-10 minut). Dalším nástrojem pro sledování kvality života je Dotazník kvality života QoL.Q (Shalock, Keith, 1993) zjišťující kvalitu života v jednotlivých psychosociálních dimenzích: spokojenost; schopnost/produktivitu; možnost rozhodovat se/nezávislost; sociální

sounáležitost/zapojení do komunity. Tento dotazník je určen přímo pro cílovou skupinu osob s mentálním postižením.

V současné době tedy existuje nepřehledné množství metod pro měření kvality života a subjektivního well-beingu. Cílem podkapitoly není popis všech metod, ale vzhled do dané problematiky s provázaností na empirickou část práce. Jak uvádí Adámek, Němec (2005) výzkumy v oblasti kvality života jsou prováděny s cílem porozumět situaci, v níž se aktuálně nacházíme a z důvodu srovnání míry spokojenosti v různých vrstvách společnosti. Při ověřování uvedených konceptů se v praxi můžeme setkat s limity cílové skupiny osob s mentálním postižením, jež plynou ze specifík osobnosti těchto jedinců. To je jeden z hlavních důvodů, jimiž operuje odborná veřejnost v diskusi, proč nebyly vytvářeny žádné specifické nástroje pro osoby s mentálním postižením, neboť dle některých autorů (Willimas, Heslop, 2005; Yen, Lin, Loh, 2009) je tato skupina osob problematická vzhledem k složitosti kognitivních, emocionálních, fyzických i psychických procesů. Adámek, Němec (2005) ovšem upozorňují na skutečnost, že jednotlivé údaje a dotazníky jsou obtížně srovnatelné, neboť kvalita života se může ve společnosti lišit již jen územně a ve srovnání s jinými státy nelze stanovit vzájemný „index spokojenosti“ z důvodu rozdílně působících aspektů (rodina, potřeby, historie).

#### **1.4 Specifika kvality života u osob s postižením**

Tento oddíl textu již přímo konkretizuje problematiku hodnocení kvality života u osob se zdravotním postižením, osoby s mentálním postižením nevyjímaje. Dostáváme se tak stále blíže k samotnému jádru tematického zaměření této práce. Historický vývoj ukazuje změny v přístupu k osobám se zdravotním, mj. i s mentálním postižením, který se v průběhu let významně měnil. Jak uvádí Michalík (2013), dosud se výzkumy ke kvalitě života osob se zdravotním postižením objevovaly ojediněle a teprve v posledních letech se vyskytují koncepčně, ovšem s převahou ve spojitosti kvality života se zdravím. Mezinárodní klasifikace fungování, postižení a zdraví dle WHO ale naopak akcentuje sociální dimenzi zdravotního postižení a omezení z něj vyplývající (Vaňurová, Mühlpachr, 2005). Potřeba hodnocení kvality života specifických skupin směřuje ke zkvalitnění a optimalizaci komplexně pojaté individualizované intervence, která má za cíl dosažení maximální možné míry socializace, integrace jedince se zdravotním postižením do intaktní společnosti a současně směřuje ke zlepšení subjektivně prožívané kvality života ve smyslu štěstí a subjektivní pohody.

Základním východiskem pro osvojování si sociální zkušenosti je sociální interakce. Pokud sociální interakce probíhá ve skupině, učí se člověk sociálnímu chování vůči členům skupiny a učí se své roli ve společnosti (Tokárová, 2007). Z psychologického hlediska je proces posilování kompetencí definován jako „*osvojování si způsobů chování a seznamování se s kulturním prostředím, osvojení si společenských norem, plné přizpůsobení se společenskému životu*“ (Sollárová in Komárková a kol., 2001, s. 49). Pro vývoj jedince a jeho duševní pohodu jsou nesmírně důležité vztahy, které se odráží na celkovém prožitku. Specifika osobnosti osob s mentálním postižením jsou ovšem primární příčinou, jež způsobuje, že samotná fyzická přítomnost ve většinové společnosti ještě sama o sobě nepřispívá k dosažení integrace (Emerson, McWilly, 2004). K dospělému člověku s mentálním postižením bychom proto měli přistupovat jako ke každé jiné dospělé osobě, nikoli jako k dítěti či k nemocnému. Valenta a Müller (2013, s. 99) považují socializaci za nejdůležitější prostředek integrace jedince se zdravotním postižením a uvádí, že v současné době je chápána „*nejen jako objektivní začlenění do společnosti (pracovní, edukační, společenské...), ale i subjektivní související s naplněním jeho potřeb seberealizace a sebeuspokojení*“.

Inkluze, tedy vyšší stupeň integrace, dle Požára (in Lechta 2010) vyžaduje jistou přípravu, resp. změnu myšlení většinové společnosti, její posun ve vnímání, jejíž součástí osoby se zdravotním postižením jsou a budou. Inkluze tedy znamená, že se každý člověk rodí do společnosti, která akceptuje jakékoli odlišnosti svého člena, a „jiný“ znamená být normální. Specifickou životní situaci jedinců se zdravotním postižením vytváří tedy většinová společnost, nikoli sama cílová skupina, a proto jsou aktuálně podporovány tendence, kdy mohou samy tyto osoby identifikovat aspekty znevýhodňujícího prostředí. Intenzivně se danou problematikou kvality života zabývá sociální oblast ve svých Národních plánech podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.

V roce 2004 se staly předmětem zkoumání „*klíčové oblasti života osob se zdravotním postižením, jako je např. zákaz diskriminace, vzdělávání, sociální zabezpečení, zaměstnávání, zdravotnictví, přístupnost prostředí. Každá z těchto částí byla strukturovaná na popis současné situace, cíle, úkoly a opatření na roky 2004 až 2009*“ (vláda, 2015, online, s. 9). Následně byly stanoveny podklady pro čtvrtý plán, v němž byla přijata opatření k těmto cílům, především změny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nově definoval základní druhy a formy sociálních služeb včetně práv a kompetencí uživatelů sociálních služeb. Součástí bylo mj. i zavedení systému nezávislého dohledu nad

kvalitou sociálních služeb založeného na zákonem stanovených standardech kvality sociálních služeb aj. V pátém plánu na období 2010–2014 měla zásadní vliv Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (ratifikována v 09/2009). Byl přijat nový občanský zákoník, díky němuž došlo ke zrušení institutu zbavení způsobilosti k právním úkonům, který byl nahrazen institutem omezení svéprávnosti. Tento plán měl v dílčích úkonech stanovenu i „výzkumnou činnost v oblasti sociologie handicapu a kvality života občanů se zdravotním postižením, nezbytnou pro přípravu koncepčních dokumentů a legislativních úprav“ (Michalík, 2013, s. 50). Současný plán na rok 2015–2020 konstatuje, že prokazatelně došlo „ke zlepšení přístupu státu k osobám se zdravotním postižením, k pokrokům a zajištění kvalitnějšího a důstojnějšího života této skupiny osob“. (...) „V důsledku naplňování těchto plánů a úsilí organizací zastupujících osoby se zdravotním postižením a státních institucí došlo k celkovému a zásadnímu pozitivnímu obratu ve vnímání osob se zdravotním postižením a jejich potřeb v celé společnosti“ (vláda, 2015, online). Taktéž ale neopomíná podotknout, že stále je spousta otázek nedořešených a nezodpovězených vztahující se právě ke kvalitě života jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením, např. v oblasti zaměstnanosti apod. (vláda, online, 2015) Plány ukazují pohled většinové společnosti na opatření, jež přijímáme v rámci většinové společnosti; jak tuto situaci ale vnímají samotní koncoví uživatelé, na něž jsou tato opatření mířena, to nám má pomoci rozkrýt námi aplikovaný empirický výzkum.

S ohledem na dané skutečnosti spatřujeme zásadní význam v psychosociálním pojetí dané problematiky, na úrovni sociální a psycho-emocionální, determinující se v jednotlivých aspektech kvality života jedince v kontextu subjektivního well-being. Otevřeným přístupem ke konkrétním specifikům kvality života osob s mentálním postižením bychom chtěli rozšířit speciálněpedagogickou teoretickou základu na podkladě praktických výstupů řešené problematiky měnícího se stavu deinstitucionalizace – integrace – transformace, jenž by měl mj. reflektovat psychologické a sociálně-vztahové potřeby dospělých osob s mentálním postižením. Tyto však v tuzemských odborných studiích absentují. Utrzuje nás v tom skutečnost, že v současné době u nás neexistují rozsáhlejší odborné výstupy, které by na psychosociální dimenzi a determinanty kvality života nahlížely prizmatem konkrétní cílové skupiny. Záměrem disertační práce, která je na pomezí disciplín speciálně-pedagogických, psychologických a sociálních, je zaměření se na marginální téma úzce spjaté s danou tematikou kvality života a jejích determinant při identifikaci psychických a sociálních potřeb u individuálně socializovaných jedinců

s mentálním postižením v prostředí chráněných bydlení v komparaci s domovy pro osoby se zdravotním postižením. Tyto vzájemně propojené oblasti lidských potřeb jsou totiž prediktorem úspěšné realizace transformačních záměrů, ale i odrazem kvalitně prožívaného života a celkové životní spokojenosti.

## 2 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A KVALITA ŽIVOTA

Sociální služby prošly a prochází vývojem, jenž je v posledních letech zachycen procesem deinstitucionalizace a transformace, tedy fenoménů směřujících ke zvýšení kvality života a životní spokojenosti uživatelů služeb, jichž se tato problematika bezprostředně dotýká. Z těchto důvodů se i tato práce zaměřuje na specifické prostředí, a to na institucionální péči (domovy pro osoby se zdravotním postižením) a prostředí chráněného bydlení.

Krátkým exkurzem do historie nastíníme úmysl a vývoj sociálních služeb, jejichž cílem bylo vždy pomáhat lidem sociálně znevýhodněným (Matoušek, 2012). Orientaci směrem k chudobným lidem zaznamenáváme již od starověku, kdy k těmto osobám bylo přistupováno zcela represivně (docházelo k sociálnímu vyloučení), což přetrvalo až do novověku. Ve středověku jsou zaznamenány jisté tendence, které dle Matouška (2007) můžeme s nadsázkou označit za „sociální instituce“ poskytující pomoc chudým. O prvních sociálních službách však hovoříme teprve ve spojitosti se zakládáním klášterů, kde na základě plánování a organizace byla chudým lidem poskytována dlouhodobá pomoc, tzv. chudinská péče. Cílová skupina se postupně rozšiřovala na osoby s duševním onemocněním, tuláky, nemocné nakažlivými chorobami aj. (Krejčířová, Treznerová, 2011). Na přelomu 18. a 19. století je vymezována „*doba koncentrace znevýhodněných ve specializovaných ústavních zařízeních*“ (Matoušek, 2012, s. 22). Záměr takto vznikajících zařízení byl myšlen pozitivně, neboť dané instituce měly být přizpůsobeny potřebám osob se zdravotním či jiným znevýhodněním, kterým budou pomáhat specialisté v oboru. Postupem času však tato ústavní zařízení začala vykazovat jisté nevýhody dané péče (Šestáková, Francová a kol., 2012). V 19. století dochází taktéž ke vzniku různých organizací např. těch, co pracovaly s mládeží (YMCA, SKAUT), které přetrvaly dodnes. V rámci péče je podporována role rodiny, případně spolků či jiných subjektů a institucionální péče je volena jako krajní řešení (Matoušek, 2012).

Po roce 1948 dochází ke změně a starost o osoby znevýhodněné přechází na stát, který systém sociálního zabezpečení kodifikuje v zákoně č. 55/1956 Sb. Tento zákon postupně prošel několika změnami: Zákon č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení zavádí pojem „*občané, kteří potřebují zvláštní pomoc*“, kdy cílovou skupinou jsou staří lidé, osoby se změněnou pracovní schopností a s těžce poškozeným zdravím. Následně Zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení rozšiřuje cílovou skupinu o „*společensky nepřizpůsobivé občany*“. Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, v § 73 definuje

podstatu sociální péče, kdy „sociální péči zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy, a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry.“ Změny koncepce nastávají v roce 1989, kdy dochází k reformě celého systému sociální péče. Je zaznamenán prudký nárůst počtu nestátních neziskových organizací, které upřednostňovaly formu neústavní péče (nárůst komunitních a terénních služeb), církevní organizace naopak preferovaly formu ústavní. Nastavení legislativních opatření bylo zdouhavé, nejasné a změna nastala teprve s příchodem s rokem 2006, což způsobilo v moderním prostředí řadu problémů, neboť organizace musely vycházet z nastavení před rokem 1989. Důsledky se projeví ve financování služeb, a tudíž i na péči o uživatele těchto zařízení. Nestátní poskytovatelé byli závislí na finančních zdrojích od státu ve formě ročních dotací, zatímco církevní organizace byly podporovány svými externími, či interními donátory. V případě, že se o osobu zdravotně či jinak znevýhodněnou starala rodina tak ani u ní až do změny zákona nebyla poskytována žádná sociální podpora, rodiče si mohli pouze zvolit institucionalizaci (Matoušek, 2012; Krejčířová, Treznerová, 2011; Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Pojetí ústavní péče jako ochrana svých uživatelů před okolním světem vedlo k establishmentu světa uzamčeného před vnějším prostředím s vlastními pravidly a hodnotami. Pokusy o změnu byly zaznamenány již v roce 1981, kdy byla MPSV ČSR vydána Metodika výchovné práce v ústavech sociální péče, v níž se nedoporučuje, aby se ústavní výchova odkláněla od normality. Tento manuál však vyšel pouze interně, a tudíž neměl potřebný dopad na změnu v těchto institucích. Převládal a doposud trvá zdravotnický model, což znamená, že je upřednostňována péče před podporou. Tím ovšem dochází k neuspokojení lidských potřeb a k potlačení práv uživatelů promítající se v segregaci ze společnosti (Matoušek, 1999; Matoušek, 2012). Dané skutečnosti vyžadovaly změnu, a jak dodává Pičman (2004 in Sinecká, 2013, s. 42) „tato situace začala být zmiňována již po deseti letech a kritizována po dvaceti letech těmi, kteří se o ni zajímali. Široká veřejnost si ji uvědomila až po čtyřiceti letech. Odsuzovali ústavy jako takové, namísto kritiky těch, kteří z nich ty zrůdy udělali. Touto nelogičností bohužel trpí ve vztahu k ústavům stále. A tak za dalších deset patnáct let začaly vyrůstat ústavy nové, naštěstí již zase ty dobré, vedené odborníky“. Současný trend doby vyžaduje aplikaci



sociálního modelu, kdy je kladen důraz na sociální začlenění osob s mentálním postižením. Z něj vychází i nové pojetí či účel sociálních služeb. Zaměřujeme se tedy na fenomén deinstitutionalizace a transformace velkokapacitních zařízení, tj. domovů pro osoby se zdravotním postižením. Celá problematika je prezentována v kontextu psychosociálních dimenzí a k nim náležitým determinantům protknutých faktory životní spokojenosti dokreslujícími celkový obraz životní spokojenosti osob s mentálním postižením.

## 2.1 Transformace a deinstitutionalizace jako soudobé fenomény

Mezi soudobé fenomény sociálních služeb patří procesy transformace a deinstitutionalizace, které jsou úzce spjaty právě se vznikem chráněných bydlení. Změny, jak již bylo zmíněno výše, zaznamenáváme již po roce 1989, kdy nastává rozvoj občanských a církevních organizací. Hovoříme tedy o poskytovateli, v současné době se jedná o několikero právních forem, a to církevní právnické osoby, zapsaný spolek (do ledna 2014 občanská sdružení) a obecně prospěšné společnosti (do dubna 2013 občanského sdružení). Ve středu všeho dění stojí uživatel/klient/zákazník, což je subjekt, jenž využívá danou sociální službu, která je uzavřena na základě písemné smluvní dohody mezi ním a poskytovatelem a jejíž náležitosti jsou uvedeny v zákoně (Krejčířová, Treznerová, 2011; Matoušek, 2012). Na celý proces dohlíží zřizovatel, který nese veškerou zodpovědnost (tj. orgány státní správy, územní samosprávné celky, obce, kraje, MPSV). Služby sociální péče mohou poskytovat i nestátní neziskové organizace (Krejčířová, Treznerová, 2011).

Statistický přehled MPSV z roku 2014 nám ukazuje, že z celkového počtu 210 domovů pro osoby se zdravotním postižením byl v 73 % zřizovatelem kraj, pouze v 6 % z nich spadala samospráva pod církevní organizaci (ISPV, 2017).

**Obrázek 3** Statistický přehled poskytovatelů z r. 2014 (ISPV, 2017)

	Státní	Krajské	Obecní	Církevní	Ostatní	Celkem
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	2%	73%	13%	6%	5%	100%
Domovy pro seniory	0%	37%	34%	14%	14%	100%
Domovy se zvláštním režimem	0%	41%	24%	8%	27%	100%
Celkem	1%	46%	27%	11%	16%	100%

To potvrzuje i Matoušek (2012), který hovoří o kraji jako o zřizovateli ústavní péče s celorepublikovou působností. Ovšem jak podotýkají Johnová, Strnad (2013, s. 5) „*péče ve velkokapacitních zařízeních, často izolovaných od běžného života a ve své podstatě omezených v možnostech poskytování péče dle potřeb a cílů klienta, je rozpoznána jako jednoznačně diskriminující. Jedinou cestou, jak tuto diskriminaci odstranit, je deinstitucionalizace: transformace ústavních zařízení v péči poskytovanou v běžných životních podmínkách, tedy v péči komunitní.*“. Domovy pro osoby se zdravotním postižením (dřívější terminologií „ústavy sociální péče“) proto nejsou schopny svým uživatelům zaručit naplnění jejich občanských a lidských práv, včetně práva na sebeurčení, tedy rozhodování o sobě samém a ani je v tomto ohledu podporovat (Národní centrum podpory transformace, 2013).

Tato diskuse o otázce lidských práv rozpoutala potřebné změny, které se bezprostředně dotkly právě pobytových služeb ústavního typu, a to vzniku služeb komunitních. Byla taktéž sestavena nová koncepce zákona o sociálních službách, jejíž součástí byly i standardy kvality sociálních služeb - přijetí zákona č. 108/2006 Sb. a vyhlášky č. 505/2006Sb. (Matoušek, 2012). „*Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních lidských svobod*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Potřebná změna se však týká nejen samotného pojetí koncepce zákona o sociálních službách, ale i změny postojů pracovníků, kteří k tomu musí být vedeni, nikoli záměrně řízeni, neboť právě oni poté v rámci procesu deinstitucionalizace odchází do komunitních služeb (Hamlin, Oakes, 2008). Jak podotýkají někteří autoři (Musil a kol., 2007; Havrdová, Procházková, 2011; Furmaníková, Havrdová, Tollarová, Vrzáček, 2013) změna musí přijít s reorganizací celé struktury daného zařízení a jeho vedení. Uvedenou změnu nazýváme jako deinstitucionalizaci, tzn. přerod ústavně poskytovaných sociálních služeb na individualizované služby komunitního typu (Bigby, Fyffe, 2006). Udržitelnost obou typů služeb je z dlouhodobého hlediska neefektivní, což dokládají i níže uvedené statistické údaje datované k 31. 12. 2015, které zachycují četnost vybraných zařízení prezentovaných v empirické části v daných krajích v porovnání s celorepublikovou četností. Z celkového počtu bylo po první etapě transformace v roce 2015 již 196 chráněných bydlení a 212 DOZP v porovnání s rokem 2007, kdy bylo CHB pouze 68 a DOZP 206 (viz obr. 4.) Zde spatřujeme vzrůstající trend komunitních služeb. Komunitní plánování je jedním z nástrojů deinstitucionalizace sociálních služeb,

kteřá reflektuje podobu pobytových a komunitních služeb (při níž dochází k informační a finanční podpoře) s ohledem na požadavky uživatelů a možnosti zadavatelů a poskytovatelů těchto služeb.

**Obrázek 4 Četnost vybraných služeb ve vybraných krajích 2007-2015 (ČSÚ, 2015)**

Kraj	Typ služby	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Zlínský	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	20	18	18	18	18	18	18	18	18
	Chráněné bydlení	13	8	8	7	4	4	3	5	10
Jihomoravský	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	19	17	18	18	18	18	18	19	19
	Chráněné bydlení	7	5	5	11	10	12	12	13	19
Olomoucký	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	10	11	11	11	11	11	11	11	11
	Chráněné bydlení	9	11	10	10	8	10	11	12	12
Moravskoslezský	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	24	27	27	26	25	26	28	27	29
	Chráněné bydlení	8	10	13	19	20	22	29	32	34
Celá ČR	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	206	225	218	219	211	212	212	210	212
	Chráněné bydlení	68	111	116	129	131	148	161	178	196

V roce 2013 byla také doložena analýza ústavních a neústavních sociálních služeb, což znamená, že za neústavní typ je takový, který se nenachází v objektu dané instituce. Analýza z roku 2012 dokládá, že ze 148 chráněných bydlení (dle námi preferovaných krajů - Zlínský (4), Jihomoravský (12), Olomoucký (10), Moravskoslezský (22)) je 78 CHB ústavního typu a 70 CHB neústavního. Ve 13 krajích využívalo druhy služeb označené jako služby ústavní celkem 20 275 uživatelů, přičemž 1045 z nich bylo ve věku do 18 let (největší počet uživatelů byl v Ústeckém a Moravskoslezském kraji). Podíl ústavních a neústavních služeb se mezi kraji výrazně lišil (Bareš, 2013; ČSÚ, 2015; ISP, 2017).

V souvislosti s ústavními službami je spojován pojem humanizace, což můžeme pokládat za první stupeň transformace. K odstranění systému, kde jsou uživatelé pouze pasivními příjemci služeb slouží právě změna postoje k osobám se zdravotním postižením s cílem zajištění péče v přirozeném prostředí formou zlepšování podmínek v poskytované pobytové sociální službě (MPSV, 2016). Švarcová (2006, s. 142) uvádí, že „*humanizace v ústavech sociální péče spočívá v zásadních změnách postoje ke klientovi, v respektování jeho důstojnosti, nedirektivním přístupu, v nahrazení paternalistického přístupu partnerským.*“. Každé zařízení poskytující sociální službu by se tak mělo snažit o změnu kvality života svých uživatelů, v souvislosti s čímž hovoříme o tzv. normalizaci,

kdy i osoby se zdravotním postižením mají právo na normální život jako většinová společnost. To se přitom děje skrze naplňování jejich individuálních potřeb, rozvoj schopností s ohledem na individuální možnosti. Cílem je modernizace bydlení, snižování počtu uživatelů na pokojích, možnost vybavit si je osobními věcmi. Důležitou součástí humanizace je i neomezování styku s rodinnými příslušníky, přáteli a blízkými, možnost samostatných vycházek, zajištění vzdělávání a pomoc s pracovním uplatněním a zejména snaha o integraci jedince do společnosti (Švarcová 2006). Pipeková (2006) doplňuje, že k těmto osobám uplatňujeme rovnocenný partnerský přístup.

Tendence založené na deinstitucionalizaci reflektuje řada zemí (Velká Británie, Irsko, Kanada, Rakousko, USA). Cílem je zrušení ústavů a rozvinutí co nejrozsáhlejší sítě komunitních služeb, tedy prosazení neústavní péče, v nejzávažnějších případech pobyt v humanizovaném a restrukturalizovaném prostředí zařízení, které se co nejvíce přibližuje prostředí přirozenému (tzn. menší počet osob na pokoji, nabídka aktivit, z nichž si může jedinec vybrat) a poskytuje služby dle individuálních potřeb jejich uživatelů. Cílem je také předcházení a prevence, aby co nejmenší počet uživatelů odcházel do takto upravených zařízení a naopak byly upřednostněny služby komunitního typu (OECD, 2005; MPSV, 2007; MPSV, 2013; Matoušek, 2012; Pipeková, Vítková a kol., 2014).

V angloamerických a skandinávských zemích došlo k upřesnění pojmu instituce, kdy v případě, že zřízené domácí bydlení v obci naplňuje podstatu vysokého stupně autonomie uživatele a podporu jeho soběstačnosti, nejedná se o instituci. Zároveň vak jsou doloženy studie, že takto vytvořená bytová zařízení nesmí vykazovat více než 6 míst, aby měla potřebný dopad na život svých uživatelů. Ve Švédsku bylo toto omezení vztaženo na maximum 5 míst a v USA vycházeli taktéž ze tří forem bydlení, přičemž maximum byly byty se 4-6 místy (Theunissen, Schwalb, 2012 in Pipeková, Vítková, 2014). V některých zemích např. Maďarsku institucionální péče přetrvává, přestože došlo k financování potřebných změn v letech 1998-2006 jako bylo vylepšení, rozšíření služeb aj. Z těchto důvodů byl implementován Maďarský národní implementační program přechodu od umístění v ústavech k bydlení v malých skupinách, který je nastaven na období 2011-2041 (Sabolová, 2013).

Stěžejním dokumentem, kde je pojem deinstitucionalizace specifikován, je Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb (2007, s. 15) „*deinstitucionalizace ústavní péče do přirozené sítě služeb v komunitě spočívá v podpoře rozvoje služeb, které umožní svým uživatelům nejvyšší možnou míru variabilního života, srovnatelného*

s *vrstevníky*“, tzn. poskytování služeb v přirozené prostředí uživatele s cílem jeho socializace (MPSV, 2007). Přirozené sociální prostředí je s úzkými vazbami na rodinu a v provázanosti na vazby k blízkým osobám, ať už se nacházejí v domácnosti osoby s MP, na jeho pracovišti či jiných místech, kde tento člověk vykonává své obvyklé sociální aktivity. Jedná se o prostor, ke kterému má člověk jistý citový vztah (Vávrová, 2009). Deinstitutionalizace tedy nespočívá jen ve změně umístění v objektu a v komunitě, nýbrž i v přijetí nové filozofie služby, jejího řádu a pravidel. Struktura a provoz je orientován na potřeby uživatelů, nikoli na potřeby instituce (Johnová, Strnad, 2013).

Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb (2007, online) si za cíl nedává jen transformaci samotnou, jelikož přechod k humanizovaným a individualizovaným službám poskytovaných v přirozeném prostředí uživatelů je věcí přirozeného vývoje, která vychází z požadavku uživatelů, jejich rodin, odborníků i poskytovatelů samotných. Cílem je podpora těch poskytovatelů, kteří mají v zájmu poskytnout vysoce kvalitní služby na odborné úrovni. Ukončený proces transformace a jeho pojetí můžeme sledovat např. u Švédska, které natolik neovlivnil politický režim. Přelomovým mezníkem v této zemi se stal rok 1958, kdy bylo rozhodnuto, že zbylé rezidenční ústavy budou zavřeny a nebudou přijímat nové klienty. Dnes žije 60 % dospělých osob s mentálním postižením ve skupinových domech, 20 % je schopno bydlet samostatně a 20 % žije s rodiči (Grunewald, 2003 in Šestáková, Francová, 2012; Sabolová, 2013).

Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb byla schválena vládou ČR v roce 2007 a měla za cíl poskytování služeb v přirozené komunitě uživatele směrem k jeho úspěšnému začlenění do společnosti. Ke vzniku koncepce vedlo přijetí mezinárodní Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením Valným shromážděním OSN v roce 2006. ECCL (2006, online) uvádí, že ústav je místo, kde lidé bydlící v něm, nemají možnost kontrolovat svůj život a činit běžná každodenní rozhodnutí. Tuto skutečnost měla částečně napravit Úmluva o právech osob s postižením, kterou bychom mohli nazvat určitým kompromisem. V České republice nabyla platnosti tato Úmluva 28. října 2009 a článek 19 ukládá státu povinnost přijmout odpovídající opatření, která zajistí, aby „osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí“ (Úmluva, 2009, online, s. 108). Článek 19 je východiskem transformace ústavní péče a měřítkem úspěšnosti transformačních projektů (Šestáková, Francová, 2012;

Sbírka mezinárodních smluv č. 10/2010). V roce 2009 byla tato úmluva podpořena projektem s názvem Podpora transformace sociálních služeb (2009 - 2013), jež měl ověřit proces transformace za podpory metodické, vzdělávací a supervizní činnosti (MPSV, 2013). Cílem jednotlivých poskytovatelů bylo vytvoření ambulantních či terénních služeb chráněného či podporovaného bydlení. Těžiště je postaveno na propojenosti využívání veřejných služeb, podpora samostatného bydlení uživatelů a jejich nízký počet v bytech běžné zástavby. Služby jsou poskytovány uživatelům dle jejich individuálních potřeb. S ohledem na typ zdravotního postižení např. mentálního má každý uživatel mít právo rozhodnout se ve věcech, jež se ho bezprostředně týkají, stejně jako volit si za podpory takové aktivity, které mu dopomohou k socializaci (MPSV, 2007; MPSV, 2009; Halásková, 2013). Na prvotní projekt úspěšně navázal již druhý projekt Transformace sociálních služeb podporující podobným způsobem dalších 40 organizací s cílem informovat většinou společnost o probíhající transformaci formou analýz, osvětových činností apod. (Sociální práce, 2013; MPSV, 2015).

Pojem transformace je nadřazený pojmu deinstitucionalizace, kdy se jedná o souhrn procesů změny v řízení, financování, místu a formě poskytované služby tak, aby výsledným stavem byla podpora jedince v běžných podmínkách (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011). Jak podotýká Molek (2007), náklady na poskytování komunitních služeb podporovaného či chráněného bydlení by měly být srovnatelné, v případě zachování kontinuity, že poskytovaná péče zůstane srovnatelná. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb (2007, s. 13) shrnuje cíl *„transformace ústavní sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, především mentálním, je vytvořit koordinovanou síť služeb pro uživatele umožňujících život v přirozené komunitě a minimalizovat dosud preferovaný způsob poskytování sociální služby prostřednictvím ústavní sociální péče. V souladu s právem každého člověka na kvalitní život je nutné umožnit lidem se zdravotním postižením žít v přirozené komunitě a s podporou vycházející podle individuální míry a rozsahu jejich potřeb.“*

### **2.1.1 Vybrané rizikové aspekty deinstitucionalizace a transformace**

Rizikové aspekty se vyskytují nejen ve spojitosti s humanizací pobytových služeb, jako je nedostatečná finanční podpora, ale zejména s v souvislosti negativním přístupem k jakékoli změně, tlakem na pracovníky aj. (MPSV, 2007; Brathová, Mach, 2012). Stěžejní je však proces deinstitucionalizace, při němž vyvstávají rizika, která při tomto procesu

mohou mít negativní dopady na obě strany. Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o komplexní proces, tato rizika mohou odradit nejen samotné poskytovatele, ale zároveň i uživatele, kteří jsou jeho součástí. Mnozí autoři (Havrdová, Procházková, 2011; Brathová, Mach, 2012; Furmaníková, Havrdová, Tollarová, Vrzáček, 2013), zmiňují, že hlavním nedostatkem je finanční dotace komunitních služeb, nepravidelnost plateb, kultura dané organizace, přístup pracovníků, celkový nedostatek informací o komunitních službách, nevědomost v oblasti míry zodpovědnosti pracovníků za uživatele, riziko možného zneužití uživatele (uzavírání smluv, zneužití dat apod.). Maďarsko zmiňuje vysoké investice do současných institucionálních zařízení či přetrvávání paralelních služeb (Verdes in Sabolová, 2013). Preventivním opatřením se jeví minimalizace těchto rizik formou osvětových činností, vzděláváním a metodickým vedením pracovníků těchto zařízení, kvalitou managementu a řízením celého procesu, v němž mohou dopomoci služby komunitního plánování na vyšší úrovni a přes příslušný politický aparát úpravu legislativy (MPSV, 2007).

Rizika popsaná výše názorně ukazuje studie, vycházející z projektu uskutečněného v letech 2009-2011 ve spolupráci se dvěma institucionálními zařízeními, přičemž jeden z nich procházel transformací a druhý nechtěl být součástí transformace. Výzkumu se zúčastnili respondenti z těchto dvou zařízení a výběrově i z dalších třech institucí, které byly připraveny podpořit změnu a své uživatele směřovat do komunitních služeb. Respondenti byli rozřazeni do 3 skupin dle toho zdali jsou rozhodnuti odejít; zatím nejsou zcela rozhodnuti odejít, ale uvažují o odchodu; či nechtějí odejít nebo spíše nechtějí. U každé osoby bylo zaznamenáno s kým/za kým případně chce odejít. 47 % uživatelů služeb bylo pevně rozhodnuto odejít, 16 % uživatelů odchod zvažovalo, ale nebyli definitivně rozhodnuti a 29 % nechtělo odejít, u 8 % uživatelů se názor nepodařilo zjistit. Výsledky nepřinesly pozitivní zprávy, neboť 2/3 uživatelů, kteří chtěli odejít, i nadále v instituci zůstávají (z 95 osob se to podařilo pouze 31 lidem). Dále vyvstaly další skutečnosti: cílovou lokalitu určovaly služby, tzn., nebyl brán ohled na přání uživatele, museli jít tam, kde jsou další pobytové služby (chráněná bydlení nebo DOZP); přednost dali uživatelé chráněnému bydlení bez ohledu na původní přání kam a za kým chtěli odejít; pracovníci ovlivňovali životy uživatelů tím, že sami hodnotili, kdo může a nemůže zvládnout život v komunitě; jako klíčovou překážkou se jeví kompromis ze strany uživatelů na místo, kam chtěli původně odejít; v případě, že by uživatelé museli vyčkat, až bude postaveno v dostupné vzdálenosti nové zařízení, jejich reakcí byl odchod kamkoli,

jen aby nemuseli svůj pobyt v instituci prodlužovat. Ze strany služeb mezi nejčastější námitky patřilo např. to, že v daném městě již transformace jiného zařízení probíhá či, že se neplánuje vznik další pobytové služby, neboť je toto místo předimenzované sociálními službami. Někteří uživatelé odešli zpět do rodin, pokud jim byla schopna zajistit potřebnou péči, v případě, že se nerozhodli mezi těmito dvěma stranami, museli vyčkat na vznik nové služby (Johnová, Strnad, 2013).

Stejně jako u procesu deinstitucionalizace vystávají u transformace rizikové oblasti, či překážky. Kromě výše uvedeného, kdy se jedná především o obavy z finančního nedostatku, jistý odpor či negativní postoj k transformační změně a otázka dalšího využití stávajících „ústavních“ zařízení, můžeme identifikovat i další možné bariéry. MPSV (2007) připouští vyšší nákladovost nově vytvářených služeb, která nastává v momentě budování a zároveň při přesunu uživatelů do nové služby, přičemž „ústavní“ zařízení není prozatím prodáno, či není jasně stanoveno jeho další využití (často jsou tato zařízení modernizována, představována či nově budována; je možno je prodat, změnit účel užití; pronajmout, či v krajním případě zbourat). Další překážkou je negativní postoj k jakékoli změně, zejména té transformační. Jak již bylo v úvodu podotknuto, uživatelé, jejich blízcí, opatrovníci a především pak pracovníci daného zařízení nemusí tuto změnu vnímat pozitivně, ale naopak jako ztrátu životních jistot, na něž byli zvyklí. Vystávají obavy s místem nového pobytu, se změnou pracovníků, se začleněním do komunity. Preventivním působením je posilování kompetencí uživatelů, metodické a informační průvodcovství danou problematikou jak samotných uživatelů, tak jejich blízkého okolí. Uvedená studie naznačila i problematiku spjatou se samotnými pracovníky, konkrétně nutnost jejich vzdělávání a přijetí myšlenky transformace, neboť kvalitní pracovníci jsou těžištěm celého procesu. Omezujícími se mohou stát obavy, zdali bude pro ně k dispozici pracovní pozice, přestože míst je dostatek, jestli celý proces zvládnou, anebo zdali se zvládnout přizpůsobit novému prostředí.

## **2.2 Chráněné bydlení a domov pro osoby se zdravotním postižením jako možnosti samostatného života**

Sociální služby jsou určeny lidem, kteří jsou určitým způsobem znevýhodněni či jsou v nepříznivé situaci *„a to s cílem zlepšit jejich kvalitu života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny,*



*do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.*“ Je tudíž zdůrazňována potřeba socializace jedince (Matoušek, 2012, s. 9; MPSV, 2009). Současný systém sociálních služeb v ČR je definován zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů společně s vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách (MPSV, 2009). Pojem sociální služby je užíván ve dvou úrovních, tj. jako forma sociální pomoci a jako forma sociální práce pro osoby v sociální nouzi (Průša, 2007; Matoušek, 2012). Sociální služby definujeme dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (MPSV, 2009) a z hlediska jejich formy je členíme do 3 základních skupin:

- sociální poradenství (základní a odborné zaměřené na potřeby jednotlivých sociálních skupin),
- služby sociální péče (pomoc v psychické a fyzické soběstačnosti, umožnění co nejvyšší možné míry zapojení od běžného života společnosti, poskytují se nejen v domácnosti, ale i v zařízení sociálních služeb, kdy se sem řadí např. podpora samostatného bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení, denní a týdenní stacionáře; vybrané služby sociální péče jako jsou osobní asistence či pečovatelská služba),
- služby sociální prevence (cílem je předcházet, zmírnit či zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou takto ohroženy, chránit společnost před vznikem nežádoucích jevů a zároveň pomoci těmto osobám řešit jejich nepříznivou situaci spjatou se sociálně znevýhodňujícím prostředím (patří sem služby jako telefonická krizová intervence, domy na půl cesty, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny či terapeutické komunity)

(Zákon č. 108/2006 Sb.; Matoušek, 2012; Králová, Rážová, 2012; Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012; Pipeková, Vítková a kol., 2014).

Sociální služby se dělí z hlediska místa poskytování na:

- ambulantní - v rámci této formy uživatel za službou dochází, je doprovázen nebo dopravován do zařízení sociálních služeb, součástí však není ubytování (např. denní stacionář),
- terénní - služba je poskytována uživateli v jeho přirozeném prostředí (např. osobní asistence),
- pobytové - služba sociální péče je nazývána také jako rezidenční sociální služba a je spjata s pobytem v dané instituci (celoroční pobyt – např. domov pro osoby

se zdravotním postižením, týdenní pobyt – např. týdenní stacionáře, či jinak vymezený pobyt – např. chráněné bydlení)  
(Zákon č. 108/2006 Sb., Matoušek, 2012; Rážová, Králová, 2012; Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Principy sociálních služeb vychází ze zajištění a vytváření podmínek, které respektují rovnoprávný přístup k osobám s jakýmkoli znevýhodněním či zdravotním postižením. Od nich se odvíjí nejen charakteristika daných služeb, ale také je jimi měřena kvalita takto poskytovaných služeb. Sociální služby by měly být ekonomicky i územně dostupné, vyhovovat potřebám daného uživatele, být zajištěny v potřebném rozsahu, neomezovat práva a zájmy daného uživatele a s ohledem na daný systém by měly být hospodárné. Sociální služby však kladou důraz zejména na jejich kvalitu, která je upravována Standardy kvality sociálních služeb a definuje několik zásad: dodržování lidských práv a důstojnosti uživatelů, nutnost vycházet z individuálních potřeb uživatelů, zajištění kvality a odbornosti pracovníků daného zařízení, zajištění důstojnosti a přirozenosti daného prostředí (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

### ***Chráněné bydlení***

Chráněné bydlení jako sociální službu definuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. jako „*pobytovou službu osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění a jejichž situace vyžaduje pomoc fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., s. 1271). V chráněném bydlení je uživatelům nabízena podpora při poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, pomoc nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (tato činnost byla přidána až při novelizaci Zákona č. 313 o sociálních službách ze dne 12. září 2013 s platností od 1. 1. 2014). Podrobný výčet činností a jejich náplň a další ustanovení jsou uvedeny ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Chráněné bydlení je aktuálně nejrozšířenější službou, která umožňuje samostatné bydlení těm lidem, kteří ze zdravotního nebo sociálního důvodu nemohou žít samostatně,

ale formou podpory je jim toto umožněno (Rada, 2006; Pipeková, 2006). V rámci lokalizace tohoto typu bydlení jsou doporučovány obytné zóny, které jsou dostupné z hlediska dopravy a dalších služeb (lékař, knihovna aj.). Tato lokalizace musí zejména splňovat princip normality, tak aby bylo možné začlenění osob s MP do komunity, přičemž je podporován vznik sousedských vztahů. Je doporučováno vyhnout se rizikovým místům, tzn. oblastem, kde se sdružují lidé s rizikovým chováním a kde hrozí například riziko napadení (Šestáková, Francová, 2012).

Existuje několik forem chráněného bydlení, přičemž nejrozšířenější je tzv. domov rodinného typu, tj. klasická bytová zástavba (činžovní domy), kde se nachází více bytů a každý uživatel v nich má svůj vlastní pokoj (v bytě může bydlet i několik uživatelů). Uživatelé jsou podporováni asistentem/ty v každodenních činnostech. Role asistenta spočívá v pozici konzultanta a pomocníka pomáhajícího při chodu domácnosti, tj. dle individuálních potřeb uživatele (např. při úklidu, vaření, vyřizování soukromých záležitostí) (Pipeková, Vítková a kol. 2014). Takto vymezená domácnost by se tedy neměla nijak odlišovat, ani od ostatních domů ani ve vybavení bytů, na nichž by uživatelé měli participovat vlastním výběrem. Běžnou součástí bytů by mělo být základní členění na kuchyň, koupelnu aj. Dle kritérií by mělo být zachováno zejména názvosloví jednotlivých místností odpovídající běžné domácnosti. Uživatelé mají mít záruku soukromí a pracovníci by si měli uvědomit, že uživatelé jsou na daném místě doma a respektovat tak jejich soukromí (Sociální práce, 2016). Dalším typem je chráněné bydlení, které je součástí instituce (DOZP) – nevýhoda tohoto bydlení je spatřována v životě spjatým s institucí a jejím prostředím (převládá strukturovaný denní režim, náplň činností aj.). Svým pojetím se blíží k humanizaci prostředí, neboť je zde vyšší míra soukromí a důstojnější podmínky pro život. Cílem služby je pomoci uživatelům s integrací do běžné společnosti (Pipeková, 2006). Nejvyšší stupeň začlenění představují chráněné byty v klasické bytové zástavbě. Rozsah asistence se odvíjí dle individuálních potřeb uživatele. Pro uživatele, kteří zvládnou základní úkony v domácnosti a jsou samostatní v sebeobsluze, se nabízí nezávislé bydlení se supervizí, kdy je asistent využit pouze při řešení složitějších situací (Pipeková, Vítková, 2014).

V případě chráněného bydlení se jedná z hlediska časového údobí o dlouhodobou službu a při jejím plánování je nutno z tohoto faktu vycházet. Přijímání nových uživatelů je konkrétním procesem s určitými pravidly a přináší osobám se zdravotním postižením rozvoj v celé šíři jejich osobnosti. K uživatelům je přístupováno individuálně a jim

poskytovaná podpora může být i pouze několik hodin denně, tzn., že se nemusí jednat o péči celodenní. Služba se odvíjí od potřebné podpory jednotlivých uživatelů (Pipeková, 2006; Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010). V chráněném bydlení spatřuje výhodu i Sobek (2009), pro nějž představuje alternativu ke klasické ústavní péči. Uživatelé mohou bydlet v běžném prostředí v bytě nebo domku, a dle svých možností se starat o svou domácnost, s ohledem na vlastní možnosti žít co nejvíce samostatně a participovat na životě ve většinové společnosti. Ovšem jak podotýká Švarcová (2011) chráněné bydlení má význam tehdy, pokud uživatelé pracují, navštěvují různá centra a instituce pro zaměstnávání a volný čas, neboť v případě izolace, při níž uživatel tráví většinu svého času v chráněném bydlení a nedostává se do kontaktu s okolním prostředím, tato služba neplní svou funkci, tj. začlenění jedince do společnosti.

### ***Domov pro osoby se zdravotním postižením***

Druhým typem pobytové služby, která je součástí empirie, je domov pro osoby se zdravotním postižením, dříve nazývaný ústav sociální péče. V zákoně č. 108/2006 Sb., § 48 o sociálních službách je uvedeno, že „*v domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby*“. Po mnoha letech legislativního útlumu to znamená velký pokrok, neboť cílem je posilovat fyzickou a psychickou soběstačnost jedince tak, aby bylo možné jeho zapojení do běžného života a v „*případech, kdy to vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení*“ (zákon č.108/2006 Sb.). Tím je posilována role uživatele jako odběratele služby, stejně jako jsou kladeny vyšší nároky na poskytovatele a vytváření rovnocenných podmínek (Matoušek, 2012). Ačkoliv se jedná taktéž o pobytovou službu, v porovnání s chráněným bydlením je citelný rozdíl v rozsahu poskytovaných služeb (Potměšilová a kol. 2013). Dle ECCL (2006, s. 2, online) je „*instituce každé místo, kde lidé, kteří jsou označeni jako osoby se zdravotním postižením, jsou izolováni, odděleni, anebo nuceni žít společně. Instituce je také místo, kde lidé nemají nebo nemají právo žít společně. Instituce je také každé místo, kde lidé nemají nebo nesmějí vykonávat kontrolu nad svým životem a každodenními rozhodnutími. Instituce není definována pouze velikostí*“. Černá (2008, s. 182) obdobně vymezuje ústav jako „*jakékoli místo, ve kterém jsou lidé označeni jako mentálně retardovaní izolováni, segregováni a/nebo kongregováni. Ústav je jakékoliv místo, ve kterém lidé nemají dovoleno rozhodnout o svých životech a jejich každodenních rozhodnutích*“. Toto vymezení nám může evokovat jistou shodu

s dřívějším vymezením Goffmanovy (1973) totální instituce, která byla vymezena jako místo pobytu odtržené od společnosti, skrze vysoké zdi, vodu, les, zamčené dveře aj. Typické pro tento typ instituce byly totožné pevně naplánované aktivity, činnosti ve velkých skupinách a určitém čase odehrávající se na jednom místě pod dohledem autority. Stejně tak Matoušek (1999) vymezuje rozdíl v očekáváních a postojích ústavní péče z hlediska pracovníků a uživatelů, přičemž pracovníci uživatele vnímají jako objekty své práce, kdežto uživatelé chtějí být individuálními subjekty. Goffmann (1963) hovořil o tzv. „svlečení z identity“ po příchodu do instituce, kdy si nově příchozí nemůže zcela udržet svou identitu a musí se zcela přizpůsobit chodu zařízení. Dnes už není situace takto extrémní. Uživatelé nejsou zamykáni na pokojích, mohou se pohybovat ve venkovním prostředí (překážkou v kontextu chráněného bydlení je vyšší počet uživatelů v zařízení a tudíž nižší možnost zapojit tyto uživatele do života společnosti), taktéž nabídka aktivit a jejich proveditelnost se neodehrává pod jednou střechou. Stejně jako u chráněného bydlení je uživatelům dle potřeb poskytována pomoc s běžnými denními činnostmi. Mezi další činnosti patří poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, stejně jako zajištění zdravotní péče poskytované ambulantně skrze zdravotnické zařízení nebo vlastní odborný personál zařízení (Zákon č. 108/2006 Sb., § 36).

### ***2.2.1 Kvalita života osob žijících v chráněném bydlení a domově pro osoby se zdravotním postižením***

Kvalitou života se komplexně zabývá kapitola 1. Na tomto místě bychom chtěli vymežit, jak se přistupuje ke kvalitě života a jejímu posouzení v rámci dvou zmiňovaných služeb. Chráněné bydlení stejně jako domov pro osoby se zdravotním postižením mají stejný cíl, kterým je sociální začlenění jedince se zdravotním postižením. Pokud je tomuto kroku jakkoli bráněno, ať už podřízováním se pravidlům instituce před vlastními potřebami, vede tento způsob poskytování služby k tzv. institucionalizaci života dané osoby. Člověk přestává mít kontrolu nad svým životem (Sociální práce, 2013).

Jak již bylo výše zmíněno, sociální služby vychází ze Standardů kvality sociálních služeb, které byly v r. 2002 připraveny jako metodický materiál MPSV. Toto nastavení znamenalo velký pokrok do té doby neexistující možnosti objektivního a použitelného hodnocení aspektů s poskytovaných sociálních služeb. Platný rozsah poté stanovila

samotná vyhláška č. 505/2006 Sb., přílohou č. 2 (Valenta, Michalík, Lečbých a kol. 2012). Těchto standardů je celkem 15 a každý z nich má stanovena určitá kritéria (zásadní a ostatní), nesplnění zásadního kritéria může mít za důsledek odebrání registrace poskytovateli služby. Sociální služby se tedy snaží o nastavení vycházející individuálních potřeb a přání svých uživatelů. V rámci komunitních služeb je kladen důraz na přirozené prostředí, podporu společenského začlenění, rozvoj schopností, dovedností uživatele, snižování závislosti na dané službě a podpora co nejvyšší míry samostatnosti, individualizace, autonomie uživatele apod. (MPSV, 2016).

Měřítkem kvality sociálních služeb jsou určité zásady (viz 2.2), které shrnuje i Payne (1994 in Matoušek, 2012) jako je kvalita prostředí, pracovníků, poskytované péče a managementu. Matoušek, Koláčková, Kodymová (2010) vymezují jednotlivé ukazatele, které mohou mít vypovídající hodnotu v hodnocené kvalitě služby. Řadí mezi ně např. individuální plány, které obsahují cíle, přání a potřeby uživatele. Ty jsou postupně revidovány a měly by být měřitelné a v souladu s cíli organizace (Matoušek, 2012). Uživatelé by se měli podílet svými názory, či reflektující zpětnou vazbou na chodu organizace, a pokud tomu tak není, dané zařízení potlačuje partnerský přístup k uživatelům. Dalším měřitelným výstupem mohou být stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služby. Neopomenutelným nástrojem je také hodnocení spokojenosti s poskytovanou službou, která je nejčastěji zjišťována skrze dotazník či rozhovor s uživateli (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010).

Uvedenými nástroji však není možno změřit celkovou kvalitu služby, která byla očekávána od Standardů kvality sociálních služeb tedy procesu standardizace, jež umožňuje měření a srovnání kvality sociálních služeb navzájem. Aktuální nastavení však toto neumožňuje a doposud nebyl zaznamenán žádný vývoj pro změnu. Výsledkem je tedy formální psaná podoba těchto standardů dle příslušných poskytovatelů, což nemá ale za důsledek potřebnou změnu kvality poskytované služby. Důvodů je dle Michalíka (in Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012) několik: standardy nepředpokládají odlišné potřeby v jednotlivých stupních závislosti na péči, stejně jako nároky uživatelů v různých druzích služeb a samozřejmě i ve spojitosti s územními odlišnostmi; standardy se vyhýbají otázkám tzv. normativů (např. nepoměr ve financování stejné služby ve dvou krajích, který může činit až trojnásobný rozdíl); chybí vymezení minimálních standardů v personální oblasti (např. minimální počet pracovníků úměrně k danému zařízení); rezignace na možnou unifikaci stavebně-technických podmínek poskytované služby aj. Ačkoli zákon

a jeho standardy přináší s sebou jisté změny, stále se setkáváme se skutečností, že se jedná pouze o formální opatření, která nemají pozitivní dopad zejména v domovech pro osoby se zdravotním postižením, ať už se jedná o oblast nedostatečně kvalifikovaného personálu, jeho četnosti, negace vůči jakýmkoli změnám apod. (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012). Z tohoto důvodu je tedy potřeba podpora nejen uživatelů, ale také pracovníků a celkové zvyšování informovanosti v oblasti managementu jednotlivých poskytovatelů ze strany jejich zřizovatelů, které bude mít dopad na celkovou kvalitu poskytovaných služeb.

### **2.3 Sociálně-inkluzivní tendence a současná společnost v kontextu mentálního postižení**

V případě, že chceme vymezit problematiku sociálně-inkluzivních tendencí u osob s mentálním postižením, je nutné vymezit postupy, prostřednictvím nichž lze integrace dosáhnout. Jedním z nich je právě i socializace (viz 1.4, 3.3) u níž se jedná především o osvojení si způsobů chování a jednání, dodržování hodnot ve většinové společnosti, na jejichž utváření se u osob s mentálním postižením podílí mj. i výchovně vzdělávací aktivity.

Socializace je nikdy nekončící proces celkového zespolečňování člověka, ovlivněný mnoha proměnnými, které mohou daný proces zpomalit či přerušit. Mezi tyto nepříznivé faktory se řadí i samotné zdravotní postižení tj. mentální, které se promítá ve specifických osobnosti daného jedince (viz 3.2.1). K úspěšné socializaci vede mj. i výchova a vzdělávání, profesní příprava, uplatnění se na trhu práce, zájmové aktivity, poskytované služby aj. (Bartoňová, Vítková 2007; Valenta, Müller 2013; Pipeková, Vítková, 2014). Výchovou a vzděláváním osob s mentálním postižením můžeme dosáhnout co nejoptimálnějšího rozvoje jejich osobnosti s přihlédnutím k jejich možnostem a ohledem na stupeň postižení s cílem dosažení nejvyššího stupně společenského uplatnění tj. socializace (Valenta, Müller, 2013).

Mentální postižení přináší řadu obtíží, které je nutné na cestě k integraci překonat. Informačním působením jsme schopni minimalizovat překážky ze strany většinové společnosti např. stigmatizaci, nálepkování a působit tak na celkovou změnu vztahů v přístupu společnosti k těmto osobám (Valenta, Müller 2003; Valenta, Müller, 2013). Změna přístupu společnosti k lidem s mentálním postižením souvisí i s procesem deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb. Doposud byla většina uživatelů

zejm. domovů pro osoby se zdravotním postižením separována od společnosti, institucionalizována, a tudíž jim byl přiřknut sociální status osoby se zdravotním postižením. Ten však každý člověk získává během života a souvisí se sociálním chováním, postoji a jeho rolí ve společnosti (Matoušek, 2012). Osoby s mentálním postižením však stále pronásledují ze strany společnosti jisté předsudky a mýty, kvůli nimž je k nim přistupováno jako k jiným osobám (typickým příkladem je infantilizace, zkušenosti s ponižováním, nerespektování soukromí, omezení základních lidských práv aj.) (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007). Z těchto důvodů je třeba důkladně se věnovat přípravě osob s mentálním postižením pro život v intaktní společnosti prostřednictvím různých činností a podporovat vytváření přirozené sociální sítě kontaktů, prostřednictvím níž se učí navzájem jeden od druhého, a tím získávají potřebné zkušenosti pro úspěšnou socializaci (Bartoňová, Vítková 2007). Hlavním cílem integrace osob s mentálním postižením z DOZP do běžné společnosti, tedy pro přesun do komunitních služeb by měla být příprava na život v samostatné domácnosti, na výkon zaměstnání, samostatný pohyb a zvládnutí běžných úkonů s minimální podporou dalších osob.

Integrace je složitý, měnící se a otevřený proces, který znamená sjednocení, spojení, tj. hledání cest jak zapojit či umožnit přirozeně a nenásilně se osobě se zdravotním postižením začlenit, splynout s většinou společnosti (Jesenský, 1995; Švarcová, 1995, 2003; Jankovský, 2001). Celý proces souvisí s vyrovnáváním příležitostí, které se promítají do všech oblastí vzájemného soužití, tudíž roste oboustranná pospolitost tj. vytváření rovnocenných příležitostí na obou stranách, kdy osoby se zdravotním postižením mají možnost se zapojit do různých sociálních aktivit (Jankovský, 2001; Vítková a kol., 2004; Švarcová, 2006). Ovšem jak Švarcová podotýká (2006) ne všichni lidé s mentálním postižením jsou schopni se zapojit do většinové společnosti. Pro integraci je však nutná ještě jedna podmínka, a to příprava samotné společnosti, která spočívá v její humanizaci, tzn. zamezení jakýchkoli diskriminačních tendencí, schopnost komunikovat a žít rovnocenně s těmito osobami. Je tedy nutné, aby lidé s mentálním postižením nebyli společností odmítáni, ale naopak aby společnost vytvořila podmínky pro jejich úspěšné začlenění (Franiok, Kysučan 2002; Renotierová, Ludíková a kol., 2006). Současnou situaci v oblasti osob se zdravotním postižením hodnotí Pipeková, Vítková (2014) jako dynamicky probíhající proces, který přináší oproti minulému údobí přechod od integrace k inkluzi, empowermentu a participaci.



Jak již bylo předestřeno, fenomén inkluze má své opodstatnění (viz 1.4), ale z historického hlediska neuplynula ještě dostatečná doba od skutečností, kdy byly osoby s mentálním postižením separovány (sociální vyloučení, nedostatečná podpora státu rodinám, uzavírání osob s MP do institucí, odříznutí od vzdělávacích, pracovním a dalších možností, vytržení z přirozených sociálních vazeb), a proto není většinová společnost zcela připravena osoby se zdravotním postižením bezvýhradně přijmout (Vávrová, 2010). Tato skutečnost je primárně spjata s uzavíráním osob se zdravotním postižením do rezidenčních služeb čili „ústavních služeb“ (mezi něž se řadí mj. DOZP) a přístupem těchto služeb k dané cílové skupině (Vávrová, 2010). Jak podotýkají Pipeková (2006) a Vágnerová (1999), cílem není vyhýbat se řešením, ale hledat cesty a vytvářet společnost, která by byla přístupná a nediskriminační vůči osobám, jež jsou v něčem odlišné od intaktní populace. Z pohledu sociálního hovoříme o vztahu k problematice týkající se většinové společnosti vymežované tzv. sociální inkluzí. Landmeker (in Boudon et al., 2004) ji dělí na 4 druhy, a to normativní, komunikativní, funkční a kulturní. Inkluzivní tendence tedy zdůrazňují nutnost spolupráce, sounáležitosti, kdy si lidé sami sebe navzájem váží a motivují se (Vítková, 2004), přičemž tímto chováním je předcházeno sociálnímu vyloučení (exkluzi), tj. *„vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace“* (Zákon č. 108/2006 Sb.) a uplatnění sociální inkluze, tj. *„procesu, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný“* (Zákon č. 108/2006 Sb.).

### 3 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A JEHO OBRAZ V DOSPĚLOSTI

Mentální postižení je nejběžnějším zdravotním postižením, které se v populaci vyskytuje bez ohledu na nezávisle proměnné (Valenta a kol., 2013). Přesný počet není znám, neboť neprobíhá pravidelná evidence těchto obyvatel. Jedním z důvodů je práce s citlivými údaji, zejména těmi lékařskými. V roce 1993 bylo v Národním plánu opatření ke snížení negativních důsledků zdravotního postižení uváděno, že v České republice žije 300 000 osob s mentální retardací (3 % populace) (Černá, 2005). V literatuře se však četnost udává zhruba kolem 3 – 4 %. Dle Švarcové (2011) tvoří nejpočetnější kategorii osoby s lehkou mentální retardací. K vyšší četnosti přispívá několik faktorů, mezi něž řadíme vyšší úroveň lékařské péče, diagnostiku aj. (Švarcová, 2011, Valenta, Müller, 2013). Odhad v roce 2006 byl stanoven na 1 – 5 % (Švingalová, 2006). V roce 2007 se dle údajů Národní rady zdravotně postižených v České republice vyskytovalo celkem 1 015 548 osob se zdravotním postižením, přičemž druhou nejpočetnější skupinou s počtem 106 699 byli lidé s mentálním postižením. V roce 2013 to bylo již 1 077 673 osob se zdravotním postižením, jejichž podíl na celkové populaci ČR je 10,2 % (muži 9,9 % a ženy 10,6 %). Podíl počtu zdravotně postižených osob na celkové populaci ČR se oproti předchozímu šetření zvýšil, významněji u žen (o 0,6 procentního bodu) než u mužů (o 0,1 procentního bodu). U osob s mentálním postižením byly prokázány nejčastější problémy spjaté s poruchou komunikačních schopností, příjmu informací a dalších významných omezení, která se odvíjí dle stupně mentální retardace (NRZP, 2013).

#### 3.1 Terminologické aspekty a klasifikační kritéria

V dnešní době existuje terminologická nejednotnost v užívání pojmů mentální postižení a mentální retardace. Jak zmiňuje Valenta a kol. (2012) jedná se o pojmovou nejednotnost až jistou terminologickou „schizofrenii“. Nejen odborníci nemají ucelený systém, kdy tyto pojmy jsou vnímány jako synonyma (Černá, Novotný, Zemková, 1982; Jakabčic, Požár, 1995; Michalíková, Mišová, 2003; Šiška, 2005; Švarcová, 2006; Černá, 2015), či jako naprosto odlišné pojmy (Vašek a kol., 1994; Kozáková, 2005), ale jejich užití při komunikaci s veřejností, při prezentaci jednotlivými profesionály (lékaři, speciálními pedagogy) bývá nepřesné (Valenta a kol., 2012).

Mentální retardace je odvozena z latinského *mens* = mysl, rozum, *retardation* = zdržovat, zaostávat. (Vítková, 2004; Pipeková, 2004; Kozáková, 2005; Šenková, 2005) Tento termín zavedla AAMR (American Association for Mental

Retardation) ve 30. letech 20. stol. a byl upřednostňován z důvodu odstranění pejorativního pojetí terminologických pojmů vytvořených Kraepelinem roku 1910 klasifikací oligofrenie (debilita, imbecilita a idiocie), jež se používala až do 40. let 20. stol. Tyto pojmy vyvolávaly ve většinové společnosti nedůvěru v danou osobu a předpokládaly člověka bez jakékoli perspektivy, zájmu, pouze závislého na péči. V 50. letech 20. století se zejména v USA projevila snaha revidovat terminologii tak, aby byla eliminována stigmatizace jedinců, s cílem zpřesnit klasifikaci mentální retardace (Kozáková, 2005). V tuzemských podmínkách se pojmosloví oligofrenie, slabomyslnost (Myslivedek, 1956; Sovák, 1958) změnilo školským zákonem (1953, 1961) na rozumovou zaostalost či vadný rozumový vývoj. Ovšem s některými z takto užívaných pojmů je možné se setkat ještě v Nárysu speciální pedagogiky profesora Sováka (1980).

V roce 1946 vznikla Světová zdravotnická organizace (WHO), která roku 1949 sestavila Mezinárodní klasifikaci nemocí, úrazů a příčin smrti (později označovanou jako ICD-6). Její další změny proběhly roku 1955 (označované jako ICD-7) (WHO, online, 2017). Samotný pojem *mentální retardace* se začal užívat na základě doporučení Světové zdravotnické organizace v roce 1959, čímž sjednotil pojmosloví do té doby nesjednocené (srov. Dolejší, 1973; Valenta a kol., 2007, 2013; Kozáková, 2005; Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012; Bazalová, 2014).

Vágnerová (2014) vymezuje mentální retardaci jako postižení rozumových schopností, které brání člověku porozumět svému okolí a v dostatečné míře se mu přizpůsobit. Na určitou opožděnost ve vývoji upozorňuje i Švarcová (2006). Šiška (2005) vnímá mentální retardaci jako stigmatizující, vztahující se nejen na ty, na něž je pojem zaměřen, nýbrž i na ty, jež jej užívají. Původní pojetí znamenalo užší zaměření na daný problém, postupně však docházelo k oprošťování se od výčtu omezení a zaměření se na vytváření podmínek potřebných k podpoře těchto osob (Šiška, 2005). Mnoho autorů dalo podklady pro vývoj směřující k současné terminologii (Dolejší, 1973; Monatová, 1996; Pipeková, 1998; Ruisel, 2000; Kříž, 2004; Vítková, 2004; Švarcová, 2006; Čadilová, Jůn, Thorová, 2007; Hartl, Hartlová, 2010; Valenta, 2012; Valenta, Müller, 2013; Hanák a kol., 2015), ti se vyjadřují o mentální retardaci jako o vývojové poruše rozumových schopností; či vývojové duševní poruše se sníženou inteligencí; o neúplném vývinu promítajícím se v intelektové oblasti; vrozeném stavu, jenž má za důsledek především snížení/narušení nebo nedostatečný vývoj kognitivních funkcí, řečových, pohybových a sociálních

schopností (poruchu sociální přizpůsobivosti) s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, jež oslabuje adaptační schopnosti jedince.

Z hlediska Světové zdravotnické organizace (WHO) proběhly další drobné změny (nikoli ve vztahu k MR) v letech 1965 (ICD-8) a v roce 1975, kdy byla přijata ICD-9. Ta s sebou přináší označení s pětimístnými kódy, a také nutnost kvalitativního hodnocení před kvantitou, důraz je kladen na hodnocení poskytnuté péče (WHO, online, 2017). V roce 1990 je WHO přijata ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tj. Mezinárodní klasifikace nemocí), která přinesla nejen nárůst kategorií, ale také nový formát kódu tvořený písmenem, dvěma číslicemi a dělením za tečkou. Od roku 1994 vešla v platnost v jednotlivých státech včetně České republiky, která téhož roku poskytla první překlad pod označením MKN-10 (WHO, online, 2014). Ta definuje mentální retardaci jako „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence...“ (MKN-10, 2014, s. 242). Klasifikace upozorňuje taktéž na narušené adaptivní chování, jež se v chráněném sociálním prostředí nemusí u osob s lehčím typem mentální retardace projevit, zároveň však připouští možnost výskytu mentální retardace v kombinaci s jinou poruchou (duševní, tělesnou, smyslovou) (MKN-10, 2014). Sebeobhájci sami sebe definují jako „lidi, kteří mají problémy v učení, porozumění, orientaci a komunikaci“ (Hrušková in Matoušek a kol., 2010, s. 113). Mentální retardace je tedy porucha trvalá, vrozená, projevující se zřetelnými adaptačními potížemi (Fischer a kol., 2014).

V rámci WHO je vymežována také ICF (International Classification of Function, Disability and Health tj. Mezinárodní klasifikace funkčních poruch). Dále jsou členěny ve WHO další klasifikace, kdy se jedná o národní modifikace, které umožňují podrobnější členění, tzn. od ICD-10 je vymežována ICD-10-CM (Clinical modification), která navázala na ICD-9-CM (WHO, online, 2017).

Americká psychiatrická asociace (APA) vytvořila DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = Diagnostický a statistický manuál duševních poruch), který vymezuje podmínky pro diagnostiku mentální retardace a stanovuje její počátek před dosažením dospělosti, tj. před 18. rokem života projevující se sníženou inteligencí (IQ pod 70) a omezením v adaptivních funkcích (pojmovém myšlení, sociálních a praktických dovednostech) za podmínky narušení nejméně dvou složek z následujícího výčtu: v komunikaci, ve vzdělávání, v samostatném zvládnutí domácnosti, ve volném čase,

v sebeobsluze, v sociálních dovednostech, ve funkčních schopnostech, v pracovním uplatnění, zdraví a bezpečnosti (Ruisel, 2000; Sherrill, 2004, Reschly, Myers, Hartel, 2002).

V následující revizi DSM-5 (Raboch, Hrdlička, Mohr a kol., 2015) byl pojem *mental retardation* (MR) nahrazen pojmem *intellectual disability* (ID), tj. mentální postižení, kterou definuje jako „*intelektovou (rozumovou) disabilitu (termín nahrazující mentální retardaci) charakterizovanou podstatnými omezeními jak v oblasti intelektových funkcí, tak i v oblasti adaptačního chování, jež se demonstrují v každodenních sociálních a praktických dovednostech, přičemž se stav objevuje do 18. roku věku*“ (AAIDD, 2010 in Valenta a kol., 2012, s. 33). Tato revize přinesla návrh užívat z důvodů odstranění předsudků nikoli klasifikační stupnici, ale rozsah obtíží ve zmiňovaných sociálních, adaptivních a praktických dovednostech, čímž navazuje na uváděnou transformaci z AAMR na AAIDD (American Association in Intellectual and Developmental Disabilities) v 90. letech 20. stol, a její pojetí člověka s mentálním postižením jako lidské bytosti (Shalock, Bortwick – Duffy et al., 2010; Valenta a kol., 2012).

První myšlenky o náhledu na osobu s mentální retardací, která je na prvním místě považována především za lidskou bytost a na sekundárním je k ní přiřazován daný typ zdravotního postižení, byly prezentovány již na Mezinárodní asociaci pro vědecké studium mentální retardace v Montellieru r. 1967 (Valenta, 2012). Huang (1997), Černá (2008), Matoušek, Koláčková, Kodymová (2010) se v této souvislosti chápání mentálního postižení přiklání k pojetí AAIDD, vnímající jej jako interakci jedince a prostředí s vlivem dalších faktorů. Ty se dle Švarcové (1994) a Bartoňové, Bazalové, Pipekové (2007) odrážejí v praktickém životě např. při navazování vztahů apod.

Nejednotnost pojmů demonstrující se v zahraniční terminologii se v důsledku humanizace v zemích jako USA, Austrálie, Kanada terminologicky zcela proměnila a užívá pojmy, jež pejorativně neoznačují a záměrně nepoukazují na danou osobu, tj. *intellectual disability* (Austrálie), *mental handicap*, *mental disability*, *learning differences* (Velká Británie), *learning disabilities* (USA). Mentální retardace je pojímána jako komplexní fenomén proměnlivý v čase. V německé literatuře se užívá nejčastěji pojmu *geistige Behinderung* (mentální postižení), což představuje zaostávání za chováním, které je přiměřené danému věku (Bach, 1977 in Pipeková, 2006).

V tuzemských podmínkách došlo ke změně terminologického aparátu, kdy na primární místo je postavena osoba a teprve na sekundární dané postižení, tj. směr k odstranění stigmatizace užívaného termínu mentálně retardovaný či mentálně postižený pojmem *osoba s mentálním postižením* (Pipeková, 2010; Valenta a kol., 2012; Valenta, Müller, 2013). Nejnovější trendy týkající se humanizace upustily od původních termínů označujících osoby s mentální retardací jako např. *imbecil*, *idiot* a vedou k tzv. *změkčení* do tvaru mentální postižení. Pojmy mentální retardace a mentální postižení nejsou řešeny z jednotlivých přístupů komplexně, neboť jsou spjaty s proměnlivými determinanty, tj. pojetím, celkovou koncepcí a klasifikací (Černá, 2008). Autorka shrnuje dle přístupu jednotlivých autorů definice mentálního postižení do několika skupin, tj. definice, jejichž stěžejním prvkem je inteligenční kvocient; definice, které kladou důraz na biologické faktory, nebo sociální faktory, či definice spojující více hledisek (Černá, 2008).

Autoři (Vašek, 1994; Kozáková, 2005; Valenta, Michalík, Lečbych, 2012; Valenta, Müller, 2013) ve svých publikacích zmiňují, že mentální postižení je vnímáno jako zastřešující pojem, který označuje osoby nacházející se v hraničním pásmu mentální retardace (s IQ pod 85 dříve označovaném jako slaboduchost) projevující se snížením intelektových schopností (zejména v oblasti kognitivní, řečové, pohybové a sociální), stejně jako je tomu u vymezení AAIDD (2013). Fischer, Škoda (2008) a Vágnerová (2014) podotýkají, že tento jedinec není schopen dosáhnout přiměřeného stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože byl dostatečně a přijatelným způsobem výchovně stimulován. Kvapilík, Černá (1992) vychází taktéž ze snížení intelektových schopností doprovázených poruchami adaptace (zpomalený vývoj, ohraničené možnosti vzdělávání, nedostatečná sociální přizpůsobivost) projevující se samostatně nebo v různých kombinacích. Vzhledem k individuálním projevům každého jedince je velice obtížné toto postižení popsat. Slowík (2007, s. 109) shrnuje, že se jedná o „*syndromatické postižení, které postihuje nejenom psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách*“, což kvituje i Castlesová (1996) v předmluvě knihy „People first“, kde uvádí, že „*přestože je intelektové postižení závažným handicapem, nejsou lidé tímto svým postižením definováni.*“ Jsou to především lidé, kteří stejně jako občané většinové společnosti mají své přátelské vztahy, prožívají své těžkosti a řeší morální dilemata.

### 3.1.1 Modely přístupu k osobám s mentálním postižením

Následujícím výčtem jednotlivých modelů chceme poukázat na složitost celé situace nejen v jednotlivých přístupech, ale zejména v nastavení podmínek péče o tyto osoby z různých hledisek a jejich praktický dopad na život osob s mentálním postižením. Odlišné pohledy a přístupy vymezují jednotlivé modely. Základní tři – medicínský, sociální a model podpory – uvádí Černá (2008). Valenta, Michalík, Lečbych (2012) rozšiřují spektrum těchto přístupů s ohledem na rozvíjející se trendy v dané oblasti.

*Dominantní model* (u jiných autorů nazývaný jako medicínský, limitační či klasifikační) přistupuje k mentální retardaci jako vývojové poruše, která zasahuje rozumové schopnosti jedince, jejichž důsledkem je snížená adaptace na prostředí, v němž jedinec žije. Tento model se užívá v oblasti zdravotnictví, neboť pracuje s limity a deficity ve vývoji daného jedince. Model bere ohledy na etiologii a prenatální diagnostiku, ovšem jeho celkové pojetí může být důsledkem stigmatizace, či stereotypního vnímání jedince s daným postižením, což má dopad zejména v sociální oblasti (diskriminace, nálepkování, sociální exkluze).

Pojetím blízký danému modelu je *model ústavní sociální péče*. Je spjat s historií vzniku sirotčinců a s počátky péče o osoby znevýhodněné ve většinové společnosti. Základní myšlenkou je komplexní péče pro osobu s postižením. Cílem je ochrana před negativismem, eliminace neúspěchu, předcházení stigmatizaci ve společnosti. Pozitivem zůstává vstřícný a kladný přístup k lidem s postižením, pomoc a podpora v udržení kontaktů s rodinou, komunitou apod. Tento model je aplikován v domovech pro osoby se zdravotním postižením, dříve v ústavech sociální péče, na chráněných pracovních místech či domovech chráněného typu. U posledně jmenovaného může nastat, že komplexní pojetí služeb může dostat osobu s lehčím typem postižení do svízelné situace. Služba poskytovaná touto formou způsobuje závislost na druhých lidech a omezuje jakoukoli iniciativu jedince, ten se stává pouhým odběratelem sociální služby v komunitě osob se stejným typem postižení, což vede k celkovému společenskému útlumu, nedostatku sebedůvěry, nedochází k motivaci a důsledkem je celková izolace (Bednář, 2012).

Naopak negativním důsledkům se snaží předejít *popisný model*, ten s sebou přinesl změny právě v terminologii osob s mentální retardací (dané postižení je sekundárním označením, v zahraničí změna terminologie *intellectual disability* aj.) Limitním faktorem

se jeví zavádění nepřesných pojmů. Důraz je kladen na člověka jako individualitu, celistvost, jeho slabé i silné stránky. Zaměřuje se na podporu jedince v oblastech, kde mají tyto osoby určité nedostatky zejména v sociálních dovednostech např. hospodaření s penězi, komunikaci, podpora v zaměstnání apod. Cílem je osvětová činnost, boj proti stigmatizaci.

Obdobně smýšlícím je i *model spirituální*, jenž pojímá jedince s mentální retardací jako komplexní bytost propojenou skrze tělesnou, psychickou a duchovní dimenzi, kdy každá z nich může být rozvíjena jakýmkoli způsobem. Tento model staví na hledání smyslu života, přičemž základními pilíři jsou rovnost a partnerství. Důraz je kladen na pozitivní přístup, pracuje se silnými stránkami každého jedince, jeho dovednostmi schopnostmi. Model nabízí porozumění s oporou v duchovnu. Negativním faktorem je právě pojmosloví propojené s duchovní terminologií, která není přístupná ani srozumitelná veřejnosti.

V poslední době je nejvíce aplikovaný *model ekologický*. Ten se zaměřuje na aktuální problémy, tj. integraci, práva osob s daným postižením, jejich život ve většinové společnosti atd. Klade důraz na prostředí, v němž se člověk s mentální retardací pohybuje, potřebnou míru podpory, kterou potřebuje, aby mohl žít běžným způsobem života. Touto klasifikací se zabývá Huang (1997), který staví na třech oblastech, těmi jsou kompetence jedince (co dokáže a jak se může zapojit do společnosti); prostředí, v němž bude žít, pracovat apod., a stupeň podpory, již potřebuje, aby mohl žít v daném prostředí. Valenta, Michalík, Lečbych a kol. (2012) doplňují jako vlivného činitele oblast času v poskytované podpoře. Model je velmi dobře aplikovatelný v praxi, neboť opět staví na podpoře, zkušenostech, dovednostech a schopnostech jedince, míře jeho podpory a individuálním rozvoji, tzn. aplikaci přístupu zaměřeného na člověka.

Popsané změny terminologie a definice pojmu jsou exkurzem do širokospektrálních změn. Dle uvedeného členění se v případě pojetí disertační práce přikláníme k užití termínu osoba s mentálním postižením, neboť tento termín je primárně užíván v odborných sférách, ale je univerzálně užíván ve většinové společnosti (mezi opatrovníky, rodinnými příslušníky apod.) (Švarcová, 2011; Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012; Bazalová, 2012). Normy uplatňované v přístupu k lidem s mentálním postižením nejsou historicky pevně dány, ale naopak se stále vyvíjí dle trendů a rozvoje dané společnosti. Je kladen důraz na kvalitu života a pojetí sociálního statutu osoby s mentálním postižením v naší společnosti. Ovšem stále přetrvávají problémy a nastalé skutečnosti, které i přes poznání



jistých faktů (zahraničních zkušeností a fungujících modelů péče, služeb) jsou v rozporu s námi nabízenými službami, kvalitou péče a konkrétními potřebami být otevřen změnám.

### 3.1.2 Klasifikace mentální retardace

Každý vědní obor se snaží o třídění poznatků z dané oblasti. Zejména oblast klasifikace mentální retardace není výjimkou. Kategorizace této skupiny osob je nesmírně široká a vnitřně nekonzistentní z mnoha úhlů pohledu. Jak uvádí Valenta, Müller (2013), podléhá různým kritériím. V rámci *etiologické klasifikace* je členěna na prenatální, perinatální, postnatální faktory, či endogenní a exogenní faktory (např. věk, socioekonomický či rodinný statut). Variabilita je zřejmá i u klasifikace mentálního postižení dle inteligenčního kvocientu. Možnosti a potřeby osob s lehkým mentálním postižením budou zcela odlišné než u osob s těžším typem mentálního postižení. Pipeková (2006) a Müller (2006) v této spojitosti hovoří o *klasifikaci symptomatologické*, jež se zabývá jednotlivými příznaky motorických a psychických schopností, osobnostních rysů aj., a *klasifikaci dle vývojových období*, neboť u mentálního postižení má stěžejní roli věk (předškolní, mladší školní, starší školní, adolescence), přičemž autoři vychází ze znalostí intaktní populace a řídí se jejími zákonitostmi. Pod symptomatologickou klasifikaci můžeme zařadit i dělení dle poruch aktivační úrovně (Kozáková, 2005), které někteří autoři (Matulay, 1986; Pipeková a kol., 1998; Vítková, 2004) řadí pod *klasifikaci dle typu chování* zejm. u osob s těžším typem mentální retardace, tj. *eretický typ* (jedinec se obtížně soustředí, je neklidný a neovládá své reakce); *torpidní typ* (hypoaktivita až apatie, nekomunikativnost, nastává celkový útlum aktivity a pohybů, nutná aktivizace jedince) a *nevyhraněný typ* (probíhající procesy jsou v relativně rovnovážném stavu) (Franiok, 2006; Kozáková, 2005). Valenta, Müller (2013) zdůrazňují i vliv prostředí. Stejně tak jako se budou odlišovat potřeby vzhledem k věku, tak se budou měnit i nároky kladené na jejich blízké okolí, pečovatele, rodiny aj.

Z dané míry podpory jedince vychází i zmiňovaná klasifikace AAIDD (2013), která vymezuje 4 stupně, tj. *občasnou/přerušovanou* podporu, jež je poskytována krátkodobě při určité změně, např. ztrátě zaměstnání; *limitovanou/omezenou* podporu, která je poskytována pravidelně po určitou dobu, např. při podporovaném zaměstnání; *značnou/rozsáhlou* podporu, která je průběžná a bez jakéhokoli časového omezení, poskytována v určitém prostředí a při některých činnostech, např. v zaměstnání; poslední podporou je *intenzivní/všudypřítomná*, tedy celoživotní podpora poskytovaná ve všech

oblastech života daného jedince bez jakéhokoli omezení. Potřeby osob se mohou lišit z formálního hlediska dle náležitosti k dané skupině a životní zkušenosti z prostředí, z něž pochází („ústavní“ vs. rodinná péče). Přesto mají společný cíl, potřebu, která spočívá v pozitivním sebepřijetí a zapojení do širší komunity (přijetí do společnosti intaktních osob), čehož není právě u této skupiny vždy dosaženo (Matějček, 2001). Z výše zmiňovaných důvodů nemůže proto žádná klasifikace vystihnout přesně danou osobu, neboť operuje pouze s jedním kritériem daného postižení a nevěnuje již pozornost samotným specifikům osobnosti daného jedince.

V minulosti se vyskytovaly klasifikace, z dnešního pohledu již eticky nepřijatelné, jež dělily jedince s mentálním postižením např. na vzdělavatelné a nevzdělavatelné, dle vychovatelnosti, vzhledu a jiných kritérií. V současné době existují nejrůznější klasifikační systémy mentálního postižení, např. dle ICD-10; MKN-10; ICF; DSM-IV rev. DSM-5 (viz jejich vývoj výše); dle typu chování; dle etiologie; dle symptomatologie a vývojových období. Ovšem stále platí, že skutečnost, zdali bude člověk s postižením považován za handicapovaného, závisí pouze na hodnotách a postojích dané společnosti, která vytváří sociální znevýhodnění jedince (Novosad, 2000).

V tuzemských podmínkách převažuje klasifikace mentální retardace dle inteligenčního kvocientu (IQ), schopností adaptability a mírou zvládnutí sociálně-kulturních nároků kladených na jedince (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012; Bendová, Zikl, 2011; Černá, 2015; Hanák et al., 2015; Slowík 2007; Švarcová, 2011; Valenta, Müller, 2013), která byla ustanovena r. 1993 Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v Ženevě, a poté se objevila v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10). Je rozdělena do šesti základních kategorií. Mentální retardace je značena písmenem F (oblast psychiatrie) v rozmezí kódu 70-79 se stanovením inteligenčního kvocientu. V kódu rozlišujeme i postižení chování daného jedince (výbušnost aj.) (Švarcová, 2006; Lečbych, 2008):

- **F70** Lehká mentální retardace (IQ 69 – 50, dříve označována pojmem debilita),
- **F71** Středně mentální retardace (IQ 49 – 35, dříve označována pojmem imbecilita),
- **F72** Těžká mentální retardace (IQ 34 – 20, dříve označována pojmem idioimbecilita, prostá idiocie),
- **F73** Hluboká mentální retardace (IQ pod 20, dříve označována pojmem idiocie, vegetativní idiocie),
- **F78** Jiná mentální retardace,
- **F79** Nespecifikovaná mentální retardace.

MKN-10 přidružuje k základnímu kódu ještě čtvrtý znak určující rozsah možných problémů v chování jedince:

- **F 7 X. 0** žádná nebo minimální porucha chování,
- **F 7 X. 1** výrazná porucha chování vyžadující pozornost nebo léčbu,
- **F 7 X. 8** jiná porucha chování,
- **F 7 X. 9** bez zmínky o poruše chování

(Wagner, 2000; Kozáková, 2005; Lečbych, 2008, Černá, 2008; Valenta, Müller, 2013, 2013; Krejčířová, Kozáková, Müller, 2013). Samotný stupeň může být měřen standardizovanými testy nebo škálami, jež slouží k diferenciaci míry intelektového nadání a postižení intelektu (Baroff, Olley, 1999). Nejběžněji využívanými jsou standardizované IQ testy Stanford Binet stupnice inteligence, u dětí pak Wechslerova inteligenční stupnice či Kaufmannova baterie hodnocení (Jansma, French, 1994).

Svoboda (1999 in Lečbych, 2008, s. 18) však podotýká, že hodnota IQ nás pouze „informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Neříká však nic o kvalitativních zvláštностech inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu pro poznání osoby probanda nelze přeceňovat.“ Dle americké národní klasifikace mentálních poruch DSM-IV, která je konkrétnější a podrobnější svým obsahem a slouží jako podklad pro českou MKN-10, se dělí mentální retardace do následujících kategorií (obr. 5).

**Obrázek 5** Klasifikace mentální retardace dle DSM-IV (1994, online)

Kód	Klasifikace	IQ
<b>317</b>	Mild Mental Retardation	70 až 50-55
<b>318.0</b>	Moderate Mental Retardation	50-55 až 35-40
<b>318.1</b>	Severe Mental Retardation	35-40 až 20-25
<b>318.2</b>	Profound Mental Retardation	pod 20-25
<b>319</b>	Mental Retardation, Severity Unspecified	

V revizi DSM-IV, která je označována jako DSM-5 je uveden číselný seznam MKN-10-CM s převodem na diagnózy v této revizi (Raboch, Hrdlička, Mohr a kol., 2015, s. 951): **F70** porucha intelektu (vývojová porucha intelektu), *mírná*; **F71** porucha intelektu (vývojová porucha intelektu), *středně těžká*; **F72** porucha intelektu (vývojová porucha intelektu), *těžká*; **F73** porucha intelektu (vývojová porucha intelektu), *hluboká*; **F79** nespecifikovaná porucha intelektu (vývojová porucha intelektu).

Říčan, Krejčířová (2007) i Valenta (2012) podotýkají, že hodnoty IQ vnímáme tedy pouze jako orientační vodítka, podstatné jsou dovednosti, sociální adaptabilita a zralost daného jedince. Švarcová (2006) s těmito autory souhlasí v tom, že člověk s mentálním postižením musí být vnímán jako individualita, osobnost se specifickými rysy. Ty jsou spjaty již se samotnou etiologií mentálního postižení. Tato specifika se projevují v jednotlivých stupních rozdílnými způsoby.

### ***Lehká mentální retardace (IQ 69-50)***

Pro osoby v lehkém pásmu mentální retardace je typické opoždění již v raném věku v psychomotorickém vývoji doprovázené až do školního věku, kdy se objevují další, zejména výukové problémy (analýza, syntéza, problémy se čtením, psaním) (Vítková, 1998; Vágnerová, 2014). Myšlení je jednoduché, paměť mechanická, pro pozornost je typická krátkodobost, nestálost a sklon k ulpívání (jednoduché, konkrétní, nepřesné, rigidní myšlení) (Vágnerová, 2004; Vítková, 2004; Valenta, Müller, 2007, 2013). Řeč je opožděna, narušeno porozumění, malá slovní zásoba, agramatismy, nedostatečná zvědavost aj. (Vítková, 1998; Klenková, 2006). Významnou roli hraje výchova a vliv daného prostředí, v němž jedinec vyrůstá (Vágnerová, 2004; Valenta, Müller, 2007, Švarcová, 2011). V dospělosti jsou však tito lidé schopni běžné konverzace a zvládnou i jednoduché interview, diskusi. Využívají jednoduché a krátké věty (Lechta, 2002; Švarcová, 2011). Jsou schopni dodržovat základní pravidla, ovšem nedokáží myslet v abstraktních pojmech (Vágnerová, 2004; Vítková, 2004; Valenta, Müller, 2013). Většina z těchto osob dosáhne v praktických dovednostech a péči o vlastní osobu plné nezávislosti (osobní péče, hygiena, základní úkony). Dokáží se uplatnit na trhu práce, zejména jedinci na hranici lehké a středně těžké mentální – oblast jednoduchých manuálních prací. Za určité podpory jsou schopni plného začlenění se do společnosti. Mohou se však vyskytnout adaptační problémy, pokud je zaznamenána u dané osoby nestabilita – emoční (labilita, impulzivnost, úzkostnost, sugestibilita) i sociální, tzn., že nezvládnou nároky samostatného života, z čehož plyne, že bez pomoci nedokáží samostatně řešit problémy, získat či udržet si zaměstnání, finanční zabezpečení, bydlení, zdravotní péči atd. (Švarcová, 2011). V nenáročném přizpůsobeném sociálním prostředí mohou být zcela bez problému. Následné problémy s prací nedokáže řešit a nároky samostatného života nezvládá. Může docházet k obtížnému přizpůsobení se novému okolí, kulturním tradicím a celkovému začlenění do komunity. Mohou se také objevit další zdravotní obtíže, např. přidružená onemocnění jako epilepsie nebo jiné vývojové poruchy, které mohou

daný stav jedince zhoršit (Švarcová, 2011). Výskyt osob spadajících do této skupiny z celkového počtu osob s mentálním postižením je 80 % (Procházková in Vítková, 1998).

### ***Středně těžká mentální retardace (IQ 49-35)***

Pro osoby se středně těžkou mentální retardací je jedním ze znaků značně opožděný psychomotorický vývoj dítěte, jehož důsledkem je narušená jemná a hrubá motorika (nekoordinovanost pohybů) (Vítková, 2004). U většiny osob s MP je možné vystopovat příčinu vzniku postižení. Často se vyskytují další zdravotní potíže, např. tělesná omezení, neurologické onemocnění aj., či přidružená postižení, např. porucha autistického spektra, jež mohou ovlivnit jednání s danou osobou (Švarcová, 2011). Podle Bartoňové, Bazalové, Pipekové (2007) je možný rozvoj psychiatrického onemocnění. Myšlení je jednoduché, stereotypní, nepřesné, se sklonem k ulpívání na nepodstatných, ale velmi výrazných detailech. Opět převládá mechanické učení se, pozornost je krátkodobá (Vágnerová, 2004; Vítková, 2004; Valenta, Müller, 2007, 2013). Řečový vývoj je opožděn, objevuje se až v počátku školních let, přičemž si ale dokáží do dané doby vytvořit komunikační kanál se svým okolím, tzn. osvojit si širokou škálu slov, ovšem aktivně je nepoužívají. Projev agramatický a vyskytuje se špatná artikulace (Klenková, 2006; Lechta, 2002). Významnou roli hraje opět výchova a vliv prostředí. Díky pedagogickému působení dokáží tyto osoby zvládnout i základy trivia (Vágnerová, 2004; Valenta, Müller, 2007; Švarcová, 2011). V dospělosti jsou schopni tito jedinci běžné konverzace v jednoduchých větách, používání jednoduchých výrazů, dokáží navázat kontakt a podílet se na sociálních aktivitách. V oblasti porozumění řeči jsou schopni porozumět jednoduchým slovním sdělením (Vítková, 2004; Valenta, Müller, 2013). Projevuje se u nich emoční labilita, nevyrovnanost, typickým projevem je infantilismus, výbušnost a negativismus (Vítková, 1998). Dokáží vykonávat jednoduchou manuální činnost pod odborným dohledem s přesně strukturovaným postupem práce. Zvládání sebeobsluhy je spíše individuální, s podporou a dohledem dokáže většina z nich fungovat v samostatném životě (Vítková, 2004). Jak podotýká Franiok (2005), tito lidé potřebují podporu většinové společnosti, aby mohli být alespoň částečně integrováni do sociálního, resp. pracovního prostředí, aby mohli dál rozvíjet svůj potenciál i v dospělém věku. Jejich pracovní začlenění je možno na chráněných pracovních místech (Vítková, 2004; Švarcová, 2011). Výskyt z celkového počtu osob s mentálním postižením je přibližně 12 % (Vítková, 2004).

### ***Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)***

U osob s těžkou mentální retardací je výrazně opožděn psychomotorický vývoj, mohou se vyskytnout jiné přidružené vady, jež jsou příznakem poškození CNS. Tyto osoby jsou celoživotně odkázány na péči druhých osob. K rozvoji může významně přispět včasná rehabilitace, systematická a kvalifikovaná výchovná a vzdělávací péče. Především je podněcován rozvoj komunikačních a rozumových dovedností a podpora v soběstačnosti, což může přispět k celkovému zlepšení jejich kvality života (Švarcová 2011). Dlouhodobým tréninkem si může jedinec osvojit základní hygienické návyky a činnosti v sebeobsluze. Tato skutečnost se však týká individuálních případů. Komunikace je omezena, většinou přetrvávají neartikulované zvuky, mohou se objevit jednoduchá slova, bez jakékoli souvislosti, nácvikem je možné zapojit gesta při komunikaci (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012). Mezi typické projevy patří impulzivnost, náladovost, afektovanost. Výskyt v celkovém počtu populace osob s mentálním postižením je uváděn cca 7 % (Vítková, 2004).

### ***Hluboká mentální retardace (IQ pod 20)***

U osob s hlubokým stupněm mentální retardace je značně zatížena motorika, častá přítomnost imobility a inkontinence. Tito jedinci potřebují stálý dohled a nepřetržitou pomoc. Hluboká mentální retardace představuje kombinaci vícečetného postižení. Běžné jsou neurologické a tělesné poruchy, poruchy zraku, sluchu. Působení výchovy a vzdělávání je minimální. Minimální měrou se dokáží podílet na zvládnutí sebeobsluhy a praktických úkonů (Švarcová 2011; Chaloupková, 2011). Totální porušení afektivní sféry, sebepoškozování. Oblast komunikace je výrazně deficitní ve všech oblastech – omezená schopnost porozumět jednoduchým požadavkům a jejich splnění. Komunikace probíhá na základě artikulovaných, stereotypně se opakujících zvuků, převládá nonverbální komunikace (Valenta a kol., 2012). Bendová (2011) uvádí, že se může vyskytnout amimie (ztráta mimických pohybů), což může znemožnit rozpoznání aktuálního stavu jedince. Tato skupina tvoří 1 % z celkového počtu osob s mentálním postižením (Vítková, 2004).

### ***Jiná mentální retardace***

U tohoto typu mentální retardace nelze standardními nástroji určit stupeň intelektu (vliv různých faktorů, mj. somatické, sensorické přidružené postižení, poruchy autistického spektra, či se jedná o osoby s těžkým tělesným postižením apod.) (Švarcová, 2011; Valenta, Müller, 2013).

### ***Nespecifikovaná mentální retardace***

Do této kategorie spadá jedinec v případě, kdy je mentální retardace prokázána, avšak není dostatek informací pro jeho zařazení do předchozích jmenovaných kategorií (Švarcová 2011).

### **Etiologie mentální retardace**

Stejně jako je nejednotnost v terminologii, totéž platí i u etiologie mentální retardace, kde se setkáváme s různorodými příčinami, jež mohou vést k danému postižení. Většina příčin však zůstává neznámá (Drtílková, 2001). V souvislosti s tímto hovoříme nejčastěji o příčinách endogenních (genetické, dědičné) a exogenních (vnější), vrozených, získaných a sociálně podmíněných (Matulay, 1986; Franiok, Kysučan, 2001; Pipeková, 2010; Drtílková, 2001). Zvolský (1996 in Vítková, 2004) uvádí mezi nejčastějšími příčinami dědičnost; dále specifické genetické vlivy, jež působí v prenatálním (př. infekce matky), perinatálním (př. hypoxie, nedojnost) a postnatálním období (př. traumatické vlivy v raném věku, podmíněné chromozomální aberace, encefalopatie aj.); sociální faktory (příčinou je sociokulturní deprivace, institucionální výchova); enviromentální faktory (špatná výživa během těhotenství, onemocnění matky, aj.) a nespecificky podmíněné poruchy (neobjevena chromozomální ani metabolická vada či jiné poškození plodu, příčina zůstává neobjasněna). Až 80 % případů má blíže neurčený původ (Drtílková, 2001; Kozáková, 2005; Valenta, Müller, 2013).

## **3.2 Dospělost a její charakteristika ve vztahu k mentálnímu postižení**

Dospělost je náročným obdobím pro jakéhokoliv člověka, tedy i pro osobu s mentálním postižením. Toto období se ve své podstatě neliší od dospělosti osob intaktních, je ovšem ovlivněno proměnnými faktory a specifiky osobnosti daného jedince. Typickými projevy jsou svoboda rozhodování spojená se zodpovědností za svá rozhodnutí a činy s cílem získat a plnit určitou roli v dané společnosti (Vágnerová, 2004; Krejčířová, Lagmeier, 2012). Stejně jako se liší schopnosti a dovednosti osob intaktních, tak je tomu i u osob s mentálním postižením (Huang et al., 1997; Gregg, 2009). Dle Bakker a Braklera (2012) se právě osoby se zdravotním postižením (s mentálním postižením nevyjímaje) potýkají s obtížemi kontroly nad vlastním životem, s prosazováním vlastních práv, což může být jeden z důsledků fyzického či psychického znevýhodnění, stigmatizace a jiných vnějších faktorů (např. prostředí instituce), jež těmto lidem neumožňují přijmout odpovědnost za svůj vlastní život. Obecně je dospělost vymezována jako zralost jedince

v určitém životním období (Hartl, Hartlová, 2000). Ovšem jednotná definice aktuálně neexistuje, neboť „je třeba rozlišovat dospělost biologickou a dospělost duševní a přitom respektovat systémové socio-kulturní a právní faktory“ (Šiška, 2005, s. 39).

Dřívější definice vymezovaly dospělost jako jeden mezník, stav, kdy již nedojde k žádnému dalšímu vývoji, samozřejmě s akceptací fyziologického vývoje (Beneš, 2014). Předestřením novodobého pojetí bychom mohli považovat za vymezení dospělosti období, kdy dosahuje jedinec v určitém momentě nabytí takových fyzických i psychických sil, aby zvládl samostatné činnosti, přípravu ke vstupu na trh práce a fungování ve společnosti, tj. naplnění role sociální, právní i rodičovské (Palán, 1997). Plnění těchto rolí s promítnutím se do klasifikace dospělosti vymezují např. Hartl, Hartlová (2000), kteří dělí dospělost na biologickou, emocionální, sociální a kognitivní, či Čížková (2004), jež stanovuje dospělost na období, kdy jedinec dosáhne vrcholu fyzických, psychických, sociálních, emočních a tvůrčích sil. U osob s mentálním postižením je toto dosažení determinováno mírou hloubky postižení a celkového úspěchu procesu socializace jedince do většinové společnosti. Faktory ovlivňující úspěšné začlenění jedince (neuplatnitelnost na trhu práce, setrvání v komunitě osob se stejným zdravotním postižením, obava z komunikace aj.) přispívají k nedostatku motivace a snížené sebedůvěře, která může být důsledkem, že i přes kompetentnost dané osoby dojde k její sociální exkluzi (Bajo, Vašek, 1994; Solovská a kol., 2013; Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Řada autorů se snaží o vymezení jednotlivých období dospělosti. Ovšem jak již bylo zmiňováno, nelze určit konkrétní věk, neboť dospělost je ovlivňována výchovou, osobností, událostmi v životě daného jedince, tudíž se dostavuje u každého v jiném čase. Jak uvádí Krejčířová, Langmeier (2006) s vývojem dnešní společnosti se posouvají i hranice daného období, které je primárně spjato s převzetím sociálních rolí, zodpovědností a vlastními právy (odchod z rodiny, socioekonomická nezávislost, doba studia. Původní pojetí vycházelo ze dvou stádií – např. dle Hurlockové (in Holásková, 2010), která dělí dospělost na *ranný věk* (od 21 – 40 let – tj. explorativní (do 30 let) a selektivní (do 40 let)); a *střední věk* (do 60 let); či do stádií tři – např. Průcha, Veteška (2012), dělicí dospělost na *mladší* (13 – 30 let), *střední* (30 – 45 let), *starší* (45 – 60 let); či Nakonečný (Holásková, 2010) s obdobným členěním na *mladší* (od 19 do 30 let), *střední* (do 45 let), *starší* (do 60 let) *dospělost*, s výjimkou počátku mladší etapy.

Posunutí do nižší věkové hranice souvisí s předáváním zodpovědnosti danému jedinci, kdy se začíná profesně i osobnostně připravovat na budoucí život. Flexibilně však dochází



k posunu a vývoji s ohledem na aktuální potřeby společnosti a celkový vývoj. Vágnerová (2007) dospělost vymezuje na *časnou dospělost* (20 – 25 či 30 let), *střední dospělost* (trvá asi do 45 let), *pozdní dospělost* (trvá asi do 60 – 65 let) a *stáří* (časné a vysoké).

Nejčlenitější vymezení dospělosti uvádí Světová zdravotnická organizace (WHO, 2006), jež stanovuje hranici dospělosti 18. rokem:

- období plné dospělosti (18 – 30 let),
- období mladého věku (30 – 45 let),
- období středního věku (45 – 60 let),
- období stárnutí (60 – 75 let),
- období starého věku (75 – 90 let),
- období stařecké (nad 90 let).

Časná dospělost souvisí nejen s profesním, ale i rodinným životem, po němž následuje období vrcholu, kdy se jedinec nachází na pomyslné výši svých sil, je schopen maximální produktivity v pracovní oblasti, stejně jako se objevují předpoklady k založení rodiny (plození a výchově dětí), což vede k dosažení stability a osobní zralosti (Langmeier, Krejčířová, 2006). Autoři vychází z následujících fází dospělosti:

- časná dospělost (20 let – 25/30 let),
- střední dospělost (30 – 45 let),
- pozdní dospělost (45 – 60 let),
- stáří (od 60 let a výše).

Pro dospělé osoby s mentálním postižením je velmi důležité dosáhnout co nejvyšší míry samostatnosti. Osobnost každého jedince s MP se utváří vlivem času a dalších faktorů, které lze ovlivnit stabilně působící cílenou speciálněpedagogickou intervencí, ovšem jak podotýká Farková (2009) zralý člověk by měl být především svůj. Tato specifika se projevují v různých oblastech a mají vliv na strukturální změny, jejichž dopad je nejen kvantitativního ale zejména kvalitativního charakteru (Kozáková, 2005; Pipeková, 2010; Valenta; Müller, 2013).

### **3.2.1 Specifika osobnosti jedince s mentálním postižením**

Uvedená specifika se prolínají s vymezením, která jsme uvedli u jednotlivých stupňů mentální retardace (viz 3.1.2), přičemž v této části se zaměřuje pouze na faktické vymezení

v jednotlivých oblastech, neboť dopady v oblasti sociálního začlenění, pracovního uplatnění atd. bylo nastíněno výše a dále tomu bude věnována část 3.2.2.

Důležitou složkou, která je narušena a prolíná se vícero oblastmi života (převážně myšlením a řečí), je schopnost vnímání (zpomalenost, zkreslené prostorové vnímání, problémy v časoprostoru), přičemž hlavním projevem je nediferencovanost počitků a vjemů, kdy si jedinec nedokáže vytvořit souvislosti mezi situacemi (Valenta, Müller, 2007; Vašek, 2006; Kozáková, 2005; Pipeková, 2010). Inaktivita, nedokonalé vnímání času a prostoru je důvodem, proč je nutno seznámit osoby s MP např. s jednotlivými fázemi pracovního procesu, naučit je orientaci v prostředí, či připravit je na neobvyklé situace. Porozumění je závislé na prostředcích užitých v procesu komunikace. Problémy mohou být spjaty s narušeným sluchovým vnímáním, způsobujícím nedostatky ve výslovnosti, zvukové, gramatické a obsahové stránce řeči. Četnost výskytu narušené komunikační schopnosti ve všech jazykových rovinách je vysoká. Slovní zásoba je menší než u osob intaktních, převládá spíše její pasivní nežli aktivní složka (Klenková, 2006; Vančová, 2014). Slova jsou často napodobována a naučena jako fráze tak, jak jsou slyšena (Slowík, 2007). S celkovým vnímáním souvisí proces zapamatování, jenž se odvíjí od délky soustředěnosti na určitý problém.

Oblast pozornosti dělíme v obecné rovině na záměrnou a bezděčnou. Záměrná pozornost se uvádí v rozsahu 15–20 minut, přičemž je negativně ovlivněna nízkým rozsahem sledovaného pole, unavitelností a neschopností udržet si koncentraci (Valenta, Müller, 2013). Časté jsou však výkyvy v pozornosti a tedy i nutná motivace k soustředěnosti na daný problém (Vašek, 2006). V této oblasti je potřeba velká konkretizace, u osob s MP se vyskytují problémy s analýzou a syntézou, chyby v osvojování si pravidel a obecných pojmů (Valenta, Müller, 2013). Důležitá je systematičnost ve vzdělávání či v nácviku dané činnosti. I přes pravidelné opakování se objevují nedostatky, které způsobují narušení paměti.

Paměť je především mechanická a selektivní (dotyčný si zapamatuje pouze to, co je pro něj důležité) (Kozáková, 2005; Valenta, Müller, 2013). Paměťové stopy velmi rychle vyhasínají, a proto je vhodné propojovat teoretické dovednosti podporované vizuálními materiály s praktickými dovednostmi (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012; Vašek, 2006). Úloha myšlení je slabá. Nedůslednost vlastního jednání jedince s mentálním postižením může být více ohrožující pro danou osobu, výkyvy pozornosti znemožňují jedinci se soustředit na řešení daného problému a v neposlední řadě nekritičnost myšlení,

ke všemu přistupovat ze subjektivního hlediska. (Vágnerová, 2004). Myšlení je ulpívavé se stereotypním způsobem řešení, spjaté se špatně si osvojujícími pravidly (chyby v analýze a syntéze) a obecnými pojmy (Valenta, Krejčířová, 1997). V pozdějším věku sehrává důležitou roli motivace a vůle. Výsledkem této situace je posuzování jednotlivých situací především ze subjektivního pohledu (Lečbych, 2008).

Výše uvedená specifika osobnosti jsou často ovlivňována emotivitou. U osob s mentálním postižením dochází k netlumené emoční intenzitě projevující se až přehnanými citovými projevy (euforie/skepse, špatná nálada). Typickými doprovodnými znaky jsou i poruchy vůle – hypobulie (poklesu volných činností) nebo abulie (snížení nebo ztráta volných činností), někdy vedoucí až k apatii (Valenta, Krejčířová, 1997; Švarcová, 2006). Osoby s mentálním postižením často nedokáží své emoční projevy racionálně korigovat a často v danou chvíli usilují o něco, pro ně v daný moment mnohem zajímavějšího, nežli o to, co je perspektivnější, ovšem časově vzdálené např. pracovní místo a výplata. S emotivitou je spojena i oblast aspirace, která je utvářena na základě hodnocení sebe sama a hodnocením okolí, v němž jedinec žije (Valenta, Müller, 2013).

Jak uvádí Požár (2007), osoby s mentálním postižením chtějí dosáhnout samostatnosti a nezávislosti, ovšem často mají nerealistická očekávání od vlastní budoucnosti. Renotiérová, Ludíková a kol. (2006) podotýkají, že u osob s mentálním postižením je zvýšený výskyt naplňování potřeb jistoty, bezpečí a porozumění. Vliv mají samozřejmě i adaptační potíže, jež se nejvíce projeví v jednotlivých rolích, které musí dospělý jedinec zastat např. v rámci pracovní oblasti, partnerské role apod. (Švarcová, 2011). Vágnerová (2007) uvádí provázanost na aspirační kompetence a stejně jako Jahoda, Markova (2004), Paterson, McKenzie, Lindsay (2012) upozorňují na vliv zpětné vazby od okolí. V případě nedostatečného prostoru pro vzájemnou interakci, může být negativní reakce důsledkem sníženého sebevědomí u daného jedince s mentálním postižením, jak podotýká Vančová (2014). To se samozřejmě může promítnout dále do oblasti meziosobních vztahů, komunikace, může se objevit zvýšená závislost na druhých osobách apod. (Renotiérová, Ludíková a kol., 2006). Osobnost jedince se utváří v průběhu jednotlivých životních etap a souvisí mj. i s utvářením hodnotového systému, na němž se podílí okolí jedince s MP (pracovníci, rodinní příslušníci, přátelé aj.). Jiný hodnotový systém bude zaznamenán u osob, které prožily život v „ústavní“ péči a jiný naopak u těch, kteří byli podporováni již v samostatném životě např. skrze formu chráněného bydlení (Mareš, 2007; Slowík, 2010).

### 3.2.2 Vybrané aspekty dospělosti osob s mentálním postižením

Všechna výše uvedená specifika se prolínají do jednotlivých složek, mezi něž patří soběstačnost, zodpovědnost za své činy, jednání, vzdělání, bydlení (Vágnerová, 2004). Nejdůležitější oblastí jsou vlastní práva, o nichž si může sám jedinec s mentálním postižením rozhodovat. Mezi základní práva a svobody by měla patřit vůle každé osoby, za niž by nikdo jiný neměl rozhodovat, jedná se zejména o svobodu pohybu, soukromí, důstojné zacházení, odměnu za práci a další (Sobek a kol., 2007).

Přehledným exkurzem chceme nastínit vývoj a rozvoj této oblasti, v níž spatřujeme stěžejní propojenost s procesem socializace jedince (viz 2.3, 3.3). V rámci právních úprav ve vztahu k osobám se zdravotním postižením byly do roku 1989 uplatňovány pouze dva dokumenty, a to *Mezinárodní pakt o hospodských, sociálních a kulturních právech* a *Mezinárodní pakt o občanských a politických právech* (přijaty OSN r. 1966), v našich podmínkách ustanoveny ve vyhlášce č. 120/1976 Sb. (Valenta, Michalík a Lečbých, 2012). Rok 1971 přináší *Deklaraci práv mentálně postižených osob* a v roce 1993 přijetí Listiny základních práv a svobod jako součást Ústavy České republiky.

V zákoně č. 2/1993 Sb. nalezneme práva ve vztahu k uplatnění se na trhu práce (sociální, kulturní a hospodářská), avšak chybí ukotvení práv lidí se zdravotním postižením z hlediska zákazu jejich diskriminace z důvodu existence zdravotního postižení (Michalík, 2011). S rokem 2006 přijímá Valné shromáždění OSN *Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením*, která vstoupila v platnost rokem 2008 i s Opčním protokolem ratifikovaným rokem 2009 (Valenta, Müller, 2013). Dokumenty jsou založeny zejména na rovnoprávnosti, nediskriminaci, rovných příležitostech atd. Konkrétně se k danému vyjadřuje čl. 12 – *Rovnost před zákonem*, který se zaměřuje na podporu člověka se zdravotním postižením a jeho uplatnitelnost ve vztahu k právním úkonům, jež předestírá model podpory při rozhodování. Článek 19 – *Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti* souvisí s přístupností služeb, zařízení, volbou bydliště apod. (Makovcová, 2016, online). Právy osob se zdravotním postižením se taktéž zabývá i zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v němž § 51 věnující se chráněnému bydlení poskytuje jako jednu ze základních činností „pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (108/2006 Sb., s. 1271), § 2 garantuje tento závazek poskytovat v náležité kvalitě, aby „bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob“ (108/2006 Sb., s. 1287) a § 88 ručí svými

pracovníky, již mají vytvářet takové podmínky, aby umožnili uživatelům uplatňování jejich práva a předcházeli střetu zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby.

Práva osob se zdravotním postižením jsou posilována, nejnověji souvisí s dospělostí i svéprávnost, jež je ukotvena v zákoně č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, s účinností od 1. 1. 2014, v dřívější terminologii známá jako *způsobilost k právním úkonům* (Bednář, 2012), která přináší nové instituty. S touto změnou byl terminologicky změněn pojem „právní úkony“ za sousloví „právní jednání“. Dle nového občanského zákoníku si daná osoba může zvolit dle § 45 rozsah podpory i od několika podpůrců, s nimiž se uzavírá smlouva o nápomoci, která stanovuje podpůrci povinnosti na základě rozhodnutí podporovaného a nabývá účinnosti dnem, kdy ji schválí soud (Zákon č. 89/2012 Sb., v platném znění). Tato smlouva je novým institutem a je v protikladu k opatrovnictví. K omezení svéprávnosti je přistoupeno až v případě, že by bez něj mohlo dojít u konkrétního člověka k nepřiměřenému ohrožení (Hofschneiderová, Matiaško, 2015). Jedná se tedy o tzv. rozhodování s podporou, což je zcela jiná cesta, nežli tomu bylo na samém počátku, kdy daná osoba s postižením nemohla učinit žádná rozhodnutí, kdežto nyní může naplňovat svá práva a rozhodovat o svém životě samozřejmě i s možností podpory (Čebišová a kol., 2013).

Další velmi důležitou oblastí je ekonomická nezávislost, tedy uplatnění se na trhu práce. Pokud je osobám s mentálním postižením poskytována dostatečná podpora v jednotlivých oblastech, tak i přes statistické skutečnosti, kdy 87 % osob s mentální retardací je pomalejších v osvojování si nových dovedností, nežli je tomu u průměru běžné populace, jsou tyto osoby schopny se pracovní začlenit. Míra nezaměstnanosti osob s mentální retardací se tak v zahraničních statistikách odhaduje přibližně na 58 % (Smith, 1994 in Huang et al., 1997). Stejně jako je tento číselný údaj znepokojující v zahraničí (Elder, Conley, Noble, 2016; Revell, Wehman, Kregel, West, Rayfield, 1994 in Huang et al., 1997), kdy je uváděno, že ačkoli osoby s MP chtějí pracovat, je míra nezaměstnanosti vzrůstající, tak Vágnerová (2012) zmiňuje jednu z příčin, kterou může být právě nízký stupeň dosaženého vzdělání. Greenspan, Schoultz (1981) srovnávali, zdali převažují „sociální“ důvody (deficity charakteru, temperamentu a společenského povědomí) či „nesociální“ důvody (zdravotní problémy, neefektivnost výroby, ekonomické propouštění) při propouštění osob s mentálním postižením. Výsledky ukazují, že primární příčinou jsou „nesociální“ důvody, k nimž se přiřazuje nevhodné interpersonální chování. Pracovní uplatnění je preventivním činitelem vzniku sociálně-patologických jevů

a zejména důležitým prvkem pro navázání sociálních vztahů s většinovou společností. Na základě nich se rozvíjí nová přátelství a dochází i k rozvoji sebepoznání (Kiernan, 2000 in Moore et al., 2002). Autoři (Marrone, 1993; Kiernan, 2000 in Moore et al., 2002) kladou důraz na konkureční prostředí, jež je pro pracovníky s mentálním postižením vhodnější, ovšem náročnější než chráněné dílny (dnes pouze již chráněná pracovní místa), jež taktéž umožňovaly společenský kontakt, ovšem nikoli s většinovou společností. Ačkoli je u osob s mentálním postižením narušena adaptace na okolí, byla hodnocena efektivita vzdělávání v sociálních dovednostech, v oblasti mezilidských vztahů a tréninku zaměřeného na řešení problémů. Výslednými ukazateli se opět potvrdilo, že zahrnutí strategie pro zobecnění naučených dovedností do vzdělávacích programů má svůj význam (Castles, Glass, 1986), přičemž totéž potvrzují i Belz, Siegrist (2001), kteří k výsledku dospěli na základě klíčových kompetencí požadovaných od zaměstnavatelů vzhledem k osobě s mentálním postižením.

Černá (2008) zmiňuje význam pracovního uplatnění pro kvalitu života těchto osob ve smyslu zvyšování životního standardu ekonomickou nezávislostí a celoživotního učení a jeho vlivu na rozvoj kompetencí. Mezi ně mimo jiné patří i účast na životě společnosti, při níž dochází k rozvoji sociálních dovedností. Romer, Heller (1983) se zaměřovali na sociální adaptaci dospělých lidí s mentálním postižením v komunitním prostředí a dospěli k závěrům, že při ncviku sociálních dovedností jako součásti vzdělávacího systému jsou osoby s mentálním postižením schopny vytvářet si sítě mezi svými vrstevníky. Vztahy, které navazují, mohou být samozřejmě nejenom na přátelské úrovni, nýbrž i na té partnerské. Specifika osobnosti mohou však způsobovat určitou neschopnost vyrovnávat se s proměnlivostí partnerského vztahu vzhledem k impulzivité či labilitě v emoční oblasti, z čehož plyne neschopnost samostatně řešit krizové situace (Švarcová, 2006). Situaci komplikuje i skutečnost, že ačkoli se často jedná o dospělé osoby, k jejich osamostatnění dochází až v pozdějším věku, kdy je již vytvořena určitá závislost na rodičích a ztížená situace v osamostatnění se.

Partnerská role je komplikovaná, přesto opět zvyšuje sebevědomí jedince a jeho sebevnímání pozitivním směrem (Lečbych, 2008). Otázka partnerství, sexuality a případného rodičovství je eticky závažná. Vše vychází z dostatečné osvěty a vzdělávání jedinců s mentálním postižením v dané oblasti. Tabuizování tématu, jako je sexualita, může vést k promiskuitě, nevhodným hygienickým návykům apod. Vzděláváním v této oblasti můžeme osobu s mentálním postižením provést tímto obdobím a vést ji tak k větší

zodpovědnosti (Kozáková, 2005; Vágnerová, 2012). Roli manželskou stejně jako rodičovskou upravuje zákon č. 94/1963 Sb., o rodině. Uzavření manželství upravuje § 14, jenž vymezuje, že k uzavření sňatku je nutná způsobilost k právním úkonům. Pokud je způsobilost částečně omezena, může být svazek uzavřen pouze v případě povolení soudu (Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, § 14, odst. 1, 2). Rodičovská role je upravována § 31 daného zákona a vymezuje pojem rodičovská zodpovědnost. Tato je možná pouze v případě, že jsou dle § 34, odst. 2 oba partneři plně svéprávní. Osoba, která je ve svých právech omezena, nenabývá rodičovské zodpovědnosti. Odborníci (Matulay, 1989; Valenta, Müller, 2013) však zastávají jednotný názor, že osoby s mentálním postižením nejsou schopny se o své děti v rámci svých kompetencí dostatečně postarat.

Formování osobnosti se odehrává na pozadí mnoha vlivů, přičemž hrají prim nejenom biologicky podmíněné vlivy, ale také dovednosti, schopnosti a celkové kompetence jedince. Výše nastíněna specifika vztahující se k dospělosti jedince s mentálním postižením se odvíjí nejen od daného postižení, ale taktéž od nastavení norem dané společnosti a jak podotýkají Tomická, Švingalová (2002), cílem není jen podpora těmto osobám v začlenění se do společnosti, ale změna ve vnímání většinové společnosti k dané cílové skupině.

### **3. 3 Socializace a její specifika u osob s mentálním postižením**

Základním kritériem rozvoje osobnosti každého člověka je úroveň jeho začlenění do společnosti neboli socializace (viz 2.3). Socializace je stále probíhající proces, během něž dochází k proměnám již od novorozeneckého období. Jedná se o vývoj lidské osobnosti, k níž patří individuální předpoklady, a také obecně platné normy, hodnoty, role, jež jedinec přijímá a které jsou v dané společnosti nastaveny (Jesenský, 1993; WHO, 2007).

Za nejdůležitější prostředek socializace osob se zdravotním postižením považují Valenta, Müller (2013) stejně jako Sovák (1980) integraci, což je schopnost jedince zapojit se do společnosti, při níž dochází k akceptaci norem, vytváření a formování vztahů a postojů k dané společnosti. Michalík (2000, s. 11) integraci definuje jako „*dynamický, postupně se rozvíjející jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vyvážené adaptace, probíhá v průběhu celého života za aktivního podílu jedince s postižením.*“ Švarcová (2006) shrnuje integraci do označení sjednocení, spojení. V současné době je tento terminus technicus používán zejména v oblasti školství. Tomická, Švingalová (2002) integraci vymezují obsírněji, přičemž v daném procesu

spatřují vliv ekonomických, zdravotních, legislativních, filosofických, sociálně-právních, etických, psychologických a pedagogických faktorů.

Socializace je tedy proces interakce mezi jedincem a společností, při níž si osvojuje dané role a rozvíjí komunikaci. Socializace primárně působí na proces adaptace, jež je u osob s mentálním postižením narušena (Vágnerová, 2004). Nejedná se tedy o pouhé přizpůsobení se, ale o již zmiňované osvojení si sociálních rolí a začlenění se do společnosti (Buriánek, 2001). Jedinec s mentálním postižením si do procesu přináší již konkrétní omezení, která mají vliv na socializaci, jejíž proces se může opozdit, což se projevuje v neporozumění procesu interakce, volbě únikových cest, preferenci stereotypů. Krizové či náročné situace jsou osobami s MP řešeny neadekvátně k daným okolnostem a je vytvořena vyšší sociální závislost na druhých (Vágnerová, 1999). Sovák (1980) vymezuje stupně, jichž může osoba s mentálním postižením dosáhnout socializací:

- **Integrace**, což je celkové splynutí ve všech oblastech (vzdělání, pracovní uplatnění, celková nezávislost) osoby s postižením. Dle některých autorů (Bajo, Vašek, 1994) nelze tohoto stupně u dané cílové skupiny dosáhnout.
- **Adaptace** znamená přizpůsobení se, při níž osoba se zdravotním postižením potřebuje v určitých oblastech a za určitých podmínek podporu či pomoc. Na tento stupeň nejčastěji dosáhnou osoby s lehkým stupněm mentální retardace.
- **Utilita** je stupeň, při němž jedinec s postižením není zcela samostatný a potřebuje podporu druhých. Za těchto podmínek je společensky i pracovní začlenitelný. Jsou zde řazeny nejčastěji osoby se středním stupněm mentální retardace.
- **Inferiorita** neboli sociální neupotřebitelnost. Zde spadají jedinci, kteří jsou plně odkázáni na pomoc druhé osoby. Jedná se o osoby s těžkou až hlubokou mentální retardací.

Na socializaci jedince s mentálním postižením mají samozřejmě vliv další proměnné, mj. sebehodnocení. Se zvyšujícím se sebevědomím je proces socializace úspěšnější (Krejčířová, Valenta, 1997). Jesenský (1995) ovšem připomíná, že prim sžívá zejména komunikační akt čili dovednosti, bez nichž by nedocházelo k potřebné výměně informací, osvojování si poznatků apod. Dle Jankovského (2006), Valenty a Müllera (2013) by mělo být postižení vnímáno spíše jako dimenze než jako překážka. V procesu socializace již nejde jen o pouhé vyrovnání příležitostí, nýbrž o úspěšné začlenění jedince do společnosti (inkluze).



## II EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část disertační práce se zaměřuje na zkoumání kvality života a životní spokojenosti osob s mentálním postižením v chráněných bydleních a domovech pro osoby se zdravotním postižením. Úvod empirické části má za cíl krátký exkurz do dané problematiky, za níž následuje kvantitativní a kvalitativní výzkumná část. Součástí metodologické části je stanovení cíle, hypotéz a výzkumných otázek, charakteristika výzkumného souboru a analýza procesu získávání dat. Na tuto část navazuje analýza a interpretace získaných dat. V závěru je uvedena diskuse s limity a doporučeními pro praxi, které shrnují oblast výzkumu.

### 4 UVEDENÍ DO ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY

V současnosti se problematice osob s mentálním postižením v různých rovinách věnuje řada publikací, či studentských prací. Ovšem z hlediska prací odborného charakteru ve vztahu k osobám se zdravotním postižením, tedy v našem případě osobám s mentálním postižením v kontextu kvality života, se setkáváme spíše se zdroji zahraničními. Výsledky zahraničních výzkumů jsou také zakotveny v teoretické části práce v jednotlivých podkapitolách.

Vzhledem k širší konceptu kvality života jsme se rozhodli tento výzkum aplikovat na cílovou skupinu osob s mentálním postižením z chráněných bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením. V obecné rovině vycházíme z domén/dimenzí a jim podléhajícím faktorům/determinantům. Ověřitelnost tohoto pojetí aplikoval ve svém výzkumu Morrise et al. (2013) s cílem zjistit, zdali jsou dimenze kvality života vytvořeny univerzálně a jsou určeny pro osoby s mentálním postižením, k čemuž byl využit nástroj od Schalock, Keith (1993). Autor podotýká, že není mnoho studií zabývajících se právě tímto paradigmatem u této cílové skupiny, a konstatuje, že kvalita života je mnohostranným jevem složeným z klíčových oblastí, které jsou ovlivněny prostředím, přičemž základní oblasti/dimenze jsou stejné pro všechny osoby, i když se mohou měnit na základě relativně stanovených hodnot každého jedince a důležitosti, kterou jim přiřkládá. Níže uvádíme studie, výzkumy, či monografie, jež jsou cíleny na základě podobnosti či shody na problematiku kvality života, životní spokojenosti či dílčí oblasti života, přičemž se snažíme o chronologicky a tematicky sjednocený přehled těchto zdrojů.

Rozsáhlou studii *A multivariate Investigative Study of the Correlates of Quality of Life* zaměřenou na kvalitu života osob s mentálním postižením publikovali autoři Schalock,

Lemanowicz, Conroy a Feinsten (1994). Výzkumným souborem bylo 715 osob s mentálním postižením ze státu Connecticut (46,4 % žen, 53,6 % muži; průměrný věk 47 let), u nichž byla kvalita života měřena v 18 proměnných, která zahrnují hodnocení osobnostních specifik jedince, objektivní životní podmínky a další významné složky, přičemž závislou proměnnou byl osobní index kvality života. Osoby s mentálním postižením pocházeli v 91,5 % z bydlení s dohledem („ústavní péče“); 7,4 % z částečně nezávislého prostředí (v našich podmínkách by se jednalo o chráněné bydlení, podporované bydlení, bydlení ve společném domě s ostatními osobami se stejným zdravotním postižením) a 1,1 % ve zcela v nezávislé formě bydlení (vlastní dům). Kvalita života se v jednotlivých oblastech lišila dle proměnných, a to dle podmínek pro bydlení a zaměstnání.

Zahraniční výzkum *Quality and cost of community-based residential supports, village communities, and residential campuses in the United Kingdom* z Velké Británie, který se uskutečnil již v roce 1996, kdy byly služby chráněného bydlení v této zemi poskytovány již v 57% (Bruthansová, Červenková, 2004), potvrzuje Emerson, Robertson, Gregory et al. (2000) skrze komparaci kvality života mezi samostatným a institucionálním bydlením. Byla prokázána výrazně lepší kvalita života u 281 obyvatel s mentálním postižením žijících v rozptýlených bytových zástavbách, nežli u 133 osob s mentálním postižením žijících v domově pro osoby se zdravotním postižením.

O humanizaci ústavní péče publikuje Švarcová (2006) v monografii *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*, která mj. mapuje systém vzdělávání, profesní přípravu a péči o osoby s mentálním postižením.

Studie *Community participation and inclusion: people with disabilities defining their place* (Milner, Kelly, 2009) upozornila na nutnost snižování počtu osob z rezidenčních služeb (tj. domovů pro osoby se zdravotním postižením aj.) jako nejvýznamnějšího ukazatele inkluze. Výzkumného šetření se zúčastnilo 28 dospělých novozélandských uživatelů těchto služeb, kteří spolupracovali na projektu s cílem rozvíjet myšlenku rozvoje komunity. Na základě vyprávění zkušeností účastníků výzkumu bylo identifikováno pět klíčových atributů jako důležitých kvalitativních předpokladů vedoucích ke společenskému začlenění osob z DOZP, a to sebeurčení, sociální identita, reciprocita, očekávání a sounáležitost/psychická pohoda.

Studie *Supported Accommodation for People With Intellectual Disabilities and Quality of Life* (Walsh, Emerson, Lobb, Schalock et al., 2010) prezentuje výsledky podporovaného bydlení pro dospělé osoby s mentálním postižením vzniklé po deinstitucionalizaci na základě analýzy dostupných literárních zdrojů a výzkumných studií. Jedná se o revizi zdrojů z mezinárodního projektu z let 1995-2005. Výsledky revize přinesly nový náhled na přezkum problematiky deinstitucionalizace s cílem vytyčit vhodné nástroje používané k měření kvality života, posoudit nákladovost a přínos jiných modelů podporovaného bydlení.

Tuzemský výzkum (Johnová, Strnad, 2013) uskutečněný v letech 2008-2011 u 95 osob se zdravotním postižením potvrdil význam chráněného bydlení, neboť osoby žijící v ústavním typu zařízení, si v rámci užšího výběru zvolili mezi možnostmi pro odchod z DOZP jako jednu z variant i chráněné bydlení (viz 2.1.1).

Zahraniční analýza *Deinstitutionalization and Quality of Life of Individuals With Intellectual Disability: A Review of the International Literature* (Chowdhury, Benson, 2011) přináší výsledky 15 studií, které zkoumaly kvalitu života 1238 účastníků po procesu deinstitucionalizace. Byla provedena rešeršní studie od roku 1980-2009 na základě klíčových slov „kvalita života“, „kvality života“ nebo „QoL“ kombinovanými v různých formách se slovy „deinstitucionalizace“, „přemístění“, „komunita“, „ID“, „vývojové postižení“ a „mentální retardace“. Do výsledků byly zahrnuty studie na základě těchto kritérií: (1) subjekty byly osoby s mentálním postižením, které se přestěhovaly z ústavní péče do komunity; (2) vyhledání autoři měli hodnocení výsledků „kvality života“ jako jeden z cílů jejich studie; a (3) studie zahrnovaly srovnání hodnot QoL z ústavní péče s hodnocením po přemístění a zahrnovaly data z obou skupin. Zprávy z daných studií byly ve výsledcích velmi konzistentní k pozitivním změnám v kvalitě života například ve srovnání s institucionálním bydlením, kdy účastníci výzkumu mohli po přechodu do komunitního typu bydlení se více zapojovat do volnočasových aktivit, měli větší možnosti volby, docházelo zde také ke zvýšené interakci s personálem a dalšími obyvateli, ke zvýšené účasti na společenských akcích (výletech), čímž se zvýšila i celková úroveň kvality života a vnímání vlastní autonomie/důstojnosti. Mnoho z těchto studií dokládá, že zlepšení kvality QoL bylo nejvýznamnější v prvních 6 měsících až 1 roce po přemístění. Autoři poznamenávají, že pro další výzkum by bylo vhodné se zaměřit, zdali kvalita života osob po deinstitucionalizaci je ovlivněna úrovní mentálního postižení, a také věkem.

Tuzemská studie prezentovaná v příspěvku *Kvantitativní analýza deinstitucionalizace sociálních služeb v České republice* (Šiška, Káňová, 2013) prezentuje výstupy z kvalitativního i kvantitativního výzkumu zaměřeného na proces deinstitucionalizace, uskutečněné v projektu podpory transformace v letech 2010-2013. Kvantitativní část se zaměřovala na čtyři základní domény, které byly zkoumány z pohledu poskytovatele, pracovníků a uživatelů daného zařízení. Jedná se o domény: institucionální prostředí poskytovaných služeb (typologie služeb, struktura druhů poskytovaných služeb); bydlení (kapacita služby a prostorové uspořádání); zplnomocňování uživatelů (příležitost vyjadřovat a řídit si svůj život, využití veřejných služeb aj.); personální zabezpečení služeb (struktura pracovníků, jejich pozice). Výzkumu se zúčastnilo 31 poskytovatelů. Z výsledků vyplývá, že se snižuje počet osob využívajících službu DOZP a naopak ze snah poskytovatelů je zřejmé rozšiřování či podpora komunitních služeb (důležitost těchto služeb se objevuje i v personálním zastoupení daných služeb, kdy v zastoupení pracovníků je ihned za DOZP je na druhém místě CHB), skrze něž je možné uživatele zapojit do běžného života, což je v souladu s deinstitucionalizačními trendy. Tato služba není nabízena pouze pro uživatele jejich instituce, ale i pro další zájemce. Studie zároveň výsledky poukazuje na tendence podpory zaměstnávání uživatelů mimo instituci, přestože vzdělávání probíhá stále uvnitř těchto zařízení. Výsledky poukazují také na dlouhodobý neuspokojivý stav kvality bydlení v kontextu počet uživatelů versus kapacita a podmínky daného zařízení.

Studie *Characteristics, supports, and quality of life of Irish adults with intellectual disability in life-sharing residential communities* (Fahey, Walsh, Emerson, Guerin, 2010) přináší výsledky srovnání bydlení v rezidencích, či společných bytech v areálu instituce pro osoby s mentálním postižením, které se svým pojetím blíží Camphillským komunitám v Irsku. Výsledky ukazují, že domácnosti v Camphill komunitách jsou menší, je zde ovšem vyšší poměr zaměstnanců a nižší riziko přenosu institucionalizovaných postupů, tzn., není poskytována péče, ale podpora, jsou podporovány vztahy s rodinou apod. Výsledky potvrzují, že bydlení v komunitním typu bydlení, tedy samostatných bytech pro danou cílovou skupinu jsou přínosné, ale je zapotřebí nastavit dobrou politiku těchto služeb, aby se dostavil potřebný efekt.

Tento proces popisuje odborná studie, která spočívala v analýze pobytových služeb v 28 evropských zemích a prezentuje zkušenosti s procesem deinstitucionalizace v Anglii, Německu a Itálii (Šiška, 2010). Cíl koncepčně obsáhlého projektu spočíval v inicializaci posunu v oblasti přerozdělování finančních zdrojů tak, aby bylo možné co nejlépe reagovat

na potřeby a preference osob s postižením a zároveň podpořit přechod z velkých ústavů k pružnému systému služeb v rámci komunity a k nezávislému bydlení. Výsledkem jsou doporučení pro nastavení procesu deinstitucionalizace s nutností zastavit budování dalších ústavů a věnovat finanční prostředky na rozvoj komunitních služeb, vytvořit plány přechodu, přijmout politiku sociálního začleňování a ztotožnit se s myšlenkou, že osoby se zdravotním postižením mají právo být začleněny do společnosti, mají právo na sebeurčení a samostatnost.

Podporou a sebeurčením se zabývá odborná publikace *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči* (Pörtner, 2009) prezentující koncept PCA (Person Centered Approach) neboli na osobu zaměřený přístup, který spočívá v podpoře dané osoby. Autorka jej na základě metodologického zpracování jednotlivých přístupů a názorných ukázek aplikuje na prostředí sociální oblasti, zejména jako nástroj pro pracovníky v přímé péči, sociální pracovníky, opatrovníky, kteří přichází do kontaktu s osobami s mentálním postižením a dalšími skupinami osob vyžadujícími trvalou péči.

Další oblastí je podpora práv u dané cílové skupiny, jimž se věnuje např. publikace *Rovnost práv pro všechny* (Inclusion Europe, v českém překladu pro Společnost pro podporu osob s mentálním postižením, 2005), která řeší přístup k právům a spravedlnosti mj. proti sociálnímu vyloučení osob s mentálním postižením. Publikace klade důraz na skutečnost, že i osoby s mentálním postižením mají stejná práva jako všichni ostatní občané na využití služeb ze strany státu. Upozorňuje na problematiku spjatou se specifiky postižení, neporozumění jednotlivým právním úkonům a důsledky možného nepochopení. Vymezuje tedy základní právní normy, služby, přístupnost, doporučení, problematiku opatrovnictví aj. Upozorňuje také na pomoc při výkonu práva na sebeurčení, které není ve 25 členských státech EU zcela jednotné, což může způsobit rozdílnou úroveň podpory a ochrany těchto osob v kontextu rozhodování, a proto klade důraz na spolupráci různých systémově zainteresovaných stran v tomto procesu.

Právní problematiku v komplexním pojetí z různých hledisek mapuje také publikace *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu* (Valenta, Michalík, 2012), kam je zahrnuto právo, vzdělávání a nový přístup k diagnostice a péči o osoby s mentálním postižením. Publikace nabízí aktuální pohled na multioborovou spolupráci.

Následující studie již srovnávají kvalitu života u dvou cílových skupin, a to osob žijících v komunitním typu bydlení, ať už chráněném, podporovaném, či v rodinném prostředí a osoby z institucionální či chceme-li rezidenční péče. Zahraniční studie *Assessing the impact of large residential institutions on the quality of life of mentally retarded people* (Bratu, Verza, Folostina, 2012) se zaměřuje na kvalitu života osob s mentálním postižením ve velkokapacitních rezidenčních centrech v Rumunsku. Byly sledovány oblasti jako spokojenost, kompetence, nezávislost a integrace v komunitě a vliv na jejich chování (podrážděnost, letargie apod.). Výzkum dává do protikladu dvě cílové skupiny osoby z institucionální péče a osoby žijící v rodině. Výsledky poukazují na skutečnost, že negativní dopady velkokapacitních zařízení na kvalitu života a chování osob s mentálním postižením by mohlo být eliminováno tím, že by tyto osoby bydlely v menších zařízeních rodinného typu.

Studie *Quality of Life in Persons with Intellectual Disabilities and Mental Health Problems: An Explorative Study* (Morris et al., 2013), která se uskutečnila skrze výzkumný nástroj dotazníku kvality života (Schalock, Keith, 1993) a metodou focus group, proběhla ve Flandrech a byly do ní zapojeny osoby z většinové společnosti (nejčastěji rodinní příslušníci), které jsou v určitém vztahu, kontaktu s osobami s mentálním postižením či duševním onemocněním z institucionálního zařízení. Součástí studie byli i odborný personál pracující s touto cílovou skupinou, a poté samy osoby s mentálním postižením a osoby s duševním onemocněním. Pro zachování heterogenity byly vzaty v potaz demografické údaje (věk, pohlaví, místo bydliště uživatele, úroveň mentálního postižení a druh duševního onemocnění). Ve výsledcích se rámcově odráží podpora rovnosti osob zejména od sebepojetí včetně sebeurčení, emancipace, začlenění a posílení. Tento proces vede k větší nezávislosti a je ovlivněn procesem deinstitucionalizace velkokapacitních zařízení. Výsledky studie ukazují přístup rodinných příslušníků ke kvalitě života jejich blízkých, tj. uživatelů daného zařízení. Pracovníci upozorňují na problém spjatý s podporou uživatelů, která dle rodinných příslušníků musí splňovat určitá kritéria tzv. „povinné péče“. Pracovníci uvádí, že tento pojem je užíván jako odůvodnění pro eliminaci rizik, a proto inhibuje na osobu zaměřený přístup. To vede k posílení závislosti, kdy uživatelé jsou v tomto směru podporováni tak dlouho, dokud se to vejde do mezí bezpečnosti a ochrany zdraví. Toto nastavení je proti integrační podpoře a dalším krokům podporujícím začlenění. Autoři studie tedy na základě ní vyzývají rodinné

příslušníky a pracovníky, aby hledali vhodnější strategie podpory, vedoucí ke zlepšení kvality života jejich uživatelů s mentálním postižením či duševním onemocněním.

Tématem komunitní péče se zabývá publikace *Community care and inclusion for people with an intellectual disability* (Jackson, Lyones, eds., 2016), která mapuje bariéry v jednotlivých oblastech, s nimiž se osoby se zdravotním postižením setkávají (bydlení, pracovní příležitosti aj.). Publikace také neopomíná problematiku vyloučení osob s mentálním postižením a podíl společnosti na tomto procesu. Upozorňuje taktéž na rizika sociálních sítí a dopad virtuální reality na osoby s mentálním postižením. Publikace se snaží výzkumným záměrem podnítit diskusi o nových formách poskytované péče a uvést v praxi tak potřebné změny vedoucí ke zvýšení kvality života u osob s mentálním postižením. Publikace souhrnně uvádí výzkumy zaměřené na postavení osob s mentálním postižením v komunitách (Camphill hnutí) ve Vietnamu, Číně, Pensylvánii a ukazuje rizika a přínosy. V duchu Camphill komunit je také nastíněna problematika uplatnění se na trhu práce ve výzkumu americké univerzity ve Vermontu, kde byl zaveden podpůrný program zaměstnanosti pro studenty s mentálním postižením.

Zmiňovaným stigmatem se zabývají námi vybrané dvě studie, a to *Coping with social stigma: people with intellectual disabilities moving from institutions and family home* (Jahoda, Markova, 2004), která přináší výsledky prezentované na základě vzorku 10 osob s mentálním postižením, které podnikly přechod z rodinného prostředí do vlastního bydlení, aby žily více nezávisle a 18 osob s mentálním postižením, které se přestěhovaly z institucionální péče, aby žily v komunitním bydlení. Zaměření studie mělo dva cíle: 1) zjistit povědomí těchto osob o stigmatu a za 2) jejich způsoby přizpůsobení se stigmatu. Účastníci studie jsou si plně vědomi stigmatu spojeného s mentálním postižením. Studie uvádí řadu názorů, kdy respondenti na svou osobu slychají narážky, posměšky a jsou si jich vědomy. Názory osob z rodinného prostředí zahrnovaly i hodnocení a uvědomění si sebe sama jako součást menšinové skupiny, která však odmítá jakékoli předsudky, a snaží se odklonit od stigmatizujících služeb a od jiných osob s mentálním postižením. Studie poukazuje na nutnost práce s psychosociálními faktory a sebeurčením u osob s mentálním postižením přecházejících z institucionální péče.

Jiná studie *Stigma, Social Comparison and Self-Esteem in Adults with an Intellectual Disability* (Paterson, McKenzie, Lindsay, 2012) prezentuje výzkum, jehož se zúčastnilo 43 dospělých osob s mentálním postižením. Autoři se zaměřili na skutečnost, zdali životní spokojenost/blaho je ovlivněno procesem sociálního srovnávání, což je teorie, která

vychází z principu, jakým způsobem měníme své názory na základě srovnání s ostatními. Je to i jeden z důvodů, proč lidé navazují společenské kontakty. Dotazníkové šetření se zaměřovalo na 3 oblasti: vnímání stigmatu, sebeúctu a srovnávání se s ostatními. V situacích, kdy člověk nemá náhled na správné chování, srovnává své názory s druhými. Lidé z většinové společnosti se stávají těmi, podle nichž následně hodnotí člověk s mentálním postižením sám sebe, zdali je v něčem dobrý či horší a utváří si tak vlastní sebepojetí. Výsledky ukazují, že pokud je člověku s mentálním postižením dána negativní zpětná vazba na jeho osobu, uvědomuje si tuto stigmatizaci, a to má dopad na jeho sebeúctu.

Efektivitu ubytovacích služeb poskytovaných osobám s mentálním postižením prezentuje poslední celostátní výzkum v Anglii *Quality of life, autonomy, satisfaction, and costs associated with mental health supported accommodation services in England: a national survey* (Killaspy, Priebe, Bremner, 2016). Náhodně byly vybrány 3 typy služeb ze 14 regionů, a to z oblasti rezidenčních služeb, podporovaného bydlení a terénní služby podpory poskytované v domácím prostředí. Byla zjišťována spokojenost s kvalitou služeb, nákladovost a kvalita života uživatelů, jejich autonomie a spokojenost s péčí. Vzorek činil 619 uživatelů služeb, přičemž 22 bylo z rezidenčních zařízení, 35 z podporovaného bydlení a 30 z terénní služby. 348 (57 %) osob cítilo jako ohrožující faktor možnost selhání v zájmu své osoby a 229 (37 %) se považovalo za zranitelné vůči vykořisťování. Z hlediska nákladů je nejdražší péče spjatá s položkou bydlení. Nejdražší byla pro rezidenční péči, za ní následovanou podporovaným bydlením a posléze terénní službou v domácnosti. Kvalita péče byla však nejlepší v podporovaném bydlení. Nejvíce socializováni byli lidé z podporovaného bydlení a terénní služby. Po úpravě kvality služeb byla kvalita života obdobná u uživatelů služeb v rezidenční péči a podporovaném bydlení. Nicméně autonomie byla vyšší u osob v podporovaném bydlení, než u osob v terénní službě poskytované v domácnosti.

S procesem transformace a vznikem chráněných bydlení je spjat další problém, a to věk populace, která tento typ bydlení využívá. Zahraniční studie *Perceived quality of life and ageism among elderly people living in sheltered housing and in the community* (Bodner, Cohen-Fridel, Yaretzky, 2011) zmiňuje, že ačkoli existují studie o postojích starší osob a vnímání kvality života, neexistují studie porovnávající starší osoby a jejich kvalitu života v chráněném bydlení soukromého sektoru a komunitě. Cílem bylo zmapovat rozdíly a porozumět vztahům mezi kvalitou života a negativním sociální vnímání vlastní věkové



skupiny (starší dospělé osoby), která žije v soukromých službách a v komunitě. Cílem bylo prozkoumat, zdali existují rozdíly ve vnímaných životních postojích a ve vnímané kvalitě života z hlediska věku, a poté komparovat u obou skupin, jakou úlohu sehrává kvalita života při vytváření si těchto životních postojů s ohledem na věk a poskytovatele dané služby. Výzkumu se zúčastnilo 126 účastníků ve věku 64-94 let. Výsledky prokazují, že starší lidé, kteří žijí v soukromém sektoru, zauímají více postojů ke svému věku a hodnotí nižší kvalitu života než-li lidé z komunity. Přestože soukromý sektor nabízí luxusnější podmínky, ukazuje se, že žít ve věkově segregovaném prostředí může vyvolat negativní sebepojetí, a tím vést ke sníženému vnímání kvality života.

Studie *People with intellectual disability who are ageing: Perceived Leeds assessment* (Alcedo, Fontanil, Solis, Pedrosa, Aguado, 2017) se zabývá taktéž stárnutím osob s mentálním postižením a jejich potřebami v daném věku. Výsledky analyzují data získaná z 1173 uskutečněných strukturovaných interview s lidmi s mentálním postižením ve věku od 35 do 80. Byly vyhodnoceny celkem 4 oblasti (vnímané potřeby, osobní problémy, potřebná řešení a budoucí perspektiva) s 93 položkami odrážejícími kvalitu života. Výsledky ukázaly blízkost a vzájemnou provázanost vyhodnocovaných potřeb. Kromě toho bylo zjištěno, že osoby s mentálním postižením, které byly uživateli rezidenčních služeb, vykazovaly vyšší tendenci problémů, potřeb a vyžadovaly jejich další řešení než ti, kteří žili v samostatném (vlastním) bydlení. Pokud jde o věk a pohlaví, údaje ukazují, že obecně muži a starší lidé vnímají a naznačují zvýšené potřeby, problémy a vyžadují řešení. Důležitá je tedy podpora těchto osob v autonomii a pomoci při rozhodování, neboť v této fázi života čelí dvěma složkám potíží, a to potížemi spjatými se stárnutím a potížemi vztahujícími se k samotnému zdravotnímu postižení.

Možnosti rozvoje podpory předestírají dvě tuzemské publikace, a to *Metodika podpory sociálních dovedností, aneb, Jak připravit a vést kurzy sociálních dovedností pro lidi s mentálním postižením* (Blažková, 2009), která na základě výměny zahraničních zkušeností vytvořila metodický návod, který prezentuje metody zaměřené na vzájemnou podporu osob s mentálním postižením a jejich zapojení do procesu jako pomocníka lektora. Prezentuje také příklady kurzů sociálních dovedností. V praktické části autorka prezentuje 119 témat, které lze při přípravě kurzu formou scének, her, cvičení využít pro osvojení si a ověření dovedností. A publikace *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením* (Solovská a kol., 2013) se zaměřuje na proces učení se sociálním dovednostem, kdy osoby s mentálním postižením mají problémy v komunikaci,

přičemž často dochází k neporozumění a negativním reakcím ze strany většinové společnosti, což způsobuje nízkou sebedůvěru a prohlubují se sociální bariéry u osob s mentálním postižením. Pro plynulejší proces začlenění se nabízí právě nácvik skrze aktivity na podporu sociálních dovedností, které umožní plynulejší proces socializace jedince do většinové společnosti.

Začleněním se do společnosti, tedy úspěšným procesem socializace se zabývá studie *The social inclusion of young adults with intellectual disabilities: A phenomenology of their experiences* (Hall, 2010), která tento fenomén popisuje u mladých dospělých s mentálním postižením s cílem identifikovat determinanty, které omezují nebo zvyšují jejich sociální začlenění. Sociální začlenění bylo definováno jako zapojení se do činností, práce; zapojení se do společenského života; volnočasových aktivit; dále složky zahrnovaly rozvoj a udržení si vzájemných vztahů a pocit sounáležitosti spjatý s přijetím prostředí a sebeurčením. Studie se zúčastnilo 14 dospělých participantů ve věku od 22 do 35 let s lehkým nebo středně těžkým mentálním postižením, kteří byli schopni verbálně komunikovat a vyjadřovat své myšlenky a zkušenosti. Jednalo se o výběr vzorku osob, které měly různé zkušenosti se sociálním začleněním i vyloučením. Výsledky poukázaly, že sociální začlenění je ovlivněno mnoha proměnnými, a to bydlením, možnostmi dopravy, schopnostmi a dovednostmi, finančními zdroji, pomocí od členů rodiny či od poskytovatelů služeb. Výsledky potvrzují, že lidé s mentálním postižením se cítí součástí společnosti a začlenění, když navazují kontakty s lidmi, s nimiž se neznají, než pouze s přáteli, s nimiž se pravidelně stýkají. Cítí se jako součást komunity, když se setkávají s lidmi v kostele a na místech, která pravidelně navštěvují např. v podnicích, v nichž pracují jejich přátelé. Neopomenutelnou složku však sehrává opět rodina, která je významným poskytovatelem pro sociální začlenění.

Socializací se zabývá i publikace *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení* (Pipeková, Vítková, 2014) pojímající problematiku sociální inkluze osob se zdravotním postižením, a to zejména osob s mentálním postižením. Autorky předkládají přehled podložený výzkumy a případovými studii mapující participaci osob se zdravotním postižením ve společnosti od školské inkluze, přes problematiku pracovního uplatnění, chráněné či podporované bydlení, rozvoj partnerských vztahů, rodiny a volnočasových aktivit v kontextu sociální inkluze. Dalším počinem těchto autorek je odborná publikace *Social Inclusion of People with Intellectual Disabilities* (2015) prezentující část z výzkumu dokládající, že úspěšná inkluze souvisí

s kvalitou života osob s mentálním postižením, rovností ve vzdělávání a humanizací ve škole.

Studie z Austrálie *From Social Exclusion to Supported Inclusion: Adults with Intellectual Disability Discuss Their Lived Experiences of a Structured Social Group* (Wilson, Jaques, Johnson, Brotherton, 2017) se věnuje taktéž tématu socializace dospělých osob s mentálním postižením. Autoři konstatují, že s vhodnou podporou lze předcházet sociálnímu vyloučení a tak podpořit plynulou podporu začlenění se do většinové společnosti. Studie také ukazuje, že na základě sociální podpory se rozvíjí pocit angažovanosti a pocit společenské sounáležitosti, který přispívá k lepšímu zdraví, blahu a minimalizuje stigma, segregaci a izolaci, kterými jsou osoby s mentálním postižením ohroženy. Studie prezentuje individualizovanou podporu formou sociální skupiny, která má svého koordinátora a v níž se rozvíjí potřebné dovednosti pro začlenění se do komunity.

#### 4.1 Vybrané aspekty předvýzkumu

V rámci disertační práce se uskutečnila v předcházejících letech dílčí výzkumná šetření zaměřená na jednotlivé psychosociální dimenze a její proměnlivé determinanty (práce, finance, vztahy aj.) u cílové skupiny osob s mentálním postižením. Během nich byly vyzkoušeny měrné nástroje a tímto způsobem byla i specifikována skupina respondentů. Výzkumná šetření probíhala kontinuálně během let 2013–2016.

V rámci posledního uskutečněného šetření byla analýza životní spokojenosti 50 uživatelů s mentálním postižením z chráněného bydlení v Olomouckém a Zlínském kraji. U respondentů byl aplikován v českém překladu *Dotazník životní spokojenosti* (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001) viz 5.3. Výsledky informativního charakteru přinesly zajímavé poznatky. Šetření potvrdilo průměrnou spokojenost v oblasti bydlení (hodnoceno na škále ve staninu 5. – 7.) v porovnání se spokojeností intaktní (německé) populace, což potvrzuje výše uvedené závěry zahraničních výzkumů, kdy změna místa a formy bydlení umožňuje osobám s mentálním postižením se více realizovat a nově se začlenit do společnosti. Nejčteněji sycenou položkou bylo *vnímání polohy bytu*, tzn., v jaké lokalitě se aktuální bydlení nachází (město/vesnice), úzká propojenost s *dopravními možnostmi* (dostupnost lékaře, zájmových činností apod). Z šetření vyplynulo, že 42 % respondentů nebylo doposud spokojeno s dosavadním životem tedy před odchodem z DOZP do komunitních služeb chráněného bydlení.

U respondentů bylo zjištěno, že ženy si nejvíce váží podpory a pomoci ze strany přátel, rodiny a známých; u mužů byla důležitost kladena na širí okruhu přátel, které mají ve své blízkosti. Vytváření přirozených sociálních sítí umožňují volnočasové aktivity. Tuto skutečnost byla reflektována u mužů jako spokojenost s dostatkem času na vlastní aktivity (stanin 5.-7.), přičemž u obou skupin (mužů i žen) bylo potvrzeno, že mají dostatek volného času (stanin 7. – 9), který mohou věnovat svým blízkým. Větší volnost pohybu umožňuje osobám s mentálním postižením udržovat lepší a kvalitnější vztahy nejen s rodinnými příslušníky, za nimiž mohou mnohem častěji docházet, ale také navazovat nová přátelství či partnerské vztahy.

**Obrázek 6 Životní spokojenost v jednotlivých dimenzích (Kasáčková, Kozáková, 2015)**

Oblasti	1. - 3. stanin			4. - 6. stanin			7. - 9. stanin		
	HS	Počet uživatelů	%	HS	Počet uživatelů	%	HS	Počet uživatelů	%
Zdraví	28,8	17	34	36	31	62	45	2	4
Práce a zaměstnání	22,7	3	6	33	23	46	43	18	36
Finanční situace	21,8	5	10	34	29	58	39	12	24
Volný čas	0	0	0	39	21	42	40	27	54
Vlastní osoba	31,1	21	42	34	25	50	46	4	8
Přátelé, známí, příbuzní	30,3	4	8	35	28	56	43	18	36
Bydlení	27	5	10	38	24	48	43	21	42

Ačkoli je daný nástroj aplikovatelný již u osob od 14 let věku, automaticky neumožňuje vyhodnocení některých oblastí, které jsme i v tomto případě vzhledem k cílové skupině museli vyčlenit, a to *manželství* a *vlastní děti*, stejně jako položku *sexuality*, která byla sycena jen v některých případech a neumožnila by tak celkové vyhodnocení. V ostatních oblastech se občas vyskytla chybějící odpověď, tudíž nebylo možné vyhodnotit komplexně celkovou životní spokojenost, kterou nástroj umožňuje. Další limit je spatřován ve srovnávací normě, vzhledem k cílové skupině osob s mentálním postižením. Jedná se o český překlad německé verze, tudíž je ponechána i německá norma populace. V případě, že by se jednalo o srovnání s intaktní populací, tak by tyto výsledky byly pouze informačního charakteru. Nástroj vylučuje možnost i jiné formulace daných výroků (z důvodu nepochopení některým položkám byla vyloučena i oblast *zdraví*). S ohledem na eliminaci zkreslení údajů a vzhledem k vymezenému tématu práce byly z nástroje vybrány jednotlivé oblasti životní spokojenosti tak, aby co nejlépe odpovídaly vytyčeným cílům disertační práce.

Druhým výzkumným nástrojem byl dotazník kvality života (QoLQ) viz 5.3. Nástroj umožňuje formulovat výroky do takové podoby, nikoli se změnou obsahu, ale formou,

aby byla otázka respondentem pochopena. U osob s těžším stupněm mentální retardace je umožněno i využití proxy ratingu (zástupné odpovědi), což nebylo pro potřeby disertační práce nutné. Tento měrný nástroj je považován za vhodnější, neboť i srovnávací norma je tvořena populací osob s mentálním postižením. Výzkumný vzorek tvořilo 50 respondentů s mentálním postižením z chráněných bydlení. Výsledky poukázaly na nižší spokojenost v oblasti produktivity mladších žen (do 35 let), stejně jako skutečnost hledat nové možnosti uplatnění se, přičemž tyto ženy očekávají rozvoj a získávání nových zkušeností. Tato skupina vnímá také mnohem intenzivněji citlivost kladených požadavků třetí strany a uvědomuje si větší míru zodpovědnosti. U opačného pohlaví stejné věkové populace mladších mužů (do 35 let) je naopak oblast produktivity uspokojena (spokojenost se vztahy na pracovišti i s finančním ohodnocením). Nejčteněji hodnocenou oblastí byla oblast nezávislosti. Forma chráněného bydlení tedy z výsledků dílčího šetření znamená pro uživatele této služby možnost svobody volby, samostatnost ve volném pohybu a autonomii v rozhodnutích vztahujících se k záležitostem svého života. Výsledky z obou dílčích šetření byly prezentovány na konferencích a v několika odborných publikacích, článcích: Kasáčková, J., Kozáková, Z. 2016. *Sociální dimenze kvality života osob s mentálním postižením v chráněném bydlení*; Kasáčková, J., Kozáková, Z., Chrastina, J. 2015. *Perception of Life Satisfaction of Adult People with Mild Mental Disability*; Kasáčková, J., Hubišťová, M., Kozáková, Z. 2015. *Sheltered housing – life satisfaction of people with mental disabilities vs. stress of workers*; Kasáčková J., Hubišťová, M. 2016. *Vybrané životní aspekty osob s mentálním postižením a stres pracovníků v prostředí chráněného bydlení*. Současná situace nenabízí v rámci tuzemských výzkumů dokumentaci kvality života a životní spokojenosti osob s mentálním postižením z chráněných bydlení po procesu transformace. V rámci dílčích šetření byla tedy vyspecifikována cílová skupina respondentů a zvoleny měrné nástroje, které by odpovídajícím způsobem reflektovaly vybrané aspekty kvality života. Na základě nich byly stanoveny cíle, výzkumné otázky a hypotézy v rámci metodologického vymezení. Přínosem pro předkládané téma jsou rovněž autorčiny zkušenosti přímé práce s cílovou skupinou, požadavky odborníků a samotný zájem osob s mentálním postižením na participaci výzkumu.

## 5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V současné době se setkáváme stále častěji s problematikou hodnocení kvality života jednotlivých klientských skupin. Již teoretická část nám nabídla vhléd do různých definičních teorií a vymezení daného pojmu kvality života (viz 1.1.1). Ačkoli se jedná o fenomén multidimenzionálního charakteru, u nějž nedochází ke sloučení v jednotné definici, tak i přesto kvalita života umožňuje jako objektivní nástroj hodnotit subjektivně a obtížně porovnatelné veličiny (Michalík, 2011). Důraz je kladen zejména na pojetí člověka na úrovni bio-psycho-sociální dimenze. Stěžejním ukazatelem je pocit životní spokojenosti pramenící z celkové tělesné, duševní a sociální pohody každého jedince. Výzkumné studie z různých oborů mají rozdílné cíle svých měření v problematice kvality života. I přes roztržitost přístupů však Michalík (2011, s. 41) uvádí shrnující východiska pro kvalitu života osob se zdravotním postižením od obecnějšího pojetí, přičemž klade důraz na kvalitu života jako „*nezpochybnitelnou součást většiny věd o člověku (...) a vychází z původní Maslowovy hierarchické tabulky lidských potřeb...*“.

Důvodů, proč měřit kvalitu života u osob s mentálním postižením je několikero. Multidimenzionalita pohledu na život těchto osob, nám umožňuje identifikaci a možnost plánovat podporu jejich potřeb. Verdugo et al. (2005) ovšem podotýká, že se tak děje beze snah o tzv. redukcionismus (tzn. snahy zjednodušit komplexní jevy do jednoduchých neanalyzovatelných částí, jež je zapřičiňují). Chce tím poukázat na skutečnost, že učiněná rozhodnutí o životě dotyčné osoby nemůžeme omezovat jen na porozumění jejím potřebám vycházejících pouze z cílů služby, organizace či programu. To ostatně dokládá i Morrise et al. (2013), jež klade důraz na podporu nezávislosti, začlenění a posílení v rámci nových metod strategie podpory osob s mentálním postižením. Tato cílová skupina je spotřebitelem dané služby a její vnímání a zkušenosti musí být poskytovateli služeb, odborníky a dalšími osobami brány v úvahu. Porozuměním daným potřebám může dojít k přeorientování činností a jejich inovaci prováděných organizacemi aj.

Východiskem pro volbu tématu je neucelenost a roztržitost informací vzhledem k cílové skupině v kontextu kvality života. Ta je považována za významný faktor odrážející se v nastavení podpory a ovlivňující kompetence, sebepojetí a další složky osobnosti jedince s mentálním postižením. Práce si na základě teoretických poznatků klade za cíl získání informací a poznatků z oblasti zvoleného tématu od uživatelů s mentálním postižením z chráněných bydlení po procesu transformace v komparaci s osobami z domovů pro osoby se zdravotním postižením. Dle zahraničních studií vykazovali

uživatelé z rezidenčních služeb zvýšené potřeby péče a celkově vyšší četnost problémů (Alcedo, Fontanil, Solis, Pedrosa, Aguado, 2017), mj. spjaté se stránutím, odrážející se v procesu deinstitucionalizace a ovlivňující psychosociální dimenze kvality života daných uživatelů (Bodner, Cohen-Fridel, Yaretzky, 2011).

## **5.1 Výzkumný problém, cíle výzkumu a stanovení hypotéz**

Na základě teoretických poznatků došlo k vymezení dané oblasti zájmu výzkumu. Ten je popsán ve výzkumném problému, přičemž z něj byly formulovány výzkumné otázky, z nichž dále byly formulovány hypotézy, pro kvalitativní část byla stanovena hlavní výzkumná otázka a z ní dílčí otázky.

### **Hlavní cíl výzkumu**

Hlavním cílem výzkumu je provést hloubkovou analýzu kvality života a životní spokojenosti u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením.

### **Dílčí cíle**

1. Zjistit, které determinanty kvality života považují osoby s mentálním postižením z chráněných bydlení a osoby s mentálním postižením z domovů pro osoby se zdravotním postižením za signifikantní.
2. Zjistit, jaká je úroveň kvality života u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a jaká je úroveň kvality života osob s mentálním postižením z domova pro osoby se zdravotním postižením.
3. Zjistit a ověřit, do jaké míry ovlivňují kvalitu života osob s mentálním postižením vybrané sociodemografické charakteristiky (pohlaví, věk, typ bydlení) zkoumaného souboru.
4. Zjistit, jaká je úroveň životní spokojenosti u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a osob s mentálním postižením z domova pro osoby se zdravotním postižením.
5. Identifikovat životní postoje osob s mentálním postižením z chráněného bydlení.

## Výzkumný problém

Záměrem práce a hlavním výzkumným problémem je identifikace a hloubková deskripce úrovně kvality života, životní spokojenosti v jednotlivých dimenzích a jejich determinantech při identifikaci psychických a sociálních potřeb u individuálně socializovaných jedinců s mentálním postižením v prostředí chráněného bydlení v komparaci s domovy pro osoby se zdravotním postižením. Tyto vzájemně propojené oblasti lidských potřeb jsou totiž prediktorem úspěšné realizace transformačních záměrů, ale i odrazem kvalitně prožívaného života a celkové životní spokojenosti.

## Výzkumné otázky a hypotézy

*Pro kvantitativní část kvality života bylo stanoveno následující:*

**1. Které determinanty kvality života považují respondenti s mentálním postižením z chráněných bydlení a respondenti s mentálním postižením z domovů pro osoby se zdravotním postižením za signifikantní?**

**H1:** Použité determinanty kvality života považují respondenti za signifikantní, což se projevuje tím, že mezi respondenty vybranými determinanty a celkovým hodnocením kvality života jsou statisticky významné korelace.

**2. Považují respondenti s mentálním postižením z chráněného bydlení a respondenti s mentálním postižením z domovů pro osoby se zdravotním postižením za nejvýznamnější stejné determinanty kvality života?**

**H2:** Respondenti z chráněného bydlení považují za nejvýznamnější jiné determinanty než respondenti z domovů pro osoby se zdravotním postižením.

**3. Jak se liší kvalita života v jednotlivých dimenzích u respondentů s mentálním postižením z chráněného bydlení a u respondentů s mentálním postižením z domovů pro osoby se zdravotním postižením?**

**H3:** Kvalita života u respondentů z chráněného bydlení je vyšší než u respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením.



**4. Liší se odpovědi respondentů s mentálním postižením v jednotlivých determinantech (otázkách dotazníku) v závislosti na typu jejich bydlení?**

**H4:** Respondenti z chráněného bydlení dosahují v jednotlivých determinantech (otázkách dotazníku) kvality života vyššího hodnocení než respondenti z domova pro osoby se zdravotním postižením.

**5. Je kvalita života mužů s mentálním postižením stejná jako kvalita života žen s mentálním postižením?**

**H5:** Kvalita života mužů a žen (v celém výzkumném souboru) je stejná.

**H5a:** Kvalita života mužů a žen je (v celém souboru) ve věkové skupině „mladší“ (26-45) stejná.

**H5b:** Kvalita života mužů a žen je (v celém souboru) ve věkové skupině „starší“ (46-66+) stejná.

**6. Je kvalita života mužů s mentálním postižením stejná jako kvalita života žen s mentálním postižením z chráněného bydlení?**

**H6:** Kvalita života mužů a žen z chráněného bydlení je stejná.

**H6a:** Kvalita života mužů a žen z chráněného bydlení je ve věkové skupině „mladší“ (26-45) stejná.

**H6b:** Kvalita života mužů a žen z chráněného bydlení je ve věkové skupině „starší“ (46-66+) stejná.

**7. Jak závisí kvalita života respondentů s mentálním postižením a její jednotlivé dimenze na věku respondentů?**

**H7:** Mladší respondenti deklarují stejně velkou životní spokojenost jako respondenti starší. V ostatních dimenzích uvádí mladší respondenti hodnocení vyšší.

*Pro kvantitativní část životní spokojenosti byly stanoveny následující hypotézy:*

**H8: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**H9: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

H<sub>0</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**H10: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

H<sub>0</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**H11: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

H<sub>0</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**H12: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátelé, známí, příbuzní a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

H<sub>0</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátelé, známí, příbuzní a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátelé, známí, příbuzní a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**H13: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

H<sub>0</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

*Pro kvalitativní část bylo stanoveno následující:*

**VO: Jaké jsou životní postoje respondentů s mentálním postižením, kteří žijí v chráněném bydlení?**

**Dílní výzkumné otázky (VO):**

1. Jaké oblasti života mají dle respondentů s mentálním postižením z chráněného bydlení vliv na jejich celkovou spokojenost?
2. Jakou roli hraje podpora pracovníky chráněného bydlení při integraci uživatelů chráněného bydlení do společnosti?

## **5.2 Výzkumný soubor**

V rámci výzkumného souboru byl aplikován stratifikovaný výběr, kdy si dle Gavory (2010) rozložíme základní soubor na několik podsouborů a záměrný (účelový) výběr přes instituci, při níž využíváme instituci určenou pro cílovou skupinu, která je předmětem výzkumu (Miovský, 2006). Zaměřujeme se na dospělé osoby s mentálním postižením. U dělení skupin dospělých respondentů jsme vycházeli z věkově specifikovaných skupin v *Dotazníku životní spokojenosti* (Rodný, Rodná, 2001), přičemž toto členění se prolíná s členěním dospělosti podle Vágnerové (2006) a Průchy, Vetešky (2012), kteří ji vymezují na *časnou dospělost* (20 – 25 či 30 let), či *mladší* (13-30); *střední* dospělost (trvá asi do 45 let); *pozdní dospělost* (trvá asi do 60 – 65 let) či *starší* (45 – 60 let) a následně *stáří* (časné a vysoké). Vzhledem k rozložení respondentů v obou souborech byly skupiny sjednoceny v rámci věkového rozložení následovně (26-45 let), (45-65 let) a (66+ let). Pro verifikaci hypotéz H5, H6, H7 byly následně pro statistické zpracování vymezeny dvě věkové skupiny, a to „mladší“ respondenti (26-45 let) a „starší“ respondenti (46-80). Toto rozdělení bylo voleno i s ohledem na věkové rozložení obyvatel z chráněných bydlení, kde je věková kategorie přijímaných uživatelů v převážné většině služeb nastavena na max. možnou věkovou hranici do 60 (65) let.

Do výběru byli zapojeni poskytovatelé sociálních služeb, tedy zařízení pobytového charakteru - pro náš výzkum tj. chráněná bydlení a domovy pro osoby se zdravotním postižením, s podmínkou přítomnosti uživatelů s mentálním postižením. Lokalitou bylo území Moravy a Slezska (tj. 4 kraje - Zlínský, Jihomoravský, Olomoucký a Moravskoslezský). V rámci výběru, který probíhal přes Registr poskytovatelů sociálních služeb, jsme se zaměřili na chráněná bydlení (dále „CHB“) „neústavního“ typu, což znamená bydlení vzniklá mimo domov pro osoby se zdravotním postižením (jiná

lokality, nikoli součástí tohoto zařízení/instituce), u nichž je největší pravděpodobnost přítomnosti cílové skupiny:

1. osoby s mentálním postižením,
2. osoby s mentálním postižením a osoby s kombinovaným postižením,
3. osoby se zdravotním postižením zejména s mentálním.

Podmínky byly stanoveny za pomoci Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV („RPSS“), kdy bylo k 30. 6. 2015 zjištěno, že se jedná celkem o 769 osob z CHB, z vybraných krajů tj. 268 osob z CHB (iregistr.mpsv.cz). Předběžný reprezentativní vzorek respondentů s mentálním postižením, kteří splňovali danou podmínku (viz výše), byl dle tabulky pro počet potřebných respondentů od Christensena a Johnsona (2010) stanoven na 160-170 osob.

Druhým poskytovatelem byly domovy pro osoby se zdravotním postižením („DOZP“).

Cílová skupina byla vymezena na základě „RPSS“:

1. osoby s mentálním postižením
2. osoby s mentálním a kombinovaným postižením

K 30. 6. 2015 bylo zjištěno, že se jedná celkem o 2 922 osob (v jednotlivých krajích Zlínský – 741 osob, Jihomoravský – 539 osob, Olomoucký – 984 osob a Moravskoslezský 658 osob). Dle propočtu potřebných respondentů se jedná o cca 341 osob. Z důvodu homogenity vzorku, rovnoměrného rozložení respondentů a s ohledem na širokospektrálnost tématu jsme se přiklonili k jednotné sycenosti vzorku v obou skupinách, tj. *120 osob s mentálním postižením*.

V rámci výzkumu byly cílové organizace kontaktovány převážně telefonickou formou. Pro zachování anonymity neuvádíme jejich seznam. S koncovými pracovníky (nejčastěji vedoucími zařízení či sociálními pracovníky) byly vždy sjednány podmínky na základě kritérií pro uskutečnění výzkumu:

- výzkumu se účastní respondent s mentálním postižením (výběr osob směřován spíše na osoby v hraničním pásmu MR, či s lehkou MR)
- věk musí odpovídat dospělosti (18 – 66+ let)
- požadavky na respondenta – komunikativnost, porozumění, udržení pozornosti (podmínka psaní nebyla potřeba z důvodu možné ústní reprodukce dotazníků)
- souhlas instituce, ve které výzkum probíhal.

Od respondenta s mentálním postižením:

- ochota spolupráce
- ústní souhlas s výzkumným šetřením.

Z hlediska výzkumníka byly dodržovány etické aspekty (viz 5.5). Návržnost dotazníků a syćenost vzorku byla v obou případech 100%, neboť autorka práce osobní přítomností uskutečnila se všemi respondenty dotazníková šetření.

### Výzkumný soubor pro kvalitativní část

V rámci kvalitativní části byly uskutečněny 2 focus groups s rozsahem 6-10 účastníků. Záměrným výběrem bylo osloveno několikero poskytovatelů, s nimiž má autorka navázanou spolupráci a kteří splňovali potřebná kritéria pro uskutečnění focus group. Účastníci výzkumu museli spadat do cílové skupiny osob s mentálním postižením z chráněného bydlení, mít schopnost porozumění a schopnost se verbálně vyjadřovat k oblastem ve výzkumu. Od respondentů byl požadován souhlas na výzkumném šetření a dobrovolnost. Účastníkům byl podrobně vysvětlen záměr výzkumu, měli ponechán dostatek času na zhodnocení, zdali do výzkumu vstoupit, byli ujistěni o zachování anonymity a možnosti kdykoli z výzkumu odstoupit, v případě, že se jej budou chtít zúčastnit. Bližší podmínky jsou uvedeny v analýze kvalitativního výzkumu (viz 5.4.2). Níže uvedená tabulka představuje rozložení respondentů, kteří se focus group účastnili.

**Obrázek 7 Sociodemografické rozložení respondentů z chráněných bydlení ve výzkumu**  
(datováno k 1. 6. 2017)

Označení uživatele	Pohlaví	Věk	Délka pobytu v CHB	Předchozí bydliště
A	žena	45 let	3 roky	DOZP
B	žena	50 let	3 roky	DOZP
C	žena	27 let	3 roky	DOZP
D	žena	28 let	3 roky	DOZP
E	žena	51 let	1,5 roku	DOZP
F	žena	38 let	2,5 roku	DOZP
G	muž	33 let	3,1 roku	DOZP
H	muž	29 let	1,5 roku	RP
CH	muž	37 let	2 roky	DOZP
I	muž	43 let	3,1 roku	CHB
J	muž	30 let	3,1 roku	RP
K	žena	36 let	1,2 rok	DPS
L	muž	38 let	2,5 roku	DOZP
M	muž	21 let	1,2 roku	RP
N	žena	35 let	3,1 roku	DOZP

Legenda: DOZP – domov pro osoby se zdravotním postižením, RP – rodinné prostředí, CHB – chráněné bydlení, DPS – dům s pečovatelskou službou

### 5.3 Výzkumné metody

Námi aplikovaný kvantitativní výzkum bude zaměřen na hodnocení kvality života a životní spokojenosti se zaměřením na psychosociální dimenze a jejich determinanty u osob s mentálním postižením, které žijí v chráněném bydlení a domovech pro osoby se zdravotním postižením. Pro kvantitativní výzkum jsme zvolili dotazníkovou metodu šetření, doplňkovou kvalitativní část tvoří focus group (ohnisková skupina).

#### Dotazník

Dotazník je frekventovanou metodou, kdy se jedná o „*soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně*“ (Chrásková, 2007, s. 163). Dle Švece (2009, s. 122) jde o „*výzkumný (resp. průzkumný), vývojový a vyhodnocovací (zejména diagnostický) nástroj k hromadnému a poměrně rychlému zjišťování informací o znalostech, názorech nebo postojích dotazovaných osob k aktuální nebo potenciální skutečnosti prostřednictvím písemného dotazování se.*“ V úvodní fázi bylo komparováno několik výzkumných nástrojů vztahujících se ke kvalitě života, důvodem jejich vyřazení byla skutečnost jejich zaměření na stránku zdravotní, hodnocení symptomů daného zdravotního postižení apod. (viz 1.3).

Prvním výzkumným nástrojem je psychometrický *Dotazník kvality života (QoL.Q.CZ)* od autorů Schalock, Keith (1993 in QUIP, online, 2010). Dotazník je určen pro cílovou skupinu osob s mentálním postižením, které mají adekvátní receptivní a vyjadřovací jazykové schopnosti. Dotazovatel musí být vnímavý vůči možné situaci a v případě, že by respondent daným otázkám neporozuměl, mohou být otázky zopakovány, případně parafrázovány. Nástroj může být aplikován i osob s těžším typem mentálního postižení, za možnosti využití tzv. proxy odpovědí, kdy dotazník vyplňují dvě další blízké osoby znající situaci a život dané osoby. Takto získané výsledky se průměrují a považují se za relevantní. V tomto ohledu nejsou doporučováni pracovníci, u nichž může docházet ke zkreslení dat, ale zároveň je podotýkáno, že každá osoba má právo na to, aby se mohla ke své kvalitě života určitým způsobem vyjádřit (Verdugo et al., 2005; Schalock, 2008). Jedná se o standardní výzkumný nástroj o 40 položkách, které jsou rozděleny do 4 dimenzí (oblastí), a to *spokojenosti; schopnosti/produktivitě; možnosti se rozhodovat/nezávislosti; sociální sounáležitosti/zapojení do komunity*. Každá dimenze je sycena 10 otázkami (determinanty), u nichž je vždy uveden tříbodový systém, jenž je považován i za daný počet bodů. V každé dimezi (oblasti) tedy můžeme dosáhnout 10 – 30 bodů. Čím vyšší

výsledek, tím větší spokojenost, produktivita apod. Nástroj je aplikován především v zahraničních výzkumech Schalock, Conroy, Lemanowicz a Feinsten, 1994; Walsh, Emerson, Lobb, Schalock et al., 2010; Morrise et al., 2013. V tuzemských podmínkách byl aplikován ve výzkumu Johnové, Strnada (2013). Zahraniční studie podotýkají, že model bere v úvahu celý kontext individuálního a společenského začlenění jedince se zdravotním postižením a zohledňuje veškeré činitele na něj působící (srov. Kowalik, 1998; Firkowska-Mankiewicz, 1999; Morrise et al., 2013). Validita dotazníku je podobná napříč různými kulturními prostředími, z čehož tedy vyplývá, že nástroj je vhodný i pro užití v prostředí českém (blíže viz 5.4.1).

Druhým výzkumným nástrojem splňujícím požadavky a zaměřujícím se na psychosociální dimenze je *Dotazník životní spokojenosti* (Fahrenberga, Myrteka, Schumachera a Brählera, 2001) v české verzi od Rodné, Rodného (2001), který je standardizovaným nástrojem a jeho aplikací v rámci dílčího šetření (viz 4.1) byla potvrzena vhodnost i u osob s mentálním postižením. Aplikace DŽS je vhodná zejména pro osoby v hraničním a lehkém pásmu mentální retardace. Dotazník je použitelný v případě, že psychický a fyzický stav a schopnost číst dovolují vyplnění dotazníku, nebo dovolují možnost předčítání druhou osobou, v případě zachování porozumění osoby s mentálním postižením. Zodpovězení otázek může být ovlivněno aktuálním rozpoložením či situačními podmínkami. V této otázce však nebyly podniknuty speciální hypotézy. Je možné, že při špatném rozpoložení mohou osoby hodnotit svou životní spokojenost hůře (Rodný, Rodná, 2001). Na základě dílčího šetření, jeho výsledků (viz 4.1) a na podkladě teoretických poznatků, jsme se u dotazníku zaměřili na položky spadající do psychosociální dimenze a zvolili 6 oblastí (*práce a zaměstnání* - PAZ – vyjádření míry spokojenosti se svou pozicí v zaměstnání, se svými úspěchy i vyhlídkami; *finanční situace* - FIN – vyjádření míry spokojenosti se svým příjmem, s výší svého majetku i s životní úrovní; *volný čas* - VLC spokojenost s délkou a kvalitou svého volného času; *vlastní osoba* - VLO - spokojenost se svou osobou, tj. se svým vzhledem, charakterem, se svými schopnostmi, svojí vitalitou i sebevědomím; *přátelé, známí, příbuzní* - PZP - spokojenost se svými sociálními vztahy, s kontaktem s příbuznými a přáteli, se svojí společenskou angažovaností a *bydlení* - BYD - spokojenost se svými bytovými podmínkami, což zahrnuje spokojenost s velikostí a zařízením bytu, s výdaji za něj, s dostupností dopravními prostředky). Úkolem respondenta je vyjádření se k výroku na škále dle jeho (ne)spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení (od velmi nespokojen -

1 bod, po velmi spokojen – 7 bodů). Respondent může získat minimálně 7 a maximálně 49 bodů. Vyhodnocení provádíme součtem bodů za individuální odpovědi respondentů v jednotlivých oblastech. Chybí-li více než jedna odpověď na škále je nahrazena tzv. chybějícími daty, kromě oblastí PAZ a MAN a DET, kterou dotazník umožňuje vypustit, je nahrazena také celková hodnota spokojenosti. Vzhledem ke skutečnosti a nutnosti vyřadit oblasti, jež dotazník nenabízí pro vyřazení, bude životní spokojenost vyhodnocena pouze ve zvolených dílčích oblastech, nikoli jako celek, jehož přepočítání na hrubé skóre by umožnilo vyhodnocení celkové životní spokojenosti daného jedince po splnění všech podmínek měrného nástroje, a tak možnost případného srovnání s normou intaktní (německé) populace (Rodný, Rodná, 2001). Dotazník je užitečný pro hlubší analýzu dat v kontextu kvality života a porozumění jednotlivým dimenzím.

### **Focus group**

Pro vytvoření holistického pohledu na zkoumaný fenomén doplňujeme kvantitativní zjištění, která mapují psychosociální dimenzi kvality života, výsledky kvalitativního charakteru z oblasti rozhodování, práv, spokojenosti, pracovního uplatnění, volného času, partnerství, začleňování do místní komunity a budoucnosti. Jako metoda sběru dat byla zvolena ohnisková skupina, nazývaná také focus group. Původní pojetí je spjaté stejně jako kvalita života s oblastí ekonomiky, dnes je však rozšířeno do dalších oblastí jako zdravotnictví, školství, sociální oblast, všude tam, kde potřebujeme cíleně zjistit, co si účastníci myslí a jak reagují na specifická témata, přičemž využíváme skupinové dynamiky a interakce samovolně vznikající na určené téma výzkumníkem (Freitas, Oliveira, Jenkins, eds., 1998; Calderón, Baker, Wolf, 2000; Morgan, 2001; Vávrová, Gavora, 2014; Hendl, 2016).

Základem takové skupiny je určité téma (ohnisko), které se odvíjí od výzkumného problému a výzkumných otázek. Focusové interview si klade za cíl získat co nejvíce dat, v nichž se odráží různorodost postojů a názorů na základě skupinové dynamiky (Vávrová, Gavora, 2014). Za krátkou dobu lze získat velké množství údajů a detailních informací ve vztahu k hodnocenému (Morgan, 2001). Ohnisková skupina je seskupena z 6 – 8 (10) osob a řízena moderátorem. Tato četnost se mění s ohledem na jednotlivé autory, je doporučována jako ideální vzhledem k možnostem dostatečné interakce mezi účastníky a zároveň ke zvládnutí řízení celé skupiny moderátorem, u nějž se předpokládají jisté kompetence v práci se skupinovou dynamikou (Hendl, 2016).



Miovský (2006) vymezuje tři základní typy ohniskových skupin - strukturovanou, polostrukturovanou a nestrukturovanou, přičemž každá z nich má svá pozitiva a negativa. Pro potřeby našeho výzkumu byla zvolena polostrukturovaná ohnisková skupina, která má pevnější strukturu, tzn., v níž jsou předem vytyčeny tematické okruhy, přičemž znění ani pořadí není pro moderátora závazné a je ovlivněno průběhem diskuse ve skupině, kdy moderátor může participantům dát dostatečný prostor k vyjádření se. Tato metoda vyžaduje přípravu moderátora, je náročnější na organizační zajištění, ať už z hlediska specifikace výzkumné skupiny, s ohledem na výběr vhodného místa a volbu času, a také se zajištěním techniky.

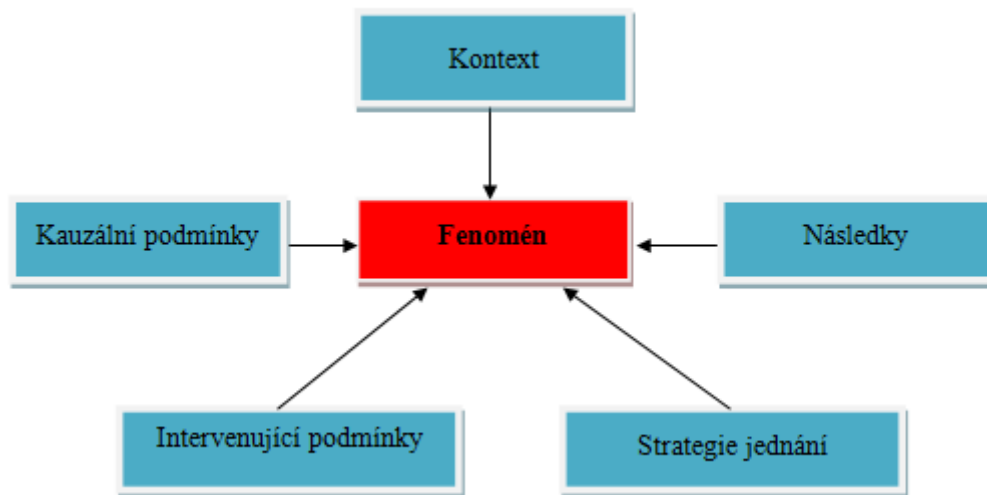
Při realizaci ohniskových skupin je dodržováno několik pravidel: diskuse se účastní všichni přítomní účastníci, hovoří pouze jedna osoba, nesmí probíhat žádné vedlejší rozhovory mezi participanty, každý má právo říci svůj názor, stejně jako se vyjádřit k názoru druhého, nikoli jej však odsuzovat, každý participant má právo odmítnout odpověď a nesmí být do odpovědi nucen, má právo v případě nutnosti ukončit účast ve skupině, participant se oslovují jmény nikoli slovními urážkami, záznam a další údaje z průběhu skupiny slouží výhradně výzkumným účelům a je zajištěna ochrana osobních údajů atd. (Miovský, 2006; Morgan, 2001; Hendl, 2016).

Při zpracování dat vycházíme z dílčích postupů zakotvené teorie, tzn., že záznam transkribujeme do písemné podoby. Aplikujeme transkripci komentovanou, při níž je užíváno specifických znaků, které jsou něčím nápadné - např. smích, pláč, rozhořčení apod. (Hendl, 2016). Následný přepis podrobíme analýze a pro tyto potřeby využijeme dílčí analytické postupy zakotvené teorie, tj. otevřené a axiální kódování (Strauss, Corbinová, 1999). Při otevřeném kódování rozložíme text na jednotky, kterými může být slovo, sousloví, věta, odstavec. Takto vzniklé jednotce bude přidělen kód, tedy označení. Během analýzy se ke kódům budeme vracet, provádět revizi a přejmenovávat kódy podle potřeby. Pro přehlednost budou řádky analyzovaného textu očíslovány a následně provedena systematická kategorizace, tedy seskupení kódů dle podobnosti či jiné vnitřní souvislosti do kategorií (Šedřová, 2007).

Po otevřeném kódování bude aplikováno *kódování axiální*, při němž budeme jednotlivé kategorie spojovat do vzájemných vztahů, čímž vznikne nové uspořádání, které bude zobrazeno skrze tzv. paradigmatický model, v jehož středu stojí jev neboli fenomén a od nějž se odvíjí kontext, příčinné podmínky, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a následky (Hendl, 2016). V rámci daného paradigmatu na základě

kladení otázek a vzájemného porovnávání ověřujeme a hledáme důkazy, které potvrdí či vyvrátí naše otázky, stejně jako nastíní vzájemné vztahy na pozadí teoretického rámce.

**Obrázek 8 Základ axiálního kódování - paradigmatický model (Hendl, 2016, s. 253)**



## 5.4 Analýza dat

V následující části bude představena analýza kvantitativního a kvalitativního výzkumu s etickými aspekty.

### 5.4.1 Analýza kvantitativních dat

Za výzkumné nástroje byly zvoleny dva typy dotazníku. Psychometrický *Dotazník kvality života (Quality of Life Questionnaire)* od Schalock, Keith (1993), který je sestaven z otázek, jež se zaměřují na základní determinanty v dimenzích kvality života. Signifikantní korelace mezi odpověďmi respondentů na určitou otázku dotazníku a hodnocením celkové kvality života signalizuje, že tuto otázku (tj. tuto determinantu) považují respondenti za významnou. Otázky dotazníku, jejichž odpovědi významně korelují s celkovým hodnocením kvality života, jsou dle názoru respondentů signifikantní - a to tím více, čím vyšší je vypočítaný korelační koeficient. Dotazník obsahuje celkem 40 otázek ve 4 dimenzích (spokojenost; schopnosti/produktivita; možnost rozhodovat se/nezávislost; sociální sounáležitost/zapojení do komunity), které zachycují jednotlivé determinanty kvality života respondentů. Ve výzkumu byl tento dotazník aplikován u 240 respondentů. Při ověřování stupně reliability výsledků provedeného měření byly získány následující souhrnné statistické charakteristiky:

Průměr: 82,57

Součet čtverců: 19818

Směrodatná odchylka: 12,8594

Rozptyl: 165,3667

Minimum: 57,00

Maximum: 110,00

Cronbachův koeficient alfa: 0,9175 Standardizovaný Cronbachův koeficient alfa: 0,9136

Průměrná korelace mezi otázkami: 0,2261

Můžeme tedy konstatovat, že vypočítaná hodnota Cronbachova koeficientu alfa vypovídá o vysoké spolehlivosti a přesnosti (tj. vysoké reliabilitě) provedeného měření. Ve vztahu k validitě konstruktů bylo v *Dotazníku kvality života (QoL.Q)* zachováno 15 otázek z původního dotazníku QoL.P. a provedená korelace mezi oběma výzkumnými nástroji aplikovanými u 297 respondentů byla 0,71, což poukazuje na téměř totožnou ekvivalenci testu (Keith et al., 1986 in QUIP, online, 2010). Zjevnou validitu jednotlivých otázek jako měřítek kvality života dokládají četné zahraniční výzkumy, které uvádí samotná metodika QoLQ.CZ (in QUIP, online, 2010, s. 15), na jejichž základě byly otázky formulovány. V oblasti *spokojenosti* to jsou Andrews & Whitley, 1976, Campbell et al., 1976, Goode, 1988 (in QUIP, online, 2010, s. 15); v oblasti *nezávislosti* Hoffman, 1980, Flanagan, 1982, Yerxa, Burnett-Berulieu, Stocking, Azen, 1989 (in QUIP, online, 2010, s. 15) a u *zapojení do komunity/sociální sounáležitosti* Flanagan, 1978, Lehman, 1988 (in QUIP, online, 2010, s. 15).

Druhým dotazníkem byl standardizovaný nástroj na posouzení životní spokojenosti – *Dotazník životní spokojenosti (DŽS, viz 5.3)* v českém překladu od autorů Rodný, Rodná (2001). Celkem bylo tedy zajištěno 120 dotazníků z každé cílové skupiny (CHB a DOZP), tj. 240 osob, které se výzkumu zúčastnily. Každá z těchto skupin tedy vyplňovala dotazníky dva – na kvalitu života i životní spokojenost.

Analýze předcházelo třídění a kategorizace dat. Pro statistické zpracování byla data nejprve vložena do tabulkového procesoru Microsoft Office Excel 2007, a poté vyhodnocována v programech *STATISTICA 12, STATISTICA 13*. Pro statistické testování vytvořených hypotéz byly v modulu Základní statistiky/tabulky využívány zejména procedury - Pearsonova korelace a t-test pro nezávislé vzorky dle skupin. Pro takto testované hypotézy jsme použili hladinu významnosti 0,05 (5 %), kterou uvádí Chráska (2007) jako nejčastěji užívanou v pedagogických výzkumech. V modulu vícerozměrné průzkumové techniky byla využita Analýza spolehlivosti prvků. Pro část hypotéz (ve vztahu k životní spokojenosti) jsme použili metodu chí kvadrátu pro kontingenční tabulku s hladinou významnosti 0,05 (5 %). Data byla zanesena do tabulkového procesoru Microsoft Office Excel 2007 v rámci znázornění absolutních a relativních četností (součást přílohy). Pro statistické zpracování hypotéz H8-H13 bylo škálové hodnocení odpovědí dat

z dotazníku seskupeno následovně 1-3 nespokojen (zahrnuje hodnocení velmi nespokojen, nespokojen, spíše nespokojen; pro přehlednost v rámci statistického zpracování bude značeno kategorií „A-C“); 4 ani spokojen-ani nespokojen (pro přehlednost značeno „D“); 5-7 spokojen (zahrnuje hodnocení spokojen, spíše spokojen, velmi spokojen; pro přehlednost značeno „E-G“). Pro popisnou část analýzy dat byla aplikována metoda prostého výčtu a data byla graficky znázorněna (tabulkami, grafy). Metoda prostého výčtu stojí na pomezí kvalitativního a kvantitativního přístupu a pomocí ní vyjadřujeme vlastnosti určitého jevu. Zaměřuje se na poměry, četnosti a intenzity výskytu (Miovský, 2006).

#### **5.4.2 Analýza kvalitativních dat**

V této části se budeme věnovat kvalitativní analýze dat získané z focusových skupin, která se řídí uvedenými pravidly (viz 5.3) a její interpretaci. Na základě výsledků kvantitativní části bylo pro kvalitativní analýzu dat zvoleno skupinové interview v rámci focusové skupiny tak, aby mohly být doplněny informace ve vztahu ke kvalitě života osob s mentálním postižením v chráněném bydlení (dále užíváno ve spojitosti s focus group názvosloví participant = uživatel). Analýza kvalitativních dat umožňuje výzkumníkovi bližší proniknutí k respondentovi, a tím zachycení jeho subjektivního jednání, myšlení (Chráška, 2007). Jedná se tedy o realistický přístup, kdy jsou výpovědi respondentů považovány za popis vnitřní či vnější skutečnosti (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Jak podotýká Hendl (2016, s. 223) „*při kvalitativní analýze a interpretaci jde o systematické nenumerické organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, datové konfigurace, formy, kvality a vztahy.*“ Koncepce focus group byla vytvořena tak, aby naplnila námi stanovený záměr, kdy cílem byla hlubší deskripce, konkretizace a subjektivizace jednotlivých oblastí (viz – Příloha 3) pro doplnění dat z kvantitativního výzkumu.

Všichni participanté výzkumu byli seznámeni s cílem, průběhem a zpracováním dat skrze uskutečněný rozhovor ve skupině. Před samotnou realizací jim byla popsána etická pravidla účasti. Participanté měli možnost odstoupení v jakékoli fázi realizace výzkumu. Účast všech přítomných byla postavena na dobrovolnosti, kterou následně pro potřeby disertační práce byl písemně stvrzený informovaný souhlas (viz Příloha 2). Anonymita účastníků byla zajištěna dle vzájemné domluvy, a to nahrazením vlastních jmen písmenem z abecedy. Sběr dat se odehrál v období března 2017 – května 2017. První focus group byla

v trvání cca 80 minut (organizační skutečnosti, dotazy participantů aj.), druhá focus group trvala cca 105 minut. Z obou byl pořízen videozáznam. Videozáznam je uložen na externím disku u autorky práce a byl užit pouze k transkripci výpovědí participantů z důvodu zachycení všech potřebných informací. Výsledky jsou podkladem pro dokreslení faktických skutečností z kvantitativní části výzkumu. Do výzkumu se rozhodlo zapojit celkem 14 uživatelů (viz Obr. 7 podkapitola 5.2), se kterými byl dohodnut přesný termín společného setkání. Participantů si zvolili místo konání přímo v prostorách chráněných bydlení. Obsah a způsob kladení otázek byl přizpůsoben specifikům této cílové skupiny.

Po uskutečnění obou setkání byly nejprve jednotlivé výpovědi participantů z videonahrávky doslovně transkribovány a v rámci analytické práce byly využity prvky zakotvené teorie dle Strausse, Corbinové (1999). Transkripcí vznikl text o rozsahu 18 normostran z 1. chráněného bydlení a 22,5 normostran z 2. chráněného bydlení.

První úroveň analýzy spočívala v otevřeném kódování, jehož výstupem jsou kategorie tedy kódy kategorizované do vyššího řádu (Strauss, Corbinová, 1999), které jsou interpretovány a doplněny o konkrétní výroky samotných respondentů, pregnantně reprezentující dané téma. Pro zachování anonymity mají jednotliví uživatelé přiřazeno písmeno a je uvedeno číslo výroku z transkripce.

Jednotlivé významové jednotky, a následně i kategorie, s nimiž v rámci analýzy pracujeme, byly pro přehlednost označeny barevně, přičemž z tohoto barevného označení jsme vycházeli též při kategorizaci jednotlivých kódů. Náš způsob označování jednotlivých významových jednotek spočíval v barevném označení jednotlivých výroků, které byly následně zapsány formou kódů do tabulky (viz Příloha 5): významové jednotky a kategorie vztahující se k autonomii; významové jednotky a kategorie související se zdroji podpory; významové jednotky a kategorie související s právy uživatelů; významové jednotky a kategorie související s partnerstvím; významové jednotky a kategorie související se začleňováním do místní komunity; významové jednotky a kategorie související s omezeními v chráněném bydlení.

## **5.5 Etické aspekty výzkumu**

Při výzkumu jsme pracovali ve shodě s etickými požadavky. Pro dotazníkové šetření je anonymita dat zajištěna, neboť se nezaměřujeme na identifikaci sociodemografických údajů (byl zjišťován pouze věk a forma bydlení), ale na subjektivní oblasti kvality života a životní spokojenosti. Jména respondentů byla pouze uvedena zkratkovitě. Respondenti

se dotazníkového šetření zúčastnili dobrovolně, byli seznámeni s cílem a zpracováním dat. Respondenti mohli kdykoli účast na dotazníkovém šetření přerušit, či ji zcela odmítnout. Respondenti mohli taktéž odmítnout odpovídat na otázky z dotazníku z jakéhokoli důvodu. Vyplnění dotazníků proběhlo v papírové formě, která je uložena u autorky práce a převedená data k vyhodnocení jsou dostupná v elektronické formě v Microsoft Office Excel 2007 (viz 5.4.1).

Před uskutečněním kvalitativní části formou focus group byli potenciální participanti výzkumu seznámeni s cílem výzkumu, jeho důležitostí a se zpracováním dat. Participantům byl dán dostatečný časový úsek na rozmyšlenou (cca 3 týdny), přičemž se mohli kdykoli obrátit na moderátora (autorku práce) s jakýmkoli dotazy k dané problematice. V iniciální fázi byl v jednotlivých chráněných bydleních zajištěn nejprve ústní souhlas od vedoucí daného CHB pro využití prostor k výzkumu a od participantů, kteří se výzkumu chtěli zúčastnit, byl zajištěn písemný Informovaný souhlas, jehož celé znění je součástí Přílohy 2. Podepsané originály jsou bezpečně umístěny u autorky práce. Stejně jako u dotazníkového šetření, byli participanti před započítím focus group podrobně seznámeni s cílem výzkumu a zpracováním dat, i upozorněni na skutečnost, že budou tázáni pouze na informace zkoumané problematiky. S participanty bylo dohodnuto zdokumentování focus group formou videonahrávky. Její anonymizace stejně jako anonymizace transkribovaných dat je v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, tzn., že nahrávka je uložena na externím disku u autorky práce a posloužila pouze pro avizovanou transkripci textu do písemné podoby, s čímž byli participanti předem obeznámeni. V rámci focus group nepracujeme taktéž se sociodemografickými údaji (byl zjišťován pouze věk, forma bydlení) a anonymita participantů je zajištěna v transkribovaném textu náhradou jména participanta písmenem z abecedy. Anonymizace proběhla i v rámci textových korektur, aby nedošlo k identifikaci konkrétního chráněného bydlení, jejich uživatelů a pracovníků, tzn. náhrada jmen, objektů pod neutrálním označením. Bližší specifika jsou pro tuto chvíli známá pouze autorce práce. Participantům byla připomenuta také možnost kdykoli dobrovolně ukončit probíhající focus group a bez udání důvodu se jí neúčastnit.

## 6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

V této kapitole budou analyzovány a interpretovány výsledky výzkumu, který je dělen na dvě části kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní část bude obsahovat statistické zpracování získaných dat, jejich grafické zpracování a znázornění, vše doplněno o danou interpretaci slovními komentáři a v souladu s teoretickou částí práce. V rámci kvalitativní části budou transkribovaná data opatřena slovní interpretací a jejich závěrečné shrnutí bude znázorněno graficky.

### 6.1 Výsledky a interpretace kvantitativní části výzkumu

Výzkumu se zúčastnilo celkem 240 respondentů s mentálním postižením ze dvou cílových skupin, a to z chráněného bydlení a z domova pro osoby se zdravotním postižením. Z celkového počtu respondentů (n=240) bylo celkem zastoupeno 105 mužů (43,75 %) a 135 žen (56,25 %), což značí relativně vyvážený stav cílové skupiny. Z chráněného bydlení (CHB) se jednalo o 29,17 % žen a 20,83 % mužů; z domova pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) bylo zastoupeno 27,08 % žen a 22,92 % mužů. V rámci jednotlivých sledovaných skupin byla nejčetněji zastoupena u mužů z CHB věková skupina 36-45 let (10,42 %), u žen tuto četnost vykazovala věkově mladší skupina 26-35 let (12,08%). Z DOZP bylo zastoupeno nejvíce mužů ve věkové kategorii 56-65 let (18 %) a nejvíce žen ve věkové kategorii 35-45 let (10 %). Oproti tomu nejnižší četnost vykazovala z CHB skupina respondentů ve věkové kategorii 66-75 let a 75+, kde se nevyskytoval žádný respondent. U respondentů z DOZP vykazovala nejnižší četnost věková kategorie 26-35 let (1,25 %).

**Tab. 1 Poměrové zastoupení respondentů z hlediska věkové kategorie, typu bydlení a pohlaví**

Věková skupina	Typ Bydlení	Muži		Ženy		Celkem	
		n	%	n	%	n	%
26-35	CHB	19	7,92	29	12,08	48	20,00
	DOZP	0	0,00	3	1,25	3	1,25
	Celkem	19	7,92	32	13,33	51	21,25
36-45	CHB	25	10,42	18	7,50	43	17,92
	DOZP	13	5,42	24	10,00	37	15,42
	Celkem	38	15,83	42	17,50	80	33,33
46-55	CHB	6	2,50	17	7,08	23	9,58
	DOZP	17	7,08	13	5,42	30	12,50
	Celkem	23	9,58	30	12,50	53	22,08

56-65	CHB	0	0,00	6	2,50	6	2,50
	DOZP	18	7,50	13	5,42	31	12,92
	Celkem	18	7,50	19	7,92	37	15,42
66-75	CHB	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	DOZP	5	2,08	8	3,33	13	5,42
	Celkem	5	2,08	8	3,33	13	5,42
75+	CHB	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	DOZP	2	0,83	4	1,67	6	2,50
	Celkem	2	0,83	4	1,67	6	2,50
Celkový počet respondentů	CHB	50	20,83	70	29,17	120	50
	DOZP	55	22,92	65	27,08	120	50
	Celkem	105	43,75	135	56,25	240	100

Z důvodu poměrového zastoupení jednotlivých skupin respondentů s MP a s ohledem na teoretické vymezení dospělosti byly skupiny pro účel vzájemné komparace sloučeny následujícím způsobem. Vycházíme z teoretického vymezení dospělosti (Vágnerová, 2007; Průcha, Veteška, 2012, viz 3.2) na období mladší a střední dospělosti, které je vymezeno věkovou kategorií 26-45 let (54,58 % respondentů), starší a pozdní dospělost je vymezena od 46-65 let (37,5 % respondentů) a věková kategorie stáří byla označena jako 66+ (7,92 % respondentů).

**Tab. 2 Poměrové zastoupení respondentů z hlediska věku a formy bydlení pro účely výzkumu**

Rozložení skupin				
Skupina		CHB	DOZP	Celkem
ženy	26-45	47	27	74
ženy	46-65	23	26	49
ženy	66+	0	12	12
muži	26-45	44	13	57
muži	46-65	6	35	41
muži	66+	0	7	7
Celkem		120	120	240

Z Tab. 3 je patrné, že ve všech sledovaných dimenzích byly zjištěny vysoké, statisticky významné korelace mezi ověřovanými determinanty (otázkami dotazníku) a celkovým hodnocením kvality života. Čím vyšší hodnota koeficientů, tím považujeme tento vztah mezi proměnnými za silnější. Hodnota 1 má význam existence perfektního vztahu. Záporné koeficienty znamenají negativní asociaci. Nula má obvykle význam neexistence vztahu (ačkoli vztah může existovat, ale je nelineární). Statisticky nevýznamné korelace jsou v tabulce označeny červeně. Z uvedených výsledků vyplývá, že všechny dimenze kvality života, které jsou prezentované v dotazníku (*spokojenost, schopnosti, nezávislost, zapojení do komunity*), považují respondenti v obou skupinách (CHB, DOZP) za signifikantní.



Pro oblast CHB v dimenzi *spokojenost* bylo za signifikantní považováno 90 % determinant (ot. č. 1-9), 10 % (ot. č. 10) nebylo považováno za signifikantní – výsledná hodnota této determinanty byla záporná, svým výsledkem je blíže k 0 a dala by se považovat za nekorelovanou. Pro oblast *možnost se rozhodovat/nezávislost* byla prokázána 100% signifikace. Pro dimenzi *sociální sounáležitost/zapojení do komunity* bylo považováno 60 % determinant (ot. č. 32, 34, 35, 37, 38, 40) za signifikantní a 40 % (ot. č. 31, 33, 36, 39) nebylo považováno za signifikantní.

Pro oblast DOZP v dimenzi *spokojenost* bylo za signifikantní považováno 90 % otázek (ot. č. 1-4, 6-10) a 10 % (ot. č. 5) nebylo považováno za signifikantní. Z uvedených výsledků vyplývá, že všechny determinanty v dimenzi *schopnosti/produktivita* považují respondenti v obou skupinách za signifikantní. Pro oblast *možnost se rozhodovat/nezávislost* byla prokázána 70% signifikace (ot. č. 21-24, 26, 29-30), přičemž 30 % determinant (ot. č. 25, 27, 28) nebylo signifikantních. Pro dimenzi *sociální sounáležitost/zapojení do komunity* bylo považováno 80 % determinant (ot. č. 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39) za signifikantní a 20 % (ot. č. 33, 40) nikoli.

**Tab. 3 Korelace mezi ověřovanými determinantami kvality života (otázkami dotazníku) a celkovou kvalitou života (dotazník Quality of Life Questionnaire)**

Otázka/dimenze dotazníku	Korelace CHB	Korelace DOZP
<b>Dimenze – spokojenost</b>	<b>0,685539</b>	<b>0,640637</b>
1. Řekli byste, že život celkově:	0,586188	0,211892
2. Kolik radosti a potěšení Vám život dává?	0,453116	0,434359
3. Jste na tom ve srovnání s ostatními lépe, asi stejně, hůře?	0,490455	0,391116
4. Jaké jsou většinou věci, které se Vám přihodí?	0,538689	0,373285
5. Jak jste spokojeni se svým současným bydlením?	0,369896	<b>0,091232</b>
6. Máte více nebo méně problémů než ostatní?	0,386530	0,612614
7. Kolikrát měsíčně se cítíte osamělí?	0,479291	0,399476
8. Cítíte se někdy divně ve společnosti ostatních?	0,430799	0,405167
9. Jak myslíte, že jste ve srovnání s ostatními úspěšní?	0,598453	0,333009
10. A co vaše rodina? Jak se díky ní cítíte?	<b>-0,041545</b>	0,343563
<b>Dimenze – schopnosti/produktivita</b>	<b>0,843531</b>	<b>0,681845</b>
11. Jak dobře vás vzdělávací nebo školící program připravil na to, co děláte nyní?	0,207456	0,480248
12. Máte pocit, že vaše práce nebo jiné každodenní činnosti stojí za to a jsou užitečné vám nebo ostatním?	0,488666	0,449386
13. Jak dobře si vedete ve vaší práci?	0,815347	0,568725
14. Jak se k vám lidé v práci chovají?	0,768338	0,551642
15. Jak jste spokojeni s dovednostmi nebo zkušenostmi, které jste v práci získali nebo získáváte?	0,783790	0,534226

16. Získáváte dovednosti, které vám pomohou zajistit si jinou nebo lepší práci? Jaké dovednosti a zkušenosti to jsou?	0,769144	0,605610
17. Máte pocit, že dostáváte za práci spravedlivou odměnu?	0,696346	0,605739
18. Máte ze své práce dosti peněz, abyste si mohli koupit, co chcete?	0,760162	0,569311
19. Jak jste spokojeni s dalšími výhodami a bonusy, které vám pracoviště poskytuje?	0,500327	0,412854
20. Jak často na vaši práci někdo dohlíží?	0,701199	0,487427
<b>Dimenze – možnost se rozhodovat/nezávislost</b>	<b>0,740989</b>	<b>0,516026</b>
21. Jak jste se rozhodli pro práci nebo jiné běžné aktivity, které děláte?	0,621557	0,371448
22. Kdo rozhoduje, jak naložíte se svými penězi?	0,487393	0,278763
23. Jak využíváte zdravotnické služby (lékař, zubař, apod.)?	0,494524	0,256284
24. Jak moc můžete rozhodovat o každodenních věcech jako je chození do postele, jídlo a zábava?	0,534497	0,310791
25. Kdy vás můžou doma navštívit přátelé?	0,572137	<b>0,173955</b>
26. Máte klíče od svého bytu/domu?	0,444702	0,222252
27. Smíte mít doma nějaké zvíře, pokud chcete?	0,238899	<b>0,133345</b>
28. Máte opatrovníka nebo poručníka?	0,298503	<b>0,161769</b>
29. Žijí s vámi lidé, kteří vám někdy ubližují, nebo vás trápí, děsí, či rozčilují?	0,288840	0,286601
30. Řekli byste, že váš život je celkově: (celkové hodnocení života z hlediska nezávislosti)	0,505992	0,414775
<b>Dimenze – sociální sounáležitost/zapojení do komunity</b>	<b>0,740989</b>	<b>0,516026</b>
31. Ke kolika občanským nebo komunitním klubům či organizacím (včetně církví a jiných náboženských aktivit)	<b>0,103301</b>	0,428682
32. Jak jste spokojeni s kluby či organizačně (včetně církví a jiných náboženských aktivit), ke kterým patříte?	0,443530	0,321858
33. Děláte si starosti s tím, co od vás lidé očekávají?	<b>0,087372</b>	<b>-0,202729</b>
34. Kolikrát týdně hovoříte nebo jste se svými sousedy, buď u nich doma, nebo venku u domu?	0,304173	0,268097
35. Máte přátele, kteří vás doma navštěvují? Jak často?	0,223772	0,521004
36. Jak často se věnujete volnočasovým aktivitám (návštěvy, večírky, plesy, koncerty, hry,...) ve vaší obci?	<b>0,148220</b>	0,587619
37. Zapojujete se aktivně do těchto aktivit?	0,203739	0,484130
38. A co příležitosti pro schůzky, navazování vztahu či manželství?	0,422498	0,376760
39. Jak se k Vám chovají sousedé?	<b>0,133806</b>	<b>0,166032</b>
40. Řekli byste, že váš život je celkově: (celkové hodnocení života z hlediska zapojení do komunity)	0,465434	0,396640

Bližší deskripci determinant, u nichž byly zaznamenány nejvyšší koeficienty korelace s celkovým hodnocením kvality života, uvádí tabulka 4.

Respondenti z CHB považují za vlivnou determinantu v *dimenzi spokojenosti vlastní úspěch (Jak myslíte, že jste ve srovnání s ostatními úspěšní?)*. 16,7 % respondentů se považuje za méně úspěšné než průměrný člověk a 83,3 % se hodnotí stejně úspěšně jako

průměrný člověk, žádný z respondentů se nepovažoval za úspěšnějšího než průměrný člověk. Respondenti z DOZP v této oblasti hodnotí jako vlivnou determinantu zdraví (*Máte více nebo méně problémů než ostatní lidé?*). 22,5 % respondentů vykazuje více problémů než ostatní, 66,7 % se domnívá, že má stejné množství problémů jako ostatní a 10,8 % vykazuje méně problémů nežli ostatní.

Respondenti z CHB považují za vlivnou determinantu v oblasti *schopnosti/produktivita* úspěch v práci/zaměstnání (*Jak dobře si vedete ve vaší práci?*). 10 % respondentů se považuje za produktivní, ale nikdo jejich práci slovně nehodnotí; 51,7 % respondentů uvádí, že si v práci vedou velmi dobře a jsou ostatními i pochváleni. 38,3 % respondentů uvádí problémy v práci, přičemž ale z daného vzorku je 91,3 % respondentů nezaměstnaných (tj. 42 respondentů) a 8,7 % respondentů (tj. 4 respondenti) uvádí, že mají problémy v práci. U respondentů z DOZP v této oblasti je hodnocena jako vlivná determinanta dostatečná odměna v práci (*Máte pocit, že dostáváte za práci spravedlivou odměnu?*). 8,3 % respondentů má pocit, že dostává někdy spravedlivou odměnu a 5,8 % se domnívá, že jsou spravedlivě ohodnoceni. 85,8 % respondentů patří do kategorie, která není spokojena s dostatečnou odměnou, ovšem tento údaj vznikl pouze na základě nastaveného bodování dotazníku, kdy v případě nezaměstnanosti se přiřazuje respondentovi 1 bod, což znamená, že tato odpověď nemá výpovědní hodnotu, neboť celých 85,8 % respondentů z DOZP není aktuálně zaměstnáno. V rámci této položky byla vzata v potaz i práce v dílnách, ovšem za předpokladu, že se nejedná o volnočasovou aktivitu, ale placenou činnost.

Respondenti z CHB považují za vlivnou determinantu v oblasti *možnost se rozhodovat/nezávislost* vlastní volbu volnočasových aktivit či výběr pracovního místa (*Jak jste se rozhodli pro práci nebo jiné běžné aktivity, které děláte?*). 50,8 % respondentů si vybralo dle vlastní volby (platu, zájmu apod.); 27,5 % respondentů se vyjádřilo, že to bylo to jediné, co měli k dispozici či našli; 21,6 % respondentů vyjádřilo, že danou věc za ně rozhodl někdo jiný. Naopak respondenti z DOZP hodnotili v dimenzi nezávislosti jako vlivnou determinantu vlastní svobodu (*Řekli byste, že váš život je celkově*), tzn., 40% respondentů se cítí svobodných; 44,2% respondentů pociťuje jistou plánovanost třetí strany a 15,8% vykazuje, že nemůže v této oblasti dělat to, co chtějí.

Respondenti z CHB považují za vlivnou determinantu v oblasti *sociální sounáležitost/zapojení do komunity* celkový pocit z bytí/života (*Řekli byste, že váš život je celkově*), tzn. že 47,5 % respondentů hodnotí svůj život jako dobrý a 52,5 % jej považuje

za velmi hodnotný. Naopak respondenti z DOZP hodnotí v této oblasti jako vlivnou determinantu četnost věnovanou volnočasovým aktivitám (*Jak často se věnujete volnočasovým aktivitám (návštěvy, večírky, plesy, koncerty, hry) ve vaší obci?*). 12,5 % respondentů vykazuje nejvyšší četnost věnovanou volnočasovým aktivitám 3x-4x měsíčně, 46,7 % vykazuje četnost 1x-2x měsíčně a 40,8 % respondentů má možnost méně než 1x měsíčně se účastnit volnočasových aktivit. Uvedené výsledky dokládají, že respondenti s mentálním postižením z CHB a DOZP přikládají jednotlivým determinantům kvality života poněkud jiný význam.

**Tab. 4 Determinanta dotazníku v jednotlivých dimenzích, u níž byla zjištěna největší korelace s celkovým hodnocením kvality života**

Dimenze kvality života	Max. korelace CHB	Max. korelace DOZP
Spokojenost	ot. 9 (0,5984)	ot. 6 (0,6126)
Schopnosti/produktivita	ot.13 (0,8153)	ot. 17 (0,6057)
Možnost se rozhodovat/nezávislost	ot. 21 (0,6215)	ot. 30 (0,4147)
Sociální sounáležitost/zapojení do komunity	ot. 40 (0,4654)	ot. 36 (0,5876)

Tabulka 5 přináší hodnocení celkové kvality života ve všech 4 dimenzích u respondentů s mentálním postižením z CHB a DOZP. Respondenti s mentálním postižením z chráněného bydlení subjektivně hodnotí kvalitu svého života lépe (průměr 90,4) než respondenti z domovů pro osoby se zdravotním postižením (průměr 74,74). Respondenti z CHB vykazují ve všech oblastech vyšší kvalitu života, nejvýraznější rozdíl je ve vnímání oblasti *schopnosti /produktivita* a za ní následující oblasti *možnost se rozhodovat/nezávislost*.

**Tab. 5 Kvalita života v jednotlivých oblastech hodnocení dotazníku**

Dimenze kvality života	Prům. CHB	Prům. DOZP	t	sv	Signifikance p	Poč. plat.CHB	Poč. plat.DOZP
Spokojenost	23,55	21,78	4,303	238	0,000025	120	120
Schopnosti/produktivita	21,15	13,9	10,45	238	0	120	120
Možnost se rozhodovat/nezávislost	23,67	18,96	11,09	238	0	120	120
Sociální sounáležitost/zapojení do komunity	22,02	20,08	5,474	238	0	120	120
<b>Celková kvalita života</b>	90,4	74,74	11,89	238	0	120	120

Hodnocení jednotlivých determinant tedy vlivných činitelů ve 4 vymezených dimenzích dle stratifikace skupin respondentů v závislosti na typu bydlení (CHB, DOZP)

vymezuje tabulka 6. Z níže uvedeného výčtu je zřejmé, že u většiny determinant (otázek) se objevují statisticky významné rozdíly (28 determinant ze 40, tj. 70 %) ve prospěch respondentů s mentálním postižením z chráněného bydlení. Ty determinanty, u nichž byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi výsledky (skupinami CHB a DOZP), jsou označeny červeně. Z tohoto tedy vyplývá, že v jednotlivých dimenzích se výsledky promítly následovně.

V dimenzi *spokojenost* to jsou 4 determinanty (ot. č. 5, 7, 8, 10), tzn. že respondenti z chráněného bydlení v porovnání s respondenty z DOZP jsou více spokojeni se svým současným bydlením, nepociťují osamělost, ve společnosti ostatních se necítí zvláště a cítí se více součástí rodiny.

V dimenzi *schopnosti/produktivita* je to všech 10 determinant (ot. č. 11-20) tzn. že respondenti z CHB vykazují vyšší spokojenost s prací a zaměstnáním, o čemž vypovídají i výše uvedená data (viz tab. 3), která dokládají vyšší podíl zaměstnaných uživatelů z CHB než z DOZP, a tudíž i důsledek vyšší spokojenosti s touto oblastí.

V dimenzi *možnost se rozhodovat/nezávislost* bylo identifikováno 8 determinant (ot. č. 22-28, 30) ty mapují oblasti vlastního hospodaření, větší možnost svobodně se rozhodnout v oblasti běžných denních záležitostí, ve volnočasových aktivitách, ve využívání návazných služeb, v oblasti příjmu návštěv promítající se v celkově lépe hodnocené kvalitě života pro tuto oblast.

V dimenzi *sociální sounáležitost/zapojení do komunity* byly zaznamenány rozdíly v 6 determinantách (ot. č. 31, 32, 34-36, 40), které se vztahují k rozdílům v četnosti navštěvovaných klubů a organizací, k nimž uživatelé patří, návštěvnosti a četnosti přátel, kteří je mohou navštěvovat, komunikaci se sousedy, možnosti věnovat se aktivitám uskutečňovaných městem/obcí a rozdíly v celkovém hodnocení života ve většinové společnosti.

**Tab. 6 Hodnocení jednotlivých determinant dotazníku Quality of Life Questionnaire v dimenzích kvality života vs. typ bydlení (CHB, DOZP)**

	Otázka č.	Prům. CHB	Prům. DOZP	t	sv	Signifikance P	Poč. plat. CHB	Poč. plat. DOZP
Spokojeno	ot.1	2,38333	2,25000	1,81733	238	0,070424	120	120
	ot.2	2,70000	2,68333	0,26815	238	0,788818	120	120
	ot.3	1,94167	1,90833	0,47412	238	0,635846	120	120
	ot.4	2,23333	2,12500	1,85714	238	0,064526	120	120

	ot.5	2,65000	2,36667	3,62649	238	0,000351	120	120
	ot.6	1,90000	1,88333	0,21332	238	0,831258	120	120
	ot.7	2,60000	2,29167	3,80861	238	0,000178	120	120
	ot.8	2,66667	2,50000	2,64575	238	0,008694	120	120
	ot.9	1,83333	1,85833	-0,51803	238	0,604919	120	120
	ot.10	2,64167	1,91667	7,69509	238	0,000000	120	120
Schopnosti	ot.11	2,85000	2,57500	4,91935	238	0,000002	120	120
	ot.12	2,63333	1,83333	9,17640	238	0,000000	120	120
	ot.13	2,13333	1,20833	9,09655	238	0,000000	120	120
	ot.14	1,99167	1,25000	7,24877	238	0,000000	120	120
	ot.15	2,18333	1,24167	9,25106	238	0,000000	120	120
	ot.16	1,99167	1,15833	9,53900	238	0,000000	120	120
	ot.17	2,03333	1,20000	8,69835	238	0,000000	120	120
	ot.18	1,77500	1,10833	8,87830	238	0,000000	120	120
	ot.19	1,79167	1,15833	7,35848	238	0,000000	120	120
	ot.20	1,77500	1,17500	7,02227	238	0,000000	120	120
Nezávislost	ot.21	2,29167	2,28333	0,08566	238	0,931811	120	120
	ot.22	2,00000	1,74167	4,01929	238	0,000078	120	120
	ot.23	2,15833	1,61667	7,82890	238	0,000000	120	120
	ot.24	2,59167	1,90000	8,72254	238	0,000000	120	120
	ot.25	2,51667	2,03333	7,22915	238	0,000000	120	120
	ot.26	2,42500	1,56667	11,86024	238	0,000000	120	120
	ot.27	2,30000	1,43333	11,98541	238	0,000000	120	120
	ot.28	1,99167	1,40833	8,33266	238	0,000000	120	120
	ot.29	2,75000	2,74167	0,11778	238	0,906345	120	120
	ot.30	2,65000	2,24167	4,84833	238	0,000002	120	120
Zapojení do komunity	ot.31	2,69167	2,38333	4,53680	238	0,000009	120	120
	ot.32	2,65000	2,43333	3,21722	238	0,001474	120	120
	ot.33	1,55000	1,59167	-0,47759	238	0,633381	120	120
	ot.34	2,24167	2,08333	2,10024	238	0,036760	120	120
	ot.35	2,09167	1,72500	4,17930	238	0,000041	120	120
	ot.36	2,14167	1,71667	5,10537	238	0,000001	120	120
	ot.37	2,33333	2,20833	1,24280	238	0,215163	120	120
	ot.38	1,35000	1,39167	-0,49818	238	0,618816	120	120
	ot.39	2,45000	2,34167	1,63501	238	0,103368	120	120
	ot.40	2,52500	2,20833	5,26200	238	0,000000	120	120

Výše uvedené nám ukazuje, že respondenti z CHB vykazují lepší kvalitu života, a proto jsme se zaměřili na jinou proměnnou, a to hodnocení kvality života v jednotlivých dimenzích z hlediska pohlaví respondentů. Respondenty jsme rozčlenily na ženy z CHB + DOZP (n=105) a stejně tak muže (n=135). Výsledky z tab. 7 dokládají, že z vypočítaných hodnot signifikance *p* vyplývá, že mezi jednotlivými dimenzemi kvality života ani mezi celkovou kvalitou života nejsou z hlediska pohlaví (u mužů a žen z obou souborů) žádné statisticky významné rozdíly.

**Tab. 7 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů v celém výzkumném souboru (dotazník Quality of Life Questionnaire)**

Dimenze kvality života	Průměr muži	Průměr ženy	t	sv	p	Poč.plat. muži	Poč.plat. ženy
Spokojenost	22,69	22,64	0,1182	238	0,9059	105	135
Schopnosti/ produktivita	17,1	17,86	-0,9036	238	0,3671	105	135
Možnost se rozhodovat/nezávislost	21,66	21,05	1,1696	238	0,2433	105	135
Sociální sounáležitost/ zapojení do komunity	21,26	20,88	0,9980	238	0,3192	105	135
Celková kvalita života	82,73	82,45	0,1678	238	0,8668	105	135

Soubor byl tedy dále kategorizován a verifikován z hlediska hypotéz na další proměnnou, a to *věk respondentů*, který jsme rozčlenili do dvou kategorií: *mladší* (věková kategorie 26-44 let) a *starší* (45-80 let). Bližší deskripce tohoto jevu nám potvrzuje, že z uvedené tab. 7. nejsou zaznamenány mezi pohlavím (mužů i žen souhrnně z obou typů bydlení) a celkovým hodnocením kvality života statisticky významné rozdíly.

Z tab. 8 se nám objevuje s ohledem na věk významná signifikace u „mladších“ respondentů (mezi muži a ženami) v dimenzi *možnost se rozhodovat/nezávislost*; z tab. 9 u „starších“ respondentů je to pak dimenze *sociální sounáležitost/zapojení do komunity*. V tab. 8 identifikujeme, že významná signifikace je v dimenzi *možnost se rozhodovat*, kterou vykazují mladší ženy (souhrnně z CHB + DOZP).

**Tab. 8 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z CHB a DOZP ve věkové skupině mladší (26-45)**

Dimenze kvality života	Prům. ženy	Prům. muži	t	sv	p	Poč.plat. muži	Poč.plat. ženy
Spokojenost	22,35	22,86	-0,8377	129	0,4037	57	74
Schopnosti/produktivita	18,91	18,95	-0,0291	129	0,9769	57	74
Možnost rozhodovat se/nezávislost	23,35	21,74	2,1867	129	0,0306	57	74
Sociální sounáležitost/ zapojení do komunity	21,42	21,95	-1,1059	129	0,2708	57	74
Celková kvalita života	86,04	85,50	0,2343	129	0,8152	57	74

Taktéž v tab. 9 jsou ženy spokojenější, ovšem v jiné oblasti, a to v *sociální sounáležitosti/zapojení do komunity*. Z čehož vyplývá, že věkově „mladší“ respondentky dávají přednost svobodě pohybu, možnosti se rozhodovat a posilovat svou autonomii v jednotlivých oblastech, naopak věkově „starší“ respondentky kladou důraz na možnost zapojení se do místní komunity, ať už formou návštěv jednotlivých spolků, akcí, či celkové možnosti „být ve společnosti“.

**Tab. 9 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z CHB a DOZP ve věkové skupině starší (46-66+)**

Dimenze kvality života	Prům. ženy	Prům. muži	t	sv	p	Poč.plat. muži	Poč.plat. ženy
Spokojenost	23,10	22,38	1,2286	107	0,2219	48	61
Schopnosti/produktivita	14,96	16,56	-1,3865	107	0,1685	48	61
Možnost rozhodovat se/nezávislost	19,67	20,21	-0,8433	107	0,4009	48	61
Sociální sounáležitost/zapojení do komunity	21,08	19,61	2,6506	107	0,0093	48	61
Celková kvalita života	78,81	78,75	0,0256	107	0,9796	48	61

Na základě uvedených výsledků jsme se proto zaměřili izolovaně na jednotlivé skupiny (CHB a DOZP), ovšem proměnnou bylo ponecháno pohlaví a v dílčím členění byly komparovány skupiny „mladší“ (muži a ženy) a „starší“ (muži a ženy).

Tab. 10 prezentuje celkovou kvalitu života a její dimenze vzhledem k pohlaví respondentů (komparace mužů a žen) v chráněném bydlení. Uvedené výsledky poukazují, že mezi dimenzemi a celkovou kvalitou života v hodnocení mužů a žen nejsou statisticky významné rozdíly. Signifikantní rozdíly v hodnocení mužů a žen z chráněného bydlení se objevují pouze v oblasti možnost rozhodovat se/nezávislost.

**Tab. 10 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů v CHB**

Dimenze kvality života	Průměr muži	Průměr ženy	t	sv	p	Poč.plat. muži	Poč.plat. ženy
Spokojenost	22,98	23,96	-1,6241	118	0,1070	50	70
Schopnosti/ produktivita	20,50	21,63	-0,9571	118	0,3404	50	70
Možnost se rozhodovat/nezávislost	24,80	22,87	3,0503	118	0,0028	50	70
Sociální sounáležitost/zapojení do komunity	22,44	21,73	1,4962	118	0,1373	50	70
Celková kvalita života	90,72	90,19	0,2462	118	0,8060	50	70



Tab. 11 prezentuje rozdělení mladších mužů a mladších žen v kontextu hodnocené kvality života. Z uvedených hodnot signifikace vyplývá, že mezi jednotlivými dimenzemi ani kvalitou života neexistují u „mladších“ mužů a žen z CHB žádné statisticky významné rozdíly.

**Tab. 11 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z CHB ve věkové skupině mladší (26-45)**

Dimenze kvality života	Prům. ženy	Prům. muži	t	sv	p	Poč. plat. muži	Poč. plat. ženy
Spokojenost	22,91	22,79	0,2002	89	0,8418	44	47
Schopnosti/produktivita	20,27	21,26	-0,7453	89	0,4581	44	47
Možnost rozhodovat se/nezávislost	24,86	23,51	1,8389	89	0,0693	44	47
Sociální sounáležitost /zapojení do komunity	22,25	22,11	0,2793	89	0,7807	44	47
<b>Celková kvalita života</b>	<b>90,27</b>	<b>90,13</b>	<b>0,0595</b>	<b>89</b>	<b>0,9527</b>	<b>44</b>	<b>47</b>

U věkové kategorie „starší“ muži a ženy z CHB (tab. 12) nejsou mezi těmito pohlavími v dané věkové skupině a celkovým hodnocením kvality života statisticky významné rozdíly. Signifikantní rozdíly se u „starších“ mužů a žen k hodnocené kvalitě života objevují pouze izolovaně, a to v oblastech *možnost rozhodovat se/nezávislost* a *sociální sounáležitost/zapojení do komunity*. To značí, že u „starších“ respondentů z CHB, v tomto případě žen je kladen důraz na oblast *nezávislosti, svobody pohybu* s promítnutím se do celkového začlenění se do společnosti a participací na životě v něm.

**Tab. 12 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z CHB ve věkové skupině starší (46-66+)**

Dimenze kvality života	Prům. ženy	Prům. muži	t	sv	p	Poč. plat. muži	Poč. plat. ženy
Spokojenost	23,67	25,39	-1,5416	27	0,1348	6	23
Schopnosti/produktivita	22,17	22,39	-0,0726	27	0,9427	6	23
Možnost rozhodovat se/nezávislost	24,33	21,57	2,1107	27	<b>0,0442</b>	6	23
Sociální sounáležitost/ zapojení do komunity	23,83	20,96	2,2513	27	<b>0,0327</b>	6	23
<b>Celková kvalita života</b>	<b>94,00</b>	<b>90,30</b>	<b>0,6537</b>	<b>27</b>	<b>0,5189</b>	<b>6</b>	<b>23</b>

Výše uvedené jsme aplikovali i pro respondenty z DOZP, kdy údaje z tab. 13 a tab. 14 přináší následující. Z uvedených hodnot signifikace vyplývá, že mezi mladšími respondenty (muži a ženami z DOZP) a celkovým hodnocením kvality života nejsou zaznamenány statisticky významné rozdíly. Opět ovšem můžeme posoudit

signifikaci izolovaně, a to v hodnocení mužů a žen z DOZP navzájem, kdy se objevuje významná souvislost v oblasti *sociální sounáležitost/zapojení do komunity*.

**Tab. 13 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z DOZP ve věkové skupině mladší (26-45)**

Dimenze kvality života	Prům. ženy	Prům. muži	t	sv	p	Poč. plat. muži	Poč. plat. ženy
Spokojenost	20,54	22,19	-1,3764	38	0,1768	13	27
Schopnosti/produktivita	14,31	14,93	-0,3548	38	0,7247	13	27
Možnost rozhodovat se/nezávislost	18,23	18,67	-0,4548	38	0,6518	13	27
Sociální sounáležitost/zapojení do komunity	18,62	21,67	-3,4223	38	0,0015	13	27
Celková kvalita života	71,69	77,44	-1,7973	38	0,0802	13	27

U „starších“ mužů a žen z DOZP (viz tab. 14) se signifikantní rozdíly k hodnocené kvalitě života pouze pro jednotlivé dimenze nikoli v celkovém dopadu, objevují v oblastech *spokojenost*, *sociální sounáležitost/zapojení do komunity* a *celková kvalita života*. Z uvedeného vyplývá, že starší respondenti (více ženy) z DOZP považují stejně jako ženy z CHB za signifikantní *zapojení se do místní komunity*, ovšem dále se u nich objevuje důraz na spokojenost v životě, což zahrnuje zejména duševní prožitky, rodinné vztahy, které se odráží v tomto případě i na celkovou spokojenost (kvalitu života) ve všech dimenzích.

**Tab. 14 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z DOZP ve věkové skupině starší (46-66+)**

Dimenze kvality života	Prům. ženy	Prům. muži	t	sv	p	Poč. plat. muži	Poč. plat. ženy
Spokojenost	23,02	20,55	4,3235	78	0,0000	42	38
Schopnosti/produktivita	13,93	13,03	1,1371	78	0,2590	42	38
Možnost rozhodovat se/nezávislost	19,00	19,39	-0,5615	78	0,5761	42	38
Sociální sounáležitost/zapojení do komunity	20,69	18,79	3,1596	78	0,0022	42	38
Celková kvalita života	76,64	71,76	2,9177	78	0,0046	42	38

Oblast kvality života uzavíráme hodnocením dimenzí a celkové kvality života s ohledem na proměnnou, a to *věk respondentů*. Věkové kategorie jsou i v tomto případě rozděleny na „mladší“ a „starší“, přičemž byla nejprve zvolena deskripce jevu v rámci CHB (tab. 15) a samostatně v DOZP (tab. 16), za nimiž následuje celkové hodnocení, tzn., že respondenti „mladší“ byli sloučeni z DOZP + CHB – bez ohledu na pohlaví a stejným způsobem byl tento postup aplikován i u respondentů „starších“.

Z tab. 15 je patrné, že v rámci CHB jsou hodnoty dimenzí stejné pouze v oblasti *schopnost/produktivita, sociální sounáležitost/zapojení do komunity a celková kvalita života*. Naopak v oblastech *spokojenost a možnost se rozhodovat/nezávislosti* vykazují „mladší“ respondenti signifikantně vyšší hodnocení.

**Tab. 15 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. věk respondentů (mladší vs. starší) z CHB**

Dimenze kvality života	Prům. mladší	Prům. starší	t	sv	p	Poč. plat. mladší	Poč. plat. starší
Spokojenost	23,08	25,03	-2,8915	118	0,0046	91	29
Schopnosti/produktivita	20,78	22,34	-1,1543	118	0,2507	91	29
Možnost rozhodovat se/nezávislost	24,16	22,14	2,7655	118	0,0066	91	29
Sociální sounáležitost /zapojení do komunity	22,18	21,55	1,1352	118	0,2586	91	29
Celková kvalita života	90,20	91,07	-0,3486	118	0,728	91	29

U druhé skupiny respondentů z DOZP je hodnocení jednotlivých dimenzí a celkové kvality života u obou skupin respondentů totožné, tzn., že obě skupiny (mladší i starší) deklarují stejně vysokou kvalitu života (stejně jako dílčí oblast *spokojenost*).

**Tab. 16 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. věk respondentů (mladší vs. starší) z DOZP**

Dimenze kvality života	Prům. mladší	Prům. starší	t	sv	p	Poč. plat. mladší	Poč. plat. starší
Spokojenost	21,65	21,85	-0,3336	118	0,7393	40	80
Schopnosti/produktivita	14,73	13,50	1,5320	118	0,1282	40	80
Možnost rozhodovat se/nezávislost	18,53	19,19	-1,1308	118	0,2605	40	80
Sociální sounáležitost /zapojení do komunity	20,68	19,79	1,5886	118	0,1148	40	80
Celková kvalita života	75,58	74,33	0,7591	118	0,4493	40	80

Souhrnně uvádíme tento jev v tab. 17, kdy je patrné, že uvedené výsledky hodnocení jednotlivých dimenzí kvality života a hodnocení celkové kvality života u skupiny „mladších“ a „starších“ respondentů je stejně hodnoceno pouze v dimenzi *spokojenost*. U oblasti *nezávislost, schopnosti/produktivita, sociální sounáležitost a celková kvalita života* uvádí mladší respondenti signifikantně vyšší hodnocení.

**Tab. 17 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. věk respondentů (mladší vs. starší) z CHB a DOZP**

Dimenze kvality života	Prům. mladší	Prům. starší	t	sv	p	Poč. plat. mladší	Poč. plat. starší
Spokojenost	22,64	22,70	-0,1309	238	0,8959	131	109
Schopnosti/produktivita	18,93	15,85	3,7651	238	0,0002	131	109
Možnost rozhodovat se/nezávislost	22,44	19,97	4,9383	238	0,0000	131	109
Sociální sounáležitost /zapojení do komunity	21,72	20,26	3,9925	238	0,0001	131	109
Celková kvalita života	85,73	78,78	4,3220	238	0,0000	131	109

Abychom řešené problematice porozuměli v celkovém kontextu, zaměřili jsme se na životní spokojenost (Dotazník životní spokojenosti) respondentů v jednotlivých dimenzích. Rozložení respondentů zůstává i pro tuto část v totožném složení (viz tab. 1). Níže uvedená tabulka sumarizuje výsledky celkové životní spokojenosti respondentů z CHB a DOZP. Tato spokojenost byla členěna do třech oblastí A-C nespokojen (zahrnuje hodnocení velmi nespokojen, nespokojen, spíše nespokojen); D ani spokojen-ani nespokojen; E-G spokojen (zahrnuje hodnocení spokojen, spíše spokojen, velmi spokojen).

Z tabulky 18 je patrné, že v oblasti *práce a zaměstnání* je nespokojeno 10,83 % respondentů z CHB; 9,40 % zastává neutrální postoj a 79,76 % je jich spokojeno. To respondenti z DOZP zastávají v oblasti spokojenosti s *prací a zaměstnáním* negativní postoj pouze v 9,88 %, neutrální stanovisko zaujímá 34,76 % respondentů a spokojeno je v této oblasti 55,36 %.

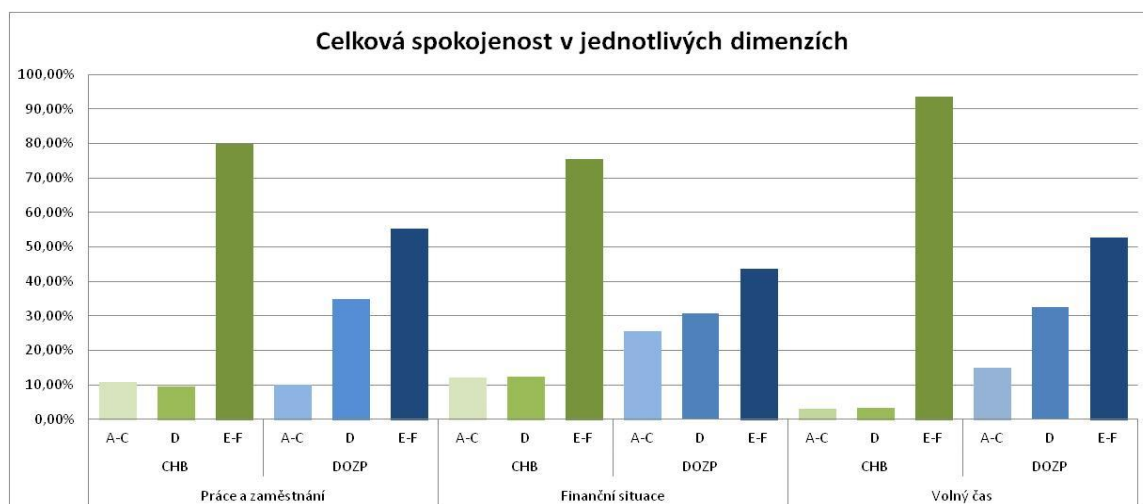
Pro oblast *finanční situace*, výsledky přináší spokojenost u 75,60 % respondentů z CHB, nespokojeno je pouze 12,38 %, ostatní (12,38 %) zaujímají neutrální stanovisko. Respondenti z DOZP jsou se svou finanční situací spokojeni ve 43,69 %, přičemž 25,48 % zaujímá negativní postoj ke své finanční situaci a 30,83 % se nedokáže přiklonit na některou ze stran a uvádí neutrální postoj.

Pro oblast volného času bylo zjištěno, že 93,69 % respondentů z chráněného bydlení je spokojeno s volným časem, pouze 3,10 % vykazuje nespokojenost a 3,21 % není ani spokojeno – ani nespokojeno. U respondentů z DOZP je nespokojeno 14,88 % těchto respondentů, přičemž 52,62 % vykazuje spokojenost v dané oblasti a 32,50 % zaujímá nevyhraněný postoj.

**Tab. 18 Hodnocení celkové životní spokojenosti v dimenzích PAZ, FIN, VLC**

Práce a zaměstnání						Finanční situace						Volný čas					
CHB			DOZP			CHB			DOZP			CHB			DOZP		
A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F
10,83%	9,40%	79,76%	9,88%	34,76%	55,36%	12,02%	12,38%	75,60%	25,48%	30,83%	43,69%	3,10%	3,21%	93,69%	14,88%	32,50%	52,62%

**Graf 1 Hodnocení celkové životní spokojenosti v dimenzích PAZ, FIN, VLC**



Dalšími hodnocenými oblastmi jsou vlastní osoba; přátelé, známí, příbuzní a bydlení. Z tab. 19 byly identifikovány následující údaje. Při stratifikaci respondentů v jednotlivých skupinách CHB a DOZP je vidno, že v oblasti *vlastní osoby* je spokojeno 71,79 % respondentů z CHB, pouze 19,05 % jich vykazuje nespokojenost a 9,17 % zaujímá neutrální postoj. Respondenti z DOZP v této oblasti vykazují 66,19 % spokojenosti, 13,45 % nespokojenosti a 20,36 % respondentů není ani spokojeno-ani nespokojeno.

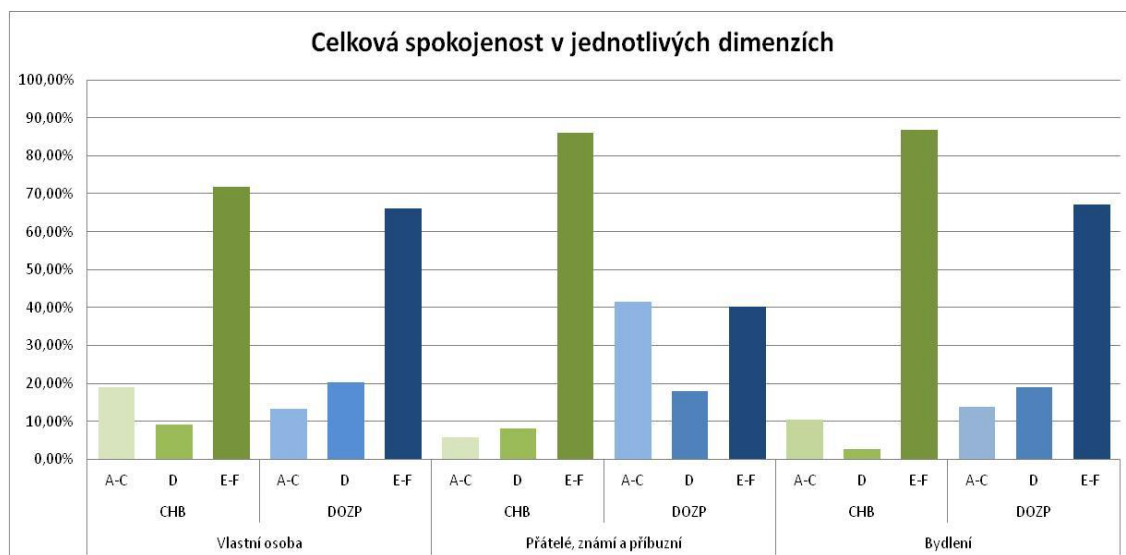
Oblast *přátel, známých a příbuzných* je zaznamenána jako uspokojivá u 85,95 % respondentů z CHB; 5,83 % respondentů je nespokojeno v této oblasti a 8,2 % zaujímá nevyhraněný postoj. Respondenti z DOZP vykazují spokojenost pouze ve 40,38 %, ve 41,55 % nespokojenost a 18,10 % respondentů zaujímá nevyhraněný postoj k dané oblasti.

Poslední hodnocenou oblastí je *bydlení*. Spokojenost s bytovou situací vykazuje 86,90 % respondentů z CHB, nespokojenost 10,36 % a 2,74 % zaujímá nevyhraněný postoj. Respondenti z DOZP jsou spokojeni v 67,14 %, nespokojeno je 13,81 % respondentů a neutrální postoj zaujímá 19,05 %.

**Tab. 19 Hodnocení celkové životní spokojenosti v dimenzích VLO, PZP, BYD**

Vlastní osoba						Přátelé, známi a příbuzní						Bydlení					
CHB			DOZP			CHB			DOZP			CHB			DOZP		
A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F
19,05%	9,17%	71,79%	13,45%	20,36%	66,19%	5,83%	8,21%	85,95%	41,55%	18,10%	40,36%	10,36%	2,74%	86,90%	13,81%	19,05%	67,14%

**Graf 2 Hodnocení celkové životní spokojenosti v dimenzích VLO, PZP, BYD**



Míra spokojenosti v jednotlivých 6 dimenzích reflektující se skrze determinanty tak, jak je respondenti aktuálně vnímají, byla hodnocena na stejné úrovni jako celkové hodnocení životní spokojenosti pro danou oblast (spokojen, ani spokojen-ani nespokojen, nespokojen). Níže prezentujeme výsledky z oblastí, která vykazovala znatelné rozdíly ve spokojenosti mezi skupinou respondentů z CHB a DOZP a zároveň byla tato oblast nejčastěji zmiňovaná i v hodnocené kvalitě života tj. oblast přátel, známí, příbuzní, která se vztahuje k začlenění se do komunity, prožívání osobních a rodinných vztahů apod. Tyto změny jsou zaznamenány vždy tučně jako nejčteněji zastoupené odpovědi. Pro ostatní oblasti uvedeme pouze slovní komentář, pro nějž bude grafické znázornění součástí Přílohy 4.

Tabulka 20 prezentuje nejčteněji zastoupené výroky (determinanty) v oblasti *přátel, známých a příbuzných*. Nejvyšší míru souhlasu ve vztahu k *okruhu známých* uvádí respondenti z CHB (47,50 %). Respondenti z DOZP uváděli pro daný výrok odpověď spíše spokojen (32,5 %). Respondenti z CHB hodnotí spokojenost i pro oblast *kontaktu s příbuznými* (35,83 %), naopak respondenti z DOZP tuto oblast hodnotí jako spíše nespokojivou (24,17 %). S *kontaktem se sousedy* je spíše spokojeno 40,83 % respondentů z CHB a spíše nespokojeno 35,83 % respondentů z DOZP. U výroku vztahující se k *pomoci a podpoře od známých* je nejčteněji hodnocenou odpovědí spokojenost

ve 41,67 % u respondentů z CHB, respondenti z DOZP zaujímají neutrální postoj k danému, nejsou ani spokojeni - ani nespokojeni (50,83 %). U položky *k veřejným a spolkovým aktivitám* zaujímají respondenti z CHB spokojený přístup (44,17 %), respondenti z DOZP spíše spokojený přístup. S celkovou *společenskou angažovaností* je spokojeno 40 % respondentů z CHB, respondenti z DOZP opět zastupují nevyhraněný názor (26,67 %). Pocit vyplývající ze *samotné přítomnosti ve společnosti* je velmi zřetelný u respondentů z CHB, z nichž je spokojeno 62,50 % osob, zatímco 29,17 % respondentů z DOZP je spíše nespokojeno.

**Tab. 20 Životní spokojenost v jednotlivých determinantech v kontextu CHB a DOZP**

Přátelé, známí a příbuzní		A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	G (%)
Když myslím na okruh svých přátel a známých, jsem...	CHB	0,00%	1,67%	0,00%	1,67%	21,67%	<b>47,50%</b>	27,50%
		1,67%			1,67%	96,67%		
	DOZP	5,00%	18,33%	20,83%	11,67%	<b>32,50%</b>	11,67%	0,00%
		44,17%			11,67%	44,17%		
S kontaktem se svými příbuznými jsem...	CHB	1,67%	5,00%	7,50%	15,83%	9,17%	<b>35,83%</b>	25,00%
		14,17%			15,83%	70,00%		
	DOZP	23,33%	<b>24,17%</b>	12,50%	2,50%	19,17%	5,83%	12,50%
		60,00%			2,50%	37,50%		
S kontaktem se svými sousedy jsem...	CHB	6,67%	0,83%	5,00%	11,67%	<b>40,83%</b>	25,83%	9,17%
		12,50%			11,67%	75,83%		
	DOZP	1,67%	8,33%	<b>35,83%</b>	10,00%	25,83%	15,83%	2,50%
		45,83%			10,00%	44,17%		
S pomocí a podporou, kterou mi poskytují přátelé a známí, jsem...	CHB	0,00%	0,00%	3,33%	5,83%	30,00%	<b>41,67%</b>	19,17%
		3,33%			5,83%	90,83%		
	DOZP	0,00%	1,67%	17,50%	<b>50,83%</b>	21,67%	5,83%	2,50%
		19,17%			50,83%	30,00%		
Se svými veřejnými a spolkovými aktivitami jsem...	CHB	3,33%	0,00%	0,00%	10,00%	22,50%	<b>44,17%</b>	20,00%
		3,33%			10,00%	86,67%		
	DOZP	2,50%	15,00%	22,50%	11,67%	<b>29,17%</b>	10,83%	8,33%
		40,00%			11,67%	48,33%		
Se svou společenskou angažovaností jsem...	CHB	0,00%	1,67%	0,00%	12,50%	27,50%	<b>40,00%</b>	18,33%
		1,67%			12,50%	85,83%		
	DOZP	2,50%	20,00%	8,33%	<b>26,67%</b>	23,33%	14,17%	5,00%
		30,83%			26,67%	42,50%		
Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi, jsem...	CHB	3,33%	0,00%	0,83%	0,00%	7,50%	25,83%	<b>62,50%</b>
		4,17%			0,00%	95,83%		
	DOZP	4,17%	17,50%	<b>29,17%</b>	13,33%	24,17%	7,50%	4,17%
		50,83%			13,33%	35,83%		
Celkově	CHB	2,14%	1,31%	2,38%	8,21%	22,74%	37,26%	25,95%
		5,83%			8,21%	85,95%		
	DOZP	5,60%	15,00%	20,95%	18,10%	25,12%	10,24%	5,00%
		41,55%			18,10%	40,36%		

*Legenda: A - velmi nespokojen(a), B - nespokojen(a), C - spíše nespokojen(a), D ani spokojen(a) ani nespokojen(a), E - spíše spokojen(a), F - spokojen(a), G - velmi spokojen(a)*

V Příloze 4 se nachází grafické znázornění pro další oblasti, v nichž byly pozorovány změny. Nyní uvedeme komentáře k vybraným determinantům (výrokům), které ovlivňují dimenze zkoumané problematiky.

V oblasti *práce a zaměstnání* je spatřována spokojenost s převahou u osob z CHB, nežli u osob z DOZP. Tato oblast je mj. hodnocena i jako zpětná reflexe dřívějšího zaměstnání, tudíž se zde může promítat právě negativní zkušenost se zaměstnáním osob z DOZP, z čehož plyne následně i neutrální hodnocení, kdy se respondenti nechtějí konkrétně vyjadřovat k daným problémům. Nejčteněji hodnocenou determinantou je *spokojenost s atmosférou na pracovišti* u respondentů z CHB (celkově je 90 % respondentů spokojeno, z nichž je nejčteněji sycena odpověď *spokojen* v 58,33 %), u osob z DOZP je to výrok *v možnostech postupu*, které mají (či měli) respondenti na svém pracovišti, s nímž je v celkovém součtu spokojeno 61,67 % respondentů, přičemž nejčteněji sycenou odpovědí je výrok *spíše spokojen* u 53,3 % respondentů.

V oblasti *finanční situace* je nejvíce sycen výrok *s tím, co vlastním* u osob z CHB (celkově za daný výrok je vykazována spokojenost u 85,83 % respondentů, z nichž 55 % respondentů vykazuje *spokojen*), tutéž položku téměř shodně hodnocenou s respondenty z CHB uvádí i osoby z DOZP, pouze s tím rozdílem, že tyto jsou *spíše spokojeny s tím co vlastní* (tj. 54,17 %, v celkovém hodnocení jsou v dané oblasti spokojeny na 81,67 %). Zajímavým prvkem byla také vyjadřovaná *částečná nespokojenost* promítající se v obavách o své *budoucí zajištění* zejm. finanční ve stáří. Tato obava se naplnila u 45 % respondentů z DOZP, což koresponduje s 35 % částečnou nespokojeností s budoucími *možnostmi výdělků* a 22,5 % částečnou nespokojeností s dosavadním příjmem/platem.

Dimenze *volného času* zaznamenala u respondentů z CHB nejčteněji sycenou odpověď *spokojen* v 61,67 % s *kvalitou odpočinku, který* danému respondentovi *přináší dovolená*. Zajímavým poznatkem je například hodnocení výrazné nespokojenosti s *pestrostí volného času* u osob z DOZP v 70 %, přičemž u osob z CHB je v celkovém hodnocení *nespokojeno* pouze 5 % respondentů.

Také další oblast vztahující se k *vlastní osobě* hodnotí jednotlivé schopnosti a dovednosti uživatele, zabývá se jeho individuálními názory a mapuje celkovou spokojenost se sebou samým. Můžeme sledovat nepatrné rozdíly v celkové nespokojenosti v oblasti vlastní osoby u obou skupin, kdy je vykazováno nižší sebehodnocení respondenty z CHB (19,5 %) a respondenty z DOZP (13,45 %). U výroku *se způsobem života, jakým*

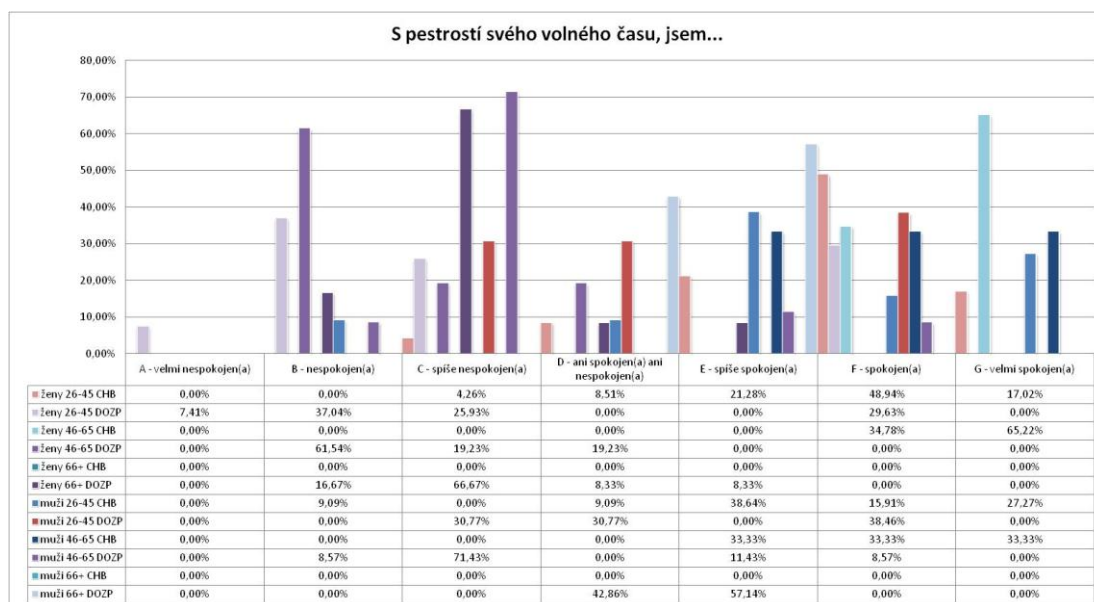


*jsem doposud žil* vykazuje částečnou nespokojenost 37,5 % respondentů z CHB, přičemž tento výrok je v celkové nespokojenosti hodnocen 53,3 % respondentů. U osob z DOZP jsou pochyby spojeny s částečnou nespokojeností s *vlastními schopnostmi a dovednostmi* u 33,33 % respondentů.

Poslední hodnocenou oblastí, o níž jsme se zajímali, je dimenze *bydlení*, přičemž u obou skupin převažuje spokojenost se současnou formou bydlení. Nejčteněji sycenou položkou byla v případě DOZP velká spokojenost v 60,83 % s *dosažitelností dopravních prostředků* a v 51,67 % *spokojenost se stavem bytu*. U respondentů z DOZP převážila v 50 % *částečná spokojenost s velikostí svého bytu* jsem a zároveň je pro 38,33 % respondentů vyhovující i *poloha bytu*.

Na základě vyjádřené míry spokojenosti s jednotlivými determinanty (výroky) – viz Příloha 4 a na základě výše uvedených četností jednotlivých položek, uvádíme vybrané determinanty (výroky) z jednotlivých dimenzí vzhledem k věku respondentů v kontextu CHB a DOZP. Graf 3 prezentuje *nespokojenost* v oblasti volného času, přičemž se zabývá zejména jeho pestrostí. Nejvyšší četnost jako *nespokojen* vyjádřilo 61,54 % žen z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let; *spíše nespokojeno* je 66,67 % žen ve věkové kategorii 66+ a 71,45 % mužů z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let.

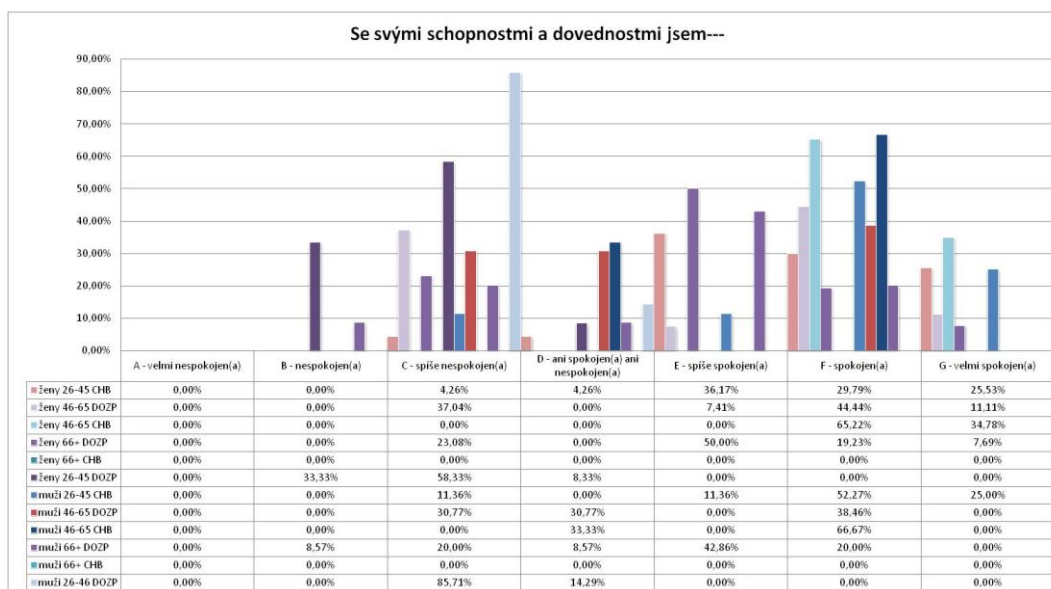
**Graf 3 Míra spokojenosti s vybranou determinantou VLC v kontextu CHB a DOZP**



Graf 4 a Graf 5 prezentují determinanty z dimenze *vlastní osoby*. Zaměřili jsme se na výroky vztahující se k hodnoceným schopnostem a dovednostem respondentů a zhodnocení situace v oblasti způsobu života, jakým doposud respondenti žili. V oblasti

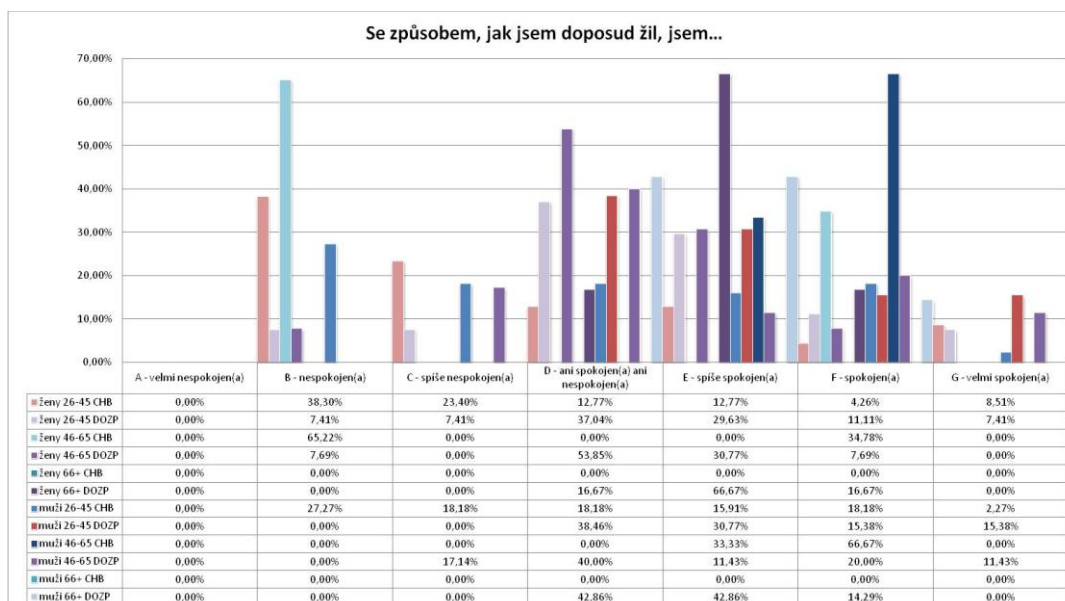
hodnocených schopností a dovedností byla nejčteněji s vyjádřením *spíše nespokojen* zastoupena v 85,71 % skupina mužů z DOZP ve věkové kategorii 66+. Tomuto výsledku se přiblížily také ženy ve stejné věkové kategorii v procentuálním zastoupení 58,33 %. S vyjádřením *nespokojeno* je spojována ve 33,3 % skupina žen z DOZP ve věkové kategorii 66+.

**Graf 4 Míra spokojenosti s vybranou determinantou VLO v kontextu CHB a DOZP**



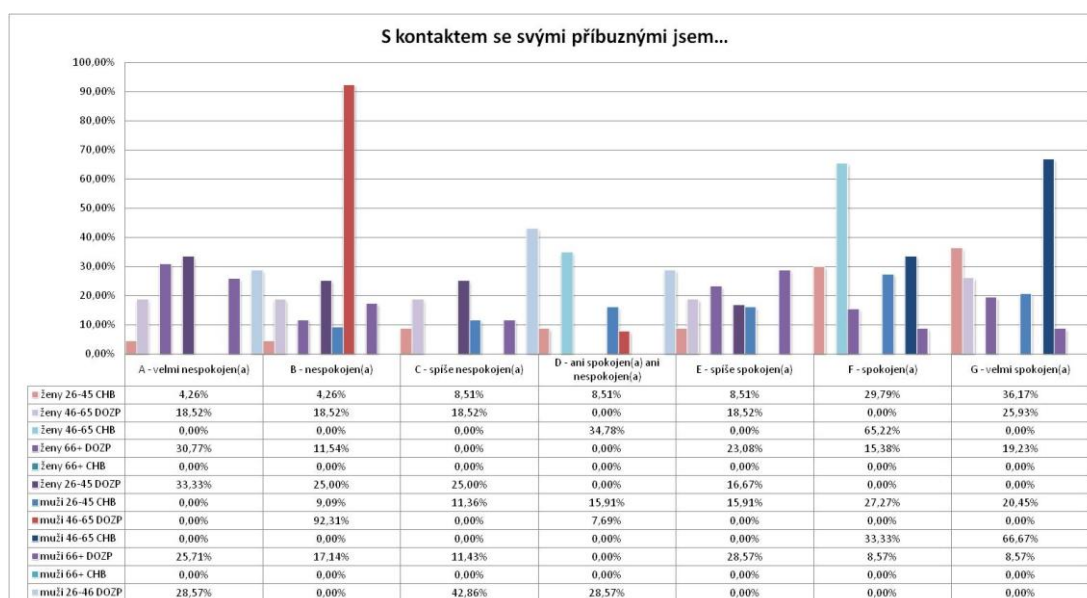
Graf 5 znázorňuje determinantu, která hodnotí *způsob života, jakým doposud žili*. V oblasti *nespokojen* vykazují nejvyšší četnost ženy z CHB (65,22 %) ve věkové skupině 46-65 let. *Spíše nespokojeny* jsou taktéž ženy z CHB ve věkové kategorii 26-45 let v procentuálním zastoupení 23,4 %.

**Graf 5 Míra spokojenosti s vybranou determinantou VLO (II) v kontextu CHB a DOZP**



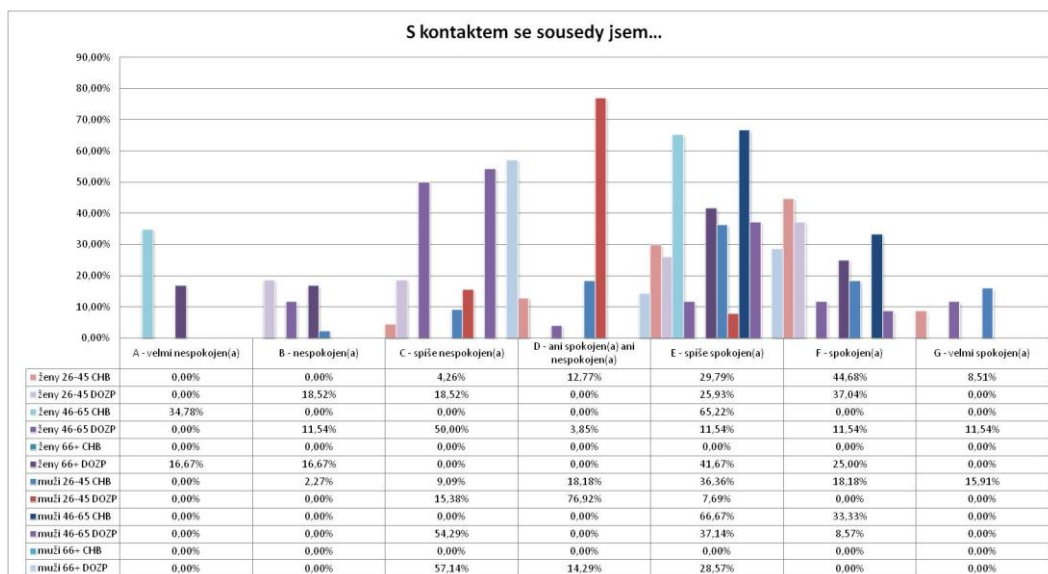
V dimenzi *přátele, známí, příbuzní* jsme detekovali tři stěžejní determinanty. Dvě z nich se týkají kontaktů (rodinných a sousedských), třetí je vztažena na oblast společenského života a celkově pobyt ve společnosti jako takové. V oblasti kontaktu s rodinnými příslušníky, známými a dalšími osobami se vyjadřuje graf 6, jež zachycuje v oblasti *velmi nespokojen* nejvyšší četností u žen z DOZP ve věkové kategorii 66+ (33,33 %) a věkové kategorii 46-65 let (30,77 %). Zajímavým poznatkem je skutečnost, že zastoupení jakékoli skupiny osob z CHB je naprosto minimální, pouze se jedná o *nespokojenost* u žen z CHB ve věkové kategorii 25-45 let (4,26 %). Se skupinou *nespokojen* je nejvyšší zastoupení mužů z DOZP ve věkové kategorii 26-45 let (92,31 %). *A spíše nespokojeni* jsou taktéž muži z DOZP, ale z věkové kategorie 66+ (42,86 %).

**Graf 6 Míra spokojenosti s vybranou determinantou PAZ v kontextu CHB a DOZP**



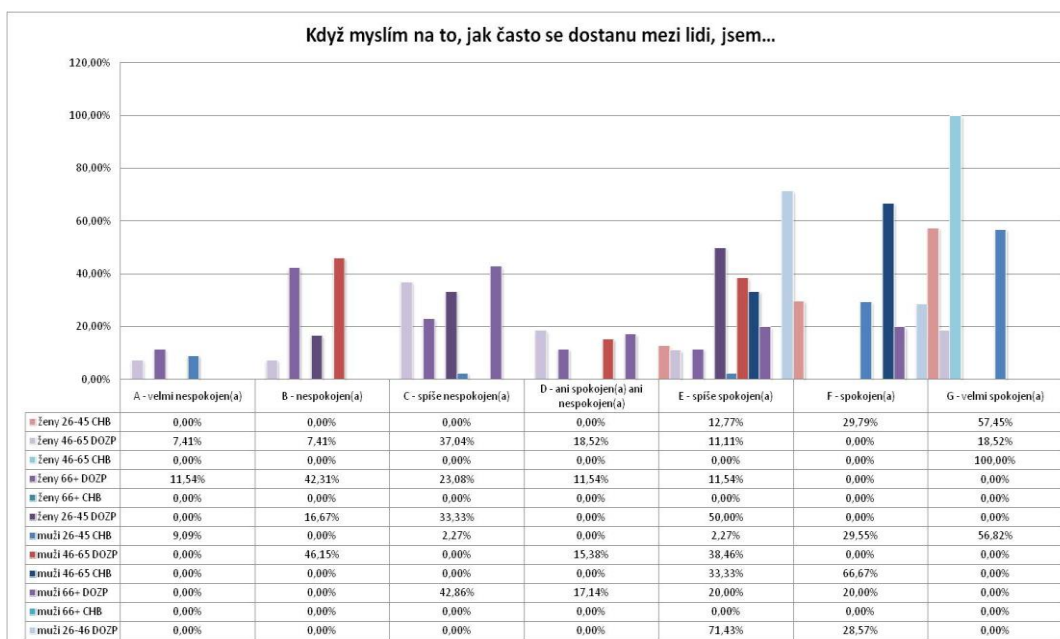
Determinanta ve *vztahu k sousedům* zachycuje vzájemné vztahy s okolím uživatelů s mentálním postižením. V hodnocení se jako *velmi nespokojen* vyjadřovaly ženy z CHB (34,78 %) ve věkové kategorii 46-65 let. *Nespokojenost* vyjadřovaly ženy z DOZP (18,52 %) ve věkové kategorii 26-45 let. *Spíše nespokojeni* byli muži z DOZP (57,14 %) ve věkové kategorii 66+ a obdobným způsobem se vyjádřili i muži z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let (54,29 %), stejně jako ženy z DOZP (50 %) ve věkové kategorii 46-65 let.

**Graf 7 Míra spokojenosti s vybranou determinantou PAZ (II) v kontextu CHB a DOZP**



Poslední hodnocenou velmi důležitou determinantou související se socializací jedince je výrok postihující skutečnost, jak často se dostane uživatel do společnosti. V této determinantě vyjádřila nejčetněji zastoupenou nespokojenost skupina mužů z DOZP ve věkové kategorii 26-45 let (46,15 %) a stejně tak ženy z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let (42,31 %). Spíše nespokojeno je 42, 86 % mužů z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let.

**Graf 8 Míra spokojenosti s vybranou determinantou PAZ (III) v kontextu CHB a DOZP**



## 6.2 Ověření hypotéz

Před realizací výzkumu jsme si stanovili výzkumný problém, výzkumné otázky, na základě nichž byly sestaveny hypotézy. Postup statistického zpracování se uvádí výše (viz 5.4.1.) Pro statistické ověření hypotéz jsme použili Pearsonovu korelaci, t-test pro nezávislé vzorky dle skupin, dále analýzu spolehlivosti prvků a chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. V rámci ověření hypotéz jsou uvedeny výpočty absolutních četností (viz Příloha 4) a grafické znázornění je provedeno v relativních četnostech.

### **HYPOTÉZA 1**

**H1:** Použité determinanty kvality života považují respondenti za signifikantní, což se projevuje tím, že mezi respondenty vybranými determinanty a celkovým hodnocením kvality života jsou statisticky významné korelace.

V rámci statistického vyhodnocení dat byla užitá Pearsonova korelace, z níž vyplývá, že všechny dimenze kvality života považují respondenti v obou skupinách za signifikantní.

**Hypotéza H1 pro část determinant (otázek) v jednotlivých dimenzích kvality života prokázána nebyla.** Hypotéza H1 byla prokázána pro jednotlivé dimenze v kontextu celkově hodnocené kvality života statisticky významnými korelacemi, tudíž je respondenti považují za signifikantní.

**Závěr:** Uživatelé s mentálním postižením z chráněného bydlení a domova pro osoby se zdravotním postižením považují převážnou většinu uvedených determinant v jednotlivých dimenzích kvality života za signifikantní, tzn., že byly prokázány statisticky významné korelace mezi těmito determinanty a celkovou kvalitou života. Signifikace byla prokázána také mezi 4 dimenzemi (spokojenost, schopnosti, nezávislost, zapojení do komunity) a celkovou kvalitou života.

## **HYPOTÉZA 2**

**H2:** Respondenti z chráněného bydlení považují za nejvýznamnější jiné determinanty než respondenti z domovů pro osoby se zdravotním postižením.

Výsledky uvedené v tabulce byly získány skrze korelaci a zachycují statisticky významné determinanty, u nichž byly vypočítány nejvyšší koeficienty korelace s celkovým hodnocením kvality života.

<b>Dimenze kvality života</b>	<b>Max. korelace CHB</b>	<b>Max. korelace DOZP</b>
<b>Spokojenost</b>	ot. 9 (0,5984)	ot. 6 (0,6126)
<b>Schopnosti</b>	ot.13 (0,8153)	ot. 17 (0,6057)
<b>Nezávislost</b>	ot. 21 (0,6215)	ot. 30 (0,4147)
<b>Zapojení do komunity</b>	ot. 40 (0,4654)	ot. 36 (0,5876)

**Hypotéza H2 potvrzuje**, že respondenti z chráněného bydlení a domova pro osoby se zdravotním postižením přikládají jednotlivým determinantům/aspektům v jednotlivých dimenzích kvality života jiný význam.

**Závěr:** Respondenti s mentálním postižením z chráněného bydlení považují za významné jiné proměnné aspekty mající vliv na kvalitu života v jednotlivých dimenzích, než respondenti z domova pro osoby se zdravotním postižením.

## **HYPOTÉZA 3**

**H3:** Kvalita života u respondentů z chráněného bydlení je vyšší než u respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením.

Dosažené výsledky (viz Tab. 5) ve skupině respondentů z CHB a skupině respondentů z DOZP jsme srovnávali pomocí Studentova t-testu. Při realizaci tohoto testu významnosti byly vždy u každé proměnné vypočítány dva aritmetické průměry (pro skupinu CHB a skupinu DOZP), testové kritérium  $t$  a hodnota signifikance  $p$ . Pokud je hodnota signifikance menší než většinou akceptovatelná hladina signifikance 0,05, považujeme zjištěný rozdíl mezi průměry za statisticky významný.

**Hypotéza H3** byla prokázána. Respondenti s mentálním postižením z chráněného bydlení hodnotí kvalitu života lépe než respondenti z domovů pro osoby se zdravotním postižením.

**Závěr:** Na základě výsledků můžeme konstatovat, že průměry u respondentů z CHB jsou ve všech oblastech signifikantně vyšší než průměry u respondentů z DOZP, z čeho plyne vyšší kvalita života u uživatelů chráněného bydlení.

#### **HYPOTÉZA 4**

**H4:** Respondenti z chráněného bydlení dosahují v jednotlivých determinantech (otázkách dotazníku) kvality života vyššího hodnocení než respondenti z domova pro osoby se zdravotním postižením.

Dosažené výsledky (viz Tab. 6) byly získány skrze průměry každé otázky, které byly vypočítány pro respondenty z CHB a pro respondenty z DOZP. Pomocí Studentova t-testu se poté ověřovalo, zda mezi vypočítanými dvojicemi průměrů jsou statisticky významné rozdíly. Statisticky významné rozdíly jsou pouze u těch otázek, kde byla vypočítána hodnota signifikance menší než 0,05.

**Hypotéza H4** prokazuje, že respondenti z chráněného bydlení dosahují pouze v části (70 %) determinant kvality života vyššího hodnocení než respondenti z domova pro osoby se zdravotním postižením.

**Závěr:** U většiny determinant (otázek) se vyskytují statisticky významné rozdíly ve prospěch respondentů z CHB. Ovšem respondenti z CHB nedosahují ve všech oblastech kvality života vyššího hodnocení. Potvrzené se vztahuje pouze na 4 determinanty z oblasti spokojenosti, v oblasti schopnosti je to 10 determinant, v dimenzi nezávislosti je to 8 determinant a v začlenění se do komunity je to pouhých 6 determinant.

## **HYPOTÉZA 5**

**H5:** Kvalita života mužů a žen (v celém výzkumném souboru) je stejná.

**H5a:** Kvalita života mužů a žen je (v celém souboru) ve věkové skupině „mladší“ (26-45) stejná.

**H5b:** Kvalita života mužů a žen je (v celém souboru) ve věkové skupině „starší“ (46-66+) stejná.

Kvalitu života mužů a žen (v celém výzkumném souboru) jsme porovnávali pomocí Studentova t-testu. Výsledky srovnávání uvádí tab. 7. Z vypočítaných hodnot signifikance  $p$  vyplývá, že mezi jednotlivými dimenzemi kvality života ani mezi celkovou kvalitou života neexistují u mužů a žen žádné statisticky významné rozdíly.

Kvalitu života mužů a žen ve věkové skupině „mladší“ respondenti jsme srovnávali pomocí Studentova t testu. Srovnání jsme realizovali opět pro jednotlivé dimenze kvality života a pro celkovou kvalitu života (tab. 8).

Kvalitu života mužů a žen jsme ve věkové skupině „starší“ porovnávali opět pomocí Studentova t-testu. Srovnání jsme realizovali pro jednotlivé dimenze kvality života a pro celkovou kvalitu života (tab. 9).

**Hypotéza H5 byla prokázána.** Mezi kvalitou mužů a žen v celém výzkumném souboru nejsou statisticky významné rozdíly.

**H5a nebyla prokázána.** Mezi jednotlivými dimenzemi kvality života a celkovým hodnocením kvality života u „mladších“ mužů a žen (v celém souboru) nejsou statisticky významné rozdíly. Signifikantní rozdíly se objevily pouze v dimenzi možnost rozhodovat se/nezávislost.

**H5b nebyla prokázána.** Mezi jednotlivými dimenzemi kvality života a celkovým hodnocením kvality života u „starších“ mužů a žen nejsou statisticky významné rozdíly. Signifikantní rozdíly se objevily pouze v dimenzi sociální sounáležitost/zapojení do komunity.

**Závěr:** Kvalita mužů a žen s mentálním postižením v kontextu celého souboru je stejná. Tato skutečnost však nebyla prokázána v případě, kdy jsou respondenti rozčleněni věkově. Signifikantní rozdíly jsou pak sledovány pouze v některých dimenzích.



## **HYPOTÉZA 6**

**H6:** Kvalita života mužů a žen z chráněného bydlení je stejná.

**H6a:** Kvalita života mužů a žen z chráněného bydlení je ve věkové skupině „mladší“ (26-45) stejná.

**H6b:** Kvalita života mužů a žen z chráněného bydlení je ve věkové skupině „starší“ (46-66+) stejná.

Kvalitu života mužů a žen v chráněném bydlení jsme porovnávali pomocí Studentova t-testu. Výsledky srovnávání uvádí tab. 10, tab. 11 a tab. 12. Z vypočtených hodnot signifikance  $p$  vyplývá, že mezi jednotlivými dimenzemi kvality života ani mezi celkovou kvalitou života neexistují u mužů a žen žádné statisticky významné rozdíly.

**Hypotéza H6 nebyla prokázána.** Mezi kvalitou mužů a žen v chráněném bydlení nejsou statisticky významné rozdíly. Signifikantní rozdíly se v hodnocení mužů a žen objevuje pouze v dimenzi možnost rozhodovat se /nezávislost.

**H6a byla prokázána.** Z vypočítaných hodnot signifikance  $p$  vyplývá, že mezi jednotlivými dimenzemi kvality života ani mezi celkovou kvalitou života neexistují u mužů a žen žádné statisticky významné rozdíly.

**H6b nebyla prokázána.** Mezi jednotlivými dimenzemi kvality života a celkovým hodnocením kvality života u „starších“ mužů a žen nejsou statisticky významné rozdíly. Signifikantní rozdíly se objevily pouze v dimenzi možnost se rozhodovat/nezávislost a sociální sounáležitost/zapojení do komunity.

**Závěr:** Kvalita mužů a žen s mentálním postižením v chráněném bydlení není stejná, pouze u skupiny mladší ženy a mladší muži můžeme konstatovat, že pro tuto skupinu je kvalita života stejná. U starších mužů a žen se objevují signifikantní rozdíly ve 2 oblastech, tudíž kvalita života není stejná.

## HYPOTÉZA 7

**H7:** Mladší respondenti deklarují stejně velkou životní spokojenost jako respondenti starší. V ostatních dimenzích uvádí mladší respondenti hodnocení vyšší.

Pro následující hypotézy z oblasti životní spokojenosti byl užit chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Na základě uvedeného bude prezentovaná spokojenost řazena do následujících kategorií A-C (velmi nespokojen, nespokojen, spíše nespokojen), D (ani spokojen- ani nespokojen), E-G (spíše spokojen, spokojen, velmi spokojen). Bylo vypočítáno testové kritérium dle vzorce:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

**Hypotéza H7 byla potvrzena.** Mladší respondenti deklarují stejně velkou životní spokojenost jako respondenti starší. V ostatních dimenzích (schopnosti, nezávislost, zapojení do komunity a celková kvalita života) vykazují mladší respondenti signifikantně vyšší hodnocení.

**Závěr:** Mladší respondenti (muži i ženy z obou souborů) jsou stejně spokojeni jako respondenti starší, což je patrné z hodnot v dimenzi spokojenosti. V ostatních dimenzích jsou mladší respondenti spokojenější.

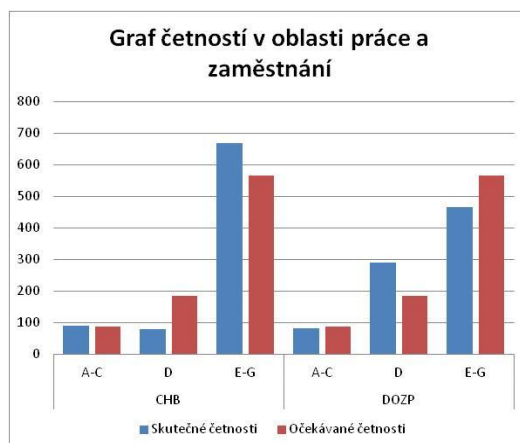
## HYPOTÉZA 8

**H8:** Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

H<sub>0</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**Graf 9** Četnost v oblasti PAZ



**Tab. 21 Spokojenost v oblasti práce a zaměstnání**

Spokojenost v oblasti PAZ		A-C	D	E-G	Počet odpovědí
Typ bydlení	CHB	91(87)	79(185,5)	670(567,5)	840
	DOZP	83(87)	292(185,5)	465(567,5)	840
Počet odpovědí		174	371	1135	1680

Výsledky ukazují, že hodnota testového kritéria je  $G=159,683$ , která je vyšší než kritická hodnota  $\chi=5,991$  na hladině významnosti 0,05% potvrzuje významnou závislost mezi proměnnými. Nulovou hypotézu ( $H_0$ ) o nezávislosti mezi typem bydlení a životní spokojeností v oblasti práce a zaměstnání zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

**H8: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

**Závěr:** Uživatelé chráněného bydlení jsou více spokojeni v oblasti práce a zaměstnání než uživatelé z domova pro osoby se zdravotním postižením.

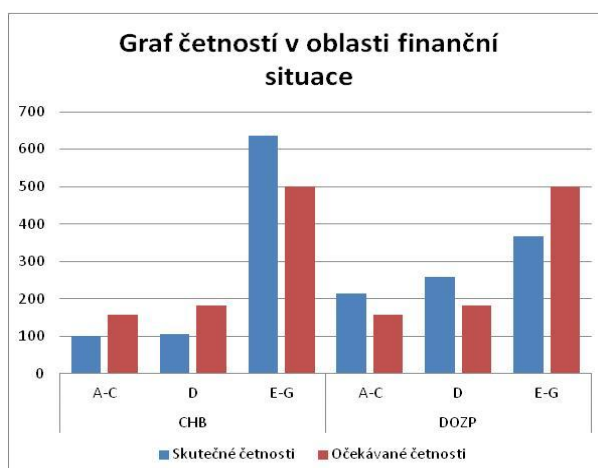
## HYPOTÉZA 9

**H9: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**Graf 10 Četnost v oblasti FIN**



**Tab. 22 Spokojenost v oblasti financí**

Spokojenost v oblasti FIN		A-C	D	E-G	Počet odpovědí
Typ bydlení	CHB	101(157,5)	104(181,5)	635(501)	840
	DOZP	214(157,5)	259(181,5)	637(501)	840
Počet odpovědí		315	363	1002	1680

Výsledky ukazují, že hodnota testového kritéria je  $G=178,402$ , která je vyšší než kritická hodnota  $\chi^2=5,991$  na hladině významnosti 0,05% potvrzuje významnou závislost mezi proměnnými. Nulovou hypotézu ( $H_0$ ) o nezávislosti mezi typem bydlení a životní spokojeností v oblasti financí zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

**H9: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

**Závěr:** Uživatelé chráněného bydlení jsou více spokojeni v oblasti financí než uživatelé z domova pro osoby se zdravotním postižením.

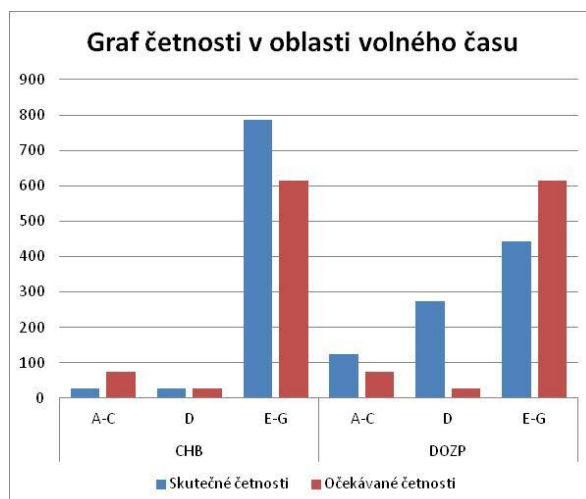
## HYPOTÉZA 10

**H10: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**Graf 11 Četnost v oblasti VLC**



**Tab. 23 Spokojenost v oblasti volného času**

Spokojenost v oblasti VLC		A-C	D	E-G	Počet odpovedí
Typ bydlení	CHB	26(75,5)	27(150)	787(614,5)	840
	DOZP	125(75,5)	273(150)	442(614,5)	840
Počet odpovedí		151	300	1229	1680

Výsledky ukazujú, že hodnota testového kritéria je  $G=363,474$ , ktorá je vyššia než kritická hodnota  $\chi=5,991$  na hladině významnosti 0,05% potvrdzuje významnou závislost medzi proměnnými. Nulovou hypotézu ( $H_0$ ) o nezávislosti mezi typem bydlení a životní spokojeností v oblasti volného času zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

**H10: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

**Závěr:** Uživatelé chráněného bydlení jsou více spokojeni v oblasti volného času než uživatelé z domova pro osoby se zdravotním postižením.

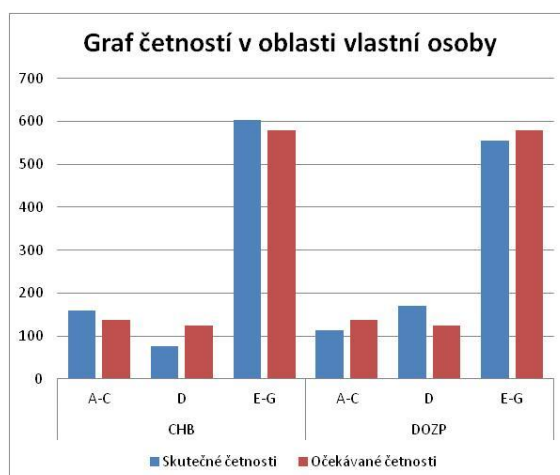
## HYPOTÉZA 11

**H11: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**Graf 12 Četnost v oblasti VLO**



**Tab. 24 Spokojenost v oblasti vlastní osoby**

Spokojenost v oblasti VLO		A-C	D	E-G	Počet odpovědí
Typ bydlení	CHB	160(136,5)	77(124)	603(579,5)	840
	DOZP	113(136,5)	171(124)	556(579,5)	840
Počet odpovědí		273	248	1159	1680

Výsledky ukazují, že hodnota testového kritéria je  $G=45,627$ , která je vyšší než kritická hodnota  $\chi=5,991$  na hladině významnosti 0,05% potvrzuje významnou závislost mezi proměnnými. Nulovou hypotézu ( $H_0$ ) o nezávislosti mezi typem bydlení a životní spokojeností v oblasti vlastní osoby zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

**H11: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

**Závěr:** Uživatelé chráněného bydlení jsou více spokojeni v oblasti vlastní osoby než uživatelé z domova pro osoby se zdravotním postižením.

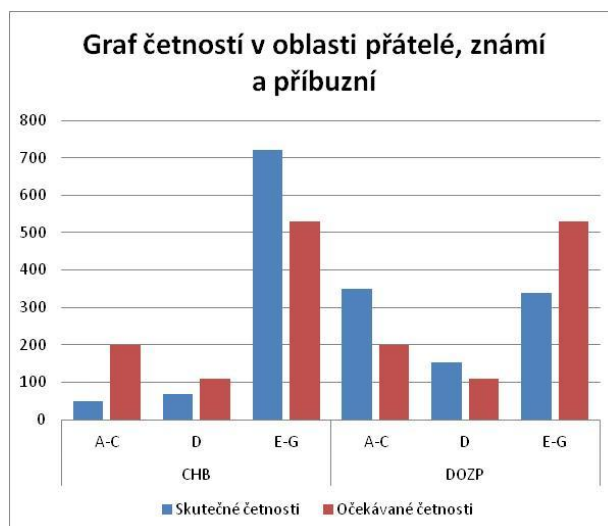
## HYPOTÉZA 12

**H12: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátelé, známí, příbuzní a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátelé, známí, příbuzní a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátelé, známí, příbuzní a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**Graf 13 Četnost v oblasti PZP**



**Tab. 25 Spokojenost v oblasti přátelé, známí, příbuzní**

Spokojenost v oblasti PZP		A-C	D	E-G	Počet odpovědí:
Typ bydlení	CHB	49(199)	69(110,5)	722(530,5)	840
	DOZP	349(199)	152(110,5)	339(530,5)	840
Počet odpovědí		398	221	1061	1680

Výsledky ukazují, že hodnota testového kritéria je  $G=395,558$ , která je vyšší než kritická hodnota  $x=5,991$  na hladině významnosti 0,05% potvrzuje významnou závislost mezi proměnnými. Nulovou hypotézu ( $H_0$ ) o nezávislosti mezi typem bydlení a životní spokojeností v oblasti přátelé, známí, příbuzní zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

**H12: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátelé, známí, příbuzní a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

**Závěr:** Uživatelé chráněného bydlení jsou více spokojeni v oblasti přátel, známých a příbuzných než uživatelé z domova pro osoby se zdravotním postižením.

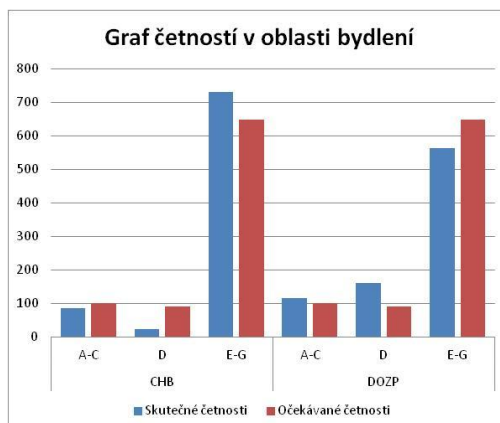
### HYPOTÉZA 13

**H13: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**Graf 14 Četnost v oblasti BYD**



**Tab. 26 Spokojenost v oblasti bydlení**

Spokojenost v oblasti BYD		A-C	D	E-G	Počet odpovědí
Typ bydlení	CHB	87(101,5)	23(91,5)	730(647)	840
	DOZP	116(101,5)	160(91,5)	564(647)	840
Počet odpovědí		203	183	1294	1680

Výsledky ukazují, že hodnota testového kritéria je  $G=128,001$ , která je vyšší než kritická hodnota  $\chi^2=5,991$  na hladině významnosti 0,05% potvrzuje významnou závislost mezi proměnnými. Nulovou hypotézu ( $H_0$ ) o nezávislosti mezi typem bydlení a životní spokojeností v oblasti bydlení zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

**H13: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

**Závěr:** Uživatelé chráněného bydlení jsou více spokojeni v oblasti bytové situace, než uživatelé z domova pro osoby se zdravotním postižením.



## 6.2 Výsledky a interpretace kvalitativní části výzkumu

Tato podkapitola podává přehled o výsledcích realizovaného kvalitativního výzkumu. Jednotlivé identifikované kategorie byly vytvořeny ve shodě s teorií kvality života (viz 1.1.2) a na základě výstupu z kvantitativní části. Data byla analyzována a jsou interpretována v dílčích oddílech této podkapitoly. Výstupem je paradigmatický model vzniklý na základě axiálního kódování.

### 6.2.1 Autonomie

První kategorie nazvaná **autonomie** neboli sebeurčení uživatele slučuje 4 kódy, tj. *autonomie v dílčích oblastech života, schopnost hospodařit, uvědomění si zneužití vlastní osoby a schopnost bránit se, schopnost plánovat budoucnost*. Tato kategorie je důležitá, neboť prezentuje náhled uživatele s mentálním postižením na sebe sama, schopnost posoudit vlastní schopnosti a dovednosti.

Na základě jednotlivých výpovědí můžeme prezentovat zralost a samostatnost uživatelů s mentálním postižením z chráněných bydlení kódem **autonomie v dílčích oblastech** (hodnocení sebe sama, samostatnost při využití návazných služeb, schopnost poradit, vědomí vlastních limitů a potřeba podpory). Dokládají to následujícími výroky: „*Tak samostatná jsem já. Na nákup si chodím sama... na gynekologii teď jdu sama, jo, po doktorech létám sama, papíry si vyřizuju různé sama, jako poštovní dopisy, balíky doručím sama*“ (C28). Také další participantka velmi důrazně upozorňuje na svou samostatnost v jednotlivých oblastech: „*Všecko si zvládám sama, po doktorech si létám sama. Vařit umím dvě jídla, těstovinový salát, špagety a všechno to už zvládám*“ (C96). Další participant se shodují například v samostatnosti navštěvovaných služeb: „*ke kadeřníkovi si chodím taky sama*“ (C205), totéž potvrdila i další participantka s přítomnými „*ano, sami*“ (B205). Participant taktéž upřesňují návštěvnost dalších služeb a jejich lokaci „*kadeřníka, tady ve městě*“ (F131) a „*do knihovny s XY a s dobrovolníkem*“ (G135), „*do XY divadla*“ (G139), „*když je čas, někdy chodíváme do aquaparku, takže tam je taky jako relax dobrý*“ (H136), „*my občas s přítelkyní chodíme do kina*“ (M137). Jiná participantka předestírá, že určité dovednosti měla již před příchodem do chráněného bydlení „*uklízet... židle poumývat, záchody*“ (E184), „*hospodařit jako zvířata jako prase pokludit a všechno, krávy...*“ (E247), „*o nevlastné vnučky sem se starala, jo, protože oni chodili do práce, tak já sem jim jich vypravovala, chodila sem je ve městě XY do školy, a zase pro ně... když byly malé děvčice*“ (E249).

Dále hovoří participanti také o schopnosti poradit někomu druhému: „Šla jako z práce a jedna starší paní se ptala, já sem ukázala, jedna paní se mě ptala, kde je autobusové nádraží, tak sem jí to šla ukázat a ona mě poděkovala“ (B209). Zároveň se však objevuje uvědomění si, že bez podpory asistenta by nebylo možné se posunout v jednotlivých úkonech a získat tak potřebné dovednosti: „Díky asistentovi sem se naučila aji už něco uvařit, už umím uvařit nějaká jídla, už vařívám úplně sama, jenom mi občas s něčím pomůžou“ (B14). Stejně jako si uvědomují, že je potřeba si o danou podporu asistentovi říci: „já vždycky řeknu jako co nemám, ... byla se mnů asistentka XY, jako pravila sem, jestli může jít se mnů... já jsem ... jako prosila... u ní jako radu jako, jít na nákup... jsem jako pokúpila, co jsem jako neměla“ (B102-103)... „já neznám ty jako, jak se to říká, ceny, ale já se musím jako jako s opatrovníkama mojima jako poradit. A ona jako řekne, si nebereš takhle jabka... vem si levné, ... nemám jako pak drahé jabka, mám ty víc jako levné“ (B102-105). Obdobné pozitivní zkušenosti s asistenty dokládá také další participant výzkumu: „a ještě třeba aj s nima jako prokonzultuju, když si třeba nejsu jistej, tak je poprosím o pomoc, ať mi to jdou třeba pomoct vybrat, abych to nekoupil třeba zbytečně drahé“ (M4), případně pomohou při rozpočtu financí „potom to u něho podepíšu a on mi řekne, kolik si chci vzít peněz“ (G10).

Jako limitní oblast je vnímána některými participanty **schopnost hospodařit**, např.: „sice neumím moc hospodařit s pěněžma“ (C28), „tak ona mi dá třeba pětistovku a je pravděpodobné že já s tím asi nevyjdu... já sem ted' stornovala v obchodě“ (C97). Participantka C. připouští taktéž zapomnětlivost při odkládání věcí, např. v obchodě „no mě kdyby se to stávalo jako často tak já su bez peněz“ (C221), přičemž hodnotí důvody, kvůli nimž zůstává ještě v chráněném bydlení „aktuálně na to nejsem ted' zralá, protože neumím eště nějaké věci“ (C12). Jiný participant naopak uvádí, že pokud finance nemá, tak „mám brigády, takže já vždycky když nemám, tak zavolám na tu brigádu a zeptám se, jestli nemají nějakou pro mě“ (H105). Další limity jsou spatřovány zejména v povaze dané osoby „já su takový nekontakový jako... nemám takový kontakový vztah. Vztahové kontakty. Já se nerad do vztahů jako nerad se takhle zapojuju“ (L115), posouzení schopnosti zapojit se do některých aktivit v návazných službách „motání na špejli, no tak to mi sice jde, ale ne tak jako třeba děláni koberce, navlíkání...“ (N64), či v negativním hodnocení schopností svých sousedů „ona dělá v kafěčku, ale ona třeba dělá dopoledne, ale nezvládla by třeba toto co já, je to teda řádná makačka“ (C174), což může samozřejmě být příčinou svárů mezi obyvateli chráněného bydlení „za půl

*hodiny nebo za hodinu nebo za den se urovnáme“ (J31), či vyvolat rozpory mezi uživatelem a asistentem „jo dostala jsem za to pěkné s prominutím brýle, že sem dostala prostě vynadané, jaktože si to prostě představuj... takže jsem s prominutím byla za totální blbku“ (C96, C97).*

S limity přichází i **uvědomění si zneužití vlastní osoby**, ať už ze strany hrozícího nebezpečí u zaměstnavatele „já jako tam nemůžu být sama, protože tam chodí jako lumpy,... cizí chlapi keré tam nemajů jako chodit a já tam jako nesmím být sama“ (B16), cizích osob oslovujících uživatele za účelem nabídky produktů, vymáhání peněz „mě se taky kolikrát ptali“ (E215), „baba byla opitá... ona že, slečno nemáte peníze... potřebuju cigarety. Já říkám paní mě to nevede, já žádné peníze nemám, já pospíchám, musím se dostat včas do práce. ... Šla za mnou“ (C210), či narušení důvěry mezi přáteli „no, ono se potom ukázalo, ne že všechno bylo pravda, co mě řekla právě jedna kamarádka, nebo ona se tvářila jako kamarádka a ona ve skutečnosti jako nebyla kamarádků“ (M28). Při takovém chování je nepostradatelná **schopnost bránit se**: „tak už sem neovládla a říkám, víte co paní, jestli neodejete, tak zavolám policii a budete mít“ (C210), „ať si říkajů co chcou“ (E195), „ale to si jako nemůžů proboha dovolit“ (B200), „co mávnu nad tím ruků a neřeším to a myslím si o tom svoje“ (C198), „já to řeknu XY a uvidíte ten tanec a oni... ne, neříkej to, my bysme měli zle a just sem... to řekla...“ (E199). Participanti však vnímají, že ne vždy je jim dáována plná víra, že se dokáží ubránit, a jsou třetí stranou podceňováni: „potom je obava že já se dokážu bránit a orientovat se“ (C210), „jsem obsluhovala u nás v hospodě... pak mi někdo řekne, že to neumím, já vím co je to za barem stár“ (E184). Příčinné vztahy jsou předestřeny dále v oblasti začleňování do místní komunity.

Jednotlivé schopnosti a dovednosti, limitní faktory se promítají zejména v **plánování budoucnosti**, která je úzce spjata s finanční stránkou každého uživatele. Výše bylo prezentováno, že někteří mladí dospělí si uvědomují své limity v soběstačnosti či v prozatímním neporozumění finančnímu plánování, ovšem na základě uvedených skutečností ostatní participanti vědomě uvádí osvojenou **schopnost hospodaření s financemi**, které si sami vydělají (v zaměstnání, na brigádách apod.) a zároveň jsou s nimi spokojeni: „s financama su na tom teďka dobře“ (C13), „su za to dost dobře zaplacená, protože mám dost dobrý plat“ (C153), „já su jako spokojená“ (B182), „já su spokojená, já sem dostala jak kdyby pásku a já sem na tu částku úplně hleděla“ (C181). Podpora v oblasti hospodaření se projevuje také ve vztahu uživatel - asistent „jako asistent

*mi jako dal tisícovku. Tak on říkal, že si mám do ní udělat vždycky nákup. Tak sem si udělala a ještě jsem kupovala velikánský meloun. A ten jsem kupovala jako pro všechny. A vrátila jsem ještě aj peníze zpátky“ (B108), „jsem aj říkala, že mi dá pětistovku, že já vlastně s tou pětistovkou jí ještě aj dovedu i něco vrátit“ (B110)..., „protože já vybírám si všechno jako v akci co je“ (B111). Schopnost hospodařit učí dospělé osoby s MP větší samostatnosti a schopnosti plánovat: „sem si peníze nějaké aj našetřila“ (B150), „šetřím, já nechodím po nákupech“ (F180), „zatím mně chodí na účet... zatím šetřím“ (L112, L113); stejně jako je tato schopnost spjata s konkrétní představou, do čeho investovat: „spořicí účet, kde mě nějaký obnos peněz bude chodit... abych měl jako na vybavení“ (M90), „šetřím peníze na bedničky“ (N94), „jsem si... poplatil všechny ty dluhy“ (I69).*

Tuto oblast uzavíráme kódem **schopnost plánovat budoucnost**, v níž participanti vyjadřují své životní cíle odrážející se z výše uvedených skupin, kdy se nejprve zaměřují na kroky, které podnikli pro přestěhování do chráněného bydlení: „*tak vlastně aj vedoucí tady říkala, že jako je dobře, že rodiče jo a já, že sem se jako chtěl co nejdřív osamostatnit*“ (M52), „*že potom až se někdy přestěhuju do bytu, budu už mít jako svůj byt*“ (M90), přes vize o přestěhování se: „*já bych se chtěl jednou osamostatnit úplně a žít někde ve velkém bytě*“ (M144), „*ale jako taky se chci osamostatnit*“ (N152), „*protože bych chtěla jít dál*“ (C96), „*a potom až budu jako bydlet sám*“ (M91) až po zhodnocení aktuálního stavu: „*já se chcu taky osamostatnit a už prostě k tomu čím dál víc směřuju*“ (J146). V představách jednotlivých uživatelů se promítají krátkodobé cíle: „*chtěl bysem zůstat v chráněném. Potom se stěhovat do budoucna po těch lázních... možná... v září*“ (G148), „*ted'kom jsme jako měli cíl, že budem trénovat a že příští rok bysme jeli do města XY, na tři dny... vzali si volno... stan, abychom přespali ...*“ (M99), ale i cíle dlouhodobé promítající se do kariérního cíle „*já jsem měl ještě takový velký sen do budoucna a to ještě když jsem byl jinde, jsem chtěl mít svoji restauraci...*“ (M153), či do změny bydlení „*sem uvažovala, buď jiné chráněné bydlení, ... nebo bych za ten rok šla s partnerem*“ (C242).

### **6.2.2 Zdroje podpory**

V rámci druhé kategorie se zaměříme na jednotlivé zdroje podpory, jež sehrávají stěžejní roli v životě jedinců s mentálním postižením. Nabídneme tak vhled do vzájemné interakce mezi jednotlivými stranami, ať už pracovníky, rodinnými příslušníky či blízkými osobami těchto jedinců. Plánování budoucnosti a možnosti dalšího posunu by nebylo možné bez podpory institucí a výše uvedených osob na tomto procesu participujících.

Důležitými podpěrami jsou tedy **zdroje podpory**, mezi něž participanti zařadili následující kódy: *podporu asistenta, podporu rodinného příslušníka/opatrovníka a oporu osoby blízké (přítel/přítelkyně, kolega z práce).*

Stěžejní roli v chráněném bydlení zastávají **pracovníci v sociálních službách**, tzn. asistenti, jejichž podpora se objevuje v oblasti bydlení a v podpoře samostatnosti jednotlivých uživatelů: „...*když něco je, tak jdu vždycky s asistentem a oni to vyřeší. Jako společně to vyřešíme*“ (H119). Participanti pozitivně hodnotí vzájemnou spolupráci vedoucí a asistentů i v návaznosti jiných služeb, zejména v případě hledání návazného bydlení: „*asistenti a vedoucí jak tady v chráněném bydlení, tak v sociálních službách vedoucí, tak spolu komunikují a snažijí se mně něco jako vyhledat*“ (J146). Podobného názoru je i další z participantů, jenž uvádí: „*asistenti. Hodně se mě snaží pomoci, abych se co nejrychleji osamostatnil*“ (M145). Asistenti ale stejnou měrou působí i jako podpora samostatnosti v dalších dílčích oblastech: „*asistenti mi s tím hodně pomáhají se osamostatnit a hodně věcí jsem se tady už naučila, ať vařit jsem se tady naučila. Teď se chci naučit ještě péct a taky jsem se chtěla naučit montovat, vrtat, brousit, šmirglovat a ještě se chci naučit třeba prodávat ty výrobky... a taky hlavně chci mít taky jednou byt a jako mám v tom od asistentů jako velikou podporu*“ (N152). Objevuje se i náznak spolupráce mezi pracovníky dané služby a opatrovníky některých participantů: „... *že s tím opatrovník souhlasí a ještě třeba ať s nima jako prokonzultuju, když si třeba nejsou jistí, tak je poprosím o pomoc, ať mi to jdou třeba pomoci vybrat, abych to nekoupil třeba zbytečně drahé*“ (M4).

Nezastupitelnou roli zastává pracovník v oblasti podpory partnerských vztahů: „*je tady jedna asistentka a ta mi taky jako hodně pomáhá. Asistentka mně byla jako velkou podporou, když jsme se s přítelkyní rozešli*“ (M27), „*mně tedy pomohla i asistentka, že prostě, když jsem potřeboval, tak si se mnou o tom popovídala*“ (M67); či v oblasti podpory při volnočasových aktivitách: „*je to asistentka, co zaskakuje za asistenty, tak by sem byl rád, kdyby jako si to nějak udělala a byla tady prostě s nama víc...*“ (J104), „*já jsem s asistentem chodil do sauny*“ (M100).

Někdy je ovšem nutná i podpora při řešení sporů mezi uživateli navzájem, kdy nastalou situaci neumí mezi sebou konstruktivně vyřešit, a k tomu jim může dopomoci náhled či pomoc daného pracovníka: „*ona jí prostě řekla, že já su celý den pryč a že já chodím každý den do práce než ona*“ (B286, pozn. sporem bylo praní prádla). Někteří z uživatelů mají stále **podporu v rodičích** a obrací se na ně při řešení problémů: „*od mojí*

maminky“ (N152), „mám hrozně velkou oporu aj v rodičích, kteří jako mě už pomáhali z hodně problémů“ (M27), „... mně v tom hodně pomáhali rodiče, já jsem začal dost častěji jezdit dom... mám ještě rodiče a doufám, že je dlouho mít budu.“(M67), „vedoucí mi poradila ať ještě zavolám mamce a zeptám se mamky, co na to bude říkat, že případně by to mamka se snažila to nějak domluvit“ (M155).

Uživatelé jsou ze strany rodičů podporováni i ve finančním hospodaření či potřebě rozhodnout se o dalších investicích: „když rodiče vidí jako, že se třeba něčemu fakt věnuju, tak jako mě aj na to přidaj“ (M106), „mám opatrovníka, mamku a většinou se bavíme, třeba jestli chci něco koupit, tak se s ní teda poradím, jestli jako je to vhodné, není to vhodné. A když řekne, že jo, že jako třeba ať si to koupím, tak jdu, poprosím asistenty, ať mi dají peníze“ (M4), „mě maminka teďka poslala pětistovku“ (G107). Někteří uživatelé zmiňují **důvěru** spíše ve svých **blízkých přátelích či kolezích**: „já spíš tady moc ne, ale v práci jo“ (L23), „tak já mám jako přátele, na které se můžu obrátit“ (N24).

### 6.2.3 Práva uživatele

Uživatelé si taktéž uvědomují svá **práva**, která můžeme rozřídít do několika kódů, a to *právo na návštěvu/pobyt u partnera/kamaráda/rodiny; právo na svobodu pohybu; právo na hospodaření s financemi; právo na volný čas; právo na soukromí.*

Participantů často zmiňují možnosti **návštěv u partnera či partnerů**: „tak sem u něho byla 7 dní, sem byla jako s ním“ (B29), „mám víc návštěv, protože partner za mnou každý den chodí“ (C17), „já za ním chodím navštěvovat, jako když chodím z práce, tak ...“ (B34), „nebo eště idu jako třeba na chráněné za ním, na návštěvu“ (B131), „já chodím taky za ním (D132)... on chodí často ke mně“ (D36), „... s tím jejím přítelem, ... já tady nejsu, tak sú tady oni celé odpoledne“ (B134); a **návštěvy svých příbuzných, kamarádů** či pobyt u nich „u mě kamarád nebo přítelkyně spí“ (M12), „za mnou jezdí kamarád“ (C49), „za mnou jezdí sestra“ (E48), „u mě brácha nebo švagrová“ (K14), „za mnou byl kamarád... a byl se mnou na rybách“ (G13), „za mnou jezdí rodina, záleží jak možů... když majů sem cestu kamarádi“ (J18), „co se týká návštěv, tak za mnou chodí jako přátelé, ale jinak i maminka za mnou chodí“(N24), „jezdím za ségrú do města XY a zatím nám to tak vyhovuje“ (L162), „já mám ještě jednu kamarádku a ona si mě jako občas bere i k ní dom“ (B124), „za mamkú se můžu někdy stavít a tak“ (D61).

Participantů zdůrazňují také možnost **svobody pohybu**: „tak můžem jít kam chcem“ (M8), „když potřebuje kamarád, aby sem za ním přijel, tak přijedu“ (L114), „možem říct,

*kam jdem po desáté nebo jestli je to odpoledne nebo po desáté nebo ve dvě ráno, možem to říct a nemusíme. Ale v případě třeba když jedeme, jedu třeba na víkend k mamce na kole, tak řeknu jedu na kole na víkend, aby jako věděli, kdyby se něco stalo a tak ať nejsou, zavolám, zavolá někdo jo“ (J11), „když je po desáté hodině, tak se nahlásím asistentům, že jdu ven a řeknu zhruba, do kdy budu doma, ale nemusím to úplně nějak přesně na čas, abych byl jako doma...“ (M10). V této souvislosti je řešena otázka dodržování **soukromí** při využití kamerového systému, který se v chráněném bydlení objevuje ve společných prostorách či ve venkovním prostředí: „jednu dobu se tady řešily kamery, co jsou tady namontované“ (M158), „kamery jako neslůžijí k tomu, aby nás asistenti hlídali. Kamery slůžijí k tomu, že to tam vniknou zloději, takže ať jako oni je nějak spacificikujou... kamery nejsou na pokoji...“ (H166), „paní vedoucí jako říkala, pokud nám bude něco vadit, tak si máme napsat stížnost“ (H159), „no tak jako jako neukládá, ale nahrává se to...“ (H174), „jako můžeme napsat stížnost, že jako aby to bylo uvedené do smlouvy, že jako podepisujeme, že souhlasíme s tím, že jako na chodbách nás budou kamerovat jako kamerové systémy“ (M160). Někteří s navrhovaným řešením souhlasí: „já bych byla pro“ (N161).*

Stěžejní roli hraje **právo na odchod** z chráněného bydlení: „my třeba máme právo odejít z chráněnka, my jsme do toho chráněnka šly, abychom se něco přiučily a potom šly dál, my nemáme jakože bysme tady byli napořád, já nevím, třeba jakože až umřeme“ (C62). Dalším prolínajícím se kódem již třetí skupinou je **právo na hospodaření**, vlivný činitel pro budoucí rozvoj každého z uživatelů umožňující větší samostatnost a rozhodování si o tom, co si koupit pro vlastní potřebu k užitečnosti sobě vlastní: „já co si vyberu, co chcu, tak mě v tom nezabrání ani mamka, ani asistenti, nikdo“ (J5), „mojemu bráchovi se narodila dcerka, tak kupuju pro ni dárky“ (I93), „už sem si peníze nějaké aj našetřila a už sem si za to něco pokúpila... nové kraťase a kúpila sem si takovou malou tu váhu, jak se na tom vážijou potraviny a ještě si budu kupovat kazeťák nový“ (B150-151), „můžeme si koupit... si kupuju co chci, platím výlety“ (H92), „kdyby se to někomu nelíbilo, tak mu řeknu dvě věci, jakože může jít... Řeknu, mně se to líbí tady. Máte na to nějaké nebo máš na to nějaké výhrady, tak si jich říkej, komu chceš, hlavně do toho nezatahuj mě, nevykládej to přede mnou“ (J40), „když si chcu něco koupit, tak požádám asistenta o peníze, a potom to u něho podepíšu a on mi řekne, kolik si chci vzít peněz, a pak si to koupím a zase mu to vrátím“ (G1), „když si chcu taky něco koupit a třeba asistent to řeknu, že to nepotřebuju, nebo že je to moc drahé, a když vím, že su na tom dobře, tak řeknu,

*su svéprávný, vy mě nemáte o tom co rozhodovat a já si za tím stojím, já si to koupím a šmitec“ (J2).*

#### **6.2.4 Omezení v chráněném bydlení**

Na základě analýzy dat můžeme konstatovat, že se dospělé osoby s mentálním postižením v chráněném bydlení potýkají s nejrůznějšími problémy a překážkami, ty představují obsahově naplněnou kategorii **omezení v chráněném bydlení**, která vznikla sloučením několika kódů: *povinné hlášení pobytu mimo chráněné bydlení, dodržování pravidel CHB pro návštěvy, omezený pobyt návštěv, nedostatek podpory asistentů, chování pracovníků porušující práva uživatelů CHB, srovnání CHB vs. „ústavní péče“* a dopad na *aktuální duševní stav uživatelů*.

Nejpalčivější problém je spatřován v nutnosti **hlásit odchody či příchody** do chráněného bydlení: *„... když třeba jako třeba chceme jít ven, tak se když tak jako zeptáme, jako v kolik hodin se vrátíme...“ (S1), „dovolila sem se tady a v pořádku sem jako došla dom“ (B85), „v kolik hodin jako dojdeme, jestli jsme došly v pořádku a tak“ (B3), což platí i v případě návštěvy služeb (kadeřnice apod.): „dovolíme se jako jestli můžeme...“ (B208), či svolení k pobytu s přítelem/kamarádem venku: „můžeme jako když se zeptáme tak jo“ (B90), stejně jako ohlášení se po návratu ze zaměstnání: „já když dojdu sem, ohlásím se z práce“ (C28). Některým uživatelům to nepřekáží a vnímají to jako přirozený proces: „tak se ohlásím a idu ven. Řeknu, že idu ven a oni už s tím neřeknou nic“ (I9), jiní to vidí jako překážku zejména ve spojitosti s omezením doby při pobytu venku/na akcích: „protože já jsem s nima byla domluvená na tom koncertě, ... a řekla jsme pracovníkům, že dojedu o půl jedné ráno, ... dojela jsem dom, volala jsem jim, ... že se teda zpozdím, oni o tom samozřejmě věděli, došla jsem dom, bylo čtvrt na jednu ráno, než jsem stačila zazvonit, ... vystartoval asistent jakože si vůbec představuju dojít tak pozdě...“ (C96). Uživatelé vnímají, že stěžejní roli bude hrát věk uživatele: „když jdu za známou do XY města, tak já vždycky zavolám našim, že se zdržím, a oni jo jako... v pořádku, v pohodě, já to mám v pohodě, protože mám 51 roků, stará baba“ (E97).*

Rozdíly jsou zřetelné i v porovnání s **pravidly** jiného chráněného bydlení například ve vztahu k **návštěvám** a jejich volnému pohybu s akceptací pravidel: *„bez problému. Dneska jenom ohlásíme nebo ani nemusíme, ale já většinou řeknu, že třeba došla ke mně přítelkyně nebo kamarád nebo rodiče, aby asistenti věděli, a oni řeknou, jo v pohodě, a normálně si tu jako můžem vodit koho chcem, ale taky jako v nějaké míře, od té desáté*



*je už noční klid, tak to už jedině, že se s kamarádem sejdem venku, a nebo když třeba u mě kamarád spí, tak jedině když jako u mě kamarád nebo přítelkyně spí, tak to může být aj po té desáté“ (M12), či právě v protikladu nutností vše hlásit: „když dojde třeba přítel, tak se musí samozřejmě nahlásit. Musí teda prostě přijít, pozdravit, a pak může se mnou být, akorát mně se třeba nelíbí třeba on tady chce být jak kdyby celý den, ale to u nás nejde, u nás je to takové, že může přijít na hod'ku na dvě, a potom se můžeme srazit někde venku“ (C16), „... su třeba velice vděčná, že když mu třeba řeknu, že tady nemůže být dýl, tak to třeba akceptuje“ (C27), případně ze strany asistentů akceptovat nevhodné postojek partnerovi participanta: „oni mají už strašné narážky, on si tady nemůže chudák nemůže nechat blbé kolo, ..... druhý den já dostanu zpucované že to kolo tam nesmí být“ (C28.), „je to můj kluk, mojí spolubydlící, jako XY to nevadí, to je v pohodě, pozdravujou se, ale kolikrát ho vyhazuju, ne že bych nechtěla, aby tady byl, ale prostě zaměstnanci, prostě nechou, aby tady tak často byl“ (C16).*

Další rozdíl se pak rozkrývají u stížností na **nedostatek podpory od asistentů**: „potřebuju s něčím poradit, tak na mě nemají čas...“ (C28), „nebyli tak schopní, aby mi dobyli kredit“ (C96), či jejich chování, které určitým způsobem omezuje práva uživatelů při příchodech domů: „prostě mě se nelíbí jedna věc, prostě dojdu pozdě dom a už po mě začně vyřvávat jakto, že jdu pozdě dom, já sem telefon měla při ruce,... že neexistuje že proč bych měla chodit tak pozdě“ (C96); při rozhodování o partnerských věcech bez jejich přítomnosti: „říkala mi XY, že se to musí všechno podřizovat,... dovolit a že se to musí ještě o tom to, promluvit,... že bychom se mohli se jako na konci vlastně jako spolu s přítelem stěhovat“ (B271), „dneska... šla za mojí opatrovnící... co na to... říká, že budu bydlet s přítelem...“ (B63), „je tam jako volný byt tak skrz to ...“ (B71), „... jako pro mě by to bylo lepší, kdybysme to probíraly všichni tři... já jsem o tom s mojí opatrovnící jako o tom mluvila, chce ho jako vidět...“ (B76). Další úskalí jsou spojena s pocity křivdy „... já s asistentem nechci prostě válčit, ale asistent je vůči mně nefér“ (C243); či kladením podmínek nutných dle pracovníků pro odchod z chráněného bydlení: „protože oni mi to řekli s prominutím tak, že pokud se nenaučím vařit, tak nemůžu jít dál“ (C96).

Participantů vzpomínají a **porovnávají** podmínky z „ústavní péče“ a **aktuálního bydlení**. Je patrné, že v nich zůstávají zakořeněné křivdy, ústupky a problémy z „ústavní péče“, které se následně promítají v jejich duševním stavu. Největší rozdíl mezi danou péčí a chráněným bydlením je spatřován ve sníženém počtu spolubydlících na pokoji/bytě: „mě to změnilo, jako nebyváme už dohromady, jak jsme byli ve městě XY“ (B85), „bydlela sem

*jako... v plném pokojíčku eště já se spolubydlící, tam bylo 5 nebo 8 pokojíčků plných... spolubydlící A., spolubydlící B., spolubydlící C., spolubydlící D.,... tak osm nás tam bylo jako na pokoji, ale nemohla sem se ani dostat do skříně“ (B229, B230), „dům s pečovatelskou službou a byli tam samí důchodci, takže něco hrozného pro mě. Já jsem tam byla nejmladší a kamarádka a druhá kamarádka, my čtyři holky a jinak samí důchodci“ (K49).*

Uživatelé velmi intenzivně vnímají svobodu volby, možnost rozhodnout si, kdy a jak chci trávit např. volný čas: „v sobotu chodíš do kostela, nechodíš v nedělu, to je tak vyměněné“ (B85), „rozhodujeme se jako sami, jako, když třeba jako třeba chceme jít ven“ (B1). Uživatelé si taktéž nesou vzpomínky na minulost a okolnosti, za jakých byly do dané péče umístěni. Mezi příčiny patří úmrtí rodinného člena, který nad nimi držel „ochrannou ruku“: „já jsem byl taky v ústavě, taťka mě tam dal, protože když mě mamka umřela, tak taťka mě říkal... ty tady... sám bydlet nebudeš, ty na to nemáš peníze“ (I68), „do ústavu... takto to bylo mě zemřel druh... jeho nevlastní synek... mně dělali zle, nadávali mně, že kvůli mně jakože zemřel... sbalila jsem se k jeho taťkovi, ... a potom takto jeho dcera řekla ne, ten barák bude můj, my ji tady nechcem okamžitě se vystěhuje, tak... já sem řekla dědovi, že já to nevydržím, já chcu jít někde do ústavu, rok to trvalo než sem tam šla“ (E249).

Další problémy se odrážejí v nestabilním rodinném zázemí „já jsem měl docela doma nejhorší blbě zážitky... takové rodiče, kteří pili jenom alkohol a otec mě pak dal do ústavu... a můžu říct, že chráněné bydlení proti tady tomuto ústavu se nedá jako vyrovnat, protože tam to bylo úplně ... Já jsem se tam necítil vůbec dobře, protože už jsem aj takové dost ošklivé sny“ (L65), „byla jsem jako aj doma, potom jsem tam už nechtěla byt (N55)... ve městě XY, jak jsem byla, tak tam jako to bylo fajn, ale až na to, že ti pubertáči mě tam jako zlobili hodně (N54)..... já jsem chodila na XY... ale je to ústav a byla jsem tam osm let. Tak jako mám za sebou takovou nehezkou minulost... teď už je to lepší, protože jsem tady druhým rokem. Tady už takové spory nemám, co jsem měla tam“ (N58, N59).

### **6.2.5 Aktuální duševní stav uživatelů**

Tyto změny a prožitky jsou důsledkem nenaplněné potřeby zázemí a pocitů osamělosti, pochybnostmi, nejistotou a depresemi. Prožívání těchto **duševních stavů** značí oproštění se od emoční oploštělosti na základě vícera podnětů z vnějšího prostředí, a tudíž

schopnost vnímat své okolí se všemi jeho důsledky. Nenaplněná potřeba zázemí je vnímána zejména jako chybění zázemí rodiny, která je očekávána od personálu: „já bych chtěla mít rodinu tady, aby mě měli ti zaměstnanci aspoň trošku rádi“ (C27); „já se prostě tak cítím, cítím se sama, prostě asistent mi nedává tolik, co bych potřebovala“ (C236), „... já se tady momentálně cítím opuštěná (C27) ... prostě já bych chtěla mět... tady tu rodinu mě nedávají“ (C27).

Další prožívané pocity jsou spojeny s nespokojeností v současném chráněném bydlení jako důsledek nevytvořeného zázemí: „já kdybych to zázemí měla, tak to vyjádřím trošku úplně jinak, ale necítím se tady moc dobře..... snažím se prostě to tady nějak vydržet“ (C243); a víra ve změnu při žádané podpoře: „já věřím tomu, že kdybych měla nějakou tu pomoc a někdo by mi pomohl třeba vybrat, nějaký byt... tak takovou podporu, aby mně někdo pomohl...“ (C28), kterou uživatel od asistenta nepovažuje za nadstandartní: „tak sem říkala... ať mě ty jídla trošku už naučíja třeba máčky nějaké (C96.), ... ona tady je pravděpodobně často a já po ní nežádám nemožné“ (C98). Participanty doprovází pocity nejistoty jak ve vztahu k pracovníkům: „ale momentálně se necítím u asistenta ta hodná“ (C98), tak ve vztahu k ostatním uživatelům/sousedům: „ale momentálně se necítím tady ne mezi klientkama“ (C232), „už mi dost některé tyto vztahy ubližují, tak jako už se toho prostě. Jako já vím, že se to tady říká, neboj sa, já jako nemám takové strachy, ale mám takové špatné... prostě se mi zdají takové sny, že mě tady někdo chce jako... já mám prostě pocit, že mě tady někdo chce ublížit. Prostě já tady mám právě špatné pocity. Blbé pocity, takhle jako se cítím jako ohroženě nebo něco takového“ (L115).

Pocity smutku a deprese naopak vyvstávají často po smutných údobích, které člověka zasáhnou: „když jsem se rozešel s přítelkyní, tak jsem tak jako měl takové jak kdyby deprese,... jsem z toho smutnej“ (M67), mezi něž samozřejmě patří i vzpomínky z minulosti z domova pro osoby se zdravotním postižením, z dětského domova apod.: „zdálo takové o ústavu takové jak kdyby noční můry. A já mívám tady ty, v takových zařízeních dost tady tyto noční můry. Tady každý říká, že to bývá. Je to pravda. Mívám dost takových, z tychto zařízení. A mívám to docela. Já jsem se chtěl jako na chráněném bydlení, že to nebudu mět, jenže jsem se zmýlil“ (L65).

### **6.2.6 Začleňování do místní komunity**

Tato kategorie prezentuje interakci s vnějším prostředím následujícími kódy: *předsudky/posměch ze strany společnosti, sousedské vztahy, uplatnění na trhu práce,*

*pracovní vztahy, rodinné vztahy a volnočasové aktivity. Vztahy v místní komunitě a společnosti obecně nejsou vždy zcela ideální a participanti se setkávají s **předsudky/posměšky**: „jak sem byla s tou mojí kamarádkou na koupališti, tak se mě... smály jako že se cigáni smály, posmívaly se mě zas (B194), „se mě tady smějou školáci... řekně mě třeba Cikánečko nebo Romko“ (C197,198), „děcka chodili do náboženství... a oni mi začali nadávat sprostě“ (E199).*

Taktéž v oblasti **sousedských vztahů** není stav ideální: „*tak ti se s náma vůbec jako nebavějí*“. Participanti uvádí konkrétní případ s dlouhodobě nepřizpůsobivou sousedkou „*tady máme problém s jednou paní*“ (B187), „*tak na nás hned nadává hned*“ (F189), což si nese negativní důsledky „*my vlastně už nesmíme už večer ... už jako byt venku večer*“ (C190, B190). Participanti si ovšem uvědomují, že základem dobrých vztahů je slušné chování: „*my je kolikrát potkáme, no pozdravím, a nikdy se s náma nějak nebavějí, že by třeba řekli: Jo, přijď třeba na grilovačku*“ (M32), „*hlavně venku nepokřikáváme na cizí lidi, protože oni nám také nic neřekně, ale co my jako budeme jako koho zdravit*“ (B203). Někteří z participantů mají ovšem pozitivní odezvy a vyjadřují spokojenost se sousedy či lidmi v okolí: „*já su s lidma jako spokojená, já když potkávám lidi tak se s nima zdravím*“ (E244), „*no mě jeden sused pozval aj když mě neznal, ale pozval mě a došel jsem*“ (I35), „*šla sem do obchodu... a zapomněla sem si peněženku na záchodě a paní kdyby mě neupozornila v té pokladně tak já su vykradená*“ (C219). Participanti neopominají taktéž sousedské vztahy v chráněném bydlení (v rámci bytů, bytových jednotek), přičemž připouští určité problémy: „*dá se říct skoro každý den, ale za ten pátek, co se známe, takže už jako se za půl hodiny nebo za hodinu nebo za den se urovnáme a je to jak kdyby to ani nebylo*“ (J31). Tyto problémy mohou mít dopad na další vztahy: „*když jsem chtěl, aby XY došla na návštěvu, tak to tady některým začalo vadit*“ (L162), „*protože můžu říct, že tady mám dost málo kamarádů a taky některé urazím, protože nemám tady dost dobré vztahy*“ (L115). V závislosti na vážnosti konfliktu jsou schopni za relativně krátkou dobu spor vyřešit, ať už mezi sebou, nebo individuálně: „*až s některýma holkama, moc nejsou spokojena... a ještě s XY já tady nechcu mět nic společného, nelíbí sa mě... no a ona nám eště když umýváme schody, tak ona nám šlape po tych schodách* (E279, E281, E287).

Dalším neopomenutelným prvkem v integraci do společnosti mají bezesporu i **rodinné vztahy** či původní zázemí participantů, které je ovlivňují. Jak uvádí jedna z participantek, někdy se ne vlastní vinou dostali např. do domova sociální péče: „*já jsem měla byt*

*po rodičích, kteří zemřeli a chtěli, abych z těch peněz a na dávkách bydlela v 1+KK, to nešlo, tak jsem musela jít do města XY“ (K48), „vlastně rodiče měli strach, co se mnou bude až ukončím školu,... tak taky měli jako strach, co se mnou bude, abych se třeba nechytil nějaké špatné party nebo tak“ (M52), „taky maminka s tatínkem měli o mě strach, abych se jako nedala špatnou cestou třeba, abych se nechytla špatné té party, která pije, kouří, bere drogy“ (N53).*

Participantů připustili spory mezi rodiči, sourozenci před odstěhováním: *„jak jsem se odstěhoval sem, tak se odstěhovala aj sestra a potom jak zjistili jak kdyby, že jako jsem se jak kdyby postavil na nohy a právě se sestra mě brala úplně jinak než měla, ... jak kdyby nějaký kurz nebo začala pracovat a měla možnost s takovými lidma být, ... si uvědomila, že za to nemožu, jaký su a od té doby prostě už mě prostě bere tak, jak má (J46). Další participantů to dokládají svou výpovědí rovněž obdobně: „u nás byly doma dost velké hádky... než jsem šel sem do chráněného bydlení a díky chráněnému bydlení se to všechno mezi náma vlastně urovnalo s rodičema“ (M45), „mně taky to se sestrou pomohlo, jsme se furt hádali a potom, potom jako když jsem odešel... my jsme si potom o to vzácnější... jsme se usmířili a od té doby jako žádné konflikty mezi sebou nemáme“ (M47); u jiných uživatelů stále spory přetrvávají: „já když jedu dom, tak se s taťku pohádám“ (I68).*

Ovšem přestěhování přineslo participantům nejen **uplatnění na trhu práce**, ale také možnost navštěvovat návazné služby a rozšířit si i volnočasové aktivity. *„Já tobě jakoby něco řeknu, já su v práci spokojená... dělám jako uklízečku, každý den na dvě hodiny“ (B150), „chodívala sem jako na úklid v kavárně“ (B85), „já chodím jako do kavárny... jako uklízečku (B155, B156), „u firmy XY odpoledne jezdíváme do XY města, a ráno su jako v kavárně... u firmy XY dělám jako takovů uklízečku... umyju jako dveře, okna, jako takové jak tady, jak v kavárně“ (B161, B162), „takže já chodím do kavárny obsluhu, to znamená že kolegyně, co tam pracuje semnou, tak ona mě připraví zákusky, já si ten ubrousek dám sama“ (C152, C154), „já chodím taky úterý ráno su v kavárně, potom večer du do cukrárny, čtvrtek su v kavárně jo, večer v cukrárně... tam dělám uklízečku a eště mívám pátky odpoledne v cukrárně, protože tam chodím eště nádobí umývat“ (E166, E167), „uklízíme papírky,... a sbíráme to do pytlů... po městě“ (F126, F127), „já ty papírky sbírám, a ja pracuju.... Na firmě XY... vydělávám si peníze“ (N76, N78), „pro jednu firmu XY, dovází plasty, dělám ty pytle...“ (I71), „jezdím... uklízeče“ (L111), „pracuju v polévárně“ (M90), „měla jsem dobře placenou práci. Jsem pracovala ve firmě XY... ted' půl roku a vydělávám peníze a třeba jako do kavárny na kafičko“ (N59, N60).*

V rámci pracovních vztahů jsou nejčastěji zmiňovány pozitivní a negativní stránky zaměstnanosti: „sem poplatil všechny ty dluhy, co jsem tam měl, protože tatka to nechtěl, aby sem to platil, ale musel jsem to zaplatit, protože já jsem tam měl ještě rozjetú kavárnu a tak jsem se... s nima ještě... pohádal kvůli té kavárně... Že mně ju sebrali, že to byla moje kariéra, jako pracovní (I69, I70, pozn. s bývalým pobytovým zařízením); spory s kolegy na pracovišti: „poslední dobou začínají prostě pracovnice jako... když jsem se ptal, chtěl jsem jet s přítelkyní na dovolenou, tak říkaly, že ony nikdy dovolenou neměly, že proč bych měl mít týden dovolenou“ (M89), „v práci stala taková nepříjemná věc, že paní, co u nás pracovala, tak si tam nechala drahé boty, ty se náhodou ztratily a šéf říkal, že jestli se nenajdou, tak že od každého bude jako vybírat tři sta korun a že se jí to musí zaplatit, ... jakože na to zaměstnanec nemá právo a že by se to mohlo zneužívat... ještě slušně zeptám z jakého důvodu to máme jako platit my, když jsme to nijak nezavinili a já se do toho nechci úplně vrhat... případně by to mamka se snažila to nějak domluvit, třeba z jakého důvodu ten šéf bude chtít jako ty tři sta korun dobře, že se to teda zaplatí, ale co třeba udělá pro to, aby se to třeba nikdy nestalo, že by se to třeba zas opakovalo a zas kdyby nastal takový jako problém“ (M155), či potřeby dovolené a vstřícnost zaměstnavatele: „chci jet někam na dovolenou nebo třeba s rodičema bych chtěl jet na dovolenou, tak se vždycky domluvím se šéfem. Naštěstí mám tak hodného šéfa, že mě... on vlastně vždycky pustí...“ (M89), „su spokojený v práci akorát, když jako je dost jako práce, tak říkám našemu šéfovi, jako jestli můžu si jako vzít dovolenou, tak jako mi to dá, jako nerad, ale tak se ptá jako důvod, ale jinak jako rodinově nebo k doktorovi to mě pustí (H87), „že já jsem pracovitý člověk, ale že když třeba je toho na mě moc, že jako jsem unavená a že si potřebuji odpočinout (N59).

Participantů mimo jiné zmiňují **přínos návazných služeb**: „eště jako chodím do služby E., a tam chodím na to vzdělávání... my tam třeba počítáme, ted' sem se učila dělat značky a ted' se učívám třeba datum třeba určit“ (B164–165), „já do E. přes rok“ (C171), „E. tam jsou spíš takové rehabilitace a informační centrum a takové“ (M129, M130), „já chodím do dílničky a je to dobrovolné, jako tam nemusíš chodit docházet, ale já sem si to dala za činnost, abych nemusela trčet doma, tak chodím do dílničky, maluju budky, a pak jezdím ještě ve čtvrtek, a tam dělám vlastně korálky“ (C153), „já chodím do sociálněterapeutické dílny“ (D172), „zpívám v denním centru“ (G134), „můžu navštěvovat službu A., službu B., tím, že jsem ve městě XY, tak tu mám víc možností než tam na vesnici“ (K51), „ještě navštěvuju službu A. a službu B. Ve službě A. děláme keramiku, žehlíme, obsluhuju pračku

*automatickou, myčku to samé ve službě B., keramika, pračka, žehlení“ (K140). Objevuje se i výpověď jedné z participantek, která vzhledem k zaměstnání přestala navštěvovat sociálněterapeutickou dílnu: „já sem přestala chodit do kavárny, protože mám práci“ (B170).*

Tak jako rozvíjí osobnost jedince s mentálním postižením možnost uplatnit se na trhu práce či návyky spojené se sociálně-terapeutickými dílnami, tak přináší jisté obohacení a komunikaci s blízkým okolím **volný čas** jednotlivých uživatelů. Ti jednotlivými výroky dokazují, že volný čas tráví s partnerem či kamarádem: „*potom na mě čeká u vlakáče přítel a potom ještě ideme spolu jako my eště na chvílku ven“ (B131), „jako jsme spolu víc často venku“ (B89), „ve volném čase já su většinu s přítelem, ted' jsme byli ve městě XY nebo kde to bylo, na kole“ (C137), „my spolu chodíme třeba na vycházky nebo většinu jezdíme spolu na kole“ (C138), „vybíráme prostě různé aktivity jo, nějaké i výlety“ (C242), „někdy jo a někdy ho vytáhnu ven“ (D135), „tak my s přítelkyní oba jezdíme na kole nebo aj rádi chodíme do letního kina a potom dále. Někdy se i procházíme nebo se koukáme na filmy“ (M21), „já chodím se známou do kostela a taky na vycházku a do kulturního domu chodím“ (G101), „sem byla s tou mojí kamarádkou na koupališti“ (B194), „my si chodíme tady ten na ten park jako“ (B144). Případně jej mají naplněn individuálními aktivitami – ať už sportovními, péčí o domácnost či domácí zvíře: „odpoledne jezdím na kole do práce. Jezdím do práce na kole“ (B131); „když je blbé počasí, tak počítač. Počítač. No a zároveň internet. A když je pěkné počasí, tak, a su rád, když mě někdo z rodiny nebo kamarádů, když mě někdo vyzve, abychom se jeli někde projet, třeba míň kilometrů nebo víc kilometrů nebo na celý den a jináč jako třeba večer se někde projíždám po městě anebo prostě různě tady někde jenom“ (J98), „uklízím doma, no“ (F129), „hraju karty“ (G122), „dívám na Óčko nebo na TV“ (H96), „hraju na počítači, se tam podívám na film, prohlížím si tam nějaké ty modely a takové“ (I97), „mám šneka Reného“ (L123), „já mám morče“ (M121), „já se starám o králíka, to mi stačí“ (N125).*

### **6.2.6 Přátelství, partnerství, společný život**

Z výpovědi participantů vyplynulo, že někteří z nich mají **partnera či partnerku** se stejným zdravotním postižením. V rámci těchto vztahů jsou pak klíčovými kódy *důvěra mezi partnery; naplnění potřeb skrze partnerství; podpora partnera a plánování společného života*. **Důvěra mezi partnery** či **blízkými přáteli** je pro vztah velmi důležitá: „*když su třeba v práci dyl, tak že si zavoláme nebo napíšeme jo, že dojdu pozdě, nebo mu*

*napišu na messenger že dojdu pozděj“ (C27), „se mi líbí důvěra na něm, že já třeba řeknu nevím, že du hned dom a nejdu za jiným chlapem... nejvíce překvapuje, že třeba si nemyslí, že jdu za nějakým jiným, že má ve mě tu důvěru“ (C27), „mojí rodině moc nevěřím, já mám největší důvěru v otcovi XY“ (E87, pozn. v knězi). Partner **naplňuje potřeby** jako je bezpečí: „nejvíc se mě líbí, že mám to bezpečí“ (C27), láska: „když se bavíme o tom partnerství, mně to fakt zabezpečuje partner, zabezpečuje mě lásku, to co já nemůžu mít tady“(C27), domov/rodinné zázemí: „prostě mi ten partner dává ten domov...“ (C28), „...pro mě dělá první a poslední, chová se ke mně hezky“ (C242).*

Tyto potřeby zaštiťuje celková **podpora** při běžných činnostech v domácnosti: „partner je ochotný mně půjčit knížky, pomoci mi s vařením“ (C27), ochrana před příkořím pracovníků: „cokoli řeknu tak je to špatně, už se mě kolikrát zastává partner, no radši bych chtěla už s partnerem byt“ (C233) „... on se mě chtěl zastávat, ale radši odešel pryč, že se do toho míchat nebude“ (C96), uvědomění si zodpovědnosti za druhého v partnerském vztahu: „my sme třeba s přítelem už byli aj jako spolem někam, jsme byli, jsme byli i na koupališti... my by sme šli spolu jako my dva, ale já ho nemůžu vzít za riziko, protože on moc neumí plavat právě“ (B140).

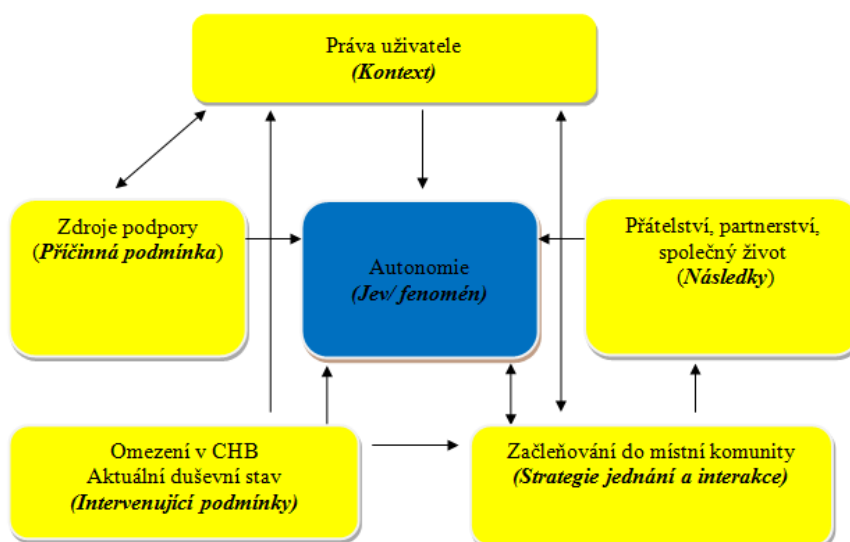
Spokojenost ve vztazích je odrazem **společného plánování budoucnosti** obou partnerů odrážející se v plánované budoucnosti ve společném bydlení: „tak za dva roky až, mně taky se něco rýsuje, že bych mohla mět... nějaký byt“ (C12), „... takže právě sem chtěla počkat, až partner..... takže kdyby za dva roky šel, tak já bych se nestěhovala k němu a vlastně tím pádem bych vlastně platila jako že my dva bysme se domluvili jako a že bych platila jako nájem a tak“ (C12), „já budu bydlet s přítelem, tak se už teď něco rýsuje, něco se nám už pomaly našlo“ (B10), „já bych chtěla, aby tu býval semnou partner XY“ (D267).



### 6.2.7 Paradigmatický model a jeho interpretace

Touto částí se dostáváme k druhé úrovni analýzy, k axiálnímu kódování, jež spočívá v aplikaci obecného kódovacího paradigmatu. Tento model nám nastíní vztahy mezi jednotlivými kategoriemi s následující strukturou:

**Obrázek 9** Paradigmatický model sestavený v rámci axiálního kódování (vlastní výzkum, 2017)



Ve středu dění je umístěn **jev** neboli **fenomén**, který byl identifikován na základě otázek, o čem data pojednávají a čeho se jednotlivé údaje týkají. Tato kategorie je ústředním tématem, kolem něž se soustřeďují ostatní kategorie, v našem případě tedy *autonomie* uživatele čili uvědomění si vlastních schopností, možnost vlastního rozhodování o svém životě, které jsou ústředním tématem držícím jednotlivé části schématu při sobě. Autonomie uživatelů chráněného bydlení se promítá v jednotlivých dílčích oblastech, ať už se jedná o samostatnost v oblasti návštěv veřejných služeb (lékař, kadeřník, divadlo, obchod), společenských akcích, či volnočasových aktivit, což podporuje proces úspěšné socializace a začlenění jedince (inkluzí) s mentálním postižením do většinové společnosti. Uživatelé taktéž zmiňují využívání finančních prostředků pro vlastní potřebu jako např. nákupy, přičemž ale připouští, že i v této oblasti mají jisté nedostatky a v případě potřeby si musí říci o pomoc. Podpora asistentů se prolíná všemi oblastmi jako jeden z důležitých zdrojů. Uživatelé si uvědomují vlastní autonomii promítající se do oblasti práva a otázek vlastní bezpečnosti a ochrany před možným zneužitím ze strany většinové společnosti. V této oblasti jako důležitá vyvstává schopnost pomoci druhým, což vykazuje vysokou empatii uživatelů s mentálním postižením.

Všechny změny se odehrávají na pozadí plánované budoucnosti, která se projevuje krátkodobými (plánování dovolené, stěhování, lázeňský pobyt) a dlouhodobými (touha po větší samostatnosti - přesun do podporované formy bydlení, či vlastního nájmu s podporou terénní služby) cíli.

**Příčinná podmínka** odkazuje na události nebo případy, jež vedou k výskytu či vzniku jevu (Strauss, Corbinová, 1999). V našem případě se jedná o kategorii *zdroje podpory*, zaštitěné podporou instituce jako takové, tedy pracovníky chráněného bydlení, rodinou či osobami blízkými, neboť právě ty jsou stěžejními činiteli, majícími vliv na každého z uživatelů s mentálním postižením. Byly identifikovány dva hlavní zdroje, a to ve formě podpory pracovníků a podpory ze strany rodiče či osoby blízké. Za nejdůležitější zdroj považují uživatelé asistenty, od nichž je podpora intenzivně vnímána v souvislosti s životními překážkami, při rozhodnutí důležitých životních kroků např. při přesunu do nové formy bydlení (podporovaného bydlení). Uživatelé se shodují, že asistenti kladou velký důraz na podporu jejich autonomie (ve finanční gramotnosti) a samostatnosti (podpora při úkonech v domácnosti, v komunikaci s návaznými službami). Dalším podpůrným činitelem jsou rodinní příslušníci či osoby blízké (v případě smutku, problémů, finanční tísně). Uživatelé pozitivně kvitují podporu ze strany asistentů při jednáních s jejich opatrovníky či rodinnými příslušníky, neopomínají také na úlohu jistého „prostředníka“ při řešení sporů mezi obyvateli chráněného bydlení. Podpora asistentů je podstatná i pro oblast partnerských vztahů, zejména při negativních prožitcích některých uživatelů, mezi něž patří zejm. rozchody, neshody, hádky.

V souvislosti s jevem tedy autonomií a v součinnosti s příčinnými vztahy vymezujeme **kontext**, což je soubor podmínek, skrze něž jsou specifikovány vlastnosti daného jevu a pomocí něhož jsou uplatňovány strategie jednání či interakce (Strauss, Corbinová, 1999). V tomto případě se jedná o kategorii *práva uživatele*, která se odráží v sebehodnocení jedince s mentálním postižením, a zároveň jsou podmíněna podporou, která je uživatelům poskytována, stejně tak jako vliv podpory na utváření právního povědomí (o existenci práv, jejich dodržování či porušování, ale i vzájemných vztazích). Uživatelé si uvědomují spojitost s uplatňováním svých práv (právo na svobodu pohybu, na soukromí, hospodaření s financemi, návštěvy aj.) v souladu s povinností ve vztahu ke službě, v níž pobývají a ve vztahu k jednotlivým obyvatelům dané služby. Uživatelé prokázali schopnost vymezit si potřebné hranice ve vztahu k druhým lidem, stanovit si vnitřní pravidla např. pro návštěvy (dodržování nočního klidu, slušné chování, nenarušování soukromí apod.).

Specifickou oblastí bylo řešení kamerového systému v kontextu dané služby a porušováním práva na soukromí, ať už se jedná o interní (vyjma pokojů/bytů) či externí umístění. Uživatelé si jsou však vědomi, že pokud by jim daná skutečnost byla překážkou, ví, jak stížnost podat a komu ji předat, aby se celý proces vyřešil.

Širší kontext daného jevu ovlivňují **intervenující podmínky**, mezi něž můžeme zařadit dvě kategorie *omezení v chráněném bydlení a aktuální duševní stav uživatelů*. Tyto podmínky mají vliv na strategie jednání nebo interakce, které mohou znesnadnit či zjednodušit celý proces, ovšem zároveň ovlivňují kontext i jev (Strauss, Corbinová, 1999). Omezení v chráněném bydlení mohou mít negativní či pozitivní dopad a úzce souvisí s autonomií jedince, přičemž utváří jeho obraz a determinují jeho práva. Zároveň však mají dopad i na duševní stav. Nejpálčivější oblastí se jeví problematika řešení příchodů a odchodů, která je tedy řešena intenzivně ze strany jednoho ze zúčastněných chráněných bydlení, přičemž s druhým se v této spojitosti nevyskytuje. Jedná se zejména o svolení pro jakýkoli pohyb mimo chráněné bydlení, hlášení příchodů, svolení k návštěvám, omezený pobyt venku apod. Aktuální pocity a prožitky jednotlivých uživatelů mají vliv na celkovou spokojenost, která dotváří obraz jejich osobnosti. Uživatelé intenzivně vnímají určité povinnosti či předpisy buď neutrálním postojem, či negativním, což se promítá do duševní roviny každého z nich. Ačkoli tedy asistenti patří mezi hlavní zdroje podpory, tak můžeme u některých z nich pozorovat aplikaci omezujícího přístupu k uživatelům. Toto chování bychom přirovnali k přenosu institucionálních pravidel aplikovaných v podmínkách chráněného bydlení. Někteří uživatelé jsou tímto přístupem rozhořčení a vnímají jej jako svobodu omezující, ukřivděný, či podmiňující si (dokud něco uživatel nezvládne, nemůže se odstěhovat). Nadměrná kontrola zejména v oblastech svobody pohybu (v případě návštěvnosti různých akcí jako koncertů, diskoték apod.) je svazující pro oblast osamostatnění se jedince s mentálním postižením. Ovšem z celkového pohledu ve srovnání s depresivními a smutnými prožitky reflektujícími se ve vzpomínkách na dřívější pobyt v „ústavní péči“, či ve spojitosti s ne zcela ideálním rodinným prostředím, přináší chráněné bydlení i s jistými omezeními pozitivní hodnocení uživatelů promítající se zejm. ve spokojenosti s bytovou situací, možnostmi výběru volnočasových aktivit, četností návazných služeb a v urovnání rodinných vztahů. Protipólem, který je spojován s „ústavní péčí“ a který vyplývá na povrch v chráněném bydlení, je pocit spjatý s chyběním určitého rodinného zázemí, nedostatku pozornosti a přátelství ze strany asistentů.

Všechny tyto faktory v určité míře determinují **strategie jednání a interakce**, které dokáží zvládnout a reagovat na jev či jej umožňují vykonat. V našem případě jsou vymezeny kategorií *začleňování do místní komunity*, která naplňuje právě tyto předpoklady, což znamená, že na základě jakéhosi dvojdimenzionálního modelu je autonomie a tedy vlastní pojetí člověka ovlivňováno právě integrací do společnosti a zároveň je to vztah, který prezentuje právě vlastní iniciativu uživatele a vliv vlastního rozhodnutí s dopady na integraci v kontextu otázky práv uživatele. Při začleňování do místní komunity se uživatelé setkávají s předsudky, posměšky, či nespokojeností ze strany sousedů. Rozhovorům s těmito lidmi se vyhýbají a nezapojují se do konfliktních situací, protože v nich nevidí smysl. Uživatelé v rámci svého bydlení považují za své sousedy také ostatní spolubydlící se zdravotním postižením v dané službě, jak sami ale popisují, zde si jsou schopni jakékoli spory urovnat sami, tzn., že v tomto případě se snaží o dohodu. V případě vyhrcořenějších konfliktních situací v chráněném bydlení využívají asistenta jako prostředníka (viz výše). Vliv na socializaci uživatele mají bezesporu jakékoli rodinné vztahy, které formují jeho osobnost, tzn., že i eliminace sporů v rodinných vztazích má pozitivní dopad na uživatele, který se projevuje jejich narovnáním. Uživatelé zdůrazňují významnost kroku vedoucího k osamostatnění, a to odstěhování se do chráněného bydlení. Svoboda a možnost vlastního rozvoje jim otevřely možnost uplatnit se na trhu práce, trávit volnočasové aktivity dle svých představ (stejně jako zcela běžné zapojení se do návazných služeb). V kontextu daného se ale i zde střetávají s intenzivně prožívanou realitou v zaměstnání. Objevují se spory na pracovišti, vnímání jiného nastavení podmínek z důvodu zdravotního postižení a jistá nelibost spolupracovníků vůči tomuto nastavení, obviňování. Protipólem, který vyvažuje nastalé situace, jsou pro uživatele pozitivní emoce ve spojitosti s motivací ze strany zaměstnavatele či jeho vstřícností v případě potřeby uspokojení vlastních potřeb např. možnost vzít si volno v období dovolených.

Situace, které nejsou vždy zamýšlené, či předvídatelné nazýváme **následky**, což jsou důsledky strategií a akcí, ať už úmyslně či neúmyslně cílených (Strauss, Corbinová, 1999; Hendl, 2005). Tuto charakteristiku naplnila kategorie *přátelství, partnerství, společný život*, tedy touha po pochopení, podpoře, která se v takové míře nedostává uživatelům od pracovníků. Tuto potřebu často zastávají partneři uživatelů či jejich blízcí přátelé, od nichž je znatelná podpora ve všech oblastech běžného života. Partner, či přítel naplňuje pocit bezpečí, lásky, přátelství, tzn. vyšší potřeby z hodnotového systému, po nichž

uživatelé touží. Tyto pozitivní prožitky mají celkový dopad na začlenění se jedince s mentálním postižením do společnosti, jakož i na utváření osobnosti daného uživatele, tzn. být stejný jako ostatní. Partnerské a přátelské vztahy mají vliv na plánování budoucnosti s těmito partnery/ přáteli a jsou tedy vyšší motivací pro posun v jednotlivých kompetencích.

## **7 DISKUSE, DOPORUČENÍ PRO PRAXI, LIMITY STUDIE**

V rámci diskuse budou formulovány závěry ve vztahu k teoretickým východiskům a získaným datům, která se uskutečnila skrze tzv. smíšený výzkum. Pro kvantitativní část byly aplikovány dva dotazníky zaměřené na kvalitu života a životní spokojenost. Pro kvalitativní část metodou focus group byli osloveni uživatelé s mentálním postižením z chráněných bydlení. V diskusi budou následně komparovány výsledky z dílčích částí výzkumu a z nich sestaveny výstupy, objasněny limity a stanovena doporučení pro praxi. Řešená problematika nebyla námi vymezeným směrem doposud adekvátně řešena a reflektována v intencích speciální pedagogiky osob s mentálním postižením na území ČR.

### **7.1 Diskuse**

Ve společnosti panuje předsudek, který přisuzuje osobám s mentálním postižením jisté odlišnosti, jež je mají určitým způsobem segregovat z místní komunity. Ovšem struktura společnosti ani pozice ostatních členů v dané hierarchii nejsou jednotné, ba naopak přítomnost osob s mentálním postižením diverzifikuje sociální strukturu a je ve své podstatě obohacím komunitu v dané lokalitě, ať už navazováním kontaktů na různých úrovních včetně kooperace s trhem práce aj. Vliv osob s mentálním postižením působí na morální kredit členů společnosti. Formou osvěty společnosti se utváří její určité povědomí o zdravotním postižení, a stejně tak jsou formovány i osoby s mentálním postižením působením společnosti např. na základě pozitivní zpětné vazby, přičemž důraz je kladen na naplňování potřeby pozitivního vztahu. Ten je motivujícím prvkem, obzvláště připustíme-li, že daní jedinci s MP prožili celý svůj dosavadní život v institucionální péči, která je z pohledu mnoha odborníků (Goffmann, 1963; ECCL, 2006; Johnová, Strnad, 2013; Vávrová, 2010) považována za uzavřený svět s potlačovanými právy svých obyvatel. Přínosy a pozitivní stránku komunitních služeb vs. institucionální péče vykazuje několikero studií, zaměřených nejen na proces humanizace, deinstitucionalizace, ale i následné transformace pobytových zařízení v menší a personalizovanější formy např. chráněná bydlení. Ty jsou prokazatelným rozvojem možností a příležitostí pro své obyvatele a jejich dopadem formující sebeurčení osob s mentálním postižením na základě participace na aktivitách v dané komunitě, která se stává prostředkem socializace těchto jedinců umožňující lepší integraci nežli v případě služeb rezidenčních (Felce, Perry, 2005;

Robertson, Emerson, Hatton et al., 2000; Stancliffe, 2000; Walsh, Emerson, Lobb et al., 2010; Stancliffe, Lankin, 2007).

Na základě deskripce, analýzy a interpretace kvalitativního i kvantitativního výzkumu uvádíme řešenou problematiku psychosociální dimenze u osob s mentálním postižením do širších souvislostí. Disertační práce měla stanoven jeden hlavní cíl a pět cílů dílčích. Hlavní cíl spočívá v „*hloubkové analýze kvality života a životní spokojenosti u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením*“. Prostřednictvím analýzy a komplexní deskripce kvantitativních i kvalitativních dat a na základě diskuse jednotlivých dílčích cílů se pokusíme v následujícím oddílu textu potvrdit, případně vyvrátit, naplnění tohoto cíle.

Prvním dílčím cílem bylo „*zjistit, které determinanty kvality života považují osoby s mentálním postižením z chráněných bydlení a osoby s mentálním postižením z domovů pro osoby se zdravotním postižením za signifikantní*“. Celkem byl výzkumný soubor tvořen rovnoměrným rozložením 120 respondentů z CHB a 120 respondentů z DOZP, což lze, z našeho pohledu, považovat za dostatečně reprezentativní výzkumný soubor poskytující signifikantní výsledky. Výzkumu se účastnilo 105 mužů a 135 žen. V podkapitole 6.1 jsou uvedeny výsledky a interpretace kvantitativní části výzkumu. Graficky jsou zpracovány jednotlivé fenomény dané problematiky (tab. 3 znázorňuje korelace mezi ověřovanými determinanty kvality života v jednotlivých dimenzích s odkazem na tab. 4, která určuje konkrétní determinantu v dané dimenzi). Kirby (in Vaňurová, Mühlpachr, 2005; viz 1.1.1) konstatuje, že kvalita života je o uspokojování individuálních potřeb, přání apod., což můžeme i v námi prezentovaných výsledcích povrdit. V souvislosti s touto premisou není překvapující, že jako klíčové determinanty byly v rámci kvalitativního šetření identifikovány aspekty autonomie či sociální opory. Právě sociální opora je jedním z klíčových prvků socializace sledované cílové skupiny, při níž nestačí pouhá fyzická přítomnost dané osoby ve společnosti (Emerson, McWilly, 2004), ale jak stanovuje samotná koncepce podpory transformace (2007), je zapotřebí rozvoje přirozených sítí jedince s MP za vhodné podpory, která je uživateli poskytována pracovníky (Wilson, Jaques, Johnson, Brotherton, 2017; viz 4). Tyto předpoklady byly také stvrzeny kvalitativní částí našeho výzkumu, kdy v rámci focus group, při níž participanti z CHB kvitovali podporu pracovníků-asistentů, jako jednoho z hlavních zdrojů podpory, a zároveň také jako pilíře k posilování oblasti autonomie a sebeurčení. Z výsledků kvalitativní části vyplývá, že participanti z chráněného bydlení zaujímají určité

životní postoje, v jejichž středu dění je samotná autonomie člověka, tedy posilování kompetencí, předávání zodpovědnosti apod. Tato skutečnost dále podněcuje iniciativu v oblasti vlastního rozvoje jednotlivých uživatelů CHB. Autonomie se promítá do různých dílčích oblastí, mezi něž jako standardní začleňujeme samostatnost při nákupech, návštěvu lékaře či společenské akce. Participanti z CHB se na základě vlastní zkušenosti sami rozhodují v určitých oblastech, a tím posilují své kompetence. Zároveň si ale uvědomují, že za nevhodné chování mohou být postihováni, neboť musí respektovat jistá společností daná pravidla. Tato tvrzení jsou v souladu s Hallem (2010; viz 4), který se zaměřoval na determinanty mladých dospělých s mentálním postižením, jež zvyšují jejich sociální začlenění. Stejně jako u něj či autorů Milnera a Kellyho (2009, viz 4) byl i v námi uskutečněné výzkumu identifikován *pocit sounáležitosti a zapojení se do komunity*; sebeurčení, které bylo námi detekováno determinantou *nezávislost/možnost se samostatně rozhodovat*. Hall (2010) vymezuje sociální začlenění jako zapojení se do činností/práce, přičemž to potvrzuje námi signifikantní determinantu *schopnost/produktivita v zaměstnání*. Valenta, Müller (2013) podotýkají, že integrace je nejdůležitějším prostředkem socializace a nejde jen o objektivní začlenění např. pracovní, edukační, ale zejména o zapojení subjektivní složky související s naplněním potřeb seberealizace. S tímto souhlasí i Bartoňová, Vítková (2007), Pipeková, Vítková, (2014), které hovoří o výchově a vzdělávání, ale také zájmových aktivitách, které byly identifikovány jako signifikantní také v kvantitativní části našeho výzkumu, neboť respondenti kladli důraz na výběr vlastních aktivit (viz 6.2.5). V rámci stanovené hypotézy jsme mohli konstatovat, že převážná část determinant v jednotlivých dimenzích je signifikantní. Statisticky významné korelace s celkovým hodnocením kvality života jsou pouze u jednotlivých dimenzí. Jak se tato kvalita liší v závislosti na typu pobytové služby tedy v rozdílu rezidenční vs. komunitní typ, zjišťoval druhý dílčí cíl.

V pořadí druhý dílčí cíl si stanovil „*zjistit jaká je úroveň kvality života osob s mentálním postižením z CHB a jaká je úroveň kvality života osob s mentálním postižením z DOZP*“. Na úrovni sociálních služeb probíhá aktuálně jistý přerod, kdy jsou zachyceny tendence přechodu od medicínského modelu k modelu sociálnímu, který by měl zajistit plynulejší přijetí myšlenky deinstitucionalizace velkokapacitních ústavních zařízení a vyšší podporu procesu transformace s dopady na kvalitu života uživatelů těchto služeb (včetně osob s MP). Emerson, Robertson, Gregory et al. (2000; viz 4) skrze komparaci kvality života mezi samostatným a institucionálním bydlením dokládají prokazatelně lepší



kvalitu života u 281 obyvatel s mentálním postižením žijících v rozptýlených bytových zástavbách, nežli u 133 osob s mentálním postižením žijících v domově pro osoby se zdravotním postižením. Kvantitativní část našeho výzkumu koresponduje s těmito výsledky, neboť bylo zjištěno, že respondenti z chráněného bydlení hodnotí kvalitu svého života (průměr 90,4) lépe nežli respondenti z DOZP. Nejvýraznější rozdíl je spatřován v oblastech schopnosti/produktivita a v oblasti možnost se rozhodovat/nezávislost. Rovněž v kvalitativních datech můžeme nalézt některé relevantní implikace k této otázce v podobě zcela konkrétních výpovědí participantů, které podstatným způsobem dokreslují kvantitativní data (viz oddíl 6.2).

Třetí cíl zkoumá danou problematiku v kontextu sociodemografických proměnných (typ bydlení, pohlaví, věk), a to s cílem zjistit vliv na kvalitu života osob ze zkoumaného souboru. Vzhledem k typu bydlení, tedy zdali pochází respondenti z chráněného bydlení či domova pro osoby se zdravotním postižením můžeme konstatovat, že v porovnání s touto skupinou jsou respondenti z CHB více spokojeni se svým současným bydlením, nepocítují osamělost a ve společnosti ostatních se necítí zvláště, spíše jako součást rodiny. Skutečnost, že tyto stavy mohou být proměnlivé je vidno z kvalitativní části, v níž participantů uvádí přetrvávající psychické obtíže, noční můry, depresivní vzpomínky po opuštění DOZP a přechodu do CHB (viz 6.2.5). Setkáváme se u nich s pocity osamělosti a chybění určitého, z pohledu participantů, „rodinného zázemí“, které bylo v rámci instituce naplňováno. Tato zjištění tedy potvrzují míru izolace, kdy *„péče často izolovaná od běžného života a ve své podstatě omezená v možnostech poskytování péče dle potřeb a cílů klienta, kterou nazýváme jako diskriminující. Jednou z možností je právě deinstitucionalizace“*, na jejímž rozvoji autoři Johnová, Strnad, (2013) participovali. Jak podotýká Ballone (2000 in Albuquerque et al., 2015) ne každý jedinec s mentálním postižením je omezen ve svých adaptačních schopnostech, ne každý potřebuje stejnou podporu v daných oblastech, a proto nemůžeme předpokládat, že všechny osoby s mentálním postižením se o sebe nedokáží postarat, ale naopak připustit, že se tyto osoby mohou stát částečně či zcela nezávislými na institucích, což přispívá ke značnému zlepšení jejich kvality života. Ačkoli jsou aktuální vývojové tendence směrem k humanizaci a deinstitucionalizaci zařízení, jak podotýká Švarcová (2006) i manuál pro transformaci (2013) změna je zejména v přístupu ke klientovi, tj. nastavení partnerského přístupu, naplňování jeho práv, včetně práva na sebeurčení. Ani přes tato opatření nejsou prozatím v oblasti institucionální péče viděny takové výsledky (alespoň ne tedy v námi vybraných

krajích) tak, aby se tato nastavení viditelně promítla ve vyšší kvalitě života u osob z DOZP, jsou zaznamenány posuny pouze v dílčích oblastech, které tedy můžeme v globálním pojetí považovat za „cestu správným směrem“.

Vypovídající hodnotu má již vyšší kvalita života osob z CHB v dimenzi *schopnosti/produktivita*, o čemž vypovídají i doložená data s vyšším podílem zaměstnaných uživatelů z CHB než z DOZP, a tudíž i důsledek vyšší spokojenosti s touto oblastí. V dimenzi *možnost se rozhodovat/nezávislost* bylo identifikováno, že uživatelé z CHB mají větší možnost svobodně se rozhodnout v oblasti běžných denních záležitostí, ve volnočasových aktivitách, ve využívání návazných služeb, v oblasti příjmu návštěv promítající se v celkově lépe hodnocené kvalitě života pro tuto oblast. V dimenzi *sociální sounáležitost/zapojení do komunity* byly zaznamenány rozdíly, které se vztahují k četnosti navštěvovaných klubů a organizací, k nimž uživatelé patří, návštěvnosti a četnosti přátel, kteří je mohou navštěvovat, komunikaci se sousedy, možnosti věnovat se aktivitám uskutečňovaným městem/obcí a rozdíly v celkovém hodnocení života ve většinové společnosti. Toto nám blíže vyspecifikuje cíl zaměřený na životní spokojenost.

Z hlediska posouzení kvality života a s ohledem na pohlaví a věk respondentů, kdy byl soubor kategorizován na *mladší* a *starší* respondenty (viz tab. 8., 9, 10, 11), byly v kontextu celkového hodnocení kvality života zjištěny statisticky významné rozdíly. U „mladších“ respondentů (mezi muži a ženami) se objevila signifikace v dimenzi *možnost se rozhodovat/nezávislost*; u „starších“ respondentů je to pak dimenze *sociální sounáležitost/zapojení do komunity*. Z generového rozložení je signifikace potvrzena u žen, z čehož vyplývá, že věkově „mladší“ respondentky dávají přednost svobodě pohybu, možnosti se rozhodovat a posilovat svou autonomii v jednotlivých oblastech, naopak věkově „starší“ respondentky kladou důraz na možnost zapojení se do místní komunity, ať už formou návštěv jednotlivých spolků, akcí, či celkové možnosti „být ve společnosti“. Vzhledem k věku a jednotlivým dimenzím bylo při aplikaci na soubor osob z CHB a DOZP zjištěno (tab. 17), že uvedené výsledky hodnocení jednotlivých dimenzí kvality života a hodnocení celkové kvality života u skupiny „mladších“ a „starších“ respondentů je totožně hodnoceno pouze v dimenzi *spokojenost*. U oblasti *nezávislost, schopnosti/produktivita, sociální sounáležitost* a *celková kvalita života* uvádí mladší respondenti signifikantně vyšší hodnocení.

Čtvrtým dílčím cílem bylo „zjistit, jaká je úroveň životní spokojenosti u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a osob s mentálním postižením z domova pro

*osoby se zdravotním postižením*“. Úroveň a míra spokojenosti byla sledována v šesti dimenzích, přičemž prezentujeme stěžejní výsledné přinášející rozdíly mezi CHB a DOZP.

V oblasti spokojenosti *práce a zaměstnání* se potvrzuje stejně jako v celkové kvalitě života pro danou dimenzi i zde patrná spokojenost v 79,76 % u osob s mentálním postižením z CHB a z 55,36 % u osob s MP z DOZP, což je stále nadpoloviční většina z výzkumného souboru (viz Tab. 18). Tato oblast je mj. hodnocena i zpětně jako spokojenost s dřívějším zaměstnáním, tudíž je zde možný předpoklad promítnutí negativní zkušenosti se zaměstnáním u osob z DOZP, z čehož plyne možné následně i neutrální hodnocení, které respondenti volili v položkách, na něž jim bylo nepříjemné odpovídat a vyjadřovat se k daným problémům. Nejčteněji hodnocenou determinantou byla *spokojenost s atmosférou na pracovišti* u respondentů z CHB (celková spokojenost u 90 % respondentů), u osob z DOZP byla nejvyšší spokojenost zaznamenána v *možnostech postupu*, které mají (či měli) respondenti na svém pracovišti (61,67 %).

V oblasti *finanční situace* přináší výsledky spokojenost zejména u osob z CHB (75,60 %), nespokojen je pouze minimální počet osob (12,38 %). Naopak respondenti z DOZP jsou spokojeni mnohem méně (43,69 %), přičemž absolutně negativní postoj zastává 25,48 % respondentů. U osob z CHB i DOZP se setkáváme s nejčteněji hodnocenou položkou „*s tím, co vlastním jsem...*“ (spokojenost u 85,83 % respondentů z CHB, u osob z DOZP 81,67 %). Zajímavým prvkem byla vyjadřovaná *částečná nespokojenost* promítající se v obavách o své *budoucí zajištění* zejm. finanční ve stáří. Tato obava se naplnila u 45 % respondentů z DOZP, což koresponduje s 35 % částečnou nespokojeností s budoucími *možnostmi výdělku* a 22,5 % částečnou nespokojeností s *dosavadním příjmem/platem*. Výsledky poukazují na jednu ze skutečností, se kterou jsme se během výzkumu setkali, a to je stárnutí populace, pobývajících v institucionální péči. V souladu s námi dokazovanými skutečnostmi jsou i výsledky Alceda, Fontanila, Solise et al. (2017) poukazující na blízkost a vzájemnou provázanost vyhodnocovaných potřeb v dané oblasti s dopady na životní spokojenost. Tato zjištění jsou v souladu i s tvrzeními Navase et al. (2014), Lehmann et al. (2013), kteří upozorňují na skutečnost ekonomických překážek právě u osob staršího věku, stejně jako na překážky sociální (architektonické překážky, participace na společenském životě apod.). Autoři zmiňují nutnost vytvoření sociální podpory a přirozených sítí, kdo se o tyto osoby v budoucnu postará, aby byla vytvořena potřebná jistota v případě, že nejsou zajištěni pečovatelé z řad rodinných příslušníků. Mimo jiné je i kladen důraz na odstranění předsudků a vymýcení mýtů

o stárnutí s cílem posílit začlenění těchto osob do společnosti, posílení jejich kompetencí, sebeurčení a pomoc při komunikaci s vnějším prostředím.

V oblasti *volného času* bylo zjištěno, že 93,69 % respondentů z CHB je spokojeno s volným časem a u respondentů z DOZP je to 52,62 % respondentů. Nejčteněji sycenou odpovědí respondentů z CHB byla spokojenost v 61,67 % s *kvalitou odpočinku, který danému respondentovi přináší dovolená*. Zajímavým poznatkem je například hodnocení výrazné nespokojenosti s *pestrostí volného času* u osob z DOZP v 70 %, přičemž u osob z CHB je v celkovém hodnocení *nespokojeno* pouze 5 % respondentů, tzn., že respondenti z DOZP mají možnost trávit volný čas dle svého uvážení, ale nejsou jim nabízeny různorodé aktivity a tento čas je tedy tráven spíše jednostranně. Problematika se vztahuje spíše k respondentům s vyšším věkem a ženského pohlaví. Nespokojeny jsou zejména ženy z *DOZP* (61,54 %) ve věkové kategorii 46-65 let; *spíše nespokojeny* (66,67 %) ženy ve věkové kategorii 66+ a muži z *DOZP* ve věkové kategorii 46-65 let (71,45 %). Alcedo, Fontanil, Solis et al. (2017) však upozorňují, že poskytování příliš mnoha možností také není ale nejlepší volbou, neboť je matoucí, abstraktní a může vést ke stresu a úzkosti, z čehož vyplývá, že by měly být nabízené aktivity úměrné nejen z hlediska četnosti, ale i volbě vzhledem k věku respondentů a jejich fyzickým a jiným možnostem.

Pro oblast *vlastní osoby* byla vykazována spokojenost u 71,79 % respondentů z CHB a u 66,19 % respondentů z DOZP (viz tab. 19). Tato oblast hodnotí jednotlivé schopnosti a dovednosti uživatele, zabývá se jeho individuálními názory a mapuje celkovou spokojenost se sebou samým. Nižší sebehodnocení je zachyceno u respondentů z CHB (19,5 %). Naopak respondenti z DOZP vykazují v tomto případě pro determinantu sebedvědomí lepších výsledků (13,45 %). U výroku *se způsobem života, jakým jsem doposud žil*, vykazuje souhlas s tímto 53,3 % respondentů z CHB, což značí předchozí zkušenost tj. nespokojenost se životem před odchodem z DOZP. Tato determinanta se projevuje u následujících skupin: nejvyšší četnost tj. *nespokojenost* vykazují ženy z CHB (65,22 %) ve věkové skupině 46-65 let. *Spíše nespokojeny* byly taktéž ženy z CHB ve věkové kategorii 26-45 let v procentuálním zastoupení 23,4 % (viz graf 5). U osob z DOZP jsou pochyby v této oblasti spojeny s částečnou nespokojeností determinující se ve výroku *s vlastními schopnostmi a dovednostmi jsem...*(33,33 %) (viz graf 4, graf 5). V této determinantě je nejčteněji zastoupena skupina mužů z DOZP (85,71 %) s vyjádřením *spíše nespokojen* ve věkové kategorii 66+. Tomuto výsledku se přiblížily také ženy z DOZP ve stejné věkové kategorii v procentuálním zastoupení 58,33 %.

S vyjádřením *nespokojen* je spojována ve 33,3 % skupina žen z DOZP ve věkové kategorii 66+. Z výsledků vyplývá, že nespokojenost v oblasti vlastní osoby zejména v hodnocení svých schopností a dovedností je spjata se střední až starší dospělostí, přičemž poměrové zastoupení mužů a žen je téměř shodné pro danou determinantu. Východiskem je tedy posilování kompetencí a motivace pracovníky DOZP. Paterson, McKenzie, Lindsay, (2012) upozorňují, že naše společnost se podílí na utváření náhledu a přístupu k osobám s mentálním postižením, skrze nějž se následně hodnotí i tyto osoby a utváří si tak vlastní sebepojetí. Výsledky ukazují, že pokud je člověku s mentálním postižením dána negativní zpětná vazba na jeho osobu, uvědomuje si tuto stigmatizaci, a to má dopad na jeho sebeúctu. V souladu s námi uváděnými výstupními daty jsou i autoři Alcedo, Fontanil, Soli set al. (2017), Morisse, Vandemaele et al.(2013) a Lehmann et al. (2013), kteří uvádí, že obyvatelé rezidenčních služeb tj. uživatelé s mentálním postižením DOZP vykazují vyšší tendenci problémů, potřeb a vyžadují jejich další řešení než ti, kteří žijí v samostatném (vlastním) bydlení. Pokud jde o věk a pohlaví, údaje ukazují, že obecně muži a starší lidé vnímají a naznačují zvýšené potřeby, problémy a vyžadují jejich řešení. Souhlasíme taktéž s následnými doporučeními, kdy dle autorů je důležitá podpora těchto osob v autonomii a pomoci při rozhodování, neboť v dané fázi života čelí uživatelé dvěma složkám potíží, a to potížím spjatými se stárnutím a potížím vztahujícími se k samotnému zdravotnímu postižení.

Oblast *přátel, známých a příbuzných* je u 85,95 % respondentů z CHB brána jako uspokojivá; u respondentů z DOZP je to pouhých 40,38 %, a u 41,55 % osob z DOZP je vykazována nespokojenost. Mezi nejčteněji zastoupené výroky (determinanty) s nimiž jsou spokojeni respondenti z CHB je *okruh známých* (47,50 %), dále spokojenost i pro oblast *kontaktu s příbuznými* (35,83 %), tu naopak respondenti z DOZP hodnotí jako spíše neuspokojivou (24,17 %). S *kontaktem se sousedy* je spíše spokojeno 40,83 % respondentů z CHB a spíše nespokojeno 35,83 % respondentů z DOZP. U výroku vztahující se k *pomoci a podpoře od známých* je nejčteněji hodnocenou odpovědí spokojenost ve 41,67 % u respondentů z CHB, respondenti z DOZP zaujímají neutrální postoj k danému, nejsou ani spokojeni-ani nespokojeni (50,83 %). U položky *k veřejným a spolkovým aktivitám* zaujímají respondenti z CHB spokojený přístup (44,17 %), respondenti z DOZP spíše spokojený přístup. S celkovou *společenskou angažovaností* je spokojeno 40 % respondentů z CHB, respondenti z DOZP opět zastupují nevyhraněný názor (26,67 %). Smysluplné přátelství a společenské vztahy kvitují jako důležité

determinanty emoční a fyzické pohody i Emerson, McVilly, 2004. Pocit vyplývající ze *samotné přítomnosti ve společnosti* je velmi zřetelný u respondentů z CHB, z nichž je spokojeno 62,50 % osob, zatímco 29,17 % respondentů z DOZP je spíše nespokojeno.

V dimenzi *přátele, známí, příbuzní* jsme detekovali tři stěžejní determinanty. Dvě z nich se týkají kontaktů (rodinných a sousedských), třetí je vztažena na oblast společenského života a celkově pobyt ve společnosti jako takové. V oblasti *kontaktů s rodinnými příslušníky, známými a dalšími* osobami zachycuje graf 6 v oblasti *velmi nespokojen* je nejvyšší četnost zaznamenána u žen z DOZP ve věkové kategorii 66+ (33,33 %) a věkové kategorii 46-65 let (30,77 %). Zajímavým poznatkem je skutečnost, že zastoupení jakékoli skupiny osob z CHB v oblasti nespokojenosti v této determinantě je naprosto minimální. *Nespokojeni* se vztahy jsou muži z DOZP ve věkové kategorii 26-45 let (92,31 %) a *spíše nespokojeni* muži z DOZP, ale z věkové kategorie 66+ (42,86 %). Stancliffe, Lankin (2007), Stancliffe, Keane (2000), Emerson, Robertson et al., (2000) zmiňují, že kontakt s rodinou je spojen s psychickou pohodou a má vliv na sociální začlenění osob s mentálním postižením, což bylo potvrzeno i námi doloženou determinantou. Bylo také doloženo, že přestěhováním se do komunitního typu bydlení, obnovilo kontakty s rodinou a rehabilitovalo dané vztahy, které mají tendenci zůstat v průběhu času již stabilními (Stancliffe, Lankin, 2007). To potvrzují i účastníci z kvalitativní části, kteří naznačili jisté problémy s rodinnými příslušníky, příbuznými apod. před odchodem do chráněného bydlení, přičemž většina z těchto vztahů je již v současné době urovnána (viz 6.2.6).

Determinanta ve *vztahu k sousedům* zachycuje vzájemné vztahy s okolím uživatelů s mentálním postižením. V hodnocení se jako *velmi nespokojen* vyjadřovaly ženy z CHB (34,78 %) ve věkové kategorii 46-65 let. *Spíše nespokojeni* byli muži z DOZP (57,14 %) ve věkové kategorii 66+ a obdobným způsobem se vyjádřili i muži z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let (54,29 %), stejně jako ženy z DOZP (50 %). Vysoká spokojenost respondentů z CHB s propojeností kvalitativní části nám ukazuje dostatečnou sycenost při vytváření přirozených sociálních sítí, kdy účastníci potvrzují navazování kontaktů nejen mezi sebou, ale i v rámci dalších chráněných bydlení, při hledání partnera apod. Vysoký počet přátel u uživatelů CHB vykazují i studie Emerson, McVilly (2004), Emerson, Robertson et al. (2000), která prezentuje i vyšší pravděpodobnost kontaktu se svými sousedy, možnostmi návštěv apod., přičemž jsou tyto vztahy hodnoceny jako vysoce stabilní.

Poslední hodnocenou a velmi důležitou determinantou související se socializací jedince je i výrok postihující skutečnost, jak *často se dostane uživatel do společnosti*. V této determinantě vyjádřila nejčteněji zastoupenou *nespokojenost* skupina mužů z DOZP ve věkové kategorii 26-45 let (46,15 %) a stejně tak ženy z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let (42,31 %). Spíše nespokojeno je 42, 86 % mužů z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let. Výsledky nám ukazují, že uživatelé z DOZP ve všech věkových kategoriích jsou nespokojeni s možností aktivně se zapojovat do dění v místě bydliště, aktivit daného města/vesnice apod. Kvalitativní část opět potvrdila dříve tvrzení, neboť participaci z kvalitativní části zmiňují předchozí zkušenosti s pobytem v institucionálním zařízení, četnost vycházek a program celého dne v zařízení. Jak podotýkají jednotliví respondenti v souladu se studií Morisse, Vandemaele (2013), tak osoby s mentálním postižením chtějí jít ve stopách osob bez jakéhokoli zdravotního postižení a mají stejné touhy jako lidé z většinové společnosti - žít normální život, tzn. mít partnera, práci a přátele.

Poslední hodnocenou oblastí je *bydlení*. Spokojenost s bytovou situací vykazuje 86,90 % a nespokojenost 10,36 % respondentů z CHB. U respondentů z DOZP je spokojeno v 67,14 %, a nespokojeno 13,81 % respondentů. U obou skupin tedy převažuje nadpoloviční spokojenost se současnou formou bydlení. Nejčteněji sycenou položkou byla v případě DOZP velká spokojenost s *dosažitelností dopravních prostředků* (60,83 %) a *spokojenost se stavem bytu* (51,67 %), pro 38,33 % respondentů z DOZP je vyhovující i *poloha bytu*. Tyto skutečnosti napovídají o konkrétních změnách probíhajících v rámci procesu humanizace pobytových zařízení, snižování lůžek z vysoce četných na 1-2 lůžkové, vytváření přirozenějších podmínek běžné formy bydlení aj., což znamená pro obyvatele těchto pobytových služeb vyšší komfort, tudíž i větší spokojenost.

Výsledky z kvantitativní i kvalitativní části jsou v souladu s výsledky studií, které provedli Chowdhury, Benson, (2011), z nichž vyplývá konzistentnost k pozitivním změnám v kvalitě života např. ve srovnání s institucionálním bydlením, kdy účastníci výzkumu mohli po přechodu do komunitního typu bydlení se více zapojovat do volnočasových aktivit, měli větší možnosti volby, docházelo zde také ke zvýšené interakci s personálem a dalšími obyvateli, ke zvýšené účasti na společenských akcích (výletech), čímž se zvýšila i celková úroveň kvality života a vnímání vlastní autonomie/důstojnosti.

Zvolené měrné nástroje (Dotazník kvality života a Dotazník životní spokojenosti) jsou aplikovatelné na širokou škálu respondentů zejména v pásmu lehké MR, ovšem u jiných skupin osob, či osob s nižším stupněm mentální retardace, považujeme za nevhodné užití měrného nástroje Dotazníku životní spokojenosti. Tento dotazník je sestaven pro většinovou společnost a obsahuje množství abstraktních, hůře uchopitelných pojmů, kterým by tázaná osoba nemusela porozumět. Vzhledem ke skutečnosti, že dotazník neumožňuje proxy odpovědi ani jiné možné formulace, nedoporučujeme jej jako hlavní výzkumný nástroj pro zjišťování životní spokojenosti u osob s mentálním postižením.

Výzkumu smíšeného designu, který byl realizován skrze dotazníkovou šetření jako kvantitativní metody, se zúčastnilo 240 respondentů s mentálním postižením. Focus group jako kvalitativní metody se zúčastnilo dalších 14 osob s mentálním postižením z chráněných bydlení, přičemž subjektivní názory participantů ukazují aktuální prožitky na úrovni psychosociálních dimenzí. Chráněná bydlení a domovy pro osoby se zdravotním postižením byly vybrány z Olomouckého, Zlínského, Moravskoslezského a Jihomoravského kraje. Výsledky a závěry vyplývající z výzkumu jsou tedy pouze lokálně platné a nelze je generalizovat na celou populaci osob s mentálním postižením na území celé ČR. Řada výstupů je interpretována směrem k teorii.

Zkoumáním psychosociální dimenze kvality života u osob s mentálním postižením jsme skrze deskripci teoretické i empirické části dospěli k analýze, statistickému ověření a interpretaci získaných dat. Na základě diskuse dílčích cílů můžeme považovat hlavní cíl práce za splněný. Domníváme se, že předkládaná práce přispěje k rozšíření teoretické platformy specifických otázek kvality života a životní spokojenosti osob s mentálním postižením s akcentem na aktuální procesy transformace, deinstitucionalizace a zejména pak v celospolečenském kontextu inkluzivních tendencí, spadající svým zaměřením do oblasti speciálněpedagogické andragogiky. Aplikační možnosti výsledků výzkumu je možné spatřovat jak v oblasti speciálněpedagogické teorie, ve smyslu rozšíření teoretické báze speciálněpedagogické dimenze kvality života, tak rovněž v oblasti speciálněpedagogické praxe s odrazem v optimalizaci intervence a zvýšení subjektivní kvality života osob s mentálním postižením. Objektivní přínos spatřujeme pro sociální oblast tedy zainteresované pracovníky sociálních služeb, kteří s osobami s mentálním postižením pracují. Informace mohou zároveň v teoretické rovině posloužit k pregraduální přípravě speciálních i sociálních pedagogů, či sociální pracovníků a jim podobných oborů.



## 7.2 Doporučení pro praxi

Na základě deskripce, analýzy, interpretace a diskuse k jednotlivým cílům uvádíme doporučení pro praxi, která se vztahují k námi řešené problematice psychosociální dimenze kvality života u osob s mentálním postižením. Jednotlivé výstupy směřujeme na několikero stran.

První doporučení se vztahují k poskytovatelům, sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách. Pro obě skupiny uživatelů z chráněného bydlení i domovů pro osoby se zdravotním postižením je důležitá podpora pracovníků, jako pilíře posilujícího autonomii uživatele s mentálním postižením. Zvyšování samostatnosti, posilování kompetencí a předávání zodpovědnosti podporuje uživatele a přináší pozitivní dopady na kvalitu jeho života. Zároveň tyto determinanty podněcují iniciativu uživatele v oblasti jeho vlastního rozvoje. Pracovníci by měli v rámci obou služeb uplatňovat partnerský přístup k uživatelům s MP, podporovat je v individuálním rozvoji, rozšiřovat potřebné příležitosti a podpořit je při realizaci a dosahování osobních cílů. V rámci DOZP by se měli pracovníci zaměřit zejména na humanizaci daného prostředí, které by co nejvíce mělo simulovat prostředí běžné domácnosti, ovšem nikoli nahrazovat prostředí rodinné (tzn. nahrazovat členy rodiny), což uživatelé následně očekávají i v „přátelském“ duchu od pracovníků chráněného bydlení, v konečném důsledku představující jako jedno z úskalí nedostatečné připravenosti přechodu uživatelů s MP do jiné formy bydlení. Pracovníci DOZP by měli také cíleně nabízet nové činnosti a aktivity a posilovat motivaci uživatelů, stejně jako usilovat o aktivní zapojení uživatelů do hodnocení svých činností a výsledků. Směrem k dopadu pozitivních účinků transformace a zajištění její úspěšnosti, je potřeba, aby bylo k uživatelům přistupováno z určitého hlediska na základě dílčích kroků, které jsou v souladu s transformačními záměry. Pracovníci by měli klást důraz na přání uživatelů z DOZP, vyhodnocovat potřebnou podporu pro přechod z „ústavní“ služby do komunitní. Uživatelé po opuštění DOZP mohou pociťovat psychické obtíže, noční můry, depresivní stavy a i z tohoto důvodu je nutné více pracovat na postupném přechodu do služby komunitní. Tomu lze předcházet dostatečným seznámením se s novým prostředím, které se může uskutečnit i skrze předání zkušeností uživatelů z chráněného bydlení, kteří tuto službu již např. po dobu jendoho roku využívají a dokáží na základě vlastních zkušeností seznámit své vrstevníky s novým prostředím. Pracovníci DOZP by měli zajistit nezbytnou míru podpory pro samostatné rozhodování uživatele o vlastním životě tzv. zplnomocnit, aby se mohl aktivně podílet na rozhodnutí, kde a jak chce a bude žít. Pracovníci by měli

užívat ke své práci různé formy práce, seznamovat uživatele s komunitní službou, zajistit potřebnou přípravu a podporu uživatele při následném stěhování.

Směrem k poskytovatelům je nesmírně důležité, aby v dané lokalitě, kam bude služba směřována, či bude vznikat, nebylo přítomno negativní vnímání osob s mentálním postižením. Jako vhodná forma se jeví rozptýlené bytové zástavby (chráněná bydlení, podpora samostatného bydlení). Organizace pravidelných osvětových činností pro veřejnost, na níž se mohou blíže seznámit s danou problematikou. Aktivně komunikovat s okolím, kam se uživatelé budou stěhovat. Dbát na zvyšování kompetencí pracovníků, a tím se aktivně podílet na zajištění potřebné kvality dané služby.

Směrem k veřejnosti doporučujeme být otevřen svým přístupem dané problematice, snažit se aktivně zapojit do dění, které nově vznikající služba nabízí, např. možnost účastnit se sousedského setkání, seznámit se s obyvateli CHB apod. Neomezovat se na vnímání předsudků a jistých předpojatých výroků, hledat informace a soustředit svou pozornost na danou problematiku.

Směrem k uživatelům s mentálním postižením je nutné posilovat jejich autonomii. Uživatelé by měli mít možnost se v CHB svobodně rozhodovat v oblasti běžných denních záležitostí, ve volnočasových aktivitách, ve využívání návazných služeb, v oblasti příjmu návštěv. Znat svá práva a povinnosti. Skrze danou službu se osobně rozvíjet a profesně růst. Využít spolupráci s návaznými službami a možnost zapojení se do různých aktivit mimo chráněné bydlení. Mít svobodu pohybu a uplatňovat toto své právo, neboť vede k možnosti si přirozeně vytvářet síť přátel, komunikovat se sousedy, věnovat se aktivitám v obci apod. Nejen při přechodu v období dospělosti z DOZP do CHB je nutná podpora a pomoc v oblasti směřování životní cesty při změně formy bydlení, neboť tato změna představuje jeden ze stresových faktorů, s nímž si uživatelé s mentálním postižením neumí poradit. Uživatelé se dostávají do konfrontace s nově nabytou svobodou, což může v počátcích způsobit problémy. Dostatečná podpora a poradenství jsou nezbytné k tomu, aby se dokázali s tímto přechodným stavem vyrovnat.

Směrem ke studentům a dalším odborníkům ve vědecké sféře. Zde doporučujeme primárně odkaz na pregraduální přípravu těchto studentů v oblasti problematiky osob s mentálním postižením, přičemž klást důraz na problematiku kvality života v kontextu psychosociálního pojetí, procesy transformace a preferenci přístupu zaměřeného na člověka. V oblasti vědy a výzkumu doporučujeme zaměřit se na longitudinální studie při

hledání negativních projevů, přenosu institucionalizovaných prvků chování pracovníků do služeb komunitního typu a jejich eliminaci. Podporovat další vědecké výzkumy pro danou oblast a zaměřit se na jejich užší zkoumání. Stěžejním zůstává preference multioborové a multidisciplinární spolupráce.

### 7.3 Limity studie

Vzhledem k zaměření práce, je potřebné věnovat pozornost limitům práce, které mohly ovlivnit realizaci výzkumu a následnou interpretaci dat. Limity spatřujeme v určitých oblastech, a to:

*a) na straně výzkumníka*

- a. téma bylo pojato velmi obsáhle (organizační zajištění, prvotní zkušenost autorky s tímto typem výzkumu)
- b. do procesu vstupuje mnoho proměnných (osobnost výzkumníka, pracovní vytíženost, zdravotní stav výzkumníka X očekávání, přání, hodnoty X možnosti, realita)
- c. náročnost při zajištění sycenosti vzorku osobní přítomností na výzkumu
- d. kvalita interpretovaných dat
- e. do budoucna vhodná longitudinální studie v rámci komparace dané problematiky (např. uživatelé DOZP po 5 letech/před odchodem z DOZP a po usazení se v CHB)

*b) na straně respondentů/participantů*

- a. aktuální psychické rozpoložení, nálada, či zdravotní stav apod., jež se mohou projevit v negativním hodnocení
- b. obava z porušení anonymity
- c. možnost nepochopení některých položek dotazníku

*c) na straně metodologie výzkumu*

- a. smíšený design
- b. výzkumný soubor

## ZÁVĚR

Cílem disertační práce „Psychosociální dimenze kvality života osob s mentálním postižením v chráněném bydlení“ byla hloubková analýza a deskripce kvality života a životní spokojenosti u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením. Blíže byla daná problematika zaměřena na identifikaci signifikantních determinant v jednotlivých dimenzích, na celkovou úroveň kvality života a na vliv proměnných sociodemografických prvků (pohlaví, věk, typ bydlení) v kontextu kvality života osob s mentálním postižením. V oblasti životní spokojenosti byla zjišťována celková úroveň životní spokojenosti v jednotlivých dimenzích u dané cílové skupiny. Na základě kvalitativního výzkumu jsme se snažili identifikovat životní postoje osob s mentálním postižením z chráněného bydlení.

Disertační práce je členěna na dvě části. Pro část teoretickou je zaštiťujícím tématem kvalita života, od níž se dále odvíjí sociální služby v kontextu kvality života, a také problematika dospělosti osob s mentálním postižením. Kapitoly jsou na sebe chronologicky navázány a svým obsahem korespondují s empirickou částí práce.

Empirická část disertační práce prezentuje kvantitativní a kvalitativní výzkum, jehož se zúčastnily dospělé osoby s mentálním postižením z chráněných bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením, u nichž byly aplikovány dva měrné nástroje (*Dotazník kvality života a Dotazník životní spokojenosti*). U participantů z vybraných chráněných bydlení byla provedena v rámci kvalitativního výzkumu metoda focus group. Součástí metodologické části bylo stanovení cíle, hypotéz a výzkumných otázek, charakteristiky výzkumného souboru a analýzy procesu získávání dat. Na tuto část navázala analýza a interpretace získaných dat. V závěru pak diskuse s limity a doporučeními pro praxi, které shrnují oblast výzkumu.

Stanovený cíl práce i s jeho dílčími byl naplněn. V práci byly popsány jednotlivé determinanty jako proměnné v psychosociálních dimenzích, které mají vliv na socializaci jedince do většinové společnosti odrážející se právě v prožívané kvalitě života. Kvantitativní část prohloubila danou problematiku o postoje osob s mentálním postižením z chráněných bydlení skrze jejich interpretované názory. Kromě podnětů pro systémové změny, ať už v oblasti chráněného bydlení, ale zejména domova pro osoby se zdravotním postižením se v rámci výsledků setkáváme s limity v oblasti pracovníků těchto služeb, u nichž dochází k transferu nežádoucího chování kopírujícího přístup z institucionální péče, tedy popírající na osobu zaměřený přístup a jeho podporu. Pracovníci jsou však

uživateli považováni za stěžejní pilíř při jejich podpoře, a proto se domníváme, že by preventivním působením, dostatečným vzděláváním a osvětou bylo možné danému negativnímu transferu předcházet. Práce přináší informace o stále probíhajícím procesu transformace a jeho promítnutí se do kvality života osob s mentálním postižením a jejich postupný proces socializace. Informace také přináší nové skutečnosti zejména ve spojitosti se stárnutím populace v domovech pro osoby se zdravotním postižením a možná rizika, která mohou vyvstat při deinstitucionalizaci všech „ústavních zařízení“. S ohledem na danou problematiku, jež je v zahraničí řešena i výhledově několik desítek let, dá se s určitostí říci, že v rámci tuzemských podmínek jsme na samém počátku a čeká nás ještě dlouhá cesta.

Výsledky disertační práce mohou posloužit jako zdroj informací pro odborníky z dané oblasti, pro pregraduální přípravu studentů oborů speciální pedagogiky, sociální pedagogiky, sociální práce, poradenské pracovníky aj. Výsledky by mohly být rovněž vydány v rámci publikace. Ta by prezentovala nejen pohled na kvalitu života osob z chráněných bydlení, ale mohla by být cenným nástrojem v rukách sociálních pracovníků.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ - REFERENČNÍ SEZNAM

1. ADÁMEK, P., NĚMEC, O. Kvalita života a realizace principu rovných příležitostí na trhu práce. In *Acta Oeconomica Pragensia*. 2005, 13(8). ISSN 0572-3043.
2. ALBUQUERQUEA, C. et al. Quality of Life Perception in Mentally Handicapped Adolescents. In *Procedia - Social and Behavioral Sciences. 5th ICEEPSY International Conference on Education & Educational Psychology*. 2015, 16, pp. 268-275. ISSN 1877-0428.
3. ALCEDO, M. A., FONATANIL, Y., SOLIS, P., PEDROSA, I. People with intellectual disability who are ageing: Perceived needs assessment. In *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2017, 17, pp. 38-45. ISSN 1697-2600.
4. ARIAS, B., VERDUGO, M. A., NAVAS, P., GOMEZ, L. E. Factor struktura of the construct of adaptive behavior in children with and without intellectual disability. In *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2013, 13, pp. 155-166. ISSN 1697-2600.
5. BAJO, I., VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálně postihnutých*. 1. vyd. Bratislava: Sapeintia, 1994. ISBN 80-967180-1-0.
6. BANFALVY, A. Quality of life and unemployment: An empirical study about the effects of unemployment on people with disabilities in Hungary. In: GOODE, D. (ed.). *Quality of Life for Persons with Disabilities*. International Perspectives and Issues. Cambridge: Brookline Books, 1994. pp 126-133. ISSN 2157-3883.
7. BAROFF, G. S, OLLE, J. G. *Mental Retardation: Nature, Cause, and Management*. 3rd edition. Philadelphia: Brunner/Mazel, 1999. 497 p. ISBN 978-1583910016.
8. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7.
9. BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Paido 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.
10. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
11. BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. 1.vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.
12. BAZALOVÁ, B. *Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5930-6.

13. BEDNÁŘ, M. *Kvalita v sociálních službách*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-3069-0.
14. BELZ, H., SIEGRIST, M.. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-497-6.
15. BENDO VÁ, P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3854-3.
16. BENEŠ, M. *Andragogika*. 2. vyd. aktualiz. a rozš. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4824-5.
17. BIGBY, CH., FYFFE, CH. Tensions between institutional closure and deinstitutionalisation: what can be learned from Victoria's institutional redevelopment? In *Journal Disability & Society*. 2006, 21 (6), pp. 567–581. ISSN 1360-0508.
18. BINDER, M; COAD, A. Life satisfaction and self-employment: a matching approach. In *Small Business Economics*. 2013, 40 (4), pp. 1009-1033. ISSN 0921-898X.
19. BISWAS-DIENER, R., DIENER, E., TAMIR, M. The psychology of subjective well-being. In *Deautilus*. 2004, 133 (2), pp. 18-25. ISSN 0011-5266.
20. BLATNÝ, M. Osobnostní determinanty sebehodnocení a životní spokojenosti: Mezipohlavní rozdíly. *Československá psychologie*. 2001, 45 (5), 385-392. ISSN 0009-062X.
21. BLATNÝ, M., DOSEDLOVÁ, J., KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. a kol. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Svazek č. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 109 s. ISBN 80-86633-35-7.
22. BLAŽKOVÁ, A. a kol. *Metodika podpory sociálních dovedností, aneb Jak připravit a vést kurzy sociálních dovedností pro lidi s mentálním postižením*. Praha: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, 2011. ISBN 978-80-260-0446-2.
23. BODNER, E., COHEN-FRIDEL, S., YARETZKY, A. Perceived quality of life and ageism among elderly people living in sheltered housing and in the community. In *European Psychiatry*. 2011, 26 (1), pp. 1172. ISSN 0924-9338.
24. BONHAM, G. S., BASEHART, S., SCHALOCK, R. L., MARCHAND, C. B., KIRCHNER, N., RUMENAP, J. M. Consumer-Based Quality of Life Assessment: The Maryland Ask Me! Project. In *Mental Retardation: A Journal of Practices, Policy and Perspectives*, 2004, 42 (5), pp. 338-355. ISSN 0047-6765.

25. BOUDON, R. et al. *Sociologický slovník*. 1. čes. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 253 s. ISBN 80-244-0735-3.
26. BRATHOVÁ, J., MACH. P. *Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení*. 1. vyd. Praha: Národní centrum pro podporu transformace, 2012. 51 s. ISBN neuvedeno.
27. BRATU, M., VERZA, F. FOLOSTINA, R.. Assessing the impact of large residential institutions on the quality of life of mentally retarded people. In *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012 (33), pp. 692-696. ISSN 1877-0428.
28. BUCHTOVÁ ŠMAJSOVÁ, B. Psychologie a nezaměstnanost. Zkušenosti a praxe. In: *Sborník referátů z mez. konference 24. 6. 2004*. Brno: ESF MU, 2004. s. 56-67. ISBN 80-210-3457-2.
29. BURIÁNEK, J. *Sociologie*. 1.vyd. Praha: Fortuna, 2001. 127 s. ISBN 80-7168- 754-5.
30. CALDERÓN, J. L., BAKER, R. S., WOLF, K. E. Focus Groups: A qualitative Method Complementing Quantitative Research for Studying Culturally Diverse Groups. In *Education for Health*. 2000, 13(1), pp. 91-95. ISSN 1469-5804.
31. CAMPBELL, A., CONVERSE, P. E., RODGERS W. L. The quality American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction. In *Canadian Journal of Political Science*. New York: Russel Sage Foundation, 1976, 10 (74), pp. 875-877. ISBN 978-0-87154-194-9.
32. CANDACE A. S., GATZ, M. Cross-sectional Age Differences and Longitudinal Change on the Bradburn Affect Balance Scale. In *Journal of gerontology*. 1991, 46 (2), pp. 76-78. ISSN 0022-1422.
33. CASTLES, E. E. *"We're People First:" The Social and Emotional Lives of individuals with mental retardation*. 1. vyd. Westport: Praeger Publishers, 1996. 211 s. ISBN neuvedeno.
34. CUMMINS R. Objective and subjective quality of life: An interactive model. In *Social Indicators Research*. 2000, 52 (1), pp. 55-67. ISSN 0303-8300.
35. CUMMINS R., GULLONE E., LAU A. *A model of subjective well-being homeostasis: the role of personality*. Ipswich: ECONIS, 2002, pp. 7-46. ISBN 978-94-010-0271-4. CUMMINS, R. A., DZUKA, J., ARITA B. Y. A comparison of the Personal Wellbeing Index in Slovakia, Mexico, and Australia. In: *Abstracts Challenges for Quality of Life in Contemporary Societies. Fifth Conference of the*



- International Society for Quality-of-Life Studies*. Germany: Frankfurt, 2003, July 20-24, p. 30. ISBN 978-1-4020-2903-5. ISSN 1387-6570.
36. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2
  37. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
  38. ČEBIŠOVÁ, R a kol. *Dobrá praxe opatrovnictví a poskytování podpory při právních úkonech a při rozhodování*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-053-2.
  39. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2008. 220 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
  40. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2015. 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.
  41. ČERNÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychopedie: Skriptum pro posl. ped. fak. Univ. Karlovy*. 1. vyd. Praha, 1982. 95 s. ISBN nevedeno.
  42. DIENER, E., RYAN, K. Subjective well-being: A general overview. In *South African Journal of Psychology*. 2009, 39, pp. 391–406. ISSN 00812463.
  43. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace. K otázkám psychologie mentální retardace*. 1. vyd. Praha, 1973. ISBN nevedeno.
  44. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. a kol. *SQUALA. Subjective Quality of Life Analysis*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
  45. DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. Měření kvality života v sociální psychiatrii. In *Česká a slovenská psychiatrie (časopis psychiatrické společnosti)*. 1997, 93 (8),
  46. s. 423-432. ISSN 0069-2336.
  47. DUFFKOVÁ, J. Pojetí kvality života v současné nemarxistické sociologii. In *Sociologický Časopis / Czech Sociological Review*. 1986, 2, s. 153. ISSN 0038-0288.
  48. DŽUKA, J. (ed.). *Psychologické dimenzie kvality života*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita, 2004. ISBN 80-8068-282-8.
  49. EMERSON, E. McWILLY, K. Friendship activities of adults with intellectual disabilities in supported accomodation in Nothern England. In *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2004, 3(17), pp. 191-197. ISSN 1468-3148.

50. EMERSON, E., ROBERTSON, J., GREGORY, N., HATTON, C., KESSISSOGLOU, S., HALLAM, A., KNAPP, M., JÄBRINK, K., WALSH, P. N., NETTEN, A. Quality and costs of community-based residential supports, village communities, and residential campuses in the United Kingdom. In *American Journal on Mental Retardation*. 2000, 105 (2), pp. 81-102. ISSN 0895-8017.
51. FAHEY, A., WALSH, P. N., EMERSON, E., GUERIN, S. Characteristics, supports, and quality of life of Irish adults with intellectual disability in life-sharing residential communities. *Journal of intellectual and developmental disability*. 2010, 35(2), pp. 66-76. ISSN 1934-9556.
52. FAHRENBERG, J., MYRTEK, M., SCHUMACHER, J. BRÄHLER, E. In RODNÝ, T., RODNÁ, K. *Dotazník životní spokojenosti*. 1. vyd. Praha: Testcentrum, 2001. ISBN 80-8647-116-0.
53. FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 136 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2480-5.
54. FELCE, D., PERRY, J. Quality of life: Its definition and measurement. In *Research in Developmental Disabilities*. 1995, 16 (1), pp. 51-74. ISSN 0891-4222.
55. FINKOVÁ, D., LANGER, J. a kol. *Determinanty inkluze osob se zdravotním postižením*. 1.vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2014. ISBN 978-80-244-4303-4.
56. FIRKOWSKA-MANKIEWICZ, A. Jakość życia osób niepełnosprawnych intelektualnie – prezentacja QOL-Kwestionariusza Jakości Życia. In *Sztuka leczenia*. 1999, 5(3), 15-21. ISSN 1234-7175.
57. FISCHER, S. a kol. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. 299 s. ISBN 978-80-7387-792-7.
58. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
59. FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s postižením*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-150-1.
60. FRANIOK, P. *Speciální pedagogika - vybrané problémy*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2006. 63 s. ISBN 80-7368-161-6.
61. FRANIOK, Petr., KYSUČAN, Jaroslav. *Psychopedie*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita 2002. 57 s. ISBN 80-7042-247-5.

62. FURMANÍKOVÁ, L., HAVRDOVÁ, Z., TOLLAROVÁ, B., VRZÁČEK, P. K fenoménu vůdcovství: Kým a jak je iniciován a veden proces transformace pobytových sociálních služeb. In *Sociální práce: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. 2013, 13 (1), s. 49-60. ISSN 1213- 6204.
63. GAJDOŠ, P. *Člověk, společnost, prostředí: vybrané problémy priestorovej sociológie*. 1.vyd. Bratislava: Sociologický ústav SAV, 2002. 374 s. ISBN 80-855444-15-6.
64. GÁL, F., MESEŽNIKOV, G., KOLLÁR, M. (eds.). *Vízia vývoja SR do roku 2020*. Bratislava: Veda, 2002. 267 s. ISBN 80-88935-42-3.
65. GALLAGHER, M., WAITE, L. J. *The case for marriage: why married people are happier, healthier, and better off financially*. 1.vyd. New York: Doubleday, 2000. 260 s. ISBN 978-0767906-32-6.
66. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vyd. rozš. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
67. GOFFMAN, E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. 1th.ed. Chicago: Aldine Publishing Company, 1963. ISBN neuvedeno.
68. GOFFMAN, Erving. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. 1th. ed.. Harmondsworth, 1973. ISBN neuvedeno.
69. GOMEZ, L., ARIAS, B., VERDUGO, M., NAVAS, P. Application of the Rasch rating scale model to the assessment of quality of life of persons with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2012, 37(2), 141–150. ISSN 1366-8250.
70. GOODE, D. A. *Quality of life for persons with disabilities: International perspectives and issues*. 1th. edition. Cambridge, MA, US: Brookline Books, 1994. ISBN 0-914797-92-1.
71. GREENSPAN, S., SHOULTZ, B. Why mentally retarded adults lose their jobs: Social competence as a factor in work adjustment. In *Applied Research in Mental Retardation*. 1981, 2 (1) pp. 23-28. ISSN 0270-3092.
72. GREGG, N. *Adolescents and adults with learning disabilities*. 1th. ed. New York: Guilford Publications. 2009. ISBN 978-1-60623-034-3.
73. HALÁSKOVÁ, R. *Význam standardizace sociálních služeb době jejich liberalizace*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2013, s. ISBN 978-80-7416-118-6.

74. HALL, S. A. *The social inclusion of young adults with intellectual disabilities: A phenomenology of their experiences*. 1. vyd. Lincoln: The University of Nebraska. ProQuest Dissertations Publishing, 2010. 3397187.
75. HAMLIN, A., OAKES, P. Reflections on Deinstitutionalization in the United Kingdom. In *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2008, 5 (1), pp. 47–55. ISSN 1741-1130.
76. HAMPLOVÁ, D. Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. In *Sociologický časopis*. 2006, 1 (42), s. 35-55. ISSN 0038-0288.
77. HANÁK, P. a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga při aplikaci podpůrných opatření u žáků s mentálním postižením nebo oslabením kognitivního výkonu*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4452-9.
78. HANSON, L., MIDDELBOE, T., SERGAARD K.W., BENGTSSON-TOPS, A., BJARNASON, O., MERINDER, L., SANDLUND, M., KORKEILA, J., VINDING, H. R. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. In *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2002, 106 (5), pp. 343-350. ISSN 1600-0447.
79. HANSSON, L., MIDDELBOE, T., SORGAARD, K. W. BENGTSSON-TOPS, A., BJARNASON, O., MERINDER L., NILSSON, L., SANDLUND, M., KORKEILA, J. Vinding HR. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. In *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2002, 106, pp. 343–350. ISSN 1600-0447.
80. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
81. HATTIE, J. A., MYERS, J. E., SWEENEY, T. J. Factor Structure of Wellness: Theory, Assessment, Analysis, and Practice. In *Journal of Counseling & Development*. 2011, 82 (3). ISSN 1556-6676.
1. HAVRDOVÁ, Z., PROCHÁZKOVÁ, M. Sledování změn v prožívání pracovníků v průběhu zavádění individuálního plánování služby v pobytovém zařízení pro seniory. In *Sociální práce*. Ostrava: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2011, 3 (1), s. 67–76. ISSN 1213-6204.
82. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. přeprac. a rozš. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

83. HNILICA, K. Diagnóza a věk moderují vztah mezi zdravím, emočním životem a spokojeností se životem. In *Československá psychologie*. 2006, 1 (6), s. 484-506. ISSN 0009-062X.
84. HNILICA, K. Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem. In *Československá psychologie*. 2004, 48 (3), s. 193-202. ISSN 0009-062X.
85. HOLÁSKOVÁ, K. a kol. Dospělost. In ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. 3.vyd. upr.. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.
86. CHALOUPKOVÁ, S. *Analýza školních vzdělávacích programů a vyučovacího procesu na základních školách praktických v České republice*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5646-6.
87. CHOWDHURY, M., BENSON, B. A. Deinstitutionalization and Quality of Life of Individuals With Intellectual Disability: A Review of the International Literature. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2011, 8, pp. 256–265. ISSN 1741-1130.
88. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu – základy kvantitativního výzkumu*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
89. JACKSON, R., LYONS, M. *Community Care and Inclusion for People with and Intellectual Disability*. 1th ed. Edinburgh: Floris Books, 2016. 240 p. ISBN 978-178250-333-0.
90. JAHODA, A., MARKOVA, I. Coping with social stigma: people with intellectual disabilities moving from institutions and family home. In *Journal of Intellectual Disability Research*, 2004, 48, pp. 719–729. ISSN 0964-2633.
91. JAKABČIČ, I., POŽÁR, L. *Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých*. 1 vyd. Bratislava: IRIS, 1995. ISBN 80-88778-11-5.
92. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
93. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Triton 2001. ISBN 80-7254-192-7.
94. JANSMA, P., FRENCH, R.. W. *Special Physical Education: Physical Activity, Sports and Recreation*. 2nd edition. Englewood Cliffs: New Jersey, Prentice-Hall College, 1994. ISBN 978-0138270568.

95. JENARO, C. et al. Cross-cultural study of person-centred quality of life domains and indicators: a replication. In *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005, 49 (10), pp. 734. ISSN 0964-2633.
96. JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. 1 vyd. Praha: Comenia Consult. 1995. ISBN neuvedeno.
97. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
98. JOHNOVÁ, M. a J. STRNAD. *Hodnocení kvality sociálních služeb a ochrana práv*
99. JOHNSTON, R. J., GREGORY, D., SMITH, D. M. *The Dictionary of Human Geography*. 3th ed. Malden: Blackwell Publishers, 1994. pp. 684. ISBN 978-1-4051-3288-6.
100. JOMBÍKOVÁ, E., KOVÁČ, D. Optimism and quality of life in adolescents – Bratislava secondary school students. *Studia psychologica*. 2007, 49 (4), pp. 347-356. ISSN 1642-2473.
101. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1 vyd. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
102. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Komunikace a stres*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. ISBN 80-7071-246-5.
103. KEF, S., DEKOVIĆ, M. The role of parental and peer support in adolescents well-being: a comparison of adolescents with and without a visual impairment. In *Journal of Adolescence*. 2004, 27 (1), pp. 453-466. ISSN 0140-1971.
104. KENNEDY, C. H., HOMER, R. H., NEWTON, J. S. Social contacts of adult with severe mental retardation living in the community: a descriptive analysis of relationship patterns. In *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*. 1989, 14 (6), pp. 190. ISSN 0749-1425.
105. KILLSPY, H., PRIEBE, S., BREMNER, S., McCrone, P., DOWLING, S., HARRISON, I., KROTOFIL, J. et al. Quality of life, autonomy, satisfaction, and costs associated with mental health supported accommodation services in England: a national survey. In *The Lancet Psychiatry*. 2016, 3(12), pp. 1129-1137. ISSN 2215-0366.
106. KIM, J., HATFIELD, E. Love Types and Subjective Well-Being: A Cross - Cultural Study. In *Social Behavior and Personality*. 2004, 32, pp. 173-182. ISSN 1179-6391.

107. KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.
108. KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, I., VÝROST J. (eds.). *Aplikovaná sociální psychologie: sociálněpsychologický výcvik III*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 224 s. ISBN 80-247-0180-4.
109. KORTUSOVÁ, M., ed. *Česká republika v Evropské unii: proměny a inspirace: sborník příspěvků z konference Centra pro sociální a ekonomické strategie Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze, 2.-3. listopadu 2006 v Praze*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie, 2007. 130 s. ISBN 978-80-239-9568-8.
110. KOVÁČ, D. Kvalita života - naliehavá výzva pre vedu nového storočia. In *Československá psychologie*. 2001, 45 (1), pp. 34-44. ISSN 0009-062X.
111. KOWALIK S. Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. In KOWALIK S, ZNIGNIEW, Z., DLUZEWSKA-MARTYNIĘC, W.
112. *Rozwiązywanie problemów życiowych mieszkańców domów pomocy społecznej*. Jarogniewice: Materiały Stowarzyszenia Przyjaciół i Sympatyków Domu Pomocy Społecznej w Jarogniewicach i Katedry Kultury Fizycznej Osób Niepełnosprawnych AWF w Poznaniu. Poznań: Stowarzyszenie Przyjaciół i Sympatyków Domu Pomocy Społecznej, 1998, 3, pp. 9-29. ISBN 978-839-0522-029.
113. KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. 1 vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2005. 76 s. ISBN 80-244-0991-7.
114. KOZÁKOVÁ, Z., KREJČÍŘOVÁ, O., MÜLLER, O. 1. vyd. *Charakteristika dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. ISBN 978-80-244-3712-5.
115. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. ISBN 978-80-7263-748-5.
116. KREJČÍŘOVÁ, O., TREZNEROVÁ, I. *Sociální služby*. 1 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3692-0.
117. KREJČÍŘOVÁ, O., VALENTA, M.. *Psychopedie*. 1 vyd. Olomouc: Netopejř, 1997. ISBN 80-902057-9-8.
118. Kritéria komunitní sociální služby. In *Sociální práce (Příloha)*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2013, 13(1), s. 25-27. ISSN 1213-6204.

119. KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života: Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. In *Sborník příspěvků z konference v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy. 2004, s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.
120. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
121. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
122. KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Pohybová aktivita mentálně postižených*. 1.vyd. Praha: Národní centrum podpory zdraví, 1992. ISBN 80-201-0019-9.
123. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2 vyd. aktual. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
124. LAKIN, CH. K., STANCLIFFE, R. J. Residential supports for persons with intellectual and developmental disabilities. In *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 2007, 13, s. 151-159. ISSN 1940-5529.
125. LAŠEK, J. Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů. In *Československá psychologie*. 2004, 48 (3), s. 215-224. ISSN 0009-062X.
126. LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladá dospělost*. 1 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4
127. LEHMANN, B. A., BOS, A. E. R., RIJKEN, M., CARDOL, M., PETERS, G. J. Y., KOK, G. CURFS, L. M. G. Ageing with an intellectual disability: The impact of personal resources on well-being. In *Journal of Intellectual Disability Research*. 2013, 57, pp. 1068-1078. ISSN 1934-9556.
128. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1 vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
129. LEWIS, M. eds. *Handbook of Emotions*. 1th ed. New York: The Guilford Press, 2000. 928 s. ISBN 978-14625-253-48.
130. LINHART, J., ed. *Velký sociologický slovník*. Sv. 1. Praha: Karolinum, 1996. 747 s. ISBN 80-7184-164-1.
131. LINHART, J., ed. *Velký sociologický slovník*. Sv. 2. Praha: Karolinum, 1996. 1627 s. ISBN 80-7184-310-5.
132. LUCAS, R. E., CLARK, A. E., GEORGILLIS, Y., DIENER, E. Unemployment Alters the Set Point for Life Satisfaction. In *Psychological Science*. 2004, 15 (1), pp. 8-13. ISSN 2167-7026.



133. LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. 1 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 206 s. ISBN 978-80-244-3286-1.
134. MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.
135. MAREŠ, J., MAREŠOVÁ, J. Bolest a kvalita života u dětí. In *Bolest*. 2004, 7 (4), s. 215-223. ISSN 0555-5574.
136. MARRONE, J. Creating positive vocational outcomes for people with severe mental illness. In *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993, 17(2), pp. 43-62. ISSN 1559-3126.
137. MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. a kol. *Velký sociologický slovník*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.
138. MASLOW, A. H. A Theory of Human Motivation. In *Psychological Review*. 1943, 50 (4), pp. 370-396. ISSN 1492-3713.
139. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 1 vyd. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
140. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
141. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Slon, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
142. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
143. MATULAY, K a kol. 1, vyd. *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta,n.p., 1986. 336 s. ISBN 70-077-86.
144. INCLUSION EUROPE. *Rovnost práv pro všechny!: Přístup lidí s mentálním postižením k právům a spravedlnosti* Brussels: Inclusion Europe, 1, 2005, s. 1-38. ISBN 2-87460-028-8.
145. MICHALÍK, J. a kol. *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2957-1.
146. MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
147. MICHALÍK, J. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením - kvalita života*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3643-2.

148. MICHALÍKOVÁ, S.; MIŠOVÁ, I. *Ludské práva lidí s mentálním postihnutím*. 1 vyd. Bratislava: Národná správa SR, 2003. ISBN neuvedeno.
149. MICHALOS, C. A. et al. Health and the Quality of Life. In *Social Indicators Research*. 2000, 51 (3), pp. 245-286. ISSN 0303-8300.
150. MILNER, P., KELLY, B. Community participation and inclusion: people with disabilities defining their place. In *Disability & Society*. 2009, 24 (1), pp. 47-62. ISSN 1360-0508.
151. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál transformace ústavů*. 1 vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.
152. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
153. MOLEK, J. *Marketing sociálních služeb*. 1 vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-026-4.
154. MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 1 vyd. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-20-6.
155. MORGAN, L. D. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. 1 vyd. Boskovice: Sdružení SCAN, 2001. ISBN 80-85834-77-4.
156. MORISSE, F., et al. Quality of life in persons with intellectual disabilities and mental health problems: An explorative study. In *The Scientific World Journal*. 2013. ISSN 2356-6140.
157. MORISSE, F., VANDEAMELE, E., CLAES, C., CLAES, L., VANDEVELDE, S. Quality of Life in Persons with Intellectual Disabilities and Mental Health Problems: An Explorative Study. In *The Scientific World Journal*, 2013, 13(1), pp. 8. ISSN 2356-6140.
158. MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0207-6.
159. MURGAŠ, F. Regionálna diferenciácia kvality života na Slovensku. In *Regionální studia*. VŠE: Praha. 2008, 2, 13–21. ISSN 1803-1471.
160. NELB SINECKÁ, J. Nahlédnutí za zeď: Deinstitutionalizace lidí s autismem za komunismu a po roce 1989 v narativech rodičů. In *Sociální práce*. Ostrava: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2013, 13(1), 37-48. ISSN 1213-6204.
161. NOBLE, J. H. Jr., CONLEY, R.W. Accumulating Evidence on the Benefits and Costs of Supported and Transitional Employment for Persons with Severe

- Disabilities. In *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. 2016, 12, 3, pp. 163 – 174. ISSN 21692408.
162. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1 vyd. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-197-5.
163. PACIONE, M. Urban environmental quality and human wellbeing - A social geographical perspective. In *Landscape and Urban Planning*. 2003, 65 (15), 1-2, pp. 19-30. ISSN 0169-2046.
164. PALÁN, Z. *Výkladový slovník vzdělávání dospělých*. 1 vyd. Praha: DAHA, 1997. ISBN 80-922232-1-4
165. PATERSON, L., MCKENZIE, K., LINDSAY, B. Stigma, Social Comparison and Self-Esteem in Adults with an Intellectual Disability. In *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2012, 25, pp. 166–176. ISSN 1468-3148.
166. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1 vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
167. PETRŮJ, J. *Komparace životních podmínek v krajích České republiky*. Praha, 2008. Diplomová práce. VŠE v Praze. Národohospodářská fakulta.
168. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1 vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
169. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido 2001. ISBN 80-7315-010-7.
170. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kariérové poradenství pro žáky se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2004. ISBN 80-86856-01-1.
171. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2 vyd., rozš. a přeprac. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
172. PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světě současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD 2006. ISBN 80-86633-40-3.
173. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd., přeprac. a rozš. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
174. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7689-1.

175. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., BARTOŇOVÁ, M., PANČOCHA, K., SLEPIČKOVÁ, L., ŘEHULKA, E., VAĐUROVÁ, H. *Social Inclusion of People with Intellectual Disabilities*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7726-3.
176. POTMĚŠILOVÁ, P., a kol. *Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-179-1.
177. PÖTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.
178. POŽÁR, L. *Základy psychologie lidí s postihnutím*. 1 vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, SAV veda, 2007. ISBN 978-80-8082-147-0.
179. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. 1 vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3960-1.
180. PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6.
181. RABOCH, J., HRDLIČKA, M., MOHR P., PAVLOVSKÝ, P., PTÁČEK, R.. *DSM-5 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. 1.vyd. Praha: Hogrefe-Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
182. RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1 vyd. Blansko: Hnutí Humanitární Pomoci, 2006. 55 s. ISBN 80-239-9547-2.
183. RAPLEY, M. *Quality of Life Research. A Critical Introduction*. 1th edition. London: Sage Publications, 2003. 286 pp. ISBN 0-7619-5457-0.
184. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
185. RESCHLY D. J., MYERS, T. G. HARTEL C. R. (ed.). *Mental Retardation: Determining Eligibility for Social Security Benefits*. Washington: National Academies Press, 2002. ISBN 0-309-08323-0.
186. ROBINSON, J. P., SHAVER, P. R. *Measures of Social Psychological Attitudes*. 1th edition. Oxford: England, University of Michigan: Institute for Social Research, 1973. ISSN 2214-6296.
187. ROMER, D., HELLER, T. Social adaptation of mentally retarded adults in community settings: A social ecological approach. In *Applied Research in Mental Retardation*. 1983, 4(4), pp. 303-314. ISSN 0270-3092.

188. RUISEL, I. *Základy psychologie inteligence*. 1 vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-425-7.
189. ŘEHULKA, E. ŘEHULKOVÁ, O. *Psychologické otázky adolescence: sborník příspěvků*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 2001. 141 s. ISBN 80-7326-001-8.
190. ŘÍČAN, P. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
191. SABOLOVÁ, K. *Rezidenční sociální práce na Slovensku a vo vybraných krajinách EU*. 1. vyd. Prešov: Michal Vaško, 2013. ISBN 978-80-7165-914-3.
192. SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1306-3.
193. SHERRILL, C.. *Adapted Physical Activity, Recreation, and Sport: Cross disciplinary and lifespan*. New York: McGraw-Hill companies, 2004. 783 p. ISBN 0-697-29513-3.
194. SCHALOCK, L. R., LEMANOWICZ, A. J., CONROY, W. J., FEINSTEIN, S. C. A multivariate Investigative Study of the Correlates of Quality of Life. In *Journal on developmental disabilities*. 1994, 3 (2), pp. 59-73. ISSN 0891-4222.
195. SCHALOCK, R. L. et al. Enhancing Personal Outcomes: Organizational Strategies, Guidelines, and Examples. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2008 (4), pp. 276-285. ISSN 1741-1130.
196. SCHALOCK, R. L. The concept of quality of life: what we know and do not know. In *Journal of Intellectual Disability Research*, 2004, 48 (3), pp. 203 – 216. ISSN 0964-2633.
197. SCHALOCK, R. L., BORTHWICK-DUFFY, S., BRADLEY, V. J. a kol. *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010. 350 s. ISBN 978-19-3530-404-3.
198. SCHALOCK, R. L.. *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. 1th ed. Washington DC: American Association on Mental Retardation. ISBN 0-940898-77-2. SCHUSTEROVÁ, N. Vzťah hodnot, cieľov a subjektívnej pohody. In *Československá psychologie*. 2007, 51, 1, 48-57. ISSN 0009-062X.
199. SIRGY, M. J., EFRATY, D., SIEGEL P., LEE, D. J. A New Measure of Quality of Work Life (QWL) Based on Need Satisfaction and Spillover Theories. In *Social Indicators Research*. 2001, 55 (3) pp. 241-255. ISSN 0303-8300.

200. SLÁVIK, M., GÁBOROVÁ, L. Niektoré aspekty kvality života súčasného človeka. In DŽUKA, J. (ed). *Psychologické dimenze kvality života*. 1 vyd. Prešov: Prešovská univerzita, 2004. 519 s. ISBN 80-8068-282-8.
201. SLOVÁČEK, L., JEBAVÝ, L. *Transplantace krvetvorných buněk a kvalita života*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2007. ISBN 978-80-87009-28-4.
202. SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLAŽEK, M., KAČEROVSKÝ, J. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In *Vojenské zdravotnické listy*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie JEP. 2004, 73, 1, 6–9. ISSN 0372–7025.
203. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
204. SOBEK, J. „Co je a co není chráněné bydlení, aneb nestavte chráněné bydlení na ústavní zahradě.“ In *Sborník Rašínovy vysoké školy*. 1 vyd. Brno: Rašínova vysoká škola, 2009. ISBN 987-80-87001-15-8.
205. SOBEK, J. a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portus, 2007. ISBN 978-80-239-9400-1.
206. SOCIÁLNÍ PRÁCE. Kritéria komunitní sociální služby. In *Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2013, 13 (1). ISSN 1213-6204.
207. SOCIÁLNÍ PRÁCE. Transformace sociálních služeb. In *Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2016, 3 (Příloha). ISSN 1213-6204
208. SOLOVSKÁ, V. a kol. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8.
209. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 1 vyd. Praha: SPN, 1982. 14-072-86.
210. SPILKER, B. (ed.) *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. 1. vyd. New York: Raven Press Ltd, 1990. ISBN 978-0881675900.
211. STANCLIFFE, R., KEANE, S. Outcomes and costs of community living: A matched comparison of group homes and semi-independent living. In *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2000, 25 (4), pp. 281–305. ISSN 1934-9556.
212. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Brno: Sdružení podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
213. SVOBODOVÁ, L. Kvalita pracovního života – změny ve světě práce, modely, indikátory. In *Recenzovaný zborník XIX. konferencie "Aktualne otázky bezpečnosti práce"*. Košice: Národný inšpektorát práce, 2006. s. 13-25. ISSN 80-8073-649-9.

214. SVOBODOVÁ, L. Kvalita života. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Vliv změn světa práce na kvalitu života* [online]. MPSV ČR, 2009, s. 1-18 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>.
215. SZALAI, A. The meaning of comparative research on the quality of life. In SZALAI, A., ANDREWS, F., eds. *The Quality of life*. Beverly Hills: CA (Sage). 1980. s. 7-24. ISSN 0962-9343.
216. ŠENKOVÁ, S. *Latinsko-český, česko-latinský slovník*. 1. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, s. r. o., 2005. 262 s. ISBN 80-7182-144-6.
217. ŠESTÁKOVÁ, I., FRANCOVÁ N., J. SOBEK J. a PROCHÁZKOVÁ J. *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2012. ISBN 978-80-7421-042-6. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled sociální psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0929-1
218. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.
219. ŠIŠKA, J. Reflexe deinstitucionalizace – hodnoty, náklady, doporučení. In *Sociální práce*. Brno: Asociace. 2010, (4), s. 60-65. ISSN 1213-6204.
220. ŠIŠKA, J., KÁŇOVÁ, Š. Kvantitativní analýza deinstitucionalizace sociálních služeb v České republice. In *Sociální práce*. Brno: Asociace. 2013, (2), s. 117-129. ISSN 1213-6204.
221. ŠVARCOVÁ, I. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením*. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-x.
222. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 278 s. ISBN 80-7367-060-7.
223. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 4. vyd. přeprac. Praha: Portál, 2011. 221 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
224. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
225. ŠVEC, Š. a kol. *Metodologie věd o výchově: Kvantitativně – scientické a kvalitativně – humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2009. ISBN 978-80-7315-192-8.
226. ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie. Díl 2. Psychologie osobnosti..* 2. vyd. upr. Liberec: Technická univerzita, 2006. 218 s. ISBN 80-7372-043-4.
227. THORNDIKE, E. L. *The Psychology of Wants, Interests and Attitudes*. New York: Johnson Reprint Corp., 1935. 301 p. ASIN B00085C1WC.

228. THOROVÁ, K., JŮN, H. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. 1 vyd. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA, 2012. 114 s. ISBN 978-80-260-2759-1.
229. TOKÁROVÁ, A. a kol. *Sociální práce. Kapitoly z dějin, teorie a metodiky sociální práce*. 3. vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovské univerzity, 2007. 573 s. ISBN 978-80-969419-8-8.
230. TOMICKÁ, V., ŠVINGALOVÁ, D. *Vybrané kapitoly k integraci ve školství*. 1 vyd. Liberec: Technická univerzita, 2002. 73 s. ISBN 80-7083-657-1.
231. Transformace sociálních služeb. In: *Sociální práce (Příloha)*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2016, č. 3(1), s. 25-28. ISSN 1213-6204.
232. UPPAL, S. Impact of the timing, type and severity of disability on the subjective well-being of individuals with disabilities. In *Social Science & Medicine*. 2006, 1 (63), pp. 525-539. ISSN 0277-9536.
233. VAĎUROVÁ, H. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-60-8.
234. VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
235. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1 vyd. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
236. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. 108 s. ISBN 80-246-0841-3.
237. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
238. VALENTA, M, MÜLLER, O. *Psychopedie:[teoretické základy a metodika]*. 5. vyd., aktualiz. a rozš. Praha: Parta, 2013. 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.
239. VANČOVÁ, A. *Inovácie v teórii, metodológii a praxeológii pedagogiky mentálne postihnutých*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7464-673-7.
240. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. aktualiz. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
241. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2. vyd. aktualiz. Praha: Grada Publishing, 2003. 262 s. Psyché. ISBN 80-247-0253-3.
242. WAGNER, M. *Menschen mit geistger Behinderung – Geslatler Ihrer Welt*. 1th ed. Wirtzburg: Universitaet, 2000. 309 s. ISBN 3-7815-1099-9.



243. WALSH, P. N., EMERSON, E., LOBB, C., HATTON, C., BRADLEY, V., SCHALOCK, R. L., MOSELEY, C. Supported Accommodation for People With Intellectual Disabilities and Quality of Life: An Overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2010, 7, pp. 137–142. ISSN 1741-1130.
244. WANG, M., SCHALOCK, R. L., VERDUGO, M. A., JENARO, C. Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct. In *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2010, 115, pp. 218-233. ISSN 1944-7558.
245. WILLIAMS, V., HESLOP, P. Mental health support needs of people with a learning difficulty: A medical or a social model? In *Disability and Society*. 2005, 20 (3), pp. 231–245. ISSN 0968-7599.
246. WILSON, N. J., JAQUES, H., JOHNSON, A., BROTHERTON, M. L. From Social Exclusion to Supported Inclusion: Adults with Intellectual Disability Discuss Their Lived Experiences of a Structured Social Group. In *Journal applied of research intellectual disability*. 2017, 30, pp. 847–858. ISSN 1468-3148.
247. YEN, C. F., LIN, J. D., LOH, C. H., SHI, L., HSU, S. W. Determinants of prescription drug use by adolescents with intellectual disabilities in Taiwan. In *Research in Developmental Disabilities*. 2009, 30 (6), pp. 1354–1366. ISSN 0891-4222.
248. Znaky a vodítka deinstitucionalizace (transformace ústavní péče v péči komunitní). In *Sociální práce (Příloha)*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2013, 13 (1), s. 29-31. ISSN 1213-6204.

## **Elektronické zdroje**

2. ADÁMEK, P., NĚMEC, O. Kvalita života a realizace principu rovných příležitostí na trhu práce. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Vliv změn světa práce na kvalitu života* [online]. MPSV ČR, 2009, s. 1-17 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>.
3. AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. *Definition of Intellectual Disability*. [online]. AAIDD, 2013 [2017-02-11]. Dostupné z: <http://aaid.org/intellectual-disability/definition#.WDGy4bLhCpq>.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* [online]. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric

- Association, 1994 [cit. 2017-04-02]. 866 p. Dostupné z: <https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>.
5. ANGELES, M. A., FONTANIL, J., SOLÍS, I., PEDROSA, A., AGUADO, L. People with intellectual disability who are ageing: Perceived needs assessment. In *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2017, 17 (1), pp. 38-45. Dostupné z: [doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.07.002](https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.07.002) ISSN 1697-2600.
  6. ASOCIACE VZDĚLAVATELŮ V SOCIÁLNÍ PRÁCI. Život v ústavu je hendikep: Transformace ústavní péče. IN *Sociální práce* [online]. 2013 [cit. 2017-09-21]. Dostupné z WWW:[http://www.socialniprace.cz/soubory/suplement\\_1-2013-130315113350.pdf%C5%BDivot](http://www.socialniprace.cz/soubory/suplement_1-2013-130315113350.pdf%C5%BDivot).
  7. BAKKER, L., VAN BRAKEL, W. M.. Empowerment Assessment Tools in People with Disabilities in Developing Countries. A systematic Literature Review. In *Leprosy Review* [online]. 2012, 83 (2), pp. 129 – 153, [cit. 2017-02-12]. ISSN 0305-7518. Dostupné z: <https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/June12/1774.pdf>.
  8. CASTLES, E., GLASS, C.. Training in social and interpersonal problem-solving skills for mildly and moderately mentally rerarded adults. In *American Journal of Mental Deficiency*, 91(1), pp. 35-42 [online]. 1986 [cit. 2015-01-05]. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1986-28196-001>.
  9. Co je Evropská koalice pro život v komunitě? In *ECCL* [online]. [cit. 2017-03-16]. Dostupné z: <http://community-living.info/about-eccl>.
  10. FREITAS, H., OLIVEIRA, M., JENKINS, M., eds. 1998. The Focus Group, a qualitative research method. In: WP ISRC. No. 010298. [online]. 2017, 22 p. [cit. 2016-10-07]. Dostupné z: [http://gianti.ea.ufrgs.br/files/artigos/1998/1998\\_079\\_ISRC.pdf](http://gianti.ea.ufrgs.br/files/artigos/1998/1998_079_ISRC.pdf).
  11. GALLOWAY, S., BELL, D., HAMILTON, CH., SCULLION, A. *Well-being and Quality of Life: Measuring the Benefits of Culture and Sport: A Literature Review and Thinkpiece*. Edinburgh: Scottish Executive 2006, pp. 4-97. ISBN 0-7559-2907-1. Dostupné z: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/89281/0021350.pdf>
  12. GULLONE, E., CUMMINS, R. (eds.). A Model of Subjective Well-Being Homeostasis: The Role of Personality. In *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators*. [online]. London: Kluwer Academic Publisher, 2002, pp. 7-46 [cit. 2016-11-07]. Dostupné z: [http://dx.doi.org/10.1007/978-94-010-0271-4\\_3](http://dx.doi.org/10.1007/978-94-010-0271-4_3).
  13. Health-Related Quality of Life (HRQOL). In *Centers for disease control and prevention* [on-line]. Clifton Road Atlanta, 2016 [cit. 2016-08-23]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/hrqol/>.

14. History of the development of the ICD. In *World Health Organization* [online]. 2017 [cit. 2016-10-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>
15. HOFSCHNEIDEROVÁ, A., MATIAŠKO, M. *Manuál sociálního pracovníka: Svěprávnost a právní ochrana uživatelů sociálních služeb podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník* [online]. 2015 [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/docs/clanky/dokumenty/8984/manual-socialniho-pracovnika.pdf>.
16. HUANG, W. et al. Equal access to employment opportunities for people with mental retardation: an obligation of society. In *Journal of Rehabilitation* [online]. 1997, 63 (1-3), pp. 27. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <https://www.questia.com/library/journal/1G1-19178151/equal-access-to-employment-opportunities-for-people>.
17. ISPV. Vybrané údaje o sociálních a zdravotních službách 2010 – 2015. In: *Institut pro sociální politiku a výzkum: Revue pro sociální politiku a výzkum* [online]. MPSV, 2017 [cit. 2017-05-07]. Dostupné z: <https://www.socialpolicy.cz>.
18. JOHNOVÁ, M. a J. STRNAD. *Hodnocení kvality sociálních služeb a ochrana práv uživatelů* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013 [cit. 2017-03-26]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/hodnocenC3AD-kvality-sociC3A1lnC3ADch-sluC5BEeb-a-ochrana-prC3A1v-uC5BEivateleC5AF1.pdf>.
19. JOHNOVÁ, M. a J. STRNAD. *Hodnocení kvality sociálních služeb a ochrana práv uživatelů: Možnosti využití mezinárodních a vnitrostátních kontrolních mechanismů k ovlivňování transformace ústavní péče a naplňování práv uživatelů sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV, 2013 [cit. 2017-02-02]. ISBN nevedeno. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/hodnocen%C3%AD-kvality-soci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEeb-a-ochrana-pr%C3%A1v-u%C5%BEivateleC5%AF1.pdf>.
20. MAKOVCOVÁ, S. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením.* [online]. 2016 [2016-11-27]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva\\_info\\_160511.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf).
21. MALÝ, M. Dotazníky o kvalitě života. In: *Sborník Robust* [online]. Jednota českých matematiků a fyziků, 2001. s. 176-183. [cit. 2016-08-30]. Dostupné z: [http://www.statspol.cz/robust/2000\\_maly\\_\\_00.pdf](http://www.statspol.cz/robust/2000_maly__00.pdf).

22. MANSELL, J. Deinstitutionalisation and Community Living: An International Perspective [online]. 2005, 10(1), pp. 22-29 [cit. 2016-07-15]. Dostupné z: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1936328>.
23. MATKA TEREZA. Hymna života. In: *Citáty slavných osobností* [online]. 2017 [cit. 2016-10-07]. Dostupné z: <https://citaty.net/autori/matka-tereza/>.
24. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. 2007 [cit. 2017-03-21] Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf).
25. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2016 [cit. 2016-25-10]. Dostupné z: [http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/05/kriteria\\_IROP\\_vyzva-49.pdf](http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/05/kriteria_IROP_vyzva-49.pdf).
26. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče*. [online]. 2009 [cit. 2017-09-21]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny\\_postup\\_3\\_2009.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf).
27. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Podpora transformace sociálních služeb* [online]. 2013 [cit. 2017-09-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>.
28. MOORE, C. L., COREY, L., FELST-PRICE, SONJA et al. Competitive Employment and Mental Retardation: Interplay among Gender, Race, Secondary Psychiatric Disability, and Rehabilitation Services. In *Journal of Rehabilitation* [online]. 2002, 68(1-3), 14. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <https://www.questia.com/read/1G1-83910977/competitive-employment-and-mental-retardation-interplay>.
29. NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Projekty MPSV – transformace* [on-line]. 2015 [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/transformace/projekty-mpsv/>.
30. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM. *Porovnání výsledků šetření VŠPO 13 a VŠPO 07*. [online] 2012. [cit. 2017-02-12] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>.
31. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM. *Výsledky šetření o zdravotně postižených osobách v České republice za rok 2007*. [online] 2008. [cit.

- 2017-02-12] Dostupné z:  
[http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane\\_statisticke\\_udaje\\_OZP\\_2007.pdf](http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane_statisticke_udaje_OZP_2007.pdf).
32. NÁRODNÍ ÚSTAV PRO VZDĚLÁVÁNÍ. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. [online]. 2016. [cit. 2016 – 10-04]. Dostupné z:  
[http://www.nuv.cz/uploads/Sbirka\\_zakonu.\\_Umluva\\_o\\_pravech\\_osob\\_se\\_ZP.pdf](http://www.nuv.cz/uploads/Sbirka_zakonu._Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf).
33. OECD. *Better Life Index. Life Satisfaction*. [online]. OECD Better Life Index: ©2013 [cit. 2016-09-20]. Dostupné z: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/work-life-balance/>.
34. SCHALOCK, R. L. a K. D. KEITH. Metodika měření kvality života. In *Kvalita v praxi: QUIP- Společnost pro změnu* [online]. 2010, 1993(1), 1-20 [cit. 2015-06-03]. Dostupné z:  
<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/017/002053.pdf?seek=1321018073>.
35. The Free Dictionary. *Quality of life* [on-line]. 2003-2017 [cit. 2016-09-22]. Dostupné z: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/quality+of+life>.
36. Podpora uživatelů služeb při transformaci ústavní péče v péči komunitní [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013 [cit. 2017-03-26]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/hodnocenC3AD-kvality-sociC3A1lnC3ADch-sluC5BEeb-a-ochrana-prC3A1v-uC5BEivatelC5AF1.pdf>.
37. Vybrané údaje o sociálních a zdravotních službách 2010 – 2015. In: *Institut pro sociální politiku a výzkum: Revue pro sociální politiku a výzkum* [online]. MPSV, 2017 [cit. 2017-05-07]. Dostupné z: <https://www.socialpolicy.cz>.
38. WHO Application of ICD-10 for low-resource settings initial cause of death collection. In *World Health Organization* [online]. 2014 [cit. 2016-10-07]. Dostupné z: [http://www.who.int/healthinfo/civil\\_registration/ICD\\_10\\_SMoL.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/civil_registration/ICD_10_SMoL.pdf?ua=1).
39. Zařízení sociálních služeb. *Český statistický úřad: Veřejná databáze* [online]. 2017: ČSS 2007-2015 [cit. 2017-03-03]. Dostupné z:  
[https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-parametry&pvo=SZB07&z=T&f=TABULKA&sp=A&katalog=30850&str=v847&u=v825\\_\\_VUZEMI\\_\\_97\\_\\_19](https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-parametry&pvo=SZB07&z=T&f=TABULKA&sp=A&katalog=30850&str=v847&u=v825__VUZEMI__97__19).

## Použité právní předpisy

1. Zákon č. 55/1956 Sb. o sociálním zabezpečení, od 1. 1. 1957, zrušeno dnem 1. 7. 1964
2. Zákon č. 94/1963 o rodině, § 14, odst. 1, 2. Zrušen zákonem č. 89/2012 Sb., nový občanský zákoník ke dni 1. 1. 2014.
3. Zákon č. 121/1975 Sb, o sociálním zabezpečení
4. Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení
5. Zákon č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení
6. Zákon č. 2/1992, o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1993, částka 1, s. 17 – 24. ISSN 1211 – 1244.
7. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257 – 1289. ISSN 1211 – 1244.
8. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006b, částka 164, s. 7021 – 7048. ISSN 1211 – 1244.
9. Zákon č. 313 /2013, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a další související zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2013. částka 118, s. 3593 – 3599. ISSN 1211 – 1244.

## SEZNAM ZKRATEK

a kol.	a kolektiv
AAIDD	Americká asociace pro mentální retardaci (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities)
AAMR	Americká asociace pro mentální retardaci (American Association for Mental Retardation)
aj.	a jiné
APA	Americká psychiatrická asociace (American psychiatric association)
APACHE II	Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BYD	spokojenost s bydlením (z Dotazníku životní spokojenosti)
cit.	citace
CNS	centrální nervová soustava
č.	číslo
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DDRS	Distress and Disability Rating Scale
DET	Oblast „Děti“ (z Dotazníku životní spokojenosti)
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
DPS	Dům s pečovatelskou službou
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = Diagnostický a
DSM -5	Statistický manuál duševních poruch
DŽS	Dotazník životní spokojenosti
ECCL	European Coalition for Community Living
EU	Evropská unie
FIN	spokojenost se svým příjmem (z Dotazníku životní spokojenosti)
HRQoL	Health Related Quality of Life
CHB	Chráněné bydlení
ICD-10	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Function, Disability and Health tj. Mezinárodní klasifikace funkčních poruch
ID	intellectual disability

ILF	Index kvality života
IP	individuální plánování
IQ	inteligenční kvocient
ISPV	Institut pro sociální politiku a výzkum
KDQOL	Kidney Disease Quality of Life Instrument
MAN	Oblast „Manželství“ (z Dotazníku životní spokojenosti)
mj.	mimo jiné
MKN-10	Mezinárodní klasifikací nemocí
MP	mentální postižení
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MR	mentální retardace
MZV	Ministerstvo zahraničních věcí
např.	například
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSN	Organizace spojených národů
OZP	osoba se zdravotním postižením
PAZ	spokojenost v zaměstnání (z <i>Dotazníku životní spokojenosti</i> )
PCA	Person Centered Approach neboli na osobu zaměřený přístup
pozn.	poznámka
př.	příklad
PZP	spokojenost s přáteli, známými, příbuznými (z DŽS)
QoL	Quality of Life (kvalita života)
QoL.Q	Quality of Life Questionnaire (Dotazník kvality života)
QWS	Quality of Well-being Scale
resp.	respektive
RP	rodinné prostředí
s.	strana
Sb.	sbírka zákonů
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SQUALA	Subjective Quality of Life Analysis
srov.	srovnání
stol.	století
tj.	to je



tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
USA	Spojené státy americké
VAS	Visual Analogous Scale
VLC	spokojenost s délkou a kvalitou svého volného času (z Dotazníku životní spokojenosti)
VLO	spokojenost s vlastní osobou (z Dotazníku životní spokojenosti)
VO	výzkumné otázky
WHO	World Health Organization
WHOQOL-BREF	Zkrácená verze dotazníku World Health Organization Quality of Life (WHOQoL) - WHO Quality of Life-Bref
zejm.	zejména

## SEZNAM TABULEK, GRAFŮ, OBRÁZKŮ

### Seznam tabulek

**Tab. 1** Poměrové zastoupení respondentů z hlediska věkové kategorie, typu bydlení a pohlaví

**Tab. 2** Poměrové zastoupení respondentů z hlediska věku a formy bydlení pro účely výzkumu

**Tab. 3** Korelace mezi ověřovanými determinantami kvality života (otázkami dotazníku) a celkovou kvalitou života (dotazník Quality of Life Questionnaire)

**Tab. 4** Determinanta dotazníku v jednotlivých dimenzích, u níž byla zjištěna největší korelace s celkovým hodnocením kvality života

**Tab. 5** Kvalita života v jednotlivých oblastech hodnocení dotazníku

**Tab. 6** Hodnocení jednotlivých determinant dotazníku Quality of Life Questionnaire v dimenzích kvality života vs. typ bydlení (CHB, DOZP)

**Tab. 7** Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů v celém výzkumném souboru (dotazník Quality of Life Questionnaire)

**Tab. 8** Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z CHB a DOZP ve věkové skupině mladší (26-45)

**Tab. 9** Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z CHB a DOZP ve věkové skupině starší (46-66+)

**Tab. 10** Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů v CHB

**Tab. 11** Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z CHB ve věkové skupině mladší (26-45)

**Tab. 12** Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z CHB ve věkové skupině starší (46-66+)

**Tab. 13** Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z DOZP ve věkové skupině mladší (26-45)

**Tab. 14** Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z DOZP ve věkové skupině starší (46-66+)

**Tab. 15** Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. věk respondentů (mladší vs. starší) z CHB

**Tab. 16** Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. věk respondentů (mladší vs. starší) z DOZP

**Tab. 17** Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. věk respondentů (mladší vs. starší) z CHB a DOZP

**Tab. 18** Hodnocení celkové životní spokojenosti v dimenzích PAZ, FIN, VLC

**Tab. 19** Hodnocení celkové životní spokojenosti v dimenzích VLO, PZP, BYD

**Tab. 20** Životní spokojenost v jednotlivých determinantech v kontextu CHB a DOZP

**Tab. 21** Spokojenost v oblasti práce a zaměstnání

**Tab. 22** Spokojenost v oblasti financí

**Tab. 23** Spokojenost v oblasti volného času

**Tab. 24** Spokojenost v oblasti vlastní osoby

**Tab. 25** Spokojenost v oblasti přátelé, známí, příbuzní

**Tab. 26** Spokojenost v oblasti bydlení

### **Seznam grafů**

**Graf 1** Hodnocení celkové životní spokojenosti v dimenzích PAZ, FIN, VLC

**Graf 2** Hodnocení celkové životní spokojenosti v dimenzích VLO, PZP, BYD

**Graf 3** Míra spokojenosti s vybranou determinantou VLC v kontextu CHB a DOZP

**Graf 4** Míra spokojenosti s vybranou determinantou VLO v kontextu CHB a DOZP

**Graf 5** Míra spokojenosti s vybranou determinantou VLO (II) v kontextu CHB a DOZP

**Graf 6** Míra spokojenosti s vybranou determinantou PAZ v kontextu CHB a DOZP

**Graf 7** Míra spokojenosti s vybranou determinantou PAZ (II) v kontextu CHB a DOZP

**Graf 8** Míra spokojenosti s vybranou determinantou PAZ (III) v kontextu CHB a DOZP

**Graf 9** Četnost v oblasti PAZ

**Graf 10** Četnost v oblasti FIN

**Graf 11** Četnost v oblasti VLC

**Graf 12** Četnost v oblasti VLO

**Graf 13** Četnost v oblasti PZP

**Graf 14** Četnost v oblasti BYD

## **Seznam obrázků**

**Obrázek 1** Klasifikace čtyř kvalit života (Veenhoven, 2000)

**Obrázek 2** Model Světové zdravotnické organizace (WHO)

**Obrázek 3** Statistický přehled poskytovatelů z r. 2014 (ISPV, 2017)

**Obrázek 4** Četnost vybraných služeb ve vybraných krajích 2007-2015 (ČSÚ, 2015)

**Obrázek 5** Klasifikace mentální retardace dle DSM-IV (1994, online)

**Obrázek 6** Životní spokojenost v jednotlivých dimenzích (Kasáčková, Kozáková, 2015)

**Obrázek 7** Sociodemografické rozložení respondentů z chráněných bydlení ve výzkumu (datováno k 1. 6. 2017)

**Obrázek 8** Základ axiálního kódování - paradigmatický model (Hendl, 2016, s. 253)

**Obrázek 9** Paradigmatický model sestavený v rámci axiálního kódování (vlastní výzkum, 2017)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha 1** Vzor Dotazníku kvality života (QoL.Q)

**Příloha 2** Informovaný souhlas účastníků focus group

**Příloha 3** Specifikace oblastí k focus group

**Příloha 4** Deskripce numerických výsledků dotazníků

# Příloha 1 Vzor Dotazníku kvality života (QoL.Q)



## Dotazník kvality života

Robert L. Schalock, Ph.D. a Kenneth D. Keith, Ph.D.

Jméno respondenta \_\_\_\_\_ Věk \_\_\_\_\_ Pohlaví \_\_\_\_\_

Navštěvovaný program \_\_\_\_\_ Hodnotitel \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

VÝSLEDKY				
Stupnice	Hodnotitel-1 (Je-li použit)	Hodnotitel-2 (Je-li použit)	Průměr hodnotitelů nebo sebehodnocení (zakroužkovaná čísla)	Percentil
Spokojenost	_____	_____	_____	_____
Schopnosti/Produktivita	_____	_____	_____	_____
Možnost se rozhodovat/ Nezávislost	_____	_____	_____	_____
Sociální sounáležitost/ Zapojení do komunity	_____	_____	_____	_____
<b>Celkový výsledek</b>	_____	_____	_____	_____



Otázky	Varianty odpovědí			Výsledky zaznamenané zde
	3 body	2 body	1 bod	
<b>SPOKOJENOST</b>				
1. Řekli byste, že život celkově:	Ve vás probouzí to nejlepší?	S vámi zachází jako se všemi ostatními?	Vám nedává šanci?	
2. Kolik radosti a potěšení Vám život dává?	Hodně	Trochu	Moc ne	
3. Jste na tom ve srovnání s ostatními lépe, asi stejně, hůře?	Lépe	Asi stejně	Hůře	
4. Jaké jsou většinou věci, které se vám přihodí?	Prospěšné	Přijatelné	Neuspokojivé	
5. Jak jste spokojeni se svým současným bydlením?	Velmi spokojený	Poměrně spokojený	Nespokojený nebo velmi nespokojený	
6. Máte více nebo méně problémů než ostatní lidé?	Méně problémů	Stejně množství problémů jako ostatní	Více problémů než ostatní	
7. Kolikrát měsíčně se cítíte osamělí?	Málokdy, ne častěji než jednou nebo dvakrát	Občas, nejméně 5x nebo 6x za měsíc	Často, aspoň jednou nebo dvakrát týdně	
8. Cítíte se někdy divně ve společnosti ostatních?	Zřídka nebo nikdy	Někdy	Obvykle nebo vždy	
9. Jak myslíte, že jste ve srovnání s ostatními úspěšní?	Asi úspěšnější než průměrný člověk	Asi tak stejně úspěšný jako průměrný člověk	Méně úspěšný než průměrný člověk	
10. A co vaše rodina? - Jak se díky ní cítíte?	Jako důležitá součást rodiny	Někdy jako součást rodiny	Jako outsider	
<b>CELKOVÝ VÝSLEDEK – SPOKOJENOST</b>				<input type="text"/>



Otázky	Varianty odpovědi			Výsledky zaznamenat zde
	3 body	2 body	1 bod	
<b>SCHOPNOSTI/PRODUKTIVITA</b>				
11. Jak dobře vás váš vzdělávací nebo školicí program připravil na to, co děláte nyní?	Velmi dobře	Trochu	Vůbec ne dobře	
12. Máte pocit, že vaše práce nebo jiné každodenní činnosti stojí za to a jsou užitečné vám nebo ostatním lidem?	Ano, určitě	Patrně ano	Nejsem si jistý, nebo určitě ne	
<i>Poznámka: U nezaměstnaných osob vynechte otázky 13-20. Tyto otázky se pak hodnotí za 1 bod.</i>				
13. Jak dobře si vedete ve vaší práci?	Velmi dobře a ostatní mi to i říkají	Jsem dobrý, ale nikdo mi to neřká	Mám v práci problémy	
14. Jak se k vám lidé v práci chovají?	Stejně jako k ostatním zaměstnancům	Trochu jinak než k ostatním zaměstnancům	Velmi odlišně	
15. Jak jste spokojeni s dovednostmi nebo zkušenostmi, které jste v práci získali nebo získáváte?	Velmi spokojen	Poměrně spokojen	Nespokojen	
16. Získáváte dovednosti, které vám pomohou zajistit si jinou nebo lepší práci? Jaké dovednosti a zkušenosti to jsou?	Ano, určitě (zmíněna jedna nebo více dovedností)	Nejsem si jistý, snad (nejasné, zmíněny obecné dovednosti)	Ne, práce mi neposkytuje žádné příležitosti naučit se novým dovednostem	
17. Máte pocit, že dostáváte za práci spravedlivou odměnu?	Ano, určitě	Někdy	Ne, mám pocit, že mi neplatí dost	
18. Máte ze své práce dosti peněz, abyste si mohli koupit, co chcete?	Ano, celkově si mohu koupit rozumné věci, které chci	Musím čekat, než si některé věci koupím, nebo si je vůbec nekoupím	Ne, rozhodně nevydělávám dosti, abych si mohl koupit, co potřebuji	
19. Jak jste spokojeni s dalšími výhodami a bonusy, které vám pracoviště poskytuje?	Velmi spokojen	Poměrně spokojen	Nespokojen	
20. Jak často na Vaši práci někdo dohlíží?	Mám nad sebou dohled pouze tehdy, když jej potřebuji	Mám nad sebou častý dohled bez ohledu na to, zda jej potřebuji či ne	V práci jsem neustále pod dohledem a někdo vždy sleduje, jak pracuji	

CELKOVÝ VÝSLEDEK – SCHOPNOSTI/PRODUKTIVITA

4



Otázky	Varianty odpovědi			Výsledky zaznamenat zde
	3 body	2 body	1 bod	
<b>MOŽNOST SE ROZHODOVAT/ NEZÁVISLOST</b>				
21. Jak jste se rozhodli pro práci nebo jiné běžné aktivity, které děláte?	Vybíral jsem si podle platů, příspěvků nebo vlastních zájmů	Bylo to jediné, co bylo k dispozici, nebo co jsem našel	Někdo jiný rozhodl za mě	
22. Kdo rozhoduje, jak naložíte se svými penězi?	Já sám	Já s podporou ostatních osob	Nikdy nerozhodují sám	
23. Jak využíváte zdravotnické služby (lékař, zubař, apoc.)?	Téměř vždy sám	Obvykle mě někdo doprovází, nebo mě někdo jiný objeďra	Nikdy sám	
24. Jak moc můžete rozhodovat o každodenních věcech jako je chození do postele, jídlo a rábava?	Zcela	Někdy	Málo	
25. Kdy vás můžou doma navštívit přátelé?	Jak často chci nebo dost často	Kdykoli, pokud to někdo schválí nebo je přítomen	Pouze v některé dny	
26. Máte klíče od svého bytu/domu?	Ano, mám klíč a používám ho, jak potřebuji	Ano, mám klíče, ale jen od některých dveří	Ne	
27. Smíte mít doma nějaké zvíře, pokud chcete?	Ano, určitě	Asi ano, ale musel bych se zeptat	Ne	
28. Máte opatrovníka nebo poručníka?	Ne, jsem sám za sebe zodpovědný	Ano, mám opatrovníka a částečnou právní způsobilost	Ano, mám opatrovníka a nemám právní způsobilost	
29. Žijí s vámi lidé, kteří vám někdy ubližují, nebo vás trápí, děsí či rozčilují?	Ne	Ano a děje se tak jednou měsíčně nebo týdně	Ano a děje se tak každý den, někdy i vícekrát	
30. Řekli byste, že váš život je celkově:	Svobodný	Trochu pro mě naplánovaný	Obvykle nemohu dělat, co chci.	

CELKOVÝ VÝSLEDEK – MOŽNOST SE ROZHODOVAT / NEZÁVISLOST

5



Otázky	Varianty odpovědí			Výsledky zaznamenat zde
	3 body	2 body	1 bod	
<b>SOCIÁLNÍ SOUNÁLEŽITOST/ ZAPOJENÍ DO KOMUNITY</b>				
31. Ke kolika občanským nebo komunitním klubům či organizacím patříte? (včetně církvi a jiných náboženských aktivit)	2-3	Pouze 1	Žádné	
32. Jak jste spokojeni s kluby či organizacemi (včetně církvi a náboženských aktivit), ke kterým patříte?	Velmi spokojen	Poměrně spokojen	Nespokojen nebo velmi nespokojen	
33. Děláte si starosti s tím, co od vás lidé očekávají?	Někdy, ale ne vždy	Zřídka	Nikdy nebo neustále	
34. Kolikrát týdně hovoříte nebo jste se svými sousedy, buď u nich doma, nebo venku u domu?	3-4 x týdně	1-2 x týdně	Nikdy nebo neustále	
35. Máte přátele, kteří vás doma navštěvují? Jak často?	Docela často	Někdy	Zřídka nebo nikdy	
36. Jak často se věnujete volnočasovým aktivitám (návštěvy, večírky, plesy, koncerty, hry) ve vaší obci?	3-4 x měsíčně	1-2 x měsíčně	Méně než 1 x měsíčně	
37. Zapojujete se aktivně do těchto aktivit?	Obvykle, většinou ano	Často, asi v polovině případů	Zřídka nebo nikdy	
38. A co příležitosti pro schůzky, navazování vztahu či manželství?	Jsem ženatý/vdaná nebo mám příležitost se scházet s kým chci	Mám omezené možnosti ke schůzkám nebo pro manželství	Nemám možnosti se scházet nebo se oženit/vdát	
39. Jak se k vám chovají vaši sousedé?	Velmi pěkně nebo pěkně (zvou na různé akce, na kávu)	Hezky (pozdraví, návštěvy, apod.)	Špatně nebo velmi špatně (vyhýbají se mi, obtěžují mě apod.)	
40. Řekli byste, že váš život je celkově:	Velmi hodnotný	Dobrý	Zbytečný	
<b>CELKOVÝ VÝSLEDEK – SOCIÁLNÍ SOUNÁLEŽITOST/ ZAPOJENÍ DO KOMUNITY</b>				<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>



## **Příloha 2 Informovaný souhlas účastníků focus group**

### **Informovaný souhlas**

Dobrovolně prohlašuji, že souhlasím s účastí na realizované focus group, která je vedena moderátorkou Mgr. Janou Kasáčkovou. Souhlasím s použitím informací pro výzkumnou část autorčiny disertační práce na téma „*Psychosociální dimenze kvality života osob s mentálním postižením v chráněném bydlení*“. Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s cílem, metodami a postupy, které budou při výzkumu použity. Souhlasím, že všechny údaje budou zpracovány v anonymní podobě, a tak i publikovány. Před zahájením výzkumu mi bylo umožněno položit jakékoliv otázky k výzkumu, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Byl/a jsem informován/a o možnosti z výzkumu kdykoli odstoupit, a to v kterékoli jeho fázi.

Souhlasím s poskytnutím informací pro účely disertační práce a následné publikační činnosti.

Informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá strana obdrží jeden.

V ....., dne .....

Podpis respondenta.....

Podpis autorky práce.....

### **Příloha 3 Specifikace oblastí k focus group**

- **Oblast rozhodování:** *Popište, jak probíhá Vaše rozhodování (např. pokud si chcete něco koupit, někam jít, dělat nějakou činnost) v rámci sociální služby chráněného bydlení? Popište, co uděláte, pokud se nedokážete (sám/sama) rozhodnout? Máte opatrovníka, komunikujete s ním pravidelně, pomáhá Vám? Mohou Vás navštěvovat přátelé? Můžete se s nimi setkávat, kdy chcete Vy sám/sama?*
- **Oblast práv:** *Můžete popsat svá práva (na co máte v chráněném bydlení nárok)? Jak jsou vaše práva v chráněném bydlení dodržována a jakým způsobem si je umíte obhájit (co děláte, když nejsou dodržována)?*
- **Oblast spokojenosti:** *Můžete popsat, jak jste spokojeni s bydlením? Myslíte si, že máte více problémů než ostatní, cítíte se třeba osamělí? Pociťujete smutek? Cítíte se někdy nešťastní, trápíte se něčím?*
- **Oblast pracovního uplatnění:** *Máte možnost pracovat? Je vaše práce něčím užitečná? Jste v ní spokojeni? Jak se k Vám chovají ostatní spolupracovníci? Dohlíží na Vás někdo? Dostáváte finanční odměnu, je dostatečná za danou práci, můžete si koupit, co chcete/potřebujete?*
- **Oblast volného času:** *Máte možnost plánovat si volný čas? Jaké máte aktivity, jak jej trávíte?*
- **Oblast partnerství:** *Máte partnera, přítele, přítelkyni – máte v něm oporu, rozumíte si, máte nějaké společné zájmy, máte možnost s ním být? Podnikáte společné aktivity? Pochopí Vás?*
- **Oblast začleňování se do místní komunity:** *Jakým způsobem využíváte veřejných služeb (např. kadeřnictví, pedikúra, knihovna a další) tady v místě bydliště? Popište prosím, jak se zapojujete do místního dění (myšleno mimo prostory chráněného bydlení, venku)? Jak vycházíte se sousedy – jak se k Vám chovají?*
- **Oblast „otevřené“ budoucnosti:** *Popište prosím, jaké máte plány do budoucna? Jaké máte možnosti své plány uskutečnit, kdo Vám s nimi případně pomáhá a jak?*

## Příloha 4 Deskripce numerických výsledků dotazníků

Práce a zaměstnání	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	G (%)
Se svým postavením na pracovišti jsem...	CHB	0,00%	1,67%	3,33%	6,67%	9,17%	22,50%
	DOZP	0,00%	5,00%	1,67%	6,67%	88,33%	11,67%
Když myslím na to, jak jistá je moje budoucnost v zaměstnání, jsem...	CHB	0,00%	3,33%	2,50%	18,33%	15,83%	30,00%
	DOZP	0,00%	5,83%	33,33%	34,17%	5,00%	75,83%
S úspěchy, které mám v zaměstnání, jsem...	CHB	1,67%	0,00%	0,00%	5,83%	10,00%	45,83%
	DOZP	0,00%	1,67%	3,33%	5,83%	45,00%	14,17%
S možností postupu, které mám na svém pracovišti, jsem...	CHB	1,67%	0,83%	18,33%	17,50%	11,67%	38,33%
	DOZP	0,00%	20,83%	11,67%	17,50%	61,67%	6,67%
S atmosférou na pracovišti, jsem...	CHB	0,83%	1,67%	2,90%	5,00%	10,83%	58,33%
	DOZP	0,00%	5,00%	6,67%	5,00%	44,17%	27,50%
Co se týká mých pracovních povinností a zátěže, jsem...	CHB	0,00%	0,00%	17,50%	5,00%	15,83%	53,33%
	DOZP	0,00%	17,50%	6,67%	5,00%	77,50%	0,00%
S pestrostí, kterou mi nabízí mé zaměstnání, jsem...	CHB	4,17%	12,50%	3,33%	7,50%	23,33%	21,67%
	DOZP	0,00%	20,00%	1,67%	7,50%	60,83%	72,50%
Celkově	CHB	1,19%	2,86%	6,79%	9,40%	13,81%	42,14%
	DOZP	0,00%	10,83%	9,29%	9,40%	34,76%	15,24%
		0,00%	9,88%	34,76%	34,76%	55,36%	

Legenda: A - velmi nespokojen(a), B - nespokojen(a), C - spíše nespokojen(a) ani nespokojen(a), D - spíše spokojen(a), E - spokojen(a), F - velmi spokojen(a), G - velmi spokojen(a)

Práce a zaměstnání	A	B	C	D	E	F	G
Se svým postavením na pracovišti jsem...	CHB	0	2	4	8	11	68
	DOZP	0	0	2	50	40	14
Když myslím na to, jak jistá je moje budoucnost v zaměstnání, jsem...	CHB	0	4	3	22	19	36
	DOZP	0	5	40	41	6	25
S úspěchy, které mám v zaměstnání, jsem...	CHB	2	0	0	7	12	44
	DOZP	0	0	4	27	54	18
S možností postupu, které mám na svém pracovišti, jsem...	CHB	2	1	22	21	14	46
	DOZP	0	0	14	32	64	7
S atmosférou na pracovišti, jsem...	CHB	1	2	3	6	13	70
	DOZP	0	0	8	18	53	33
Co se týká mých pracovních povinností a zátěže, jsem...	CHB	0	0	21	6	19	64
	DOZP	0	0	8	51	44	17
S pestrostí, kterou mi nabízí mé zaměstnání, jsem...	CHB	5	15	4	9	28	26
	DOZP	0	0	2	73	31	14
Celkově	CHB	10	24	57	79	116	354
	DOZP	0	5	78	292	292	128
		83	292	292	465		

Legenda: A - velmi nespokojen(a), B - nespokojen(a), C - spíše nespokojen(a) ani nespokojen(a), D - spíše spokojen(a), E - spokojen(a), F - velmi spokojen(a), G - velmi spokojen(a)

Finanční situace	A	B	C	D	E	F	G
Se svým příjmem/plátem, jsem...	CHB	2	5	6	5	18	62
	DOZP	0	5	27	56	32	0
S tím, co vlastním, jsem...	CHB	0	3	6	8	22	66
	DOZP	0	0	10	12	65	29
Se svým životním standardem, jsem...	CHB	0	4	5	9	27	46
	DOZP	0	0	17	24	44	30
S hmotným zajištěním své existence, jsem...	CHB	0	11	10	11	16	60
	DOZP	0	0	19	24	54	21
Se svými budoucími možnostmi výdělků, jsem...	CHB	0	10	2	12	39	53
	DOZP	0	5	42	43	16	14
S možnostmi, které mohu vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině, jsem...	CHB	4	3	17	37	32	20
	DOZP	0	11	17	73	15	4
Se svým budoucím očekávaným (finančním) zajištěním ve stáří, jsem...	CHB	0	8	5	22	38	35
	DOZP	5	2	54	27	23	9
Celkově	CHB	6	44	51	104	192	342
	DOZP	5	23	186	259	249	107
		214		259		367	

Legenda: A - velmi nespokojen(a), B - nespokojen(a), C - spíše nespokojen(a) ani nespokojen(a), D ani spokojen(a) ani nespokojen(a), E - spíše spokojen(a), F - spokojen(a), G - velmi spokojen(a)

Finanční situace	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	G (%)
Se svým příjmem/plátem, jsem...	CHB	4,17%	5,00%	4,17%	4,17%	15,00%	51,67%
	DOZP	0,00%	4,17%	22,50%	46,67%	26,67%	0,00%
S tím, co vlastním, jsem...	CHB	0,00%	2,50%	5,00%	6,67%	18,33%	55,00%
	DOZP	0,00%	0,00%	8,33%	10,00%	54,17%	24,17%
Se svým životním standardem, jsem...	CHB	0,00%	3,33%	4,17%	7,50%	22,50%	38,33%
	DOZP	0,00%	0,00%	14,17%	20,00%	36,67%	25,00%
S hmotným zajištěním své existence, jsem...	CHB	0,00%	9,17%	8,33%	9,17%	13,33%	50,00%
	DOZP	0,00%	0,00%	15,83%	20,00%	45,00%	17,50%
Se svými budoucími možnostmi výdělků, jsem...	CHB	0,00%	8,33%	1,67%	10,00%	32,50%	44,17%
	DOZP	0,00%	4,17%	35,00%	35,83%	13,33%	11,67%
S možnostmi, které mohu vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině, jsem...	CHB	3,33%	2,50%	14,17%	30,83%	26,67%	16,67%
	DOZP	0,00%	9,17%	14,17%	60,83%	12,50%	3,33%
Se svým budoucím očekávaným (finančním) zajištěním ve stáří, jsem...	CHB	0,00%	6,67%	4,17%	18,33%	31,67%	29,17%
	DOZP	4,17%	1,67%	45,00%	22,50%	19,17%	7,50%
Celkově	CHB	0,71%	5,24%	6,07%	12,38%	22,86%	40,71%
	DOZP	0,60%	2,74%	22,14%	30,83%	29,64%	12,74%
		25,48%		30,83%		43,69%	

Legenda: A - velmi nespokojen(a), B - nespokojen(a), C - spíše nespokojen(a) ani nespokojen(a), D ani spokojen(a) ani nespokojen(a), E - spíše spokojen(a), F - spokojen(a), G - velmi spokojen(a)

Volný čas		A	B	C	D	E	F	G
S délkou své každoroční dovolené, jsem...	CHB	0	0	10	0	31	66	13
	DOZP	0	0	0	86	34	0	0
S množstvím svého volného času po práci a o víkendech, jsem...	CHB	0	0	0	7	29	60	24
	DOZP	0	0	1	47	52	20	0
S kvalitou odpočinku, který mi přináší dovolená, jsem...	CHB	0	0	0	0	9	74	37
	DOZP	0	0	5	31	56	28	0
S kvalitou odpočinku, který mi přináší volný čas po práci a víkendy, jsem...	CHB	0	0	0	4	4	70	42
	DOZP	0	0	4	9	73	20	14
S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem...	CHB	0	0	6	5	11	47	51
	DOZP	0	0	29	24	40	24	3
S časem, který mohu věnovat blízkým osobám, jsem...	CHB	4	0	0	3	12	52	49
	DOZP	0	2	0	67	33	18	0
S pestrostí svého volného času, jsem...	CHB	0	4	2	8	29	40	37
	DOZP	2	31	51	9	10	17	0
Celkově	CHB	4	4	18	27	125	409	253
	DOZP	2	33	90	273	298	127	17
		125			273	442		

Legenda: A - velmi nespokojen(a), B - nespokojen(a), C - spíše nespokojen(a), D ani nespokojen(a), E - spíše spokojen(a), F - spokojen(a), G - velmi spokojen(a)

Volný čas		A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	G (%)
S délkou své každoroční dovolené, jsem...	CHB	0,00%	0,00%	8,33%	0,00%	25,83%	55,00%	10,83%
	DOZP	0,00%	0,00%	0,00%	71,67%	28,33%	0,00%	0,00%
S množstvím svého volného času po práci a o víkendech, jsem...	CHB	0,00%	0,00%	0,00%	5,83%	24,17%	50,00%	20,00%
	DOZP	0,00%	0,00%	0,83%	39,17%	43,33%	16,67%	0,00%
S kvalitou odpočinku, který mi přináší dovolená, jsem...	CHB	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	7,50%	61,67%	30,83%
	DOZP	0,00%	0,00%	4,17%	25,83%	46,67%	23,33%	0,00%
S kvalitou odpočinku, který mi přináší volný čas po práci a víkendy, jsem...	CHB	0,00%	0,00%	0,00%	3,33%	3,33%	58,33%	35,00%
	DOZP	0,00%	0,00%	3,33%	7,50%	60,83%	16,67%	11,67%
S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem...	CHB	0,00%	0,00%	5,00%	4,17%	9,17%	39,17%	42,50%
	DOZP	0,00%	0,00%	24,17%	20,00%	33,33%	20,00%	2,50%
S časem, který mohu věnovat blízkým osobám, jsem...	CHB	3,33%	0,00%	0,00%	2,50%	10,00%	43,33%	40,83%
	DOZP	0,00%	1,67%	0,00%	55,83%	27,50%	15,00%	0,00%
S pestrostí svého volného času, jsem...	CHB	0,00%	3,33%	1,67%	6,67%	24,17%	33,33%	30,83%
	DOZP	1,67%	25,83%	42,50%	6,67%	8,33%	14,17%	0,00%
Celkově	CHB	0,488%	0,488%	2,14%	3,21%	14,88%	48,69%	30,12%
	DOZP	0,244%	3,93%	10,71%	32,50%	35,48%	15,12%	2,02%
			14,88%		32,50%	52,62%		

Legenda: A - velmi nespokojen(a), B - nespokojen(a), C - spíše nespokojen(a), D ani nespokojen(a), E - spíše spokojen(a), F - spokojen(a), G - velmi spokojen(a)

Vlastní osoba	A	B	C	D	E	F	G	
Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem...	CHB	0	0	7	4	22	<b>56</b>	31
	DOZP	0	7	<b>40</b>	9	30	29	5
Se způsobem, jak jsem doposud žil, jsem...	CHB	0	<b>45</b>	19	14	15	22	5
	DOZP	0	4	8	<b>48</b>	35	17	8
Se svým vnějším vzhledem jsem...	CHB	0	0	23	21	22	<b>47</b>	7
	DOZP	0	0	21	24	<b>49</b>	26	0
Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem...	CHB	0	7	16	24	18	<b>46</b>	9
	DOZP	0	1	16	<b>49</b>	33	18	3
Se svým charakterem (povahou) jsem...	CHB	0	0	10	7	30	<b>51</b>	22
	DOZP	0	0	0	18	<b>50</b>	39	13
Se svou vitalitou (tzn. s radostí do života a životní energií) jsem...	CHB	4	4	19	5	18	<b>50</b>	20
	DOZP	0	7	9	20	27	<b>46</b>	11
Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi, jsem...	CHB	4	0	2	2	14	<b>71</b>	27
	DOZP	0	0	0	3	55	<b>60</b>	2
Celkově	CHB	8	56	96	77	139	343	121
	DOZP	0	19	94	171	279	235	42
		113		171		556		

Legenda: A - velmi nespokojen(a), B - nespokojen(a), C - spíše nespokojen(a), D ani spokojen(a) ani nespokojen(a), E -

Vlastní osoba	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	G (%)	
Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem...	CHB	0,00%	0,00%	5,83%	3,33%	18,33%	<b>46,67%</b>	25,83%
	DOZP	0,00%	5,83%	<b>33,33%</b>	7,50%	25,00%	24,17%	4,17%
Se způsobem, jak jsem doposud žil, jsem...	CHB	0,00%	<b>37,50%</b>	15,83%	11,67%	12,50%	18,33%	4,17%
	DOZP	0,00%	3,33%	6,67%	<b>40,00%</b>	29,17%	14,17%	6,67%
Se svým vnějším vzhledem jsem...	CHB	0,00%	0,00%	19,17%	17,50%	18,33%	<b>39,17%</b>	5,83%
	DOZP	0,00%	0,00%	17,50%	20,00%	<b>40,83%</b>	21,67%	0,00%
Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem...	CHB	0,00%	5,83%	13,33%	20,00%	15,00%	<b>38,33%</b>	7,50%
	DOZP	0,00%	0,83%	13,33%	<b>40,83%</b>	27,50%	15,00%	2,50%
Se svým charakterem (povahou) jsem...	CHB	0,00%	0,00%	8,33%	5,83%	25,00%	<b>42,50%</b>	18,33%
	DOZP	0,00%	0,00%	0,00%	15,00%	<b>41,67%</b>	32,50%	10,83%
Se svou vitalitou (tzn. s radostí do života a životní energií) jsem...	CHB	3,33%	3,33%	15,83%	4,17%	15,00%	<b>41,67%</b>	16,67%
	DOZP	0,00%	5,83%	7,50%	16,67%	22,50%	<b>38,33%</b>	9,17%
Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi, jsem...	CHB	3,33%	0,00%	1,67%	1,67%	11,67%	<b>59,17%</b>	22,50%
	DOZP	0,00%	0,00%	0,00%	2,50%	45,83%	<b>50,00%</b>	1,67%
Celkově	CHB	0,95%	6,67%	11,43%	9,17%	16,55%	40,83%	14,40%
	DOZP	0,00%	2,26%	11,19%	20,36%	33,21%	27,98%	5,00%
		13,45%		20,36%		66,19%		

Legenda: A - velmi nespokojen(a), B - nespokojen(a), C - spíše nespokojen(a), D ani spokojen(a) ani nespokojen(a), E -

Bydlení	A	B	C	D	E	F	G
S velikostí svého bytu jsem...	CHB	0	9	2	0	23	52
	DOZP	0	2	16	10	60	109
Se stavem svého bytu jsem...	CHB	4	8	4	0	23	62
	DOZP	2	7	5	19	44	30
S výdaji za svůj byt (nájem, příp. splátky) jsem...	CHB	2	4	11	7	38	39
	DOZP	0	0	9	75	25	9
S polohou bytu jsem...	CHB	0	0	4	0	10	51
	DOZP	0	0	25	4	46	29
S dosažitelností dopravních prostředků jsem...	CHB	2	4	3	5	13	20
	DOZP	2	8	20	12	28	30
Když myslím na míru zátěže hlukem, jsem ve svém bytě...	CHB	0	19	3	8	13	54
	DOZP	0	0	12	26	23	30
Se standardem svého bytu jsem...	CHB	0	8	0	3	17	51
	DOZP	8	52	27	23	137	329
Celkově	CHB	8	87	23	23	730	730
	DOZP	4	17	95	160	269	180
		116		160		564	

Legenda: A - velmi nespokojen(a), B - nespokojen(a), C - spíše nespokojen(a), D ani spokojen(a) ani nespokojen(a), E - spíše spokojen(a), F - spokojen(a), G - velmi spokojen(a)

Bydlení	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	G (%)
S velikostí svého bytu jsem...	CHB	0,00%	7,50%	1,67%	0,00%	19,17%	43,33%
	DOZP	0,00%	1,67%	13,33%	8,33%	50,00%	15,00%
Se stavem svého bytu jsem...	CHB	3,33%	6,67%	3,33%	0,00%	19,17%	51,67%
	DOZP	1,67%	5,83%	4,17%	15,83%	36,67%	25,00%
S výdaji za svůj byt (nájem, příp. splátky) jsem...	CHB	1,67%	3,33%	9,17%	5,83%	31,67%	32,50%
	DOZP	0,00%	0,00%	7,50%	62,50%	20,83%	7,50%
S polohou bytu jsem...	CHB	0,00%	0,00%	3,33%	0,00%	8,33%	42,50%
	DOZP	0,00%	0,00%	20,83%	3,33%	38,33%	24,17%
S dosažitelností dopravních prostředků jsem...	CHB	1,67%	3,33%	2,50%	4,17%	10,83%	16,67%
	DOZP	1,67%	6,67%	16,67%	10,00%	23,33%	25,00%
Když myslím na míru zátěže hlukem, jsem ve svém bytě...	CHB	0,00%	15,83%	2,50%	6,67%	10,83%	45,00%
	DOZP	0,00%	0,00%	10,00%	21,67%	19,17%	25,00%
Se standardem svého bytu jsem...	CHB	0,00%	6,67%	0,00%	2,50%	14,17%	42,50%
	DOZP	0,00%	0,00%	6,67%	11,67%	35,83%	28,33%
Celkově	CHB	0,95%	6,19%	3,21%	2,74%	16,31%	39,17%
	DOZP	0,48%	2,02%	11,31%	19,05%	32,02%	21,43%
		13,81%		19,05%		67,14%	

Legenda: A - velmi nespokojen(a), B - nespokojen(a), C - spíše nespokojen(a), D ani spokojen(a) ani nespokojen(a), E - spíše spokojen(a), F - spokojen(a), G - velmi spokojen(a)

Přátelé, známí a příbuzní	Pohlaví	Věková sk.	Typ	A	B	C	D	E	F	G
když myslím na okruh svých přátel a známých, jsem...	ženy	26-45	CHB	0	2	0	2	6	29	8
			DOZP	0	5	5	0	12	5	0
	ženy	46-65	CHB	0	0	0	0	8	8	7
			DOZP	3	2	8	3	6	4	0
	ženy	66+	CHB	/	/	/	/	/	/	/
			DOZP	0	6	0	2	3	1	0
	muži	26-45	CHB	0	0	0	0	12	16	16
			DOZP	0	6	6	1	0	0	0
	muži	46-65	CHB	0	0	0	0	0	4	2
			DOZP	3	3	6	6	13	4	0
	muži	66+	CHB	/	/	/	/	/	/	/
			DOZP	0	0	0	2	5	0	0
S kontaktem se svými příbuznými jsem...	ženy	26-45	CHB	2	2	4	4	4	14	17
			DOZP	5	5	5	0	5	0	7
	ženy	46-65	CHB	0	0	0	8	0	15	0
			DOZP	8	3	0	0	6	4	5
	ženy	66+	CHB	0	0	0	0	0	0	0
			DOZP	4	3	3	0	2	0	0
	muži	26-45	CHB	0	4	5	7	7	12	9
			DOZP	0	12	0	1	0	0	0
	muži	46-65	CHB	0	0	0	0	0	2	4
			DOZP	9	6	4	0	10	3	3
	muži	66+	CHB	0	0	0	0	0	0	0
			DOZP	2	0	3	2	0	0	0
S kontaktem se svými sousedy jsem...	ženy	26-45	CHB	0	0	2	6	14	21	4
			DOZP	0	5	5	0	7	10	0
	ženy	46-65	CHB	8	0	0	0	15	0	0
			DOZP	0	3	13	1	3	3	3
	ženy	66+	CHB	0	0	0	0	0	0	0
			DOZP	2	2	0	0	5	3	0
	muži	26-45	CHB	0	1	4	8	16	8	7
			DOZP	0	0	2	10	1	0	0
	muži	46-65	CHB	0	0	0	0	4	2	0
			DOZP	0	0	19	0	13	3	0
	muži	66+	CHB	0	0	0	0	0	0	0
			DOZP	0	0	4	1	2	0	0
S pomocí a podporou, kterou mi poskytují přátelé a známí, jsem...	ženy	26-45	CHB	0	0	0	2	14	19	12
			DOZP	0	0	5	12	7	3	0
	ženy	46-65	CHB	0	0	0	0	8	15	0
			DOZP	0	0	3	13	3	4	3
	ženy	66+	CHB	0	0	0	0	0	0	0
			DOZP	0	2	6	2	2	0	0
	muži	26-45	CHB	0	0	4	5	14	12	9
			DOZP	0	0	7	6	0	0	0
	muži	46-65	CHB	0	0	0	0	0	4	2
			DOZP	0	0	0	24	11	0	0
	muži	66+	CHB	0	0	0	0	0	0	0
			DOZP	0	0	0	4	3	0	0
Se svými veřejnými a spolkovými aktivitami jsem...	ženy	26-45	CHB	0	0	0	8	14	17	8
			DOZP	0	2	3	0	12	5	5
	ženy	46-65	CHB	0	0	0	0	8	8	7
			DOZP	3	8	6	4	5	0	0
	ženy	66+	CHB	0	0	0	0	0	0	0
			DOZP	0	2	4	2	4	0	0
	muži	26-45	CHB	4	0	0	4	3	24	9
			DOZP	0	6	0	2	0	5	0
	muži	46-65	CHB	0	0	0	0	2	4	0
			DOZP	0	0	14	4	10	3	4
	muži	66+	CHB	0	0	0	0	0	0	0
			DOZP	0	0	0	2	4	0	1
Se svou společenskou angažovaností jsem...	ženy	26-45	CHB	0	2	0	8	9	20	8
			DOZP	0	0	2	10	5	8	2
	ženy	46-65	CHB	0	0	0	0	8	15	0
			DOZP	3	11	3	4	3	2	0
	ženy	66+	CHB	0	0	0	0	0	0	0
			DOZP	0	4	2	3	3	0	0
	muži	26-45	CHB	0	0	0	7	14	11	12
			DOZP	0	6	0	1	0	6	0
	muži	46-65	CHB	0	0	0	0	2	2	2
			DOZP	0	3	3	13	13	0	3
	muži	66+	CHB	0	0	0	0	0	0	0
			DOZP	0	0	0	1	4	1	1
Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi, jsem...	ženy	26-45	CHB	0	0	0	0	6	14	27
			DOZP	2	2	10	5	3	0	5
	ženy	46-65	CHB	0	0	0	0	0	0	23
			DOZP	3	11	6	3	3	0	0
	ženy	66+	CHB	0	0	0	0	0	0	0
			DOZP	0	2	4	0	6	0	0
	muži	26-45	CHB	4	0	1	0	1	13	25
			DOZP	0	6	0	2	5	0	0
	muži	46-65	CHB	0	0	0	0	2	4	0
			DOZP	0	0	15	6	7	7	0
	muži	66+	CHB	0	0	0	0	0	0	0
			DOZP	0	0	0	0	5	2	0





<b>Práce a zaměstnání</b>	A-C	D	E-G
	91	79	670
	83	292	465

	CHB			DOZP		
	A-C	D	E-G	A-C	D	E-G
Skutečné četnosti	91	79	670	83	292	465
Očekávané četnosti	87	185,5	567,5	87	185,5	567,5

<b>Finanční situace</b>	A-C	D	E-G
	101	104	635
	214	259	367

	CHB			DOZP		
	A-C	D	E-G	A-C	D	E-G
Skutečné četnosti	101	104	635	214	259	367
Očekávané četnosti	157,5	181,5	501	157,5	181,5	501

<b>Volný čas</b>	A-C	D	E-G
	26	27	787
	125	273	442

	CHB			DOZP		
	A-C	D	E-G	A-C	D	E-G
Skutečné četnosti	26	27	787	125	273	442
Očekávané četnosti	75,5	27	614,5	75,5	27	614,5

<b>Vlastní osoba</b>	A-C	D	E-G
	160	77	603
	113	171	556

	CHB			DOZP		
	A-C	D	E-G	A-C	D	E-G
Skutečné četnosti	160	77	603	113	171	556
Očekávané četnosti	136,5	124	579,5	136,5	124	579,5

<b>Přátelé, známí a příbuzní</b>	A-C	D	E-G
	49	69	722
	349	152	339

	CHB			DOZP		
	A-C	D	E-G	A-C	D	E-G
Skutečné četnosti	49	69	722	349	152	339
Očekávané četnosti	199	110,5	530,5	199	110,5	530,5

<b>Bydlení</b>	A-C	D	E-G
	87	23	730
	116	160	564

	CHB			DOZP		
	A-C	D	E-G	A-C	D	E-G
Skutečné četnosti	87	23	730	116	160	564
Očekávané četnosti	101,5	91,5	647	101,5	91,5	647

## PUBLIKAČNÍ ČINNOST AUTORKY

KASÁČKOVÁ, J., HUBIŠTOVÁ, M., FINKOVÁ, D. *Problematika životní spokojenosti u dospělých osob se zrakovým postižením*. In *Speciální pedagogika*. 2017, 27(2), s.129-139. ISSN 1211-2720.

KOZÁKOVÁ, Z., KASÁČKOVÁ, J., CHRASTINA, J. Perception of Life Satisfaction of Adult People with Mild Mental Disability. In *INTERNATIONAL JOURNAL ON LIFELONG EDUCATION AND LEADERSHIP*, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 16-24, June 2016. ISSN 2458-911X. Dostupné z: <http://ijlel.com/index.php/journal/article/view/18>.

KASÁČKOVÁ, J., KOZÁKOVÁ, Z. Sociální dimenze kvality života osob s mentálním postižením v chráněném bydlení. In ŠTĚCH, O., PATYI, P., TRUHLÁŘOVÁ, Z. (eds.) *Sociální práce v nejisté době*. Sborník vědeckých textů z konference XII. Hradecké dny sociální práce, Hradec Králové 2. až 3. října, 2015. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016. ISBN 978-80-7435-648-3.

KASÁČKOVÁ, J., HUBIŠTOVÁ, M. Vybrané životní aspekty osob s mentálním postižením a stres pracovníků v prostředí chráněného bydlení. In VYHNÁLKOVÁ, P., PLISCHKE, J., ANDRYSOVÁ, P. *Aktuální problémy pedagogiky ve výzkumech studentů doktorských studijních programů XI.* : recenzovaný sborník příspěvků z mezinárodní vědecké konference konané ve dnech 10.–11. listopadu 2015 v Olomouci. 1. vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2016. s. 300. ISBN 978-80-244-4989-0. DOI 10.5507/pdf.16.24449906.

KOZÁKOVÁ, Z., KASÁČKOVÁ, J., CHRASTINA, J. Perception of life satisfaction of adult people with mild mental disability. In *ICLEL 2015, 1<sup>ST</sup> INTERNATIONAL CONFERENCE ON LIFELONG LEARNING AND LEADERSHIP FOR ALL*, October 29<sup>th</sup>-31<sup>st</sup>, 2015. *Proceedings of International conference on lifelong education and leadership*. 2016.

ŠVECOVÁ, V., FINKOVÁ, D., HUBIŠTOVÁ, M., KASÁČKOVÁ, J. Partnerská spokojenost osob se zrakovým postižením. *Andragogika: čtvrtletník pro rozvoj a vzdělávání dospělých*. Zlín: Academia Economica, roč. XX., č. 1, březen, 2016, s. 12-19. ISSN 1211-6378.

KASÁČKOVÁ, J., HUBIŠTOVÁ, M., KOZÁKOVÁ, Z., SMEČKOVÁ, G. Sheltered housing – life satisfaction of people with mental disabilities vs. stress of workers. In *Journal of Exceptional People*. Olomouc: Palacký University, Olomouc, 2015, 2 (7), pp. 59-80. ISSN 1805-4978.

KASÁČKOVÁ, J., HUBIŠTOVÁ, M. Finanční gramotnost jako vlivný činitel u vybraných oblastí životní spokojenosti osob s mentálním postižením. In *MMK: Mezinárodní Masarykova konference pro doktorandy a mladé vědecké pracovníky*. Sborník příspěvků- proceedings of the International Scientific Conference. Hradec Králové: MAGNANIMITAS. 2015, 6(1).ISBN978-80-87952-12-2.

HUMPOLOVÁ, P., KASÁČKOVÁ, J., BUCHTÍKOVÁ, P., VAVŘINÍKOVÁ, P., MIKULKOVÁ, B. (ed.). *Metodika podpory sociálních a pracovních dovedností osob s mentálním postižením*. ESF projekt - Sociálně terapeutická dílna CZ.1.04/3.1.02/C1.0002. Uherské Hradiště, 2015.

KASÁČKOVÁ, J., KOZÁKOVÁ, Z. Vliv sociálního podnikání na kvalitu života dospělých osob s mentálním postižením. In FINKOVÁ, D., LANGER, J. a kol. *Determinanty inkluze osob se zdravotním postižením*. 1.vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2014. ISBN 978-244-4303-4.

KASÁČKOVÁ, J. Možnosti pracovního uplatnění a jejich vliv na kvalitu života dospělých osob s mentálním postižením. In *Mezinárodní vědecká konference Inovácie v teórii a praxi výchovnej a komplexnej rehabilitácie osob so zdravotným postihnutím*. [elektronický zdroj]. - ISBN 978-80-89726-28-8. - Bratislava: Iris, 2014. [CD-ROM]

KASÁČKOVÁ, J. Specifika tranzitních programů u dospělých osob s mentálním postižením. In FINKOVÁ, D. a kol. *Iniciační analýza podmínek inkluze u osob se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, s. 85-107. ISBN 978-80-244-3865-8.

KASÁČKOVÁ, J. Problematika výzkumného šetření se zaměřením na oblast sociálního podnikání pro osoby s mentálním postižením. In *Sborník z příspěvků z konference Aktuální problémy pedagogiky ve výzkumech studentů DSP X.*, ve dnech 27. a 28. 11. 2013. ISBN neuvedeno.

KASÁČKOVÁ, J. The importance of social enterprise in the process of employing people with intellectual disabilities. In *Sborník příspěvků Mezinárodní Masarykovy konference pro doktorandy a mladé vědecké pracovníky*. 4. vyd. Hradec Králové: MAGNANIMITAS, 2013. ISBN 978-80-87952-00-9.

BEHANCOVÁ, J., KOZÁKOVÁ, Z. Tranzitní program u osob s mentálním postižením. In DUBAYOVÁ, T., ŽOLNOVÁ, J. (ed.) *Študent na ceste k praxi II. Zborník ze Študentskej vedeckej konferencie v odbore špeciálna pedagogika a liečebná pedagogika*. Prešov, 2013. s. 7-16. ISBN 978-80-555-0840-5.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení, titul(y):</b>	Mgr. Jana Kasáčková
<b>Název práce:</b>	Psychosociální dimenze kvality života osob s mentálním postižením v chráněném bydlení
<b>Název práce v angličtině:</b>	Psychosocial dimensions of quality of life related to people with intellectual disabilities living in sheltered housing
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.
<b>Katedra nebo ústav:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Obor:</b>	Doktorský studijní program Speciální pedagogika
<b>Počet stran:</b>	213
<b>Počet příloh ve vázané práci:</b>	5
<b>Rok obhajoby:</b>	2017
<b>Klíčová slova:</b>	kvalita života, transformace sociálních služeb, člověk s mentálním postižením

Disertační práce se věnuje problematice psychosociální dimenze kvality života dospělých osob s mentálním postižením v chráněném bydlení. Práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Teoretický rámec je tvořen problematikou kvality života a životní spokojenosti dospělých osob s mentálním postižením v kontextu procesu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb. Teoretická východiska jsou v souladu s výzkumným zaměřením práce. Rešerše výzkumných prací a odborných publikací na téma kvality života a životní spokojenosti osob s mentálním postižením v chráněném bydlení poukazují, že není mnoho studií zabývajících se právě tímto paradigmatem u této cílové skupiny. Ačkoli se v současné době setkáváme v tuzemské literatuře s problematikou hodnocení kvality života jednotlivých klientských skupin, tak ve většině případů se jedná o izolované omezení se na konkrétní oblasti, nikoli širší koncept daného pojetí. Vycházíme z předpokladu, že rozhodnutí o životě dotyčné osoby nelze omezit jen na porozumění jejím potřebám vycházejících pouze cílů služby, organizace či programu. Osoba s mentálním postižením je spotřebitelem dané služby a její vnímání a zkušenosti musí být poskytovateli služeb a dalšími brány v úvahu. Cílem výzkumu se smíšeným designem, jenž v sobě mísí prvky kvantitativního (Dotazník kvality života, Dotazník životní spokojenosti) a kvalitativního výzkumu (focus group s osobami s mentálním postižením z chráněného bydlení), je hloubková analýza a deskripce psychosociálních determinant kvality života a životní spokojenosti u osob s mentálním

postižením z chráněného bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením. Výsledky ukázaly, že uživatelé z chráněného bydlení hodnotí kvalitu svého života lépe nežli uživatelé domovů pro osoby se zdravotním postižením, přičemž poukázaly na rozdílné vnímání a volbu jiných životních determinant v psychosociálních dimenzích. V rámci subjektivního hodnocení metodou focus group s osobami z chráněného bydlení jsou detekovány oblasti života, které mají vliv na životní spokojenost a zároveň jsou detekovány hlavní zdroje podpory a jejich role v procesu socializace jedince s mentálním postižením. Z výsledků jsou vyvozeny závěry a následná doporučení pro praxi.

## ANNOTATION

<b>Name and surname:</b>	Mgr. Jana Kasáčková
<b>Title:</b>	Psychosocial dimensions of quality of life related to people with intellectual disabilities living in sheltered housing
<b>Supervisor:</b>	Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.
<b>Institute:</b>	Institute of Special Education Studies Faculty of Education, Palacký University Olomouc
<b>Specialization:</b>	Doctoral degree program Special Education
<b>Pages:</b>	213
<b>Attachments:</b>	5
<b>Year of defence:</b>	2017
<b>Keywords:</b>	quality of life, transformation of social services, person with mental disability

The dissertation deals with the psychosocial dimension of the quality of life of adults with mental disabilities in sheltered housing. The thesis is divided into the theoretical and the practical part. The theoretical framework deals with the quality of life and life satisfaction of adults with mental disabilities in the context of deinstitutionalisation and transformation of social services. The theoretical background is in line with the research focus of the thesis. The search for research papers and professional publications on the quality of life and life satisfaction of people with intellectual disabilities in sheltered housing indicate that there are not many studies dealing with this paradigm in this target group. Although nowadays we are meeting quality-of-life czech literature for individual client groups, it is in most cases an isolated constraint on specific areas, not the broader concept of a given conception. We assume that the decision on the life of the concerned person can not be limited only to understanding their needs based solely on the objectives of the service, organization or program. A person with a mental disability is a consumer of the service and their perception and experience must be taken into account by service providers and others. The goal of mixed design research combining quantitative elements (Quality of Life Questionnaire, Life Satisfaction Questionnaire) and qualitative research (interviews with people with intellectual disabilities from sheltered housing) is an in-depth analysis and description of psychosocial determinants of quality of life and life satisfaction for people with intellectual disabilities from sheltered housing and homes for people with disabilities. The results have shown that

people with intellectual disability from sheltered housing evaluate the quality of their lives better than people with mental disabilities from institutional care for people with disabilities. The results showed different perceptions and choices of other life determinants in psychosocial dimensions. Subjective assessment of the focus group with persons with intellectual disabilities from sheltered housing has identified the main areas of life that affect life satisfaction. At the same time, the main sources of support and their role in the process of socialization of a person with intellectual disabilities are detected. The results of the recommendations for practice are drawn from the results.



## ZUSAMMENFASSUNG

<b>Name and Nachname:</b>	Mgr. Jana Kasáčková
<b>Name der Arbeit:</b>	Psychosoziale Dimension der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung in geschützten Wohnungen
<b>Betreuer:</b>	Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.
<b>Lehrstuhl oder Institut:</b>	Institut der spezialpädagogischen Studien Pädagogische Fakultät, Palacky Universität in Olomouc
<b>Studienfach::</b>	Doktorstudium Spezialpädagogik
<b>Anzahl der Anhänge:</b>	213
<b>Attachements:</b>	5
<b>Jahr der Verteidigung:</b>	2017
<b>Stichwort:</b>	Lebensqualität, die Transformation der sozialen Dienste, eine Person mit geistiger Behinderung

Die Dissertation beschäftigt sich mit der psychosozialen Dimension der Lebensqualität von Erwachsenen mit geistiger Behinderung im geschützten Wohnraum. Die These ist in den theoretischen und praktischen Teil unterteilt. Der theoretische Rahmen ist das Thema Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Erwachsenen mit geistiger Behinderung im Zusammenhang mit der Deinstitutionalisierung und Transformation von sozialen Diensten. Der theoretische Hintergrund steht im Einklang mit dem Forschungsschwerpunkt der Arbeit. Die Suche nach Forschungsarbeiten und Fachpublikationen über die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit von Menschen mit geistiger Behinderung in geschützten Wohnungen deutet darauf hin, dass es in dieser Zielgruppe nicht viele Studien gibt, die sich mit diesem Paradigma beschäftigen. Obwohl wir derzeit in der Lage sind, inländische Lebensqualität-Literatur für einzelne Kundengruppen zu treffen, ist es in den meisten Fällen eine isolierte Einschränkung auf bestimmte Bereiche, nicht das breitere Konzept eines gegebenen Konzepts. Wir gehen davon aus, dass die Entscheidung über das Leben des Betroffenen nicht darauf beschränkt werden kann, nur seine Bedürfnisse zu verstehen, die ausschließlich auf den Zielen des Dienstes, der Organisation oder des Programms beruhen. Eine Person mit einer geistigen Behinderung ist ein Verbraucher des Dienstes und seine / ihre Wahrnehmung und Erfahrung müssen von Dienstleistern und anderen berücksichtigt werden. Das Ziel der Forschung gemischt ist Design, das Elements der quantitativen (Quality of Life Questionnaire, Fragebogen Lebenszufriedenheit) und qualitativer Forschung (Interviews mit

Menschen mit geistiger Behinderung von geschützten Wohnungen) Mischungen sind eine eingehende Analyse und Beschreibung von psychosozialen Faktoren der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit unter den Menschen mit geistige Behinderung von betreut Wohnen) Wohnen und Wohnungen für Menschen mit Behinderungen. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass Menschen mit intelligenter Behinderung aus geschützten Unterkünften die Qualität ihres Lebens besser abschätzen als Menschen mit geistiger Behinderung aus der institutionellen Betreuung von Menschen mit Behinderungen. Die Ergebnisse zeigten, dass Menschen mit geistigen Behinderungen aus geschützten Unterkünften die Qualität ihres Lebens besser abschätzen als Menschen mit geistiger Behinderung, die sich aus der institutionellen Betreuung von Menschen mit Behinderungen ergeben. Die Ergebnisse zeigten unterschiedliche Wahrnehmungen und Wahlmöglichkeiten anderer Lebensdeterminanten in psychosozialen Dimensionen. Die subjektive Bewertung der Fokusgruppe mit Personen mit geistiger Behinderung aus geschützten Unterkünften hat die Hauptbereiche des Lebens identifiziert, die die Lebenszufriedenheit beeinflussen. Gleichzeitig werden die Hauptquellen der Unterstützung und ihre Rolle im Sozialisierungsprozess einer Person mit geistiger Behinderung erkannt. Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis werden aus den Ergebnissen gezogen.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií



**PSYCHOSOCIÁLNÍ DIMENZE KVALITY ŽIVOTA OSOB  
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V CHRÁNĚNÉM BYDLENÍ**

Autoreferát disertační práce

**Mgr. Jana Kasáčková**

Doktorský studijní program Speciální pedagogika

Školitel: **Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.**

Olomouc 2017

Předkladatel: Mgr. Jana Kasáčková  
Ústav speciálněpedagogických studií  
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci  
Doktorský studijní program Speciální pedagogika

Školitel: Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.  
Ústav speciálněpedagogických studií  
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Oponenti: doc. PhDr. Jarmila Pipeková, Ph.D.  
Katedra speciální pedagogiky  
Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně  
  
prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.  
Ústav speciálněpedagogických studií  
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Autoreferát rozeslaný dne:

Místo a termín konání obhajoby: ÚSS, PdF, UP Olomouc

S podrobnostmi o termínu konání obhajoby disertační práce je možné se seznámit na Referátu vědy a výzkumu Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, Žižkovo nám. 5, 771 40 Olomouc.

S disertační prací je možné seznámit se na Studijním oddělení Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, Žižkovo nám. 5, 771 40 Olomouc.

## ÚVOD

Kvalita života. Pojem, který je relativně nový, ale zároveň odbornou i laickou populací běžně užívaný; pojem neuchopitelný bez jedné zastřešující definice; sousloví či spojení, které má řadu synonymně užívaných ekvivalentů jako pohoda, životní spokojenost, well-being, blahobyt aj.; pojem interdisciplinární, kdy každý obor má izolovaně vytvořeno vlastní vymezení a jeho celkové pojetí, a nakonec tedy pojem multidimenzionální podmíněný celým spektrem faktorů a v nejobecnějším slova smyslu koncepčně roztržštěný.

Výzkumy kvality života se dostaly do povědomí širší odborné veřejnosti jako relativně nové téma kolem 60. let 20. stol. (Potůček in Kortusová, 2007), nicméně zájem o kvalitu života můžeme sledovat již mnohem dříve. Stěžejním podnětem k výzkumům bylo materiální bohatství vyspělých zemí (zejm. USA) a s nimi přicházející vlna změny hodnotového systému ve společnosti a rozšíření konzumu. Postupně tento pojem proniká do mnoha vědních oborů, ale změny se projevují i v obsáhlosti definičního vymezení, kdy je kladen důraz na subjektivní pojetí tedy spíše nemateriální dimenzi života (Veenhoven, 2000). Výzkumy věnující se a zkoumající kvalitu života nejrůznějších skupin osob jsou v dnešní době relativně velmi frekventované, přičemž základní snahou zpravidla zůstává optimalizace a individualizace intervenčních postupů a dalších opatření směřujících k subjektivnímu zvýšení kvality života.

Kvalita života je multidimenzionálním konceptem, který se stává klíčovým na poli hodnocení individuálního a kolektivního lidského života (Křížová in Payne, 2005). Navzdory jeho šíři se jedná o nejednoznačně definovatelný pojem. Velká část výzkumů napříč různými obory se snaží tento konstrukt vysvětlit. Je využíván především k hodnocení osobní spokojenosti, jako ukazatel kvality služeb a úspěchu. Tento koncept využívají mnohé vědní obory jako psychologie, medicína, sociální práce atd. Sociální začlenění osob s mentálním postižením je důležitým preventivním činitelem v rámci ochrany duševního zdraví této skupiny osob a taktéž možným přispěvatelem vedoucím ke zlepšení kvality života. V tomto kontextu byla koncipována tato práce s důrazem na psychosociální dimenzi kvality života a související otázky životní spokojenosti u cílové skupiny osob s mentálním postižením.

Kvalita života jako přístup k osobní spokojenosti svou působností, resp. svým referenčním rámcem zasahuje do všech oblastí lidského života a je ovlivňována mnoha činiteli. V oblasti sociální interakce, etablování a udržování sociálních vztahů má však zásadní psychologický dopad odrážející se na duševní pohodě jedince. Specifika osobnosti jedince s mentálním postižením jsou ovšem primární příčinou, jež způsobuje, že samotná fyzická přítomnost ve většinové společnosti ještě sama o sobě nepřispívá k dosažení integrace – či chceme-li inkluze, nýbrž naopak tyto osoby často zůstávají z těchto důvodů na jejím okraji (Emerson, McWilly, 2004). Vzhledem k těmto skutečnostem bylo téma disertační práce voleno se zaměřením na osoby s mentálním postižením žijícími v chráněném bydlení. Identifikace spektra determinant životní spokojenosti, jejich důležitost, míra naplňování a vztah mezi nimi a kvalitou života nám umožní lépe porozumět jejich potřebám a poukázat na oblasti, které mohou být pro osoby s mentálním postižením ohrožující aj. Aplikační rámec zkoumané problematiky nacházíme nejen v oblasti speciálněpedagogické praxe, ale i teorie ve smyslu rozšíření informační platformy o kvalitu života s akcentem na charakteristiky značně specifické skupiny osob s mentálním postižením.

Koncipovaná disertační práce je členěna na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část je složena z několika kapitol a podkapitol. První kapitola disertační práce je věnována problematice kvality života a klíčovými charakteristikám celého konceptu. V úvodní části provedeme exkurz do historie samotného konceptu kvality života, jeho vývoje a přístupů k němu. Následně se pokusíme o objasnění terminologických nuancí a popis zkoumaných dimenzí. Ty se podílí velkou měrou na specifčnosti jednotlivých konstruktů a jsou zde prezentovány formou vybraných modelů kvality života i se svými vlivnými činiteli. Druhá část kapitoly je věnována již samotnému pojetí well-being, jež považujeme za stěžejní nejen z hlediska tematického zaměření práce, ale i jako klíčový prvek hodnocení životní spokojenosti cílové skupiny osob s mentálním postižením. Směrem k praktické evaluaci kvality života směřuje další část kapitoly k měření a relevantním měřicím nástrojům. Závěr

kapitoly je pak přímo soustředěn k tematickému zaměření práce, přičemž akcentuje otázky kvality života osob se specifickými potřebami, jedince s mentálním postižením nevyjímaje.

Druhá kapitola je specificky orientována na aktuální vývoj v oblasti sociálních služeb s dopady na kvalitu života osob s mentálním postižením, tedy především sociální determinanty (faktory) životní spokojenosti, přičemž je akcentováno pojetí jedince jako bio-psycho-socio-spirituální entity. Kapitola je zaměřena na proces humanizace a deinstitucionalizace; transformační záměry a platformu chráněných bydlení či modernizaci velkokapacitních zařízení, přičemž pracuje s pojmy jako samostatnost, podpora, úspěšný proces transformace, jehož záměrem je integrace osob se zdravotním postižením.

Navazující oddíl textu zasazuje problematiku kvality života do kontextu mentálního postižení. Počínaje terminologickými aspekty přes klasifikaci a charakteristiku jednotlivých stupňů mentální retardace až po specifické oblasti socializace a popis klíčových aspektů osobnosti jedince s mentálním postižením v kontextu psychosociálních charakteristik. Kapitola řeší otázky dospělosti osob s mentálním postižením a související aspekty.

Teoretická část disertační práce tvoří základnu pro část empirickou. Cílem výzkumu se smíšeným designem, jenž v sobě mísí prvky kvantitativního a kvalitativního výzkumu, je hloubková analýza a deskripce psychosociálních determinant kvality života a životní spokojenosti u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením. Záměrem je rozšířit teoretickou platformu o specifické otázky životní spokojenosti osob s mentálním postižením s akcentem na aktuální procesy transformace, deinstitucionalizace a zejména pak v celospolečenském kontextu inkluzivních tendencí. Aplikální možnosti výsledků výzkumu je možné spatřovat jak v oblasti speciálněpedagogické teorie, ve smyslu rozšíření teoretické báze speciálněpedagogické dimenze kvality života, tak rovněž v oblasti speciálněpedagogické praxe s odrazem v optimalizaci intervence a zvýšení subjektivní kvality života osob s mentálním postižením.

# I TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části disertační práce vymezujeme témata a pojmy spjaté s kvalitou života, transformací sociálních služeb a dospělými osobami s mentálním postižením v úzké provázanosti na část empirickou.

## 1 KVALITA ŽIVOTA

Soudobý fenomén nazývaný se kvalitou života je považován v současnosti za multidimenzionální koncept a stává se klíčovým na poli hodnocení individuálního i kolektivního lidského života, jeho smyslu a existence (Křížová in Payne, 2005). Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Tato problematika je široce pojímána a intenzivně diskutována v řadě vědních oborů (filozofii, sociologii, psychologii, medicíně, ekonomii, pedagogice, sociální práci, antropologii aj.). Různorodost a specifčnost jednotlivých oblastí přináší jiné úhly pohledu, které jsou důsledkem mnoha rozličných teoretických východisek.

### 1 KVALITA ŽIVOTA

#### 1.1 Koncept kvality života

##### 1.1.1 Terminologické vymezení

##### 1.1.2 Dimenze a determinanty kvality života

#### 1.2 Životní spokojenost jako přístup ke kvalitě života

##### 1.2.1 Faktory ovlivňující životní spokojenost

#### 1.3 Hodnocení a měření kvality života

#### 1.4 Specifika kvality života u osob s postižením

## 2 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A KVALITA ŽIVOTA

Sociální služby prošly a prochází vývojem, jenž je v posledních letech zachycen procesem deinstitucionalizace a transformace, tedy fenoménů směřujících ke zvýšení kvality života a životní spokojenosti uživatelů služeb, jichž se tato problematika bezprostředně dotýká. Z těchto důvodů se i tato práce zaměřuje na specifické prostředí, a to na institucionální péči (domovy pro osoby se zdravotním postižením) a prostředí chráněného bydlení.

### 2 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A KVALITA ŽIVOTA

#### 2.1 Transformace a deinstitucionalizace jako soudobé fenomény

##### 2.1.1 Vybrané rizikové aspekty deinstitucionalizace a transformace

#### 2.2 Chráněné bydlení a domov pro osoby se zdravotním postižením jako možnosti smaostatného života

##### 2.2.3 Kvalita života osob žijících v chráněném bydlení a domově pro osoby se zdravotním postižením

#### 2.3 Sociálně-inkluzivní tendence a současná společnost v kontextu mentálního postižení

## 3 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A JEHO OBRAZ V DOSPĚLOSTI

Mentální postižení je nejběžnějším zdravotním postižením, které se v populaci vyskytuje bez ohledu na nezávisle proměnné (Valenta a kol., 2013). Kapitola vymezuje klasifikační a terminologické aspekty mentálního postižení, prezentuje modely přístupu k osobám s MP a zaměřuje se zejména na dospělé osoby s tímto typem postižení, přičemž je důraz kladen na specifika osobnosti. Celý rámeček je zastřešen fenoménem socializace osob s mentálním postižením do většinové společnosti.

### 3 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A JEHO OBRAZ V DOSPĚLOSTI

#### 3.1 Terminologické aspekty a klasifikační kritéria

##### 3.1.1 Modely přístupu k osobám s mentálním postižením

##### 3.1.2 Klasifikace mentální retardace

#### 3.2 Dospělost a její charakteristika ve vztahu k mentálnímu postižení

##### 3.2.1 Specifika osobnosti jedince s mentálním postižením

##### 3.2.2 Vybrané aspekty dospělosti osob s mentálním postižením

## II EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část disertační práce se zaměřuje na zkoumání kvality života a životní spokojenosti osob s mentálním postižením v chráněných bydleních a domovech pro osoby se zdravotním postižením. Úvod empirické části má za cíl krátký exkurz do dané problematiky, za níž následuje kvantitativní a kvalitativní výzkumná část.

### 4 UVEDENÍ DO ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY

V současnosti se problematice osob s mentálním postižením v různých rovinách věnuje řada publikací, či studentských prací. Ovšem z hlediska prací odborného charakteru ve vztahu k osobám se zdravotním postižením, tedy v našem případě osobám s mentálním postižením v kontextu kvality života, se setkáváme spíše se zdroji zahraničními. Výsledky zahraničních výzkumů jsou také zakotveny v teoretické části práce v jednotlivých podkapitolách.

Vzhledem k šíři konceptu kvality života jsme se rozhodli tento výzkum aplikovat na cílovou skupinu osob s mentálním postižením z chráněných bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením. V obecné rovině vycházíme z domén/dimenzí a jim podléhajícím faktorům/determinantům. Ověřitelnost tohoto pojetí aplikoval ve svém výzkumu Morrise et al. (2013) s cílem zjistit, zdali jsou dimenze kvality života vytvořeny univerzálně a jsou určeny pro osoby s mentálním postižením, k čemuž byl využit nástroj od Schalock, Keith (1993).

Rozsáhlou studii *A multivariate Investigative Study of the Correlates of Quality of Life* zaměřenou na kvalitu života osob s mentálním postižením publikovali autoři Schalock, Lemanowicz, Conroy a Feinsten (1994). Výzkumným souborem bylo 715 osob s mentálním postižením ze státu Connecticut (46,4 % žen, 53,6 % muži; průměrný věk 47 let), u nichž byla kvalita života měřena v 18 proměnných, která zahrnují hodnocení osobnostních specifik jedince, objektivní životní podmínky a další signifikantně významné složky, přičemž závislou proměnnou byl osobní index kvality života. Osoby s mentálním postižením pocházeli v 91,5 % z bydlení s dohledem („ústavní péče“); 7,4 % z částečně nezávislého prostředí (v našich podmínkách by se jednalo o chráněné bydlení, podporované bydlení, bydlení ve společném domě s ostatními osobami se stejným zdravotním postižením) a 1,1 % ve zcela v nezávislé formě bydlení (vlastní dům). Kvalita života se v jednotlivých oblastech lišila dle proměnných, a to dle podmínek pro bydlení a zaměstnání.

Zahraněční výzkum *Quality and costi of community-based residential supports, village communities, and residential campuses in the United Kingdom* z Velké Británie, který se uskutečnil již v roce 1996, kdy byly služby chráněného bydlení v této zemi poskytovány již v 57% (Bruthansová, Červenková, 2004), potvrzuje Emerson, Robertson, Gregory et al. (2000) skrze komparaci kvality života mezi samostatným a institucionálním bydlením. Byla prokázána výrazně lepší kvalita života u 281 obyvatel s mentálním postižením žijících v rozptýlených bytových zástavbách, nežli u 133 osob s mentálním postižením žijících v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Studie *Community participation and inclusion: people with disabilities defining their place* (Milner, Kelly, 2009) upozornila na nutnost snižování počtu osob z rezidenčních služeb (tj. domovů pro osoby se zdravotním postižením aj.) jako nejvýznamnějšího ukazatele inkluze.

Tuzemský výzkum (Johnová, Strnad, 2013) uskutečněný v letech 2008-2011 u 95 osob se zdravotním postižením potvrdil význam chráněného bydlení, neboť osoby žijící v ústavním typu zařízení, si v rámci užšího výběru zvolili mezi možnostmi pro odchod z DOZP jako jednu z variant i chráněné bydlení (viz 2.1.1).

Zahraněční studie *Assessing the impact of large residential institutions on the quality of life of mentally retarded people* (Bratu, Verza, Folostina, 2012) se zaměřuje na kvalitu života osob s mentálním postižením ve velkokapacitních rezidenčních centrech v Rumunsku. Výsledky poukazují na skutečnost, že negativní dopady velkokapacitních zařízení na kvalitu života a chování osob s mentálním postižením by mohlo být eliminováno tím, že by tyto osoby bydlely v menších zařízeních rodinného typu.



Studie *Quality of Life in Persons with Intellectual Disabilities and Mental Health Problems: An Explorative Study* (Morrise et al., 2013), která se uskutečnila skrze výzkumný nástroj dotazníku kvality života (Schalock, Keith, 1993) a metodou focus group, proběhla ve Flandrech a byly do ní zapojeny osoby z většinové společnosti (nejčastěji rodinní příslušníci), které jsou v určitém vztahu, kontaktu s osobami s mentálním postižením či duševním onemocněním z institucionálního zařízení. Součástí studie byl i odborný personál pracující s touto cílovou skupinou, a poté samy osoby s mentálním postižením a osoby s duševním onemocněním. Pro zachování heterogenity byly vzaty v potaz demografické údaje (věk, pohlaví, místo bydliště uživatele, úroveň mentálního postižení a druh duševního onemocnění). Ve výsledcích se rámcově odráží podpora rovnosti osob zejména od sebepojetí včetně sebeurčení, emancipace, začlenění a posílení. Tento proces vede k větší nezávislosti a je ovlivněn procesem deinstitucionalizace velkokapacitních zařízení. Výsledky studie ukazují přístup rodinných příslušníků ke kvalitě života jejich blízkých, tj. uživatelů daného zařízení. Pracovníci upozorňují na problém spojený s podporou uživatelů, která dle rodinných příslušníků musí splňovat určitá kritéria tzv. „povinné péče“. Pracovníci uvádí, že tento pojem je užíván jako odůvodnění pro eliminaci rizik, a proto inhibuje na osobu zaměřený přístup. To vede k posílení závislosti, kdy uživatelé jsou v tomto směru podporováni tak dlouho, dokud se to vejde do mezí bezpečnosti a ochrany zdraví. Toto nastavení je proti integrační podpoře a dalším krokům podporujícím začlenění. Autoři studie tedy na základě ní vyzývají rodinné příslušníky a pracovníky, aby hledali vhodnější strategie podpory, vedoucí ke zlepšení kvality života jejich uživatelů s mentálním postižením či duševním onemocněním.

Jiná studie *Stigma, Social Comparison and Self-Esteem in Adults with an Intellectual Disability* (Paterson, McKenzie, Lindsay, 2012) prezentuje výzkum, jehož se zúčastnilo 43 dospělých osob s mentálním postižením. Autoři se zaměřili na skutečnost, zdali životní spokojenost/blaho je ovlivněno procesem sociálního srovnávání, což je teorie, která vychází z principu, jakým způsobem měníme své názory na základě srovnání s ostatními. Je to i jeden z důvodů, proč lidé navazují společenské kontakty. Dotazníkové šetření se zaměřovalo na 3 oblasti: vnímání stigmatu, sebeúctu a srovnávání se s ostatními. V situacích, kdy člověk nemá náhled na správné chování, srovnává své názory s druhými. Lidé z většinové společnosti se stávají těmi, podle nichž následně hodnotí člověk s mentálním postižením sám sebe, zdali je v něčem dobrý či horší a utváří si tak vlastní sebepojetí. Výsledky ukazují, že pokud je člověku s mentálním postižením dána negativní zpětná vazba na jeho osobu, uvědomuje si tuto stigmatizaci, a to má dopad na jeho sebeúctu.

## 5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V současné době se setkáváme stále častěji s problematikou hodnocení kvality života jednotlivých klientských skupin. Důvodů, proč měřit kvalitu života u osob s mentálním postižením je několikero. Multidimenzionalita pohledu na život těchto osob, nám umožňuje identifikaci a možnost plánovat podporu jejich potřeb. Verdugo et al. (2005) ovšem podotýká, že se tak děje beze snah o tzv. redukcionismus (tzn. snahy zjednodušit komplexní jevy do jednoduchých neanalyzovatelných částí, jež je zapříčiňují). Chce tím poukázat na skutečnost, že učiněná rozhodnutí o životě dotyčné osoby nemůžeme omezovat jen na porozumění jejím potřebám vycházejících pouze z cílů služby, organizace či programu. To ostatně dokládá i Morrise et al. (2013), jež klade důraz na podporu nezávislosti, začlenění a posílení v rámci nových metod strategie podpory osob s mentálním postižením. Tato cílová skupina je spotřebitelem dané služby a její vnímání a zkušenosti musí být poskytovateli služeb, odborníky a dalšími osobami brány v úvahu. Porozuměním daným potřebám může dojít k přeorientování činností a jejich inovaci prováděných organizacemi aj.

### 5.1 Výzkumný problém, cíle výzkumu a stanovení hypotéz

#### Hlavní cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je provést hloubkovou analýzu kvality života a životní spokojenosti u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením.

#### Dílčí cíle

6. Zjistit, které determinanty kvality života považují osoby s mentálním postižením z chráněných bydlení a osoby s mentálním postižením z domovů pro osoby se zdravotním postižením za signifikantní.
7. Zjistit, jaká je úroveň kvality života u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a jaká je úroveň kvality života osob s mentálním postižením z domova pro osoby se zdravotním postižením.
8. Zjistit a ověřit, do jaké míry ovlivňují kvalitu života osob s mentálním postižením vybrané sociodemografické charakteristiky (pohlaví, věk, typ bydlení) zkoumaného souboru.
9. Zjistit, jaká je úroveň životní spokojenosti u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a osob s mentálním postižením z domova pro osoby se zdravotním postižením.
10. Identifikovat životní postoje osob s mentálním postižením z chráněného bydlení.

#### Výzkumný problém

Záměrem práce a hlavním výzkumným problémem je identifikace a hloubková deskripce úrovně kvality života, životní spokojenosti v jednotlivých dimenzích a jejich determinantech při identifikaci psychických a sociálních potřeb u individuálně socializovaných jedinců s mentálním postižením v prostředí chráněného bydlení v komparaci s domovy pro osoby se zdravotním postižením. Tyto vzájemně propojené oblasti lidských potřeb jsou totiž prediktorem úspěšné realizace transformačních záměrů, ale i odrazem kvalitně prožívaného života a celkové životní spokojenosti.

#### Výzkumné otázky a hypotézy

*Pro kvantitativní část kvality života bylo stanoveno následující:*

**1. Které determinanty kvality života považují respondenti s mentálním postižením z chráněných bydlení a respondenti s mentálním postižením z domovů pro osoby se zdravotním postižením za signifikantní?**

**H1:** Použité determinanty kvality života považují respondenti za signifikantní, což se projevuje tím, že mezi respondenty vybranými determinanty a celkovým hodnocením kvality života jsou statisticky významné korelace.

**2. Považují respondenti s mentálním postižením z chráněného bydlení a respondenti s mentálním postižením z domovů pro osoby se zdravotním postižením za nejvýznamnější stejné determinanty kvality života?**

**H2:** Respondenti z chráněného bydlení považují za nejvýznamnější jiné determinanty než respondenti z domovů pro osoby se zdravotním postižením.

**3. Jak se liší kvalita života v jednotlivých dimenzích u respondentů s mentálním postižením z chráněného bydlení a u respondentů s mentálním postižením z domovů pro osoby se zdravotním postižením?**

**H3:** Kvalita života u respondentů z chráněného bydlení je vyšší než u respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením.

**4. Liší se odpovědi respondentů s mentálním postižením v jednotlivých determinantech (otázkách dotazníku) v závislosti na typu jejich bydlení?**

**4:** Respondenti z chráněného bydlení dosahují v jednotlivých determinantech (otázkách dotazníku) kvality života vyššího hodnocení než respondenti z domova pro osoby se zdravotním postižením.

**5. Je kvalita života mužů s mentálním postižením stejná jako kvalita života žen s mentálním postižením?**

**H5:** Kvalita života mužů a žen (v celém výzkumném souboru) je stejná.

**H5a:** Kvalita života mužů a žen je (v celém souboru) ve věkové skupině „mladší“ (26-45) stejná.

**H5b:** Kvalita života mužů a žen je (v celém souboru) ve věkové skupině „starší“ (46-66+) stejná.

**6. Je kvalita života mužů s mentálním postižením stejná jako kvalita života žen s mentálním postižením z chráněného bydlení?**

**H6:** Kvalita života mužů a žen z chráněného bydlení je stejná.

**H6a:** Kvalita života mužů a žen z chráněného bydlení je ve věkové skupině „mladší“ (26-45) stejná.

**H6b:** Kvalita života mužů a žen z chráněného bydlení je ve věkové skupině „starší“ (46-66+) stejná.

**7. Jak závisí kvalita života respondentů s mentálním postižením a její jednotlivé dimenze na věku respondentů?**

**H7:** Mladší respondenti deklarují stejně velkou životní spokojenost jako respondenti starší. V ostatních dimenzích uvádí mladší respondenti hodnocení vyšší.

*Pro kvantitativní část životní spokojenosti byly stanoveny následující hypotézy:*

**H8: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**H9: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**H10: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

H<sub>0</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**H11: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

H<sub>0</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**H12: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátel, známí, příbuzní a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

H<sub>0</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátel, známí, příbuzní a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátel, známí, příbuzní a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**H13: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

H<sub>0</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

H<sub>A</sub>: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

*Pro kvalitativní část bylo stanoveno následující:*

**VO: Jaké jsou životní postoje respondentů s mentálním postižením, kteří žijí v chráněném bydlení?**

**Dílčí výzkumné otázky (VO):**

3. Jaké oblasti života mají dle respondentů s mentálním postižením z chráněného bydlení vliv na jejich celkovou spokojenost?
4. Jakou roli hraje podpora pracovníky chráněného bydlení při integraci uživatelů chráněného bydlení do společnosti?

## **5.2 Výzkumný soubor**

V rámci výzkumného souboru byl aplikován stratifikovaný výběr, kdy si dle Gavory (2010) rozložíme základní soubor na několik podsouborů a záměrný (účelový) výběr přes instituci, při níž využíváme instituci určenou pro cílovou skupinu, která je předmětem výzkumu (Miovský, 2006). Zaměřujeme se na dospělé osoby s mentálním postižením. U dělení skupin dospělých respondentů jsme vycházeli z věkově specifikovaných skupin v *Dotazníku životní spokojenosti* (Rodný, Rodná, 2001), přičemž toto členění se prolíná s členěním dospělosti podle Vágnerové (2006) a Průchy, Vetešky (2012), kteří ji vymezují na *časnou dospělost* (20 – 25 či 30 let), či *mladší* (13-30); *střední dospělost* (trvá asi do 45 let); *pozdní dospělost* (trvá asi do 60 – 65 let) či *starší* (45 – 60 let) a následně *stáří* (časné a vysoké). Vzhledem k rozložení respondentů v obou souborech byly skupiny sjednoceny v rámci věkového rozložení následovně (26-45 let), (45-65 let) a (66+ let). Pro verifikaci hypotéz H5, H6, H7 byly následně pro statistické zpracování vymezeny dvě věkové skupiny, a to „mladší“ respondenti (26-45 let) a „starší“ respondenti (46-80). Toto rozdělení bylo voleno i s ohledem na věkové rozložení obyvatel z chráněných bydlení, kde je věková kategorie přijímaných uživatelů v převážné většině služeb nastavena na max. možnou věkovou hranici do 60 (65) let.

Do výběru byli zapojeni poskytovatelé sociálních služeb, tedy zařízení pobytového charakteru - pro náš výzkum tj. chráněná bydlení a domovy pro osoby se zdravotním postižením, s podmínkou přítomnosti uživatelů s mentálním postižením. Lokalitou bylo území Moravy a Slezska (tj. 4 kraje - Zlínský, Jihomoravský, Olomoucký a Moravskoslezský). V rámci výběru, který probíhal přes Registr poskytovatelů sociálních služeb, jsme se zaměřili na chráněná bydlení (dále „CHB“) „neústavního“ typu, což znamená bydlení vzniklá mimo domov pro osoby se zdravotním postižením (jiná lokalita, nikoli součást tohoto zařízení/instituce), u nichž je největší pravděpodobnost přítomnosti cílové skupiny:

1. osoby s mentálním postižením,
2. osoby s mentálním postižením a osoby s kombinovaným postižením,
3. osoby se zdravotním postižením zejména s mentálním.

Podmínky byly stanoveny za pomoci Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV („RPSS“), kdy bylo k 30. 6. 2015 zjištěno, že se jedná celkem o 769 osob z CHB, z vybraných krajů tj. 268 osob z CHB (iregistr.mpsv.cz). Předběžný reprezentativní vzorek respondentů s mentálním postižením, kteří splňovali danou podmínku (viz výše), byl dle tabulky pro počet potřebných respondentů od Christensena a Johnsona (2010) stanoven na **160-170 osob**.

Druhým poskytovatelem byly domovy pro osoby se zdravotním postižením („DOZP“). Cílová skupina byla vymezena na základě „RPSS“:

1. osoby s mentálním postižením
2. osoby s mentálním a kombinovaným postižením

K 30. 6. 2015 bylo zjištěno, že se jedná celkem o 2 922 osob (v jednotlivých krajích Zlínský – 741 osob, Jihomoravský – 539 osob, Olomoucký – 984 osob a Moravskoslezský – 658 osob). Dle propočtu potřebných respondentů se jedná o cca 341 osob. Z důvodu homogenity vzorku, rovnoměrného rozložení respondentů a s ohledem na širokospektrálnost tématu jsme se přiklonili k jednotné sycenosti vzorku v obou skupinách, tj. **120 osob s mentálním postižením**.

V rámci výzkumu byly cílové organizace kontaktovány převážně telefonickou formou. Pro zachování anonymity neuvádíme jejich seznam. S koncovými pracovníky (nejčastěji vedoucími zařízení či sociálními pracovníky) byly vždy sjednány podmínky na základě kritérií pro uskutečnění výzkumu:

- výzkumu se účastní respondent s mentálním postižením (výběr osob směřován spíše na osoby v hraničním pásmu MR, či s lehkou MR)
- věk musí odpovídat dospělosti (18 – 66+ let)
- požadavky na respondenta – komunikativnost, porozumění, udržení pozornosti (podmínka psaní nebyla potřeba z důvodu možné ústní reprodukce dotazníků)
- souhlas instituce, ve které výzkum probíhal.
- 

Od respondenta s mentálním postižením:

- ochota spolupráce
- ústní souhlas s výzkumným šetřením.

Z hlediska výzkumníka byly dodržovány etické aspekty (viz 5.5). Návratnost dotazníků a sycenost vzorku byla v obou případech 100%, neboť autorka práce osobní přítomností uskutečnila se všemi respondenty dotazníková šetření.

### **Výzkumný soubor pro kvalitativní část**

V rámci kvalitativní části byly uskutečněny 2 focus groups s rozsahem 6-10 účastníků. Záměrným výběrem bylo osloveno několikero poskytovatelů, s nimiž má autorka navázanou spolupráci a kteří splňovali potřebná kritéria pro uskutečnění focus group. Účastníci výzkumu museli spadat do cílové skupiny osob s mentálním postižením z chráněného bydlení, mít schopnost porozumění a schopnost se verbálně vyjadřovat k oblastem ve výzkumu. Od respondentů byl požadován souhlas na výzkumném šetření a dobrovolnost. Účastníkům byl podrobně vysvětlen záměr výzkumu, měli ponechán dostatek času na zhodnocení, zdali do výzkumu vstoupit, byli ujisti o zachování anonymity a možnosti kdykoli z výzkumu odstoupit, v případě, že se jej budou chtít

zúčastnit. Bližší podmínky jsou uvedeny v analýze kvalitativního výzkumu (viz 5.4.2). Nižší uvedená tabulka představuje rozložení respondentů, kteří se focus group účastnili.

**Obrázek 10 Sociodemografické rozložení respondentů z chráněných bydlení ve výzkumu (datováno k 1. 6. 2017)**

Označení uživatele	Pohlaví	Věk	Délka pobytu v CHB	Předchozí bydliště
A	žena	45 let	3 roky	DOZP
B	žena	50 let	3 roky	DOZP
C	žena	27 let	3 roky	DOZP
D	žena	28 let	3 roky	DOZP
E	žena	51 let	1,5 roku	DOZP
F	žena	38 let	2,5 roku	DOZP
G	muž	33 let	3,1 roku	DOZP
H	muž	29 let	1,5 roku	RP
CH	muž	37 let	2 roky	DOZP
I	muž	43 let	3,1 roku	CHB
J	muž	30 let	3,1 roku	RP
K	žena	36 let	1,2 rok	DPS
L	muž	38 let	2,5 roku	DOZP
M	muž	21 let	1,2 roku	RP
N	žena	35 let	3,1 roku	DOZP

Legenda: DOZP – domov pro osoby se zdravotním postižením, RP – rodinné prostředí, CHB – chráněné bydlení, DPS – dům s pečovatelskou službou

### 5.3 Výzkumné metody

Námi aplikovaný kvantitativní výzkum bude zaměřen na hodnocení kvality života a životní spokojenosti se zaměřením na psychosociální dimenze a jejich determinanty u osob s mentálním postižením, které žijí v chráněném bydlení a domovech pro osoby se zdravotním postižením. Pro kvantitativní výzkum jsme zvolili dotazníkovou metodu šetření, doplňkovou kvalitativní část tvoří focus group (ohnisková skupina).

#### Dotazník

Dotazník je frekventovanou metodou, kdy se jedná o „soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně“ (Chrásková, 2007, s. 163). Dle Švece (2009, s. 122) jde o „výzkumný (resp. průzkumný), vývojový a vyhodnocovací (zejména diagnostický) nástroj k hromadnému a poměrně rychlému zjišťování informací o znalostech, názorech nebo postojích dotazovaných osob k aktuální nebo potenciální skutečnosti prostřednictvím písemného dotazování se.“ V úvodní fázi bylo komparováno několik výzkumných nástrojů vztahujících se ke kvalitě života, důvodem jejich vyřazení byla skutečnost jejich zaměření na stránku zdravotní, hodnocení symptomů daného zdravotního postižení apod. (viz 1.3).

Prvním výzkumným nástrojem je psychometrický *Dotazník kvality života (QoL.Q.CZ)* od autorů Schalock, Keith (1993 in QUIP, online, 2010). Dotazník je určen pro cílovou skupinu osob s mentálním postižením, které mají adekvátní receptivní a vyjadřovací jazykové schopnosti. Dotazovatel musí být vnímavý vůči možné situaci a v případě, že by respondent daným otázkám neporozuměl, mohou být otázky zopakovány, případně parafrázovány. Nástroj může být aplikován i osob s těžším typem mentálního postižení, za možnosti využití tzv. proxy odpovědí, kdy dotazník vyplňují dvě další blízké osoby znající situaci a život dané osoby. Takto získané výsledky se průměrují a považují se za relevantní. V tomto ohledu nejsou doporučováni pracovníci, u nichž může docházet ke zkreslení dat, ale zároveň je podotýkáno, že každá osoba má právo na to, aby se mohla ke své kvalitě života určitým způsobem vyjádřit (Verdugo et al., 2005; Schalock, 2008). Jedná se o standardní výzkumný nástroj o 40 položkách, které jsou rozděleny do 4 dimenzí (oblastí), a to *spokojenosti; schopnosti/produktivitě; možnosti se rozhodovat/nezávislosti; sociální sounáležitosti/zapojení do komunity*. Každá dimenze je sycena 10 otázkami (determinanty), u nichž je vždy uveden tříbodový systém, jenž je považován i za daný počet bodů. V každé dimezi (oblasti) tedy můžeme dosáhnout 10 – 30 bodů. Čím vyšší výsledek, tím větší spokojenost, produktivita apod. Nástroj je aplikován především v zahraničních výzkumech Schalock, Conroy, Lemanowicz

a Feinsten, 1994; Walsh, Emerson, Lobb, Schalock et al., 2010; Morrise et al., 2013. V tuzemských podmínkách byl aplikován ve výzkumu Johnové, Strnada (2013). Zahraniční studie podotýkají, že model bere v úvahu celý kontext individuálního a společenského začlenění jedince se zdravotním postižením a zohledňuje veškeré činitele na něj působící (srov. Kowalik, 1998; Firkowska-Mankiewicz, 1999; Morrise et al., 2013). Validita dotazníku je podobná napříč různými kulturními prostředními, z čehož tedy vyplývá, že nástroj je vhodný i pro užití v prostředí českém (blíže viz 5.4.1).

Druhým výzkumným nástrojem splňujícím požadavky a zaměřujícím se na psychosociální dimenze je *Dotazník životní spokojenosti* (Fahrenberga, Myrteka, Schumachera a Brählera, 2001) v české verzi od Rodné, Rodného (2001), který je standardizovaným nástrojem a jeho aplikací v rámci dílčího šetření (viz 4.1) byla potvrzena vhodnost i u osob s mentálním postižením. Aplikace DŽS je vhodná zejména pro osoby v hraničním a lehkém pásmu mentální retardace. Dotazník je použitelný v případě, že psychický a fyzický stav a schopnost číst dovolují vyplnění dotazníku, nebo dovolují možnost předčítání druhou osobou, v případě zachování porozumění osoby s mentálním postižením. Zodpovězení otázek může být ovlivněno aktuálním rozpoštěním či situačními podmínkami. V této otázce však nebyly podniknuty speciální hypotézy. Je možné, že při špatném rozpoštěním mohou osoby hodnotit svou životní spokojenost hůře (Rodný, Rodná, 2001). Na základě dílčího šetření, jeho výsledků (viz 4.1) a na podkladě teoretických poznatků, jsme se u dotazníku zaměřili na položky spadající do psychosociální dimenze a zvolili 6 oblastí (*práce a zaměstnání* - PAZ – vyjádření míry spokojenosti se svou pozicí v zaměstnání, se svými úspěchy i vyhlídkami; *finanční situace* - FIN – vyjádření míry spokojenosti se svým příjmem, s výší svého majetku i s životní úrovní; *volný čas* - VLC spokojenost s délkou a kvalitou svého volného času; *vlastní osoba* - VLO - spokojenost se svou osobou, tj. se svým vzhledem, charakterem, se svými schopnostmi, svojí vitalitou i sebevědomím; *přátelé, známí, příbuzní* - PZP - spokojenost se svými sociálními vztahy, s kontaktem s příbuznými a přáteli, se svojí společenskou angažovaností a *bydlení* - BYD - spokojenost se svými bytovými podmínkami, což zahrnuje spokojenost s velikostí a zařízením bytu, s výdaji za něj, s dostupností dopravními prostředky). Úkolem respondenta je vyjádření se k výroku na škále dle jeho (ne)spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení (od velmi nespokojen - 1 bod, po velmi spokojen - 7 bodů). Respondent může získat minimálně 7 a maximálně 49 bodů. Vyhodnocení provádíme součtem bodů za individuální odpovědi respondentů v jednotlivých oblastech. Chybí-li více než jedna odpověď na škále je nahrazena tzv. chybějícími daty, kromě oblastí PAZ a MAN a DET, kterou dotazník umožňuje vypustit, je nahrazena také celková hodnota spokojenosti. Vzhledem ke skutečnosti a nutnosti vyřadit oblasti, jež dotazník nenabízí pro vyřazení, bude životní spokojenost vyhodnocena pouze ve zvolených dílčích oblastech, nikoli jako celek, jehož přepočten na hrubé skóre by umožnil vyhodnocení celkové životní spokojenosti daného jedince po splnění všech podmínek měřného nástroje, a tak možnost případného srovnání s normou intaktní (německé) populace (Rodný, Rodná, 2001). Dotazník je užit pro hlubší analýzu dat v kontextu kvality života a porozumění jednotlivým dimenzím.

### Focus group

Pro vytvoření holistického pohledu na zkoumaný fenomén doplňujeme kvantitativní zjištění, která mapují psychosociální dimenzi kvality života, výsledky kvalitativního charakteru z oblasti rozhodování, práv, spokojenosti, pracovního uplatnění, volného času, partnerství, začleňování do místní komunity a budoucnosti. Jako metoda sběru dat byla zvolena ohnisková skupina, nazývaná taktéž focus group. Původní pojetí je spjato stejně jako kvalita života s oblastí ekonomiky, dnes je však rozšířeno do dalších oblastí jako zdravotnictví, školství, sociální oblast, všude tam, kde potřebujeme cíleně zjistit, co si účastníci myslí a jak reagují na specifická témata, přičemž využíváme skupinové dynamiky a interakce samovolně vznikající na určené téma výzkumníkem (Freitas, Oliveira, Jenkins, eds., 1998; Calderón, Baker, Wolf, 2000; Morgan, 2001; Vávrová, Gavora, 2014; Hendl, 2016).

Základem takové skupiny je určité téma (ohnisko), které se odvíjí od výzkumného problému a výzkumných otázek. Focusové interview si klade za cíl získat co nejvíce dat, v nichž se odráží různorodost postojů a názorů na základě skupinové dynamiky (Vávrová, Gavora, 2014). Za krátkou dobu lze získat velké množství údajů a detailních informací ve vztahu k hodnocenému (Morgan, 2001). Ohnisková skupina je seskupena z 6 – 8 (10) osob a řízena moderátorem. Tato četnost se mění

s ohledem na jednotlivé autory, je doporučována jako ideální vzhledem k možnostem dostatečné interakce mezi participanty a zároveň ke zvládnutí řízení celé skupiny moderátorem, u nějž se předpokládají jisté kompetence v práci se skupinovou dynamikou (Hendl, 2016).

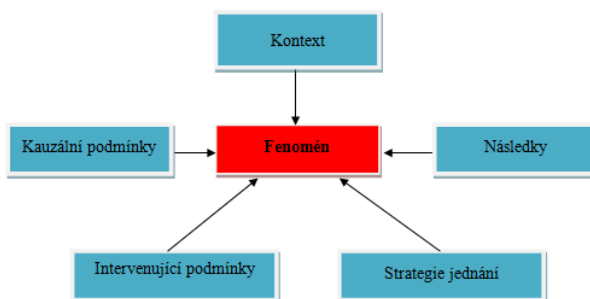
Miovský (2006) vymezuje tři základní typy ohniskových skupin - strukturovanou, polostrukturovanou a nestrukturovanou, přičemž každá z nich má svá pozitiva a negativa. Pro potřeby našeho výzkumu byla zvolena polostrukturovaná ohnisková skupina, která má pevnější strukturu, tzn., v níž jsou předem vytyčeny tematické okruhy, přičemž znění ani pořadí není pro moderátora závazné a je ovlivněno průběhem diskuse ve skupině, kdy moderátor může participantům dát dostatečný prostor k vyjádření se. Tato metoda vyžaduje přípravu moderátora, je náročnější na organizační zajištění, ať už z hlediska specifikace výzkumné skupiny, s ohledem na výběr vhodného místa a volbu času, a také se zajištěním techniky.

Při realizaci ohniskových skupin je dodržováno několik pravidel: diskuse se účastní všichni přítomní účastníci, hovoří pouze jedna osoba, nesmí probíhat žádné vedlejší rozhovory mezi participanty, každý má právo říci svůj názor, stejně jako se vyjádřit k názoru druhého, nikoli jej však odsuzovat, každý participant má právo odmítnout odpověď a nesmí být do odpovědi nucen, má právo v případě nutnosti ukončit účast ve skupině, participanti se oslovují jmény nikoli slovními urážkami, záznam a další údaje z průběhu skupiny slouží výhradně výzkumným účelům a je zajištěna ochrana osobních údajů atd. (Miovský, 2006; Morgan, 2001; Hendl, 2016).

Při zpracování dat vycházíme z dílčích postupů zakotvené teorie, tzn že zaznamenané interview transkribujeme do písemné podoby. Aplikujeme transkripci komentovanou, při níž je užíváno specifických znaků, které jsou něčím nápadné - např. smích, pláč, rozhořčení apod. (Hendl, 2016). Následný přepis podrobíme analýze a pro tyto potřeby využijeme dílčí analytické postupy zakotvené teorie, tj. otevřené a axiální kódování (Strauss, Corbinová, 1999). Při otevřeném kódování rozložíme text na jednotky, kterými může být slovo, sousloví, věta, odstavec. Takto vzniklé jednotce bude přidělen kód, tedy označení. Během analýzy se ke kódům budeme vracet, provádět revizi a přejmenovávat kódy podle potřeby. Pro přehlednost budou řádky analyzovaného textu očíslovány a následně provedena systematická kategorizace, tedy seskupení kódů dle podobnosti či jiné vnitřní souvislosti do kategorií (Šed'ová, 2007).

Po otevřeném kódování bude aplikováno *kódování axiální*, při němž budeme jednotlivé kategorie spojovat do vzájemných vztahů, čímž vznikne nové uspořádání, které bude zobrazeno skrze tzv. paradigmatický model, v jehož středu stojí jev neboli fenomén a od nějž se odvíjí kontext, příčinné podmínky, intervenující podmínky, strategie jednání a následky (Hendl, 2016). V rámci daného paradigmatu na základě kladení otázek a vzájemného porovnávání ověřujeme a hledáme důkazy, které potvrdí či vyvrátí naše otázky, stejně jako nastíní vzájemné vztahy na pozadí teoretického rámce.

**Obrázek 11 Základ axiálního kódování - paradigmatický model (Hendl, 2016, s. 253)**





## 5.4 Analýza dat

V následující části bude představena analýza kvantitativního a kvalitativního výzkumu s etickými aspekty.

### 5.4.1 Analýza kvantitativních dat

Za výzkumné nástroje byly zvoleny dva typy dotazníku. Psychometrický *Dotazník kvality života* (*Quality of Life Questionnaire*) od Schallock, Keith (1993), který je sestaven z otázek, jež se zaměřují na základní determinanty v dimenzích kvality života. Signifikantní korelace mezi odpověďmi respondentů na určitou otázku dotazníku a hodnocením celkové kvality života signalizuje, že tuto otázku (tj. tuto determinantu) považují respondenti za významnou. Otázky dotazníku, jejichž odpovědi významně korelují s celkovým hodnocením kvality života, jsou dle názoru respondentů signifikantní - a to tím více, čím vyšší je vypočítaný korelační koeficient. Dotazník obsahuje celkem 40 otázek ve 4 dimenzích (spokojenost; schopnosti/produktivita; možnost rozhodovat se/nezávislost; sociální sounáležitost/zapojení do komunity), které zachycují jednotlivé determinanty kvality života respondentů. Ve výzkumu byl tento dotazník aplikován u 240 respondentů. Při ověřování stupně reliability výsledků provedeného měření byly získány následující souhrnné statistické charakteristiky:

Průměr: 82,57

Součet čtverců: 19818

Směrodatná odchylka: 12,8594 Rozptyl: 165,3667

Minimum: 57,00

Maximum: 110,00

Cronbachův koeficient alfa: **0,9175** Standardizovaný Cronbachův koeficient alfa: 0,9136

Průměrná korelace mezi otázkami: 0,2261

Můžeme tedy konstatovat, že vypočítaná hodnota Cronbachova koeficientu alfa vypovídá o vysoké spolehlivosti a přesnosti (tj. vysoké reliabilitě) provedeného měření. Ve vztahu k validitě konstruktů bylo v *Dotazníku kvality života* (QoL.Q) zachováno 15 otázek z původního dotazníku QoL.P. a provedená korelace mezi oběma výzkumnými nástroji aplikovanými u 297 respondentů byla 0,71, což poukazuje na téměř totožnou ekvivalenci testu (Keith et al., 1986 in QUIP, online, 2010). Zjevnou validitu jednotlivých otázek jako měřítek kvality života dokládají četné zahraniční výzkumy, které uvádí samotná metodika QoLQ.CZ (in QUIP, online, 2010, s. 15), na jejichž základě byly otázky formulovány. V oblasti spokojenosti to jsou Andrews & Whitley, 1976, Campbell et al., 1976, Goode, 1988 (in QUIP, online, 2010, s. 15); v oblasti nezávislosti Hoffman, 1980, Flanagan, 1982, Yerxa, Burnett-Berulieu, Stocking, Azen, 1989 (in QUIP, online, 2010, s. 15) a u zapojení do komunity/sociální sounáležitosti Flanagan, 1978, Lehman, 1988 (in QUIP, online, 2010, s. 15).

Druhým dotazníkem byl standardizovaný nástroj na posouzení životní spokojenosti – *Dotazník životní spokojenosti* (DŽS, viz 5.3) v českém překladu od autorů Rodný, Rodná (2001). Celkem bylo tedy zajištěno 120 dotazníků z každé cílové skupiny (CHB a DOZP), tj. 240 osob, které se výzkumu zúčastnily. Každá z těchto skupin tedy vyplňovala dotazníky dva – na kvalitu života i životní spokojenost.

Analýze předcházelo třídění a kategorizace dat. Pro statistické zpracování byla data nejprve vložena do tabulkového procesoru Microsoft Office Excel 2007, a poté vyhodnocována v programech *STATISTICA 12*, *STATISTICA 13*. Pro statistické testování vytvořených hypotéz byly v modulu Základní statistiky/tabulky využívány zejména procedury - Pearsonova korelace a t-test pro nezávislé vzorky dle skupin. Pro takto testované hypotézy jsme použili hladinu významnosti 0,05 (5 %), kterou uvádí Chráska (2007) jako nejčastěji užívanou v pedagogických výzkumech. V modulu vícerozměrné průzkumové techniky byla využita Analýza spolehlivosti prvků. Pro část hypotéz (ve vztahu k životní spokojenosti) jsme použili metodu chí kvadrátu pro kontingenční tabulku s hladinou významnosti 0,05 (5 %). Data byla zanesena do tabulkového procesoru Microsoft Office Excel 2007 v rámci znázornění absolutních a relativních četností (součást přílohy). Pro statistické zpracování hypotéz H8-H13 bylo škálové hodnocení odpovědí dat z dotazníku seskupeno následovně 1-3 nespokojen (zahrnuje hodnocení velmi nespokojen, nespokojen, spíše nespokojen; pro přehlednost

v rámci statistického zpracování bude značeno kategorií „A-C“); 4 ani spokojen-ani nespokojen (pro přehlednost značeno „D“); 5-7 spokojen (zahrnuje hodnocení spokojen, spíše spokojen, velmi spokojen; pro přehlednost značeno „E-G“). Pro popisnou část analýzy dat byla aplikována metoda prostého výčtu a data byla graficky znázorněna (tabulkami, grafy). Metoda prostého výčtu stojí na pomezí kvalitativního a kvantitativního přístupu a pomocí ní vyjadřujeme vlastnosti určitého jevu. Zaměřuje se na poměry, četnosti a intenzity výskytu (Miovský, 2006).

#### **5.4.2 Analýza kvalitativních dat**

V této části se budeme věnovat kvalitativní analýze dat získané z focusových skupin, která se řídí uvedenými pravidly (viz 5.3) a její interpretaci. Na základě výsledků kvantitativní části bylo pro kvalitativní analýzu dat zvoleno skupinové interview v rámci focusové skupiny tak, aby mohly být doplněny informace ve vztahu ke kvalitě života osob s mentálním postižením v chráněném bydlení (dále užíváno ve spojitosti s focus group názvosloví participant = uživatel). Analýza kvalitativních dat umožňuje výzkumníkovi bližší proniknutí k respondentovi, a tím zachycení jeho subjektivního jednání, myšlení (Chráška, 2007). Jedná se tedy o realistický přístup, kdy jsou výpovědi respondentů považovány za popis vnitřní či vnější skutečnosti (Švaříček, Šedová a kol., 2007). Jak podotýká Hendl (2016, s. 223) „*při kvalitativní analýze a interpretaci jde o systematické nenumerické organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, datové konfigurace, formy, kvality a vztahy.*“ Koncepte focus group byla vytvořena tak, aby naplnila námi stanovený záměr, kdy cílem byla hlubší deskripce, konkretizace a subjektivizace jednotlivých oblastí (viz – Příloha 3) pro doplnění dat z kvantitativního výzkumu.

Všichni participanté výzkumu byli seznámeni s cílem, průběhem a zpracováním dat skrze uskutečněný rozhovor ve skupině. Před samotnou realizací jim byla popsána etická pravidla účasti. Participanté měli možnost odstoupení v jakékoli fázi realizace výzkumu. Účast všech přítomných byla postavena na dobrovolnosti, kterou následně pro potřeby disertační práce byl písemně stvrzený informovaný souhlas (viz Příloha 2). Anonymita účastníků byla zajištěna dle vzájemné domluvy, a to nahrazením vlastních jmen písmenem z abecedy. Sběr dat se odehrál v období března 2017 – května 2017. První focus group byla v trvání cca 80 minut (organizační skutečnosti, dotazy participantů aj.), druhá focus group trvala cca 105 minut. Z obou byl pořízen videozáznam. Videozáznam je uložen na externím disku u autorky práce a byl užit pouze k transkripci výpovědi participantů z důvodu zachycení všech potřebných informací. Výsledky jsou podkladem pro dokreslení faktických skutečností z kvantitativní části výzkumu. Do výzkumu se rozhodlo zapojit celkem 14 uživatelů (viz Obr. 7 podkapitola 5.2), se kterými byl dohodnut přesný termín společného setkání. Participanté si zvolili místo konání přímo v prostorách chráněných bydlení. Obsah a způsob kladení otázek byl přizpůsoben specifikům této cílové skupiny.

Po uskutečnění obou setkání byly nejprve jednotlivé výpovědi participantů z videonahrávky doslovně transkribovány a v rámci analytické práce byly využity prvky zakotvené teorie dle Strausse, Corbinové (1999). Transkripcí vznikl text o rozsahu 18 normostran z 1. chráněného bydlení a 22,5 normostran z 2. chráněného bydlení.

První úroveň analýzy spočívala v otevřeném kódování, jehož výstupem jsou kategorie tedy kódy kategorizované do vyššího řádu (Strauss, Corbinová, 1999), které jsou interpretovány a doplněny o konkrétní výroky samotných respondentů, pregnantně reprezentující dané téma. Pro zachování anonymity mají jednotliví uživatelé přiřazeno písmeno a je uvedeno číslo výroku z transkripce.

Jednotlivé významové jednotky, a následně i kategorie, s nimiž v rámci analýzy pracujeme, byly pro přehlednost označeny barevně, přičemž z tohoto barevného označení jsme vycházeli též při kategorizaci jednotlivých kódů. Náš způsob označování jednotlivých významových jednotek spočíval v barevném označení jednotlivých výroků, které byly následně zapsány formou kódů do tabulky (viz Příloha 5): významové jednotky a kategorie vztahující se k autonomii; významové jednotky a kategorie související se zdroji podpory; významové jednotky a kategorie související s právy uživatelů; významové jednotky a kategorie související s partnerstvím; významové jednotky a

kategorie související se začleňováním do místní komunity; významové jednotky a kategorie související s omezeními v chráněném bydlení.

## 5.5 Etické aspekty výzkumu

Při výzkumu jsme pracovali ve shodě s etickými požadavky. Pro dotazníkové šetření je anonymita dat zajištěna, neboť se nezaměřujeme na identifikaci sociodemografických údajů (byl zjišťován pouze věk a forma bydlení), ale na subjektivní oblasti kvality života a životní spokojenosti. Jména respondentů byla pouze uvedena zkratkovitě. Respondenti se dotazníkového šetření zúčastnili dobrovolně, byli seznámeni s cílem a zpracováním dat. Respondenti mohli kdykoli účast na dotazníkovém šetření přerušit, či ji zcela odmítnout. Respondenti mohli taktéž odmítnout odpovídat na otázky z dotazníku z jakéhokoli důvodu. Vyplnění dotazníků proběhlo v papírové formě, která je uložena u autorky práce a převedená data k vyhodnocení jsou dostupná v elektronické formě v Microsoft Office Excel 2007 (viz 5.4.1).

Před uskutečněním kvalitativní části formou focus group byli potenciální participanti výzkumu seznámeni s cílem výzkumu, jeho důležitostí a se zpracováním dat. Participantům byl dán dostatečný časový úsek na rozmyšlenou (cca 3 týdny), přičemž se mohli kdykoli obrátit na moderátora (autorku práce) s jakýmkoli dotazy k dané problematice. V iniciální fázi byl v jednotlivých chráněných bydleních zajištěn nejprve ústní souhlas od vedoucí daného CHB pro využití prostor k výzkumu a od participantů, kteří se výzkumu chtěli zúčastnit, byl zajištěn písemný Informovaný souhlas, jehož celé znění je součástí Přílohy 2. Podepsané originály jsou bezpečně umístěny u autorky práce. Stejně jako u dotazníkového šetření, byli participanti před započítím focus group podrobně seznámeni s cílem výzkumu a zpracováním dat, i upozorněni na skutečnost, že budou tázáni pouze na informace zkoumané problematiky. S participanty bylo dohodnuto zdokumentování focus group formou videonahrávky. Její anonymizace stejně jako anonymizace transkribovaných dat je v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, tzn., že nahrávka je uložena na externím disku u autorky práce a posloužila pouze pro avizovanou transkripci textu do písemné podoby, s čímž byli participanti předem obeznámeni. V rámci focus group nepracujeme taktéž se sociodemografickými údaji (byl zjišťován pouze věk, forma bydlení) a anonymita participantů je zajištěna v transkribovaném textu náhradou jména participanta písmenem z abecedy. Anonymizace proběhla i v rámci textových korektur, aby nedošlo k identifikaci konkrétního chráněného bydlení, jejich uživatelů a pracovníků, tzn. náhrada jmen, objektů pod neutrálním označením. Bližší specifiky jsou pro tuto chvíli známá pouze autorce práce. Participantům byla připomenuta také možnost kdykoli dobrovolně ukončit probíhající focus group a bez udání důvodu se jí neúčastnit.

## 6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

V této kapitole budou analyzovány a interpretovány výsledky výzkumu, který je dělen na dvě části kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní část bude obsahovat statistické zpracování získaných dat, jejich grafické zpracování a znázornění, vše doplněno o danou interpretaci slovními komentáři a v souladu s teoretickou částí práce. V rámci kvalitativní části budou transkribovaná data opatřena slovní interpretací a jejich závěrečné shrnutí bude znázorněno graficky.

### 6.1 Výsledky a interpretace kvantitativní části výzkumu

Výzkumu se zúčastnilo celkem 240 respondentů s mentálním postižením ze dvou cílových skupin, a to z chráněného bydlení a z domova pro osoby se zdravotním postižením. Z celkového počtu respondentů (n=240) bylo celkem zastoupeno 105 mužů (43,75 %) a 135 žen (56,25 %), což značí relativně vyvážený stav cílové skupiny. Z chráněného bydlení (CHB) se jednalo o 29,17 % žen a 20,83 % mužů; z domova pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) bylo zastoupeno 27,08 % žen a 22,92 % mužů. V rámci jednotlivých sledovaných skupin byla nejčetněji zastoupena u mužů z CHB věková skupina 36-45 let (10,42 %), u žen tuto četnost vykazovala věkově mladší skupina 26-35 let (12,08%). Z DOZP bylo zastoupeno nejvíce mužů ve věkové kategorii 56-65 let (18 %) a nejvíce žen ve věkové kategorii 35-45 let (10 %). Oproti tomu nejnižší četnost vykazovala z CHB skupina respondentů ve věkové kategorii 66 -75 let a 75+, kde se nevyskytoval žádný respondent. U respondentů z DOZP vykazovala nejnižší četnost věková kategorie 26-35 let (1,25 %).

**Tab. 27 Poměrové zastoupení respondentů z hlediska věkové kategorie, typu bydlení a pohlaví**

Věková skupina	Typ Bydlení	Muži		Ženy		Celkem	
		n	%	n	%	n	%
26-35	CHB	19	7,92	29	12,08	48	20,00
	DOZP	0	0,00	3	1,25	3	1,25
	Celkem	19	7,92	32	13,33	51	21,25
36-45	CHB	25	10,42	18	7,50	43	17,92
	DOZP	13	5,42	24	10,00	37	15,42
	Celkem	38	15,83	42	17,50	80	33,33
46-55	CHB	6	2,50	17	7,08	23	9,58
	DOZP	17	7,08	13	5,42	30	12,50
	Celkem	23	9,58	30	12,50	53	22,08
56-65	CHB	0	0,00	6	2,50	6	2,50
	DOZP	18	7,50	13	5,42	31	12,92
	Celkem	18	7,50	19	7,92	37	15,42
66-75	CHB	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	DOZP	5	2,08	8	3,33	13	5,42
	Celkem	5	2,08	8	3,33	13	5,42
75+	CHB	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	DOZP	2	0,83	4	1,67	6	2,50
	Celkem	2	0,83	4	1,67	6	2,50
Celkový počet respondentů	CHB	50	20,83	70	29,17	120	50
	DOZP	55	22,92	65	27,08	120	50
	Celkem	105	43,75	135	56,25	240	100

Z důvodu poměrového zastoupení jednotlivých skupin respondentů s MP a s ohledem na teoretické vymezení dospělosti byly skupiny pro účel vzájemné komparace sloučeny následujícím způsobem. Vycházíme z teoretického vymezení dospělosti (Vágnerová, 2007; Průcha, Veteška, 2012, viz 3.2) na období mladší a střední dospělosti, které je vymezeno věkovou kategorií 26-45 let (54,58 % respondentů), starší a pozdní dospělost je vymezena od 46-65 let (37,5 % respondentů) a věková kategorie stáří byla označena jako 66+ (7,92 % respondentů).

**Tab. 28 Poměrové zastoupení respondentů z hlediska věku a formy bydlení pro účely výzkumu**

Rozložení skupin				
Skupina		CHB	DOZP	Celkem
ženy	26-45	47	27	74
ženy	46-65	23	26	49
ženy	66+	0	12	12
muži	26-45	44	13	57
muži	46-65	6	35	41
muži	66+	0	7	7
Celkem		120	120	240

Z Tab. 3 je patrné, že ve všech sledovaných dimenzích byly zjištěny vysoké, statisticky významné korelace mezi dosaženými výsledky a celkovým hodnocením kvality života. Statisticky nevýznamné korelace jsou v tabulce označeny červeně. Z uvedených výsledků vyplývá, že všechny dimenze kvality života, které jsou prezentované v dotazníku (*spokojenost, schopnosti, nezávislost, zapojení do komunity*), považují respondenti v obou skupinách (CHB, DOZP) za signifikantní.

Pro oblast CHB v dimenzi *spokojenost* bylo za signifikantní považováno 90 % determinant (ot. č. 1-9), 10 % (ot. č. 10) nebylo považováno za signifikantní – výsledná hodnota této determinanty byla záporná, svým výsledkem je blíže k 0 a dala by se považovat za nekorelovanou. Pro oblast *možnost se rozhodovat/nezávislost* byla prokázána 100% signifikace. Pro dimenzi *sociální soudržnost/zapojení do komunity* bylo považováno 60 % determinant (ot. č. 32, 34, 35, 37, 38, 40) za signifikantní a 40 % (ot. č. 31, 33, 36, 39) nebylo považováno za signifikantní.

Pro oblast DOZP v dimenzi *spokojenost* bylo za signifikantní považováno 90 % otázek (ot. č. 1-4, 6-10) a 10 % (ot. č. 5) nebylo považováno za signifikantní. Z uvedených výsledků vyplývá, že všechny determinanty v dimenzi *schopnosti/produktivita* považují respondenti v obou skupinách za signifikantní. Pro oblast *možnost se rozhodovat/nezávislost* byla prokázána 70 % signifikace (ot. č. 21-24, 26, 29-30), přičemž 30 % determinant (ot. č. 25, 27, 28) nebylo signifikantních. Pro dimenzi *sociální soudržnost/zapojení do komunity* bylo považováno 80 % determinant (ot. č. 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39) za signifikantní a 20 % (ot. č. 33, 40) nikoli.

Bližší deskriptci determinant, u nichž byly zaznamenány nejvyšší koeficienty korelace s celkovým hodnocením kvality života, uvádí tabulka 4.

Respondenti z CHB považují za vlivnou determinantu v *dimenzi spokojenosti vlastní úspěch (Jak myslíte, že jste ve srovnání s ostatními úspěšní?)*. 16,7 % respondentů se považuje za méně úspěšné než průměrný člověk a 83,3 % se hodnotí stejně úspěšně jako průměrný člověk, žádný z respondentů se nepovažoval za úspěšnějšího než průměrný člověk. Respondenti z DOZP v této oblasti hodnotí jako vlivnou determinantu zdraví (*Máte více nebo méně problémů než ostatní lidé?*). 22,5 % respondentů vykazuje více problémů než ostatní, 66,7 % se domnívá, že má stejné množství problémů jako ostatní a 10,8 % vykazuje méně problémů nežli ostatní.

Respondenti z CHB považují za vlivnou determinantu v oblasti *schopnosti/produktivita úspěch v práci/zaměstnání (Jak dobře si vedete ve vaší práci?)*. 10 % respondentů se považuje za produktivní, ale nikdo jejich práci slovně nehodnotí; 51,7 % respondentů uvádí, že si v práci vedou velmi dobře a jsou ostatními i pochváleni. 38,3 % respondentů uvádí problémy v práci, přičemž ale z daného vzorku je 91,3 % respondentů nezaměstnaných (tj. 42 respondentů) a 8,7 % respondentů (tj. 4 respondenti) uvádí, že mají problémy v práci. U respondentů z DOZP v této oblasti je hodnocena jako vlivná determinanta dostatečná odměna v práci (*Máte pocit, že dostáváte za práci spravedlivou odměnu?*). 8,3 % respondentů má pocit, že dostává někdy spravedlivou odměnu a 5,8 % se domnívá, že jsou spravedlivě ohodnoceni. 85,8 % respondentů patří do kategorie, která není spokojena s dostatečnou odměnou, ovšem tento údaj vznikl pouze na základě nastaveného bodování dotazníku, kdy v případě nezaměstnanosti se přiřazuje respondentovi 1 bod, což znamená, že tato odpověď nemá výpovědní hodnotu, neboť celých 85,8 % respondentů z DOZP není aktuálně zaměstnáno.

Respondenti z CHB považují za vlivnou determinantu v oblasti *možnost se rozhodovat/nezávislost vlastní volbu volnočasových aktivit či výběr pracovního místa (Jak jste se*

rozhodli pro práci nebo jiné běžné aktivity, které děláte?). 50,8 % respondentů si vybralo dle vlastní volby (platu, zájmu apod.); 27,5 % respondentů se vyjádřilo, že to bylo to jediné, co měli k dispozici či našli; 21,6 % respondentů vyjádřilo, že danou věc za ně rozhodl někdo jiný. Naopak respondenti z DOZP hodnotili v dimenzi nezávislosti jako vlivnou determinantu vlastní svobodu (*Řekli byste, že váš život je celkově*), tzn., 40% respondentů se cítí svobodných; 44,2% respondentů pociťuje jistou plánovanost třetí strany a 15,8% vykazuje, že nemůže v této oblasti dělat to, co chtějí.

Respondenti z CHB považují za vlivnou determinantu v oblasti *sociální sounáležitost/zapojení do komunity* celkový pocit z bytí/života (*Řekli byste, že váš život je celkově*), tzn. že 47,5 % respondentů hodnotí svůj život jako dobrý a 52,5 % jej považuje za velmi hodnotný. Naopak respondenti z DOZP hodnotí v této oblasti jako vlivnou determinantu četnost věnovanou volnočasovým aktivitám (*Jak často se věnujete volnočasovým aktivitám (návštěvy, večírky, plesy, koncerty, hry) ve vaší obci?*). 12,5 % respondentů vykazuje nejvyšší četnost věnovanou volnočasovým aktivitám 3x-4x měsíčně, 46,7 % vykazuje četnost 1x-2x měsíčně a 40,8 % respondentů má možnost méně než 1x měsíčně se účastnit volnočasových aktivit. Uvedené výsledky dokládají, že respondenti s mentálním postižením z CHB a DOZP přiřkládají jednotlivým determinantům kvality života poněkud jiný význam.

**Tab. 4 Determinanta dotazníku v jednotlivých dimenzích, u níž byla zjištěna největší korelace s celkovým hodnocením kvality života**

Dimenze kvality života	Max. korelace CHB	Max. korelace DOZP
Spokojenost	ot. 9 (0,5984)	ot. 6 (0,6126)
Schopnosti/produktivita	ot. 13 (0,8153)	ot. 17 (0,6057)
Možnost se rozhodovat/nezávislost	ot. 21 (0,6215)	ot. 30 (0,4147)
Sociální sounáležitost/zapojení do komunity	ot. 40 (0,4654)	ot. 36 (0,5876)

Tabulka 5 přináší hodnocení celkové kvality života ve všech 4 dimenzích u respondentů s mentálním postižením z CHB a DOZP. Respondenti s mentálním postižením z chráněného bydlení subjektivně hodnotí kvalitu svého života lépe (průměr 90,4) než respondenti z domovů pro osoby se zdravotním postižením (průměr 74,74). Respondenti z CHB vykazují ve všech oblastech vyšší kvalitu života, nejvýraznější rozdíl je ve vnímání oblasti *schopnosti /produktivita* a za ní následující oblasti *možnost se rozhodovat/nezávislost*.

**Tab. 5 Kvalita života v jednotlivých oblastech hodnocení dotazníku**

Dimenze kvality života	Prům. CHB	Prům. DOZP	t	sv	Signif. kance p	Poč. plat.CHB	Poč. plat.DOZP
Spokojenost	23,55	21,78	4,303	238	0,000025	120	120
Schopnosti/produktivita	21,15	13,9	10,45	238	0	120	120
Možnost se rozhodovat/nezávislost	23,67	18,96	11,09	238	0	120	120
Sociální sounáležitost/zapojení do komunity	22,02	20,08	5,474	238	0	120	120
<b>Celková kvalita života</b>	90,4	74,74	11,89	238	0	120	120

Hodnocení jednotlivých determinantů tedy vlivných činitelů ve 4 vymezených dimenzích dle stratifikace skupin respondentů v závislosti na typu bydlení (CHB, DOZP) vymezuje tabulka 6. Z níže uvedeného výčtu je zřejmé, že u většiny determinantů (otázek) se objevují statisticky významné rozdíly (28 determinantů ze 40, tj. 70 %) ve prospěch respondentů s mentálním postižením z chráněného bydlení. Ty determinanty, u nichž byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi výsledky (skupinami CHB a DOZP), jsou označeny červeně. Z tohoto tedy vyplývá, že v jednotlivých dimenzích se výsledky promítly následovně.

V dimenzi *spokojenost* to jsou 4 determinanty (ot. č. 5, 7, 8, 10), tzn. že respondenti z chráněného bydlení v porovnání s respondenty z DOZP jsou více spokojeni se svým současným bydlením, nepociťují osamělost, ve společnosti ostatních se necítí zvláště a cítí se více součástí rodiny.

V dimenzi *schopnosti/produktivita* je to všech 10 determinantů (ot. č. 11-20) tzn. že respondenti z CHB vykazují vyšší spokojenost s prací a zaměstnáním, o čemž vypovídají i výše uvedená data (viz

tab. 3), která dokládají vyšší podíl zaměstnaných uživatelů z CHB než z DOZP, a tudíž i důsledek vyšší spokojenosti s touto oblastí.

V dimenzi *možnost se rozhodovat/nezávislost* bylo identifikováno 8 determinant (ot. č. 22-28, 30) ty mapují oblasti vlastního hospodaření, větší možnost svobodně se rozhodnout v oblasti běžných denních záležitostí, ve volnočasových aktivitách, ve využívání návazných služeb, v oblasti příjmu návštěv promítající se v celkově lépe hodnocené kvalitě života pro tuto oblast.

V dimenzi *sociální sounáležitost/zapojení do komunity* byly zaznamenány rozdíly v 6 determinantách (ot. č. 31, 32, 34-36, 40), které se vztahují k rozdílům v četnosti navštěvovaných klubů a organizací, k nimž uživatelé patří, návštěvnosti a četnosti přátel, kteří je mohou navštěvovat, komunikaci se sousedy, možnosti věnovat se aktivitám uskutečňovaných městem/obcí a rozdíly v celkovém hodnocení života ve většinové společnosti.

Uvedené nám ukazuje, že respondenti z CHB vykazují lepší kvalitu života, a proto jsme se zaměřili na jinou proměnnou, a to hodnocení kvality života v jednotlivých dimenzích z hlediska pohlaví respondentů. Respondenty jsme rozčlenily na ženy z CHB + DOZP (n=105) a stejně tak muže (n=135). Výsledky z tab. 7 dokládají, že z vypočítaných hodnot signifikance *p* vyplývá, že mezi jednotlivými dimenzemi kvality života ani mezi celkovou kvalitou života nejsou z hlediska pohlaví (u mužů a žen z obou souborů) žádné statisticky významné rozdíly.

**Tab. 7 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů v celém výzkumném souboru (dotazník Quality of Life Questionnaire)**

Dimenze kvality života	Průměr Muži	Průměr ženy	t	sv	p	Poč.plat. muži	Poč.plat. ženy
Spokojenost	22,69	22,64	0,1182	238	0,9059	105	135
Schopnosti/produktivita	17,1	17,86	-0,9036	238	0,3671	105	135
Možnost se rozhodovat/nezávislost	21,66	21,05	1,1696	238	0,2433	105	135
Sociální sounáležitost/zapojení do komunity	21,26	20,88	0,998	238	0,3192	105	135
Celková kvalita života	82,73	82,45	0,1678	238	0,8668	105	135

Soubor byl tedy dále kategorizován a verifikován z hlediska hypotéz na další proměnnou, a to *věk respondentů*, který jsme rozčlenili do dvou kategorií: *mladší* (věková kategorie 26-44 let) a *starší* (45-80 let). Bližší deskripce tohoto jevu nám potvrzuje, že z uvedené tab. 7. nejsou zaznamenány mezi pohlavím (mužů i žen souhrnně z obou typů bydlení) a celkovým hodnocením kvality života statisticky významné rozdíly.

Z tab. 8 se nám objevuje s ohledem na věk významná signifikace u „mladších“ respondentů (mezi muži a ženami) v dimenzi *možnost se rozhodovat/nezávislost*; z tab. 9 u „starších“ respondentů je to pak dimenze *sociální sounáležitost/zapojení do komunity*. V tab. 8 identifikujeme, že významná signifikace je v dimenzi *možnost se rozhodovat*, kterou vykazují mladší ženy (souhrnně z CHB + DOZP).

**Tab. 8 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z CHB a DOZP ve věkové skupině mladší (26-45)**

Dimenze kvality života	Prům. ženy	Prům. muži	t	sv	p	Poč.plat. muži	Poč.plat. ženy
Spokojenost	22,35	22,86	-0,8377	129	0,4037	57	74
Schopnosti/produktivita	18,91	18,95	-0,0291	129	0,9769	57	74
Možnost rozhodovat se/nezávislost	23,35	21,74	2,1867	129	<b>0,0306</b>	57	74
Sociální sounáležitost/zapojení do komunity	21,42	21,95	-1,1059	129	0,2708	57	74
Celková kvalita života	86,04	85,50	0,2343	129	0,8152	57	74

Taktéž v tab. 9 jsou ženy spokojenější, ovšem v jiné oblasti, a to v *sociální sounáležitosti/zapojení do komunity*. Z čehož vyplývá, že věkově „mladší“ respondentky dávají přednost svobodě pohybu, možnosti se rozhodovat a posilovat svou autonomii v jednotlivých

oblastech, naopak věkově „starší“ respondentky kladou důraz na možnost zapojení se do místní komunity, ať už formou návštěv jednotlivých spolků, akcí, či celkové možnosti „být ve společnosti“.

**Tab. 9 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z CHB a DOZP ve věkové skupině starší (46-66+)**

Dimenze kvality života	Prům. ženy	Prům. muži	t	sv	p	Poč. plat. muži	Poč. plat. ženy
Spokojenost	23,10	22,38	1,2286	107	0,2219	48	61
Schopnosti/produktivita	14,96	16,56	-1,3865	107	0,1685	48	61
Možnost rozhodovat se/nezávislost	19,67	20,21	-0,8433	107	0,4009	48	61
Sociální sounáležitost/zapojení do komunity	21,08	19,61	2,6506	107	<b>0,0093</b>	48	61
Celková kvalita života	78,81	78,75	0,0256	107	0,9796	48	61

Na základě uvedených výsledků jsme se proto zaměřili izolovaně na jednotlivé skupiny (CHB a DOZP), ovšem proměnnou bylo ponecháno pohlaví a v dílčím členění byly komparovány skupiny „mladší“ (muži a ženy) a „starší“ (muži a ženy).

Tab. 10 prezentuje celkovou kvalitu života a její dimenze vzhledem k pohlaví respondentů (komparace mužů a žen) v chráněném bydlení. Uvedené výsledky poukazují, že mezi dimenzemi a celkovou kvalitou života v hodnocení mužů a žen nejsou statisticky významné rozdíly. Signifikantní rozdíly v hodnocení mužů a žen z chráněného bydlení se objevují pouze v oblasti možnost rozhodovat se/nezávislost.

**Tab. 10 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů v CHB**

Dimenze kvality života	Prům. muži	Prům. ženy	t	sv	p	Poč. plat. Mladší	Poč. plat. Starší
Spokojenost	22,98	23,96	-1,6241	118	0,1070	50	70
Schopnosti/produktivita	20,50	21,63	-0,9571	118	0,3404	50	70
Možnost rozhodovat se/nezávislost	<b>24,80</b>	<b>22,87</b>	<b>3,0503</b>	<b>118</b>	<b>0,0028</b>	<b>50</b>	<b>70</b>
Sociální sounáležitost/zapojení do komunity	22,44	21,73	1,4962	118	0,1373	50	70
Celková kvalita života	90,72	90,19	0,2462	118	0,8060	50	70

Tab. 11 prezentuje rozdělení mladších mužů a mladších žen v kontextu hodnocené kvality života. Z uvedených hodnot signifikace vyplývá, že mezi jednotlivými dimenzemi ani kvalitou života neexistují u „mladších“ mužů a žen z CHB žádné statisticky významné rozdíly.

**Tab. 11 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z CHB ve věkové skupině mladší (26-45)**

Dimenze kvality života	Prům. ženy	Prům. muži	t	sv	p	Poč. plat. muži	Poč. plat. ženy
Spokojenost	22,91	22,79	0,2002	89	0,8418	44	47
Schopnosti/produktivita	20,27	21,26	-0,7453	89	0,4581	44	47
Možnost rozhodovat se/nezávislost	24,86	23,51	1,8389	89	0,0693	44	47
Sociální sounáležitost /zapojení do komunity	22,25	22,11	0,2793	89	0,7807	44	47
Celková kvalita života	90,27	90,13	0,0595	89	0,9527	44	47

U věkové kategorie „starší“ muži a ženy z CHB (tab. 12) nejsou mezi těmito pohlavími v dané věkové skupině a celkovým hodnocením kvality života statisticky významné rozdíly. Signifikantní rozdíly se u „starších“ mužů a žen k hodnocené kvalitě života objevují pouze izolovaně, a to v oblastech *možnost rozhodovat se/nezávislost* a *sociální sounáležitost/zapojení do komunity*. To značí, že u „starších“ respondentů z CHB, v tomto případě žen je kladen důraz na oblast



nezávislosti, svobody pohybu s promítnutím se do celkového začlenění se do společnosti a participací na životě v něm.

**Tab. 12 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z CHB ve věkové skupině starší (46-66+)**

Dimenze kvality života	Prům. ženy	Prům. muži	t	sv	p	Poč. plat. muži	Poč. plat. ženy
Spokojenost	23,67	25,39	-1,5416	27	0,1348	6	23
Schopnosti/produktivita	22,17	22,39	-0,0726	27	0,9427	6	23
Možnost rozhodovat se/nezávislost	24,33	21,57	2,1107	27	0,0442	6	23
Sociální sounáležitost /zapojení do komunity	23,83	20,96	2,2513	27	0,0327	6	23
Celková kvalita života	94,00	90,30	0,6537	27	0,5189	6	23

Výše uvedené jsme aplikovali i pro respondenty z DOZP, kdy údaje z tab. 13 a tab. 14 přináší následující. Z uvedených hodnot signifikace vyplývá, že mezi mladšími respondenty (muži a ženami z DOZP) a celkovým hodnocením kvality života nejsou zaznamenány statisticky významné rozdíly. Opět ovšem můžeme posoudit signifikaci izolovaně, a to v hodnocení mužů a žen z DOZP navzájem, kdy se objevuje významná souvislost v oblasti *sociální sounáležitost/zapojení do komunity*.

**Tab. 13 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z DOZP ve věkové skupině mladší (26-45)**

Dimenze kvality života	Prům. ženy	Prům. muži	t	sv	p	Poč. plat. muži	Poč. plat. ženy
Spokojenost	20,54	22,19	-1,3764	38	0,1768	13	27
Schopnosti/produktivita	14,31	14,93	-0,3548	38	0,7247	13	27
Možnost rozhodovat se/nezávislost	18,23	18,67	-0,4548	38	0,6518	13	27
Sociální sounáležitost /zapojení do komunity	18,62	21,67	-3,4223	38	0,0015	13	27
Celková kvalita života	71,69	77,44	-1,7973	38	0,0802	13	27

U „starších“ mužů a žen z DOZP (viz tab. 14) se signifikantní rozdíly k hodnocené kvalitě života pouze pro jednotlivé dimenze nikoli v celkovém dopadu, objevují v oblastech *spokojenost*, *sociální sounáležitost/zapojení do komunity* a *celková kvalita života*. Z uvedeného vyplývá, že starší respondenti (více ženy) z DOZP považují stejně jako ženy z CHB za signifikantní *zapojení se do místní komunity*, ovšem dále se u nich objevuje důraz na spokojenost v životě, což zahrnuje zejména duševní prožitky, rodinné vztahy, které se odráží v tomto případě i na celkovou spokojenost (kvalitu života) ve všech dimenzích.

**Tab. 14 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. pohlaví respondentů z DOZP ve věkové skupině starší (46-66+)**

Dimenze kvality života	Prům. ženy	Prům. muži	t	sv	p	Poč. plat. muži	Poč. plat. ženy
Spokojenost	23,02	20,55	4,3235	78	0,0000	42	38
Schopnosti/produktivita	13,93	13,03	1,1371	78	0,2590	42	38
Možnost rozhodovat se/nezávislost	19,00	19,39	-0,5615	78	0,5761	42	38
Sociální sounáležitost /zapojení do komunity	20,69	18,79	3,1596	78	0,0022	42	38
Celková kvalita života	76,64	71,76	2,9177	78	0,0046	42	38

Oblast kvality života uzavíráme hodnocením dimenzí a celkové kvality života s ohledem na proměnnou, a to *věk respondentů*. Věkové kategorie jsou i v tomto případě rozděleny na „mladší“ a „starší“, přičemž byla nejprve zvolena deskripce jevu v rámci CHB (tab. 15) a samostatně v DOZP (tab. 16), za nimiž následuje celkové hodnocení, tzn., že respondenti „mladší“ byli sloučeni z DOZP + CHB – bez ohledu na pohlaví a stejným způsobem byl tento postup aplikován i u respondentů „starších“.

Z tab. 15 je patrné, že v rámci CHB jsou hodnoty dimenzí stejné pouze v oblasti *schopnost/produktivita, sociální soudržnost/zapojení do komunity a celková kvalita života*. Naopak v oblastech *spokojenost* a *možnost se rozhodovat/nezávislost* vykazují „mladší“ respondenti signifikantně vyšší hodnocení.

**Tab. 15 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. věk respondentů (mladší vs. starší) z CHB**

Dimenze kvality života	Prům. mladší	Prům. starší	t	sv	p	Poč. plat. mladší	Poč. plat. starší
Spokojenost	23,08	25,03	-2,8915	118	0,0046	91	29
Schopnosti/produktivita	20,78	22,34	-1,1543	118	0,2507	91	29
Možnost rozhodovat se/nezávislost	24,16	22,14	2,7655	118	0,0066	91	29
Sociální soudržnost /zapojení do komunity	22,18	21,55	1,1352	118	0,2586	91	29
Celková kvalita života	90,20	91,07	-0,3486	118	0,728	91	29

U druhé skupiny respondentů z DOZP je hodnocení jednotlivých dimenzí a celkové kvality života u obou skupin respondentů totožné, tzn., že obě skupiny (mladší i starší) deklarují stejně vysokou kvalitu života (stejně jako dílčí oblast *spokojenost*).

**Tab. 16 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. věk respondentů (mladší vs. starší) z DOZP**

Dimenze kvality života	Prům. mladší	Prům. starší	t	sv	p	Poč. plat. mladší	Poč. plat. starší
Spokojenost	21,65	21,85	-0,3336	118	0,7393	40	80
Schopnosti/produktivita	14,73	13,50	1,5320	118	0,1282	40	80
Možnost rozhodovat se/nezávislost	18,53	19,19	-1,1308	118	0,2605	40	80
Sociální soudržnost /zapojení do komunity	20,68	19,79	1,5886	118	0,1148	40	80
Celková kvalita života	75,58	74,33	0,7591	118	0,4493	40	80

Souhrnně uvádíme tento jev v tab. 17, kdy je patrné, že uvedené výsledky hodnocení jednotlivých dimenzí kvality života a hodnocení celkové kvality života u skupiny „mladších“ a „starších“ respondentů je stejně hodnoceno pouze v dimenzi *spokojenost*. U oblasti *nezávislost, schopnosti/produktivita, sociální soudržnost* a *celková kvalita života* uvádí mladší respondenti signifikantně vyšší hodnocení.

**Tab. 17 Celková kvalita života a dimenze kvality života vs. věk respondentů (mladší vs. starší) z CHB a DOZP**

Dimenze kvality života	Prům. mladší	Prům. starší	t	sv	p	Poč. plat. mladší	Poč. plat. starší
Spokojenost	22,64	22,70	-0,1309	238	0,8959	131	109
Schopnosti/produktivita	18,93	15,85	3,7651	238	0,0002	131	109
Možnost rozhodovat se/nezávislost	22,44	19,97	4,9383	238	0,0000	131	109
Sociální soudržnost /zapojení do komunity	21,72	20,26	3,9925	238	0,0001	131	109
Celková kvalita života	85,73	78,78	4,3220	238	0,0000	131	109

Abychom řešené problematice porozuměli v celkovém kontextu, zaměřili jsme se na životní spokojenost (Dotazník životní spokojenosti) respondentů v jednotlivých dimenzích. Rozložení respondentů zůstává i pro tuto část v totožném složení (viz tab. 1). Níže uvedená tabulka sumarizuje výsledky celkové životní spokojenosti respondentů z CHB a DOZP. Tato spokojenost byla členěna do třech oblastí A-C nespokojen (zahrnuje hodnocení velmi nespokojen, nespokojen, spíše nespokojen); D ani spokojen-ani nespokojen; E-G spokojen (zahrnuje hodnocení spokojen, spíše spokojen, velmi spokojen).

Z tabulky 18 je patrné, že v oblasti *práce a zaměstnání* je nespokojeno 10,83 % respondentů z CHB; 9,40 % zastává neutrální postoj a 79,76 % je jich spokojeno. To respondenti z DOZP zastávají v oblasti spokojenosti s *prací a zaměstnáním* negativní postoj pouze v 9,88 %, neutrální stanovisko zaujímá 34,76 % respondentů a spokojeno je v této oblasti 55,36 %.

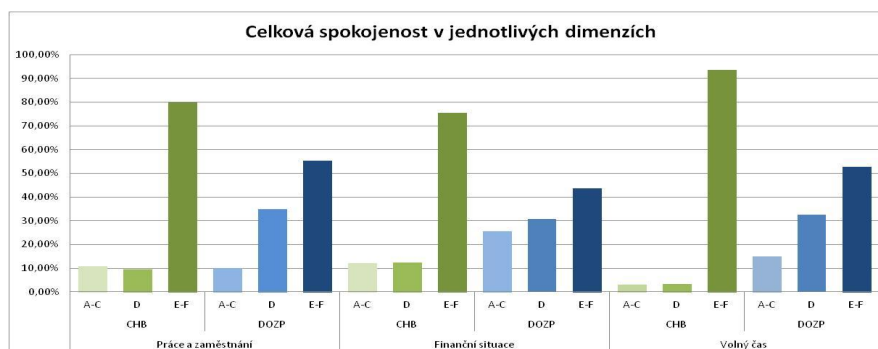
Pro oblast *finanční situace*, výsledky přináší spokojenost u 75,60 % respondentů z CHB, nespokojeno je pouze 12,38 %, ostatní (12,38 %) zaujímají neutrální stanovisko. Respondenti z DOZP jsou se svou finanční situací spokojeni ve 43,69 %, přičemž 25,48 % zaujímá negativní postoj ke své finanční situaci a 30,83 % se nedokáže přiklonit na některou ze stran a uvádí neutrální postoj.

Pro oblast volného času bylo zjištěno, že 93,69 % respondentů z chráněného bydlení je spokojeno s volným časem, pouze 3,10 % vykazuje nespokojenost a 3,21 % není ani spokojeno – ani nespokojeno. U respondentů z DOZP je nespokojeno 14,88 % těchto respondentů, přičemž 52,62 % vykazuje spokojenost v dané oblasti a 32,50 % zaujímá nevyhraněný postoj.

**Tab. 18** Hodnocení celkové životní spokojenosti v dimenzích PAZ, FIN, VLC

Práce a zaměstnání						Finanční situace						Volný čas					
CHB			DOZP			CHB			DOZP			CHB			DOZP		
A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F
10,83%	9,40%	79,76%	9,88%	34,76%	55,36%	12,02%	12,38%	75,60%	25,48%	30,83%	43,69%	3,10%	3,21%	93,69%	14,88%	32,50%	52,62%

**Graf 15** Hodnocení celkové životní spokojenosti v dimenzích PAZ, FIN, VLC



Dalšími hodnocenými oblastmi jsou vlastní osoba; přátelé, známí, příbuzní a bydlení. Z tab. 19 byly identifikovány následující údaje. Při stratifikaci respondentů v jednotlivých skupinách CHB a DOZP je vidno, že v oblasti *vlastní osoby* je spokojeno 71,79 % respondentů z CHB, pouze 19,05 % jich vykazuje nespokojenost a 9,17 % zaujímá neutrální postoj. Respondenti z DOZP v této oblasti vykazují 66,19 % spokojenosti, 13,45 % nespokojenosti a 20,36 % respondentů není ani spokojeno-ani nespokojeno.

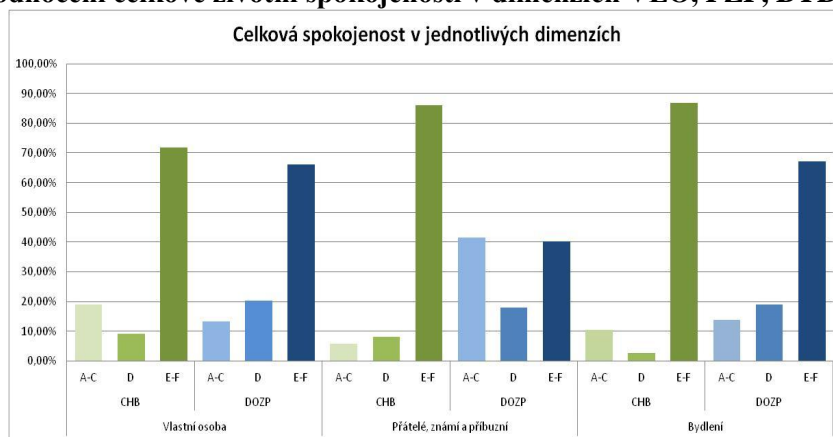
Oblast *přátel, známých a příbuzných* je zaznamenána jako uspokojivá u 85,95 % respondentů z CHB; 5,83 % respondentů je nespokojeno v této oblasti a 8,2 % zaujímá nevyhraněný postoj. Respondenti z DOZP vykazují spokojenost pouze ve 40,38 %, ve 41,55 % nespokojenost a 18,10 % respondentů zaujímá nevyhraněný postoj k dané oblasti.

Poslední hodnocenou oblastí je *bydlení*. Spokojenost s bytovou situací vykazuje 86,90 % respondentů z CHB, nespokojenost 10,36 % a 2,74 % zaujímá nevyhraněný postoj. Respondenti z DOZP jsou spokojeni v 67,14 %, nespokojeno je 13,81 % respondentů a neutrální postoj zaujímá 19,05 %.

**Tab. 19 Hodnocení celkové životní spokojenosti v dimenzích VLO, PZP, BYD**

Vlastní osoba						Přátelé, známí a příbuzní						Bydlení					
CHB			DOZP			CHB			DOZP			CHB			DOZP		
A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F	A-C	D	E-F
19,05%	9,17%	71,79%	13,45%	20,36%	66,19%	5,83%	8,21%	85,95%	41,55%	18,10%	40,36%	10,36%	2,74%	86,90%	13,81%	19,05%	67,14%

**Graf 16 Hodnocení celkové životní spokojenosti v dimenzích VLO, PZP, BYD**



Míra spokojenosti v jednotlivých 6 dimenzích reflektující se skrze determinanty tak, jak je respondenti aktuálně vnímají, byla hodnocena na stejné úrovni jako celkové hodnocení životní spokojenosti pro danou oblast (spokojen, ani spokojen-ani nespokojen, nespokojen). Níže prezentujeme výsledky z oblasti, která vykazovala znatelné rozdíly ve spokojenosti mezi skupinou respondentů z CHB a DOZP a zároveň byla tato oblast nejčastěji zmiňovaná i v hodnocené kvalitě života tj. oblast přátel, známí, příbuzní, která se vztahuje k začlenění se do komunity, prožívání osobních a rodinných vztahů apod. Tyto změny jsou zaznamenány vždy tučně jako nejčteněji zastoupené odpovědi. Pro ostatní oblasti uvedeme pouze slovní komentář, pro nějž bude grafické znázornění součástí Přílohy 4.

Tabulka 20 prezentuje nejčteněji zastoupené výroky (determinanty) v oblasti *přátel, známých a příbuzných*. Nejvyšší míru souhlasu ve vztahu k *okruhu známých* uvádí respondenti z CHB (47,50 %). Respondenti z DOZP uváděli pro daný výrok odpověď spíše spokojen (32,5 %). Respondenti z CHB hodnotí spokojenost i pro oblast *kontaktů s příbuznými* (35,83 %), naopak respondenti z DOZP tuto oblast hodnotí jako spíše nespokojivou (24,17 %). S *kontaktem se sousedy* je spíše spokojeno 40,83 % respondentů z CHB a spíše nespokojeno 35,83 % respondentů z DOZP. U výroku vztahující se k *podpoře od známých* je nejčteněji hodnocenou odpovědí spokojenost ve 41,67 % u respondentů z CHB, respondenti z DOZP zaujímají neutrální postoj k danému, nejsou ani spokojeni - ani nespokojeni (50,83 %). U položky *k veřejným a spolkovým aktivitám* zaujímají respondenti z CHB spokojený přístup (44,17 %), respondenti z DOZP spíše spokojený přístup. S celkovou *společenskou angažovaností* je spokojeno 40 % respondentů z CHB, respondenti z DOZP opět zastupují nevyhraněný názor (26,67 %). Pocit vyplývající ze *samotné přítomnosti ve společnosti* je velmi zřetelný u respondentů z CHB, z nichž je spokojeno 62,50 % osob, zatímco 29,17 % respondentů z DOZP je spíše nespokojeno.

V Příloze 4 se nachází grafické znázornění pro další oblasti, v nichž byly pozorovány změny. Nyní uvedeme komentáře k vybraným determinantům (výrokům), které ovlivňují dimenze zkoumané problematiky.

V oblasti *práce a zaměstnání* je spatřována spokojenost s převahou u osob z CHB, nežli u osob z DOZP. Tato oblast je mj. hodnocena i jako zpětná reflexe dřívějšího zaměstnání, tudíž se zde může promítat právě negativní zkušenost se zaměstnáním osob z DOZP, z čehož plyne následně i neutrální hodnocení, kdy se respondenti nechtějí konkrétně vyjadřovat k daným problémům. Nejčteněji hodnocenou determinantou je *spokojenost s atmosférou na pracovišti* u respondentů z CHB (celkově je 90 % respondentů spokojeno, z nichž je nejčteněji sycena odpověď

spokojen v 58,33 %), u osob z DOZP je to výrok v možnostech postupu, které mají (či měli) respondenti na svém pracovišti, s nímž je v celkovém součtu spokojeno 61,67 % respondentů, přičemž nejčteněji sycenou odpovědí je výrok *spíše spokojen* u 53,3 % respondentů.

V oblasti *finanční situace* je nejvíce sycen výrok *s tím, co vlastním* u osob z CHB (celkově za daný výrok je vykazována spokojenost u 85,83 % respondentů, z nichž 55 % respondentů vykazuje *spokojen*), tutéž položku téměř shodně hodnocenou s respondenty z CHB uvádí i osoby z DOZP, pouze s tím rozdílem, že tyto jsou *spíše spokojeny s tím co vlastní* (tj. 54,17 %, v celkovém hodnocení jsou v dané oblasti spokojeny na 81,67 %). Zajímavým prvkem byla také vyjadřovaná *částečná nespokojenost* promítající se v obavách o své *budoucí zajištění* zejm. finanční ve stáří. Tato obava se naplnila u 45 % respondentů z DOZP, což koresponduje s 35 % částečnou nespokojeností s budoucími *možnostmi výdělku* a 22,5 % částečnou nespokojeností s dosavadním příjmem/platem.

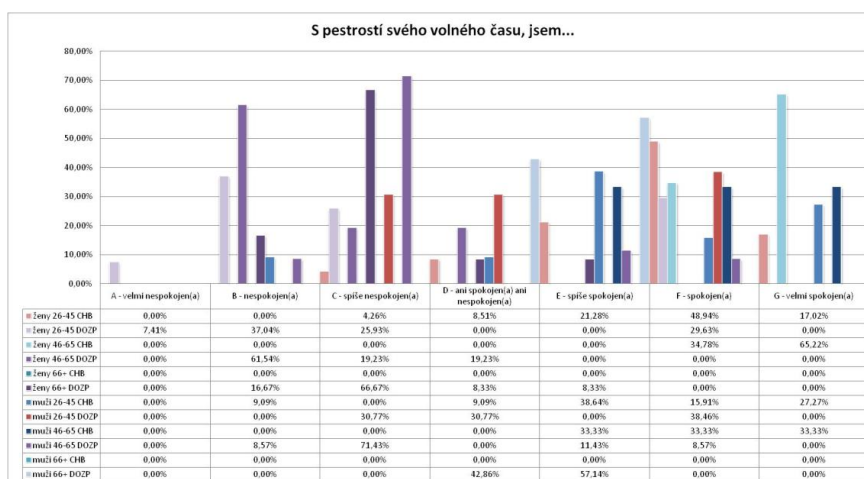
Dimenze *volného času* zaznamenala u respondentů z CHB nejčteněji sycenou odpověď *spokojen* v 61,67 % s *kvalitou odpočinku, který* danému respondentovi *přináší dovolená*. Zajímavým poznatkem je například hodnocení výrazné nespokojenosti s *pestrostí volného času* u osob z DOZP v 70 %, přičemž u osob z CHB je v celkovém hodnocení *nespokojeno* pouze 5 % respondentů.

Také další oblast vztahující se k *vlastní osobě* hodnotí jednotlivé schopnosti a dovednosti uživatele, zabývá se jeho individuálními názory a mapuje celkovou spokojenost se sebou samým. Můžeme sledovat nepatrné rozdíly v celkové nespokojenosti v oblasti vlastní osoby u obou skupin, kdy je vykazováno nižší sebehodnocení respondenty z CHB (19,5 %) a respondenty z DOZP (13,45 %). U výroku *se způsobem života, jakým jsem doposud žil* vykazuje částečnou nespokojenost 37,5 % respondentů z CHB, přičemž tento výrok je v celkové nespokojenosti hodnocen 53,3 % respondentů. U osob z DOZP jsou pochyby spojeny s částečnou nespokojeností s *vlastními schopnostmi a dovednostmi* u 33,33 % respondentů.

Poslední hodnocenou oblastí, o níž jsme se zajímali, je dimenze *bydlení*, přičemž u obou skupin převažuje spokojenost se současnou formou bydlení. Nejčteněji sycenou položkou byla v případě DOZP velká spokojenost v 60,83 % s *dosažitelností dopravních prostředků* a v 51,67 % *spokojenost se stavem bytu*. U respondentů z DOZP převážila v 50 % *částečná spokojenost s velikostí svého bytu* jsem a zároveň je pro 38,33 % respondentů vyhovující i *poloha bytu*.

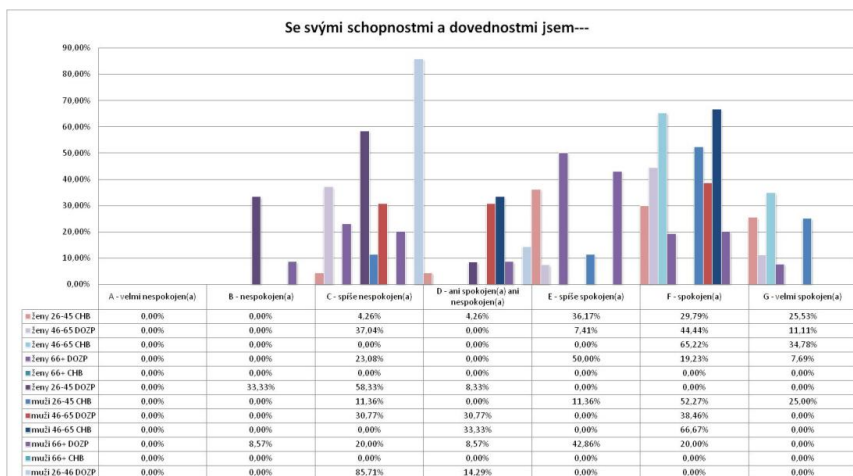
Na základě vyjádřené míry spokojenosti s jednotlivými determinanty (výroky) – viz Příloha 4 a na základě výše uvedených četností jednotlivých položek, uvádíme vybrané determinanty (výroky) z jednotlivých dimenzí vzhledem k věku respondentů v kontextu CHB a DOZP. Graf 3 prezentuje *nespokojenost* v oblasti volného času, přičemž se zabývá zejména jeho pestrostí. Nejvyšší četnost jako *nespokojen* vyjádřilo 61,54 % žen z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let; *spíše nespokojeno* je 66,67 % žen ve věkové kategorii 66+ a 71,45 % mužů z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let.

**Graf 17 Míra spokojenosti s vybranou determinantou VLC v kontextu CHB a DOZP**



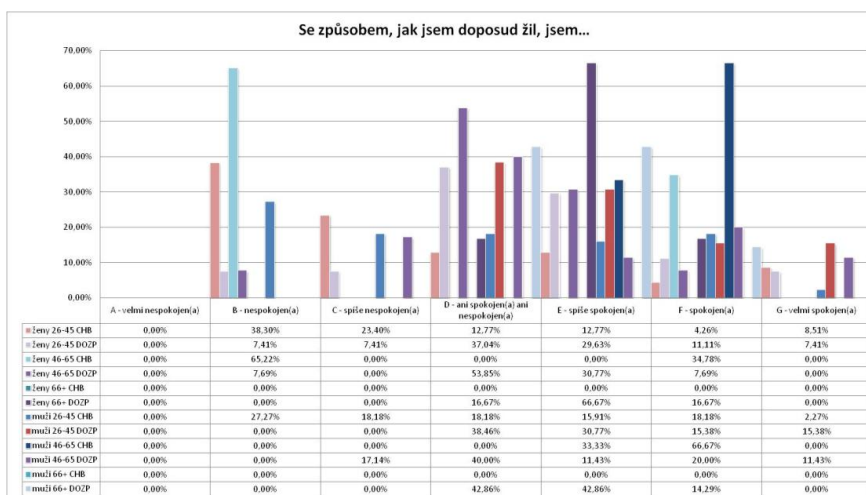
Graf 4 a Graf 5 prezentují determinanty z dimenze *vlastní osoby*. Zaměřili jsme se na výroky vztahující se k hodnoceným schopnostem a dovednostem respondentů a zhodnocení situace v oblasti způsobu života, jakým doposud respondenti žili. V oblasti hodnocených schopností a dovedností byla nejčetněji s vyjádřením *spíše nespokojen* zastoupena v 85,71 % skupina mužů z DOZP ve věkové kategorii 66+. Tomuto výsledku se přiblížily také ženy ve stejné věkové kategorii v procentuálním zastoupení 58,33 %. S vyjádřením *nespokojeno* je spojována ve 33,3 % skupina žen z DOZP ve věkové kategorii 66+.

**Graf 18 Míra spokojenosti s vybranou determinantou VLO v kontextu CHB a DOZP**



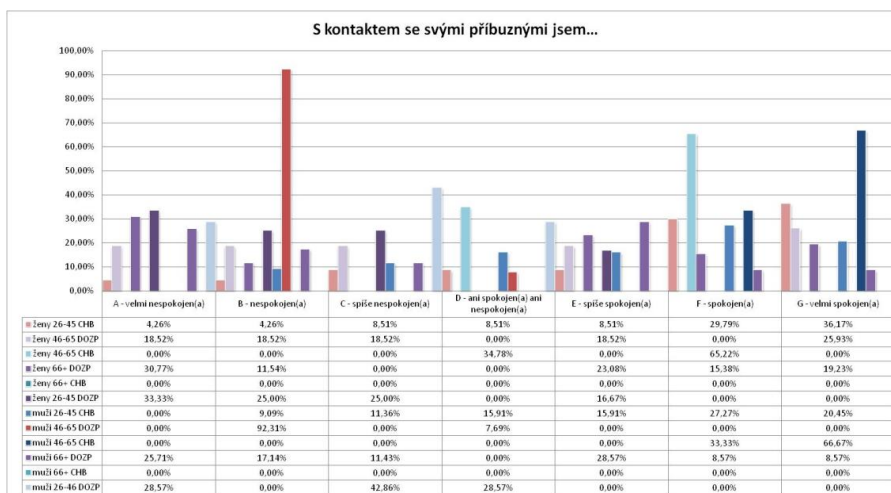
Graf 5 znázorňuje determinantu, která hodnotí *způsob života, jakým doposud žili*. V oblasti *nespokojen* vykazují nejvyšší četnost ženy z CHB (65,22 %) ve věkové skupině 46-65 let. *Spíše nespokojeny* jsou taktéž ženy z CHB ve věkové kategorii 26-45 let v procentuálním zastoupení 23,4 %.

**Graf 19 Míra spokojenosti s vybranou determinantou VLO (II) v kontextu CHB a DOZP**



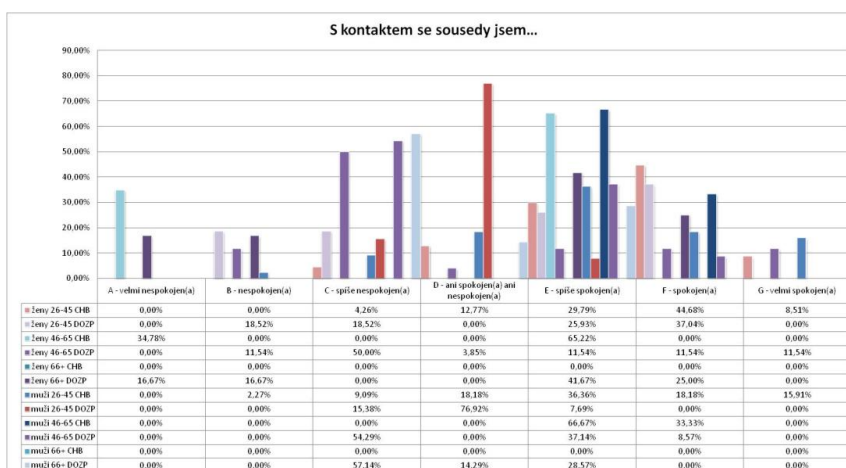
V dimenzi *přátelé, známí, příbuzní* jsme detekovali tři stěžejní determinanty. Dvě z nich se týkají kontaktů (rodinných a sousedských), třetí je vztahena na oblast společenského života a celkově pobyt ve společnosti jako takové. V oblasti kontaktu s rodinnými příslušníky, známými a dalšími osobami se vyjadřuje graf 6, jež zachycuje v oblasti *velmi nespokojen* nejvyšší četností u žen z DOZP ve věkové kategorii 66+ (33,33 %) a věkové kategorii 46-65 let (30,77 %). Zajímavým poznatkem je skutečnost, že zastoupení jakékoli skupiny osob z CHB je naprosto minimální, pouze se jedná o *nespokojenost* u žen z CHB ve věkové kategorii 25-45 let (4,26 %). Se skupinou *nespokojen* je nejvyšší zastoupení mužů z DOZP ve věkové kategorii 26-45 let (92,31 %). A *spíše nespokojeni* jsou taktéž muži z DOZP, ale z věkové kategorie 66+ (42,86 %).

**Graf 20 Míra spokojenosti s vybranou determinantou PAZ v kontextu CHB a DOZP**



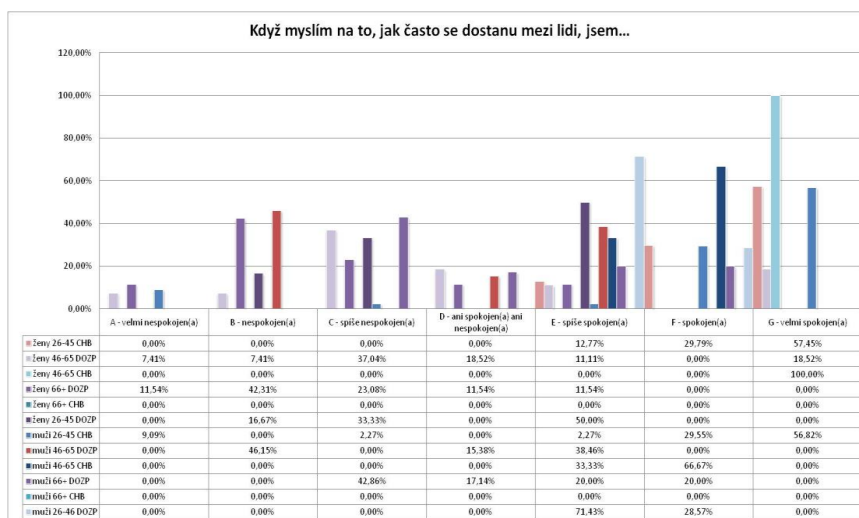
Determinanta ve vztahu k sousedům zachycuje vzájemné vztahy s okolím uživatelů s mentálním postižením. V hodnocení se jako *velmi nespokojen* vyjadřovaly ženy z CHB (34,78 %) ve věkové kategorii 46-65 let. *Nespokojenost* vyjadřovaly ženy z DOZP (18,52 %) ve věkové kategorii 26-45 let. *Spíše nespokojeni* byli muži z DOZP (57,14 %) ve věkové kategorii 66+ a obdobným způsobem se vyjádřili i muži z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let (54,29 %), stejně jako ženy z DOZP (50 %) ve věkové kategorii 46-65 let.

**Graf 21 Míra spokojenosti s vybranou determinantou PAZ (II) v kontextu CHB a DOZP**



Poslední hodnocenou velmi důležitou determinantou související se socializací jedince je výrok postihující skutečnost, jak často se dostane uživatel do společnosti. V této determinantě vyjádřila nejčastěji zastoupenou *nespokojenost* skupina mužů z DOZP ve věkové kategorii 26-45 let (46,15 %) a stejně tak ženy z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let (42,31 %). Spíše nespokojeno je 42,86 % mužů z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let.

**Graf 22 Míra spokojenosti s vybranou determinantou PAZ (III) v kontextu CHB a DOZP**



## 6.2 Ověření hypotéz

Před realizací výzkumu jsme si stanovili výzkumný problém, výzkumné otázky, na základě nichž byly sestaveny hypotézy. Postup statistického zpracování se uvádí výše (viz 5.4.1.) Pro statistické ověření hypotéz jsme použili Pearsonovu korelaci, t-test pro nezávislé vzorky dle skupin, dále analýzu spolehlivosti prvků a chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. V rámci ověření hypotéz jsou uvedeny výpočty absolutních četností (viz Příloha 4) a grafické znázornění je provedeno v relativních četnostech.

### HYPOTÉZA 1

**H1:** Použité determinanty kvality života považují respondenti za signifikantní, což se projevuje tím, že mezi respondenty vybranými determinanty a celkovým hodnocením kvality života jsou statisticky významné korelace.

V rámci statistického vyhodnocení dat byla užita Pearsonova korelace, z níž vyplývá, že všechny dimenze kvality života považují respondenti v obou skupinách za signifikantní.

**Hypotéza H1 pro část determinant (otázek) v jednotlivých dimenzích kvality života prokázána nebyla.** Hypotéza H1 byla prokázána pro jednotlivé dimenze v kontextu celkově hodnocené kvality života statisticky významnými korelacemi, tudíž je respondenti považují za signifikantní.

**Závěr:** Uživatelé s mentálním postižením z chráněného bydlení a domova pro osoby se zdravotním postižením považují převážnou většinu uvedených determinant v jednotlivých dimenzích kvality života za signifikantní, tzn že byly prokázány statisticky významné korelace mezi těmito determinanty a celkovou kvalitou života. Signifikace byla



## HYPOTÉZA 2

**H2:** Respondenti z chráněného bydlení považují za nejvýznamnější jiné determinanty než respondenti z domovů pro osoby se zdravotním postižením.

Výsledky uvedené v tabulce byly získány skrze korelaci a zachycují statisticky významné determinanty, u nichž byly vypočítány nejvyšší koeficienty korelace s celkovým hodnocením kvality života.

Dimenze kvality života	Max. korelace CHB	Max. korelace DOZP
Spokojenost	ot. 9 (0,5984)	ot. 6 (0,6126)
Schopnosti	ot.13 (0,8153)	ot. 17 (0,6057)
Nezávislost	ot. 21 (0,6215)	ot. 30 (0,4147)
Zapojení do komunity	ot. 40 (0,4654)	ot. 36 (0,5876)

**Hypotéza H2 potvrzuje**, že respondenti z chráněného bydlení a domova pro osoby se zdravotním postižením přikládají jednotlivým determinantům/aspektům v jednotlivých dimenzích kvality života jiný význam.

**Závěr:** Respondenti s mentálním postižením z chráněného bydlení považují za významné jiné proměnné aspekty mající vliv na kvalitu života v jednotlivých dimenzích, než respondenti z domova pro osoby se zdravotním postižením.

## HYPOTÉZA 3

**H3:** Kvalita života u respondentů z chráněného bydlení je vyšší než u respondentů z domovů pro osoby se zdravotním postižením.

Dosažené výsledky (viz Tab. 5) ve skupině respondentů z CHB a skupině respondentů z DOZP jsme srovnávali pomocí Studentova t-testu. Při realizaci tohoto testu významnosti byly vždy u každé proměnné vypočítány dva aritmetické průměry (pro skupinu CHB a skupinu DOZP), testové kritérium  $t$  a hodnota signifikance  $p$ . Pokud je hodnota signifikance menší než většinou akceptovatelná hladina signifikance 0,05, považujeme zjištěný rozdíl mezi průměry za statisticky významný.

**Hypotéza H3** byla prokázána. Respondenti s mentálním postižením z chráněného bydlení hodnotí kvalitu života lépe než respondenti z domovů pro osoby se zdravotním postižením.

**Závěr:** Na základě výsledků můžeme konstatovat, že průměry u respondentů z CHB jsou ve všech oblastech signifikantně vyšší než průměry u respondentů z DOZP, z čeho plyne vyšší kvalita života u uživatelů chráněného bydlení.

## **HYPOTÉZA 4**

**H4:** Respondenti z chráněného bydlení dosahují v jednotlivých determinantech (otázkách dotazníku) kvality života vyššího hodnocení než respondenti z domova pro osoby se zdravotním postižením.

Dosažené výsledky (viz Tab. 6) byly získány skrze průměry každé otázky, které byly vypočítány pro respondenty z CHB a pro respondenty z DOZP. Pomocí Studentova t-testu se poté ověřovalo, zda mezi vypočítanými dvojicemi průměrů jsou statisticky významné rozdíly. Statisticky významné rozdíly jsou pouze u těch otázek, kde byla vypočítána hodnota signifikance menší než 0,05.

**Hypotéza H4** prokazuje, že respondenti z chráněného bydlení dosahují pouze v části (70 %) determinant kvality života vyššího hodnocení než respondenti z domova pro osoby se zdravotním postižením.

**Závěr:** U většiny determinant (otázek) se vyskytují statisticky významné rozdíly ve prospěch respondentů z CHB. Ovšem respondenti z CHB nedosahují ve všech oblastech kvality života vyššího hodnocení. Potvrzené se vztahuje pouze na 4 determinanty z oblasti spokojenosti, v oblasti schopnosti je to 10 determinant, v dimenzi nezávislosti je to 8 determinant a v začlenění se do komunity je to pouhých 6 determinant.

## **HYPOTÉZA 5**

**H5:** Kvalita života mužů a žen (v celém výzkumném souboru) je stejná.

**H5a:** Kvalita života mužů a žen je (v celém souboru) ve věkové skupině „mladší“ (26-45) stejná.

**H5b:** Kvalita života mužů a žen je (v celém souboru) ve věkové skupině „starší“ (46-66+) stejná.

Kvalitu života mužů a žen (v celém výzkumném souboru) jsme porovnávali pomocí Studentova t-testu. Výsledky srovnávání uvádí tab. 7. Z vypočítaných hodnot signifikance  $p$  vyplývá, že mezi jednotlivými dimenzemi kvality života ani mezi celkovou kvalitou života neexistují u mužů a žen žádné statisticky významné rozdíly.

Kvalitu života mužů a žen ve věkové skupině „mladší“ respondenti jsme srovnávali pomocí Studentova t testu. Srovnání jsme realizovali opět pro jednotlivé dimenze kvality života a pro celkovou kvalitu života (tab. 8). Kvalitu života mužů a žen jsme ve věkové skupině „starší“ porovnávali opět pomocí Studentova-testu. Srovnání jsme realizovali pro jednotlivé dimenze kvality života a pro celkovou kvalitu života (tab. 9).

**Hypotéza H5 byla prokázána.** Mezi kvalitou mužů a žen v celém výzkumném souboru nejsou statisticky významné rozdíly.

**H5a nebyla prokázána.** Mezi jednotlivými dimenzemi kvality života a celkovým hodnocením kvality života u „mladších“ mužů a žen (v celém souboru) nejsou statisticky významné rozdíly. Signifikantní rozdíly se objevily pouze v dimenzi možnost rozhodovat se/nezávislost.

**H5b nebyla prokázána.** Mezi jednotlivými dimenzemi kvality života a celkovým hodnocením kvality života u „starších“ mužů a žen nejsou statisticky významné rozdíly. Signifikantní rozdíly se objevily pouze v dimenzi sociální sounáležitost/zapojení do komunity.

**Závěr:** Kvalita mužů a žen s mentálním postižením v kontextu celého souboru je stejná. Tato skutečnost však nebyla prokázána v případech, kdy jsou respondenti rozčleněni věkově. Signifikantní rozdíly jsou pak sledovány pouze v některých dimenzích.

## HYPOTÉZA 6

**H6:** Kvalita života mužů a žen z chráněného bydlení je stejná.

**H6a:** Kvalita života mužů a žen z chráněného bydlení je ve věkové skupině „mladší“ (26-45) stejná.

**H6b:** Kvalita života mužů a žen z chráněného bydlení je ve věkové skupině „starší“ (46-66+) stejná.

Kvalitu života mužů a žen v chráněném bydlení jsme porovnávali pomocí Studentova t-testu. Výsledky srovnávání uvádí tab. 10, tab. 11 a tab. 12. Z vypočtených hodnot signifikance  $p$  vyplývá, že mezi jednotlivými dimenzemi kvality života ani mezi celkovou kvalitou života neexistují u mužů a žen žádné statisticky významné rozdíly.

**Hypotéza H6 nebyla prokázána.** Mezi kvalitou mužů a žen v chráněném bydlení nejsou statisticky významné rozdíly. Signifikantní rozdíly se v hodnocení mužů a žen objevuje pouze v dimenzi možnost rozhodovat se /nezávislost.

**H6a byla prokázána.** Z vypočítaných hodnot signifikance  $p$  vyplývá, že mezi jednotlivými dimenzemi kvality života ani mezi celkovou kvalitou života neexistují u mužů a žen žádné statisticky významné rozdíly.

**H6b nebyla prokázána.** Mezi jednotlivými dimenzemi kvality života a celkovým hodnocením kvality života u „starších“ mužů a žen nejsou statisticky významné rozdíly. Signifikantní rozdíly se objevily pouze v dimenzi možnost se rozhodovat/nezávislost a sociální sounáležitost/zapojení do komunity.

**Závěr:** Kvalita mužů a žen s mentálním postižením v chráněném bydlení není stejná, pouze u skupiny mladší ženy a mladší muži můžeme konstatovat, že pro tuto skupinu je kvalita života stejná. U starších mužů a žen se objevují signifikantní rozdíly ve 2 oblastech, tudíž kvalita života není stejná.

## HYPOTÉZA 7

**H7:** Mladší respondenti deklarují stejně velkou životní spokojenost jako respondenti starší. V ostatních dimenzích uvádí mladší respondenti hodnocení vyšší.

Pro následující hypotézy z oblasti životní spokojenosti byl užit chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Na základě uvedeného bude prezentovaná spokojenost řazena do následujících kategorií A-C (velmi nespokojen, nespokojen, spíše nespokojen), D (ani spokojen- ani nespokojen), E-G (spíše spokojen, spokojen, velmi spokojen). Bylo vypočítáno testové kritérium dle vzorce:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

**Hypotéza H7 byla potvrzena.** Mladší respondenti deklarují stejně velkou životní spokojenost jako respondenti starší. V ostatních dimenzích (schopnosti, nezávislost, zapojení do komunity a celková kvalita života) vykazují mladší respondenti signifikantně vyšší hodnocení.

**Závěr:** Mladší respondenti (muži i ženy z obou souborů) jsou stejně spokojeni jako respondenti starší, což je patrné z hodnot v dimenzi spokojenosti. V ostatních dimenzích jsou mladší respondenti spokojenější.

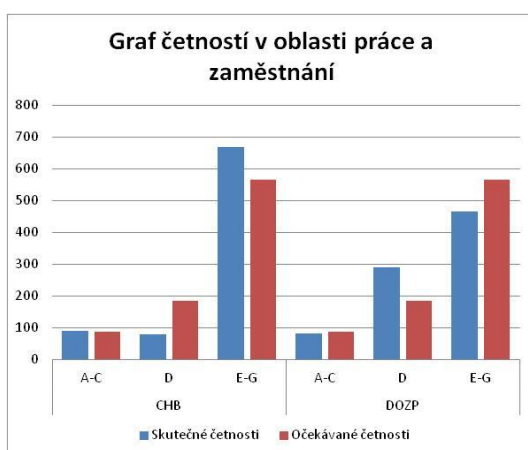
## HYPOTÉZA 8

**H8: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**Graf 23 Četnost v oblasti PAZ**



**Tab. 21 Spokojenost v oblasti práce a zaměstnání**

Spokojenost v oblasti PAZ		A-C	D	E-G	Počet odpovědí
Typ bydlení	CHB	91(87)	79(185,5)	670(567,5)	840
	DOZP	83(87)	292(185,5)	465(567,5)	840
Počet odpovědí		174	371	1135	1680

Výsledky ukazují, že hodnota testového kritéria je  $G=159,683$ , která je vyšší než kritická hodnota  $\chi^2=5,991$  na hladině významnosti 0,05% potvrzuje významnou závislost mezi proměnnými. Nulovou hypotézu ( $H_0$ ) o nezávislosti mezi typem bydlení a životní spokojeností v oblasti práce a zaměstnání zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

**H8: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti práce a zaměstnání a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

**Závěr:** Uživatelé chráněného bydlení jsou více spokojeni v oblasti práce a zaměstnání než uživatelé z domova pro osoby se zdravotním postižením.

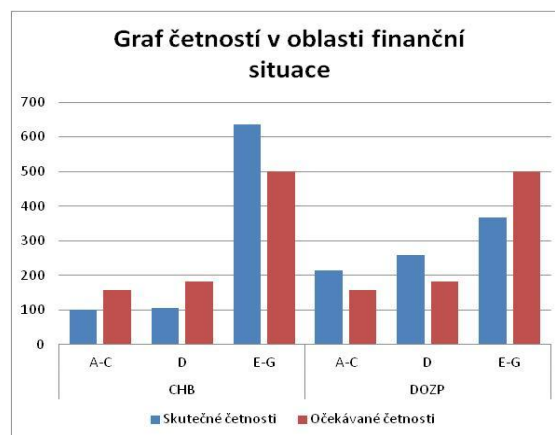
### HYPOTÉZA 9

**H9: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost

**Graf 24 Četnost v oblasti FIN**



**Tab. 22 Spokojenost v oblasti financí**

Spokojenost v oblasti FIN		A-C	D	E-G	Počet odpovědí
Typ bydlení	CHB	101(157,5)	104(181,5)	635(501)	840
	DOZP	214(157,5)	259(181,5)	637(501)	840
Počet odpovědí		315	363	1002	1680

Výsledky ukazují, že hodnota testového kritéria je  $G=178,402$ , která je vyšší než kritická hodnota  $x=5,991$  na hladině významnosti 0,05% potvrzuje významnou závislost mezi proměnnými. Nulovou hypotézu ( $H_0$ ) o nezávislosti mezi typem bydlení a životní spokojeností v oblasti financí zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

**H9: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti finanční situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

**Závěr:** Uživatelé chráněného bydlení jsou více spokojeni v oblasti financí než uživatelé z domova pro osoby se zdravotním postižením.

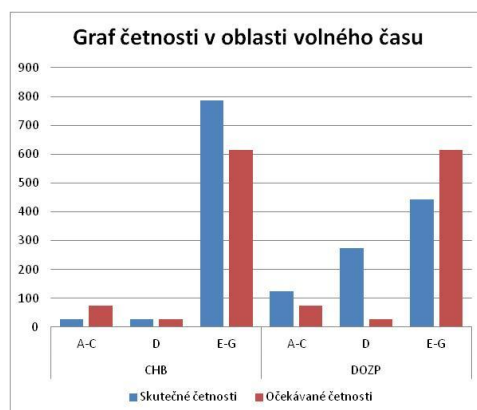
## HYPOTÉZA 10

**H10: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**Graf 25 Četnost v oblasti VLC**



**Tab. 23 Spokojenost v oblasti volného času**

Spokojenost v oblasti VLC		A-C	D	E-G	Počet odpovědí
Typ bydlení	CHB	26(75,5)	27(150)	787(614,5)	840
	DOZP	125(75,5)	273(150)	442(614,5)	840
Počet odpovědí		151	300	1229	1680

Výsledky ukazují, že hodnota testového kritéria je  $G=363,474$ , která je vyšší než kritická hodnota  $x=5,991$  na hladině významnosti 0,05% potvrzuje významnou závislost mezi proměnnými. Nulovou hypotézu ( $H_0$ ) o nezávislosti mezi typem bydlení a životní spokojeností v oblasti volného času zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

**H10: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti volného času a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

**Závěr:** Uživatelé chráněného bydlení jsou více spokojeni v oblasti volného času než uživatelé z domova pro osoby se zdravotním postižením.

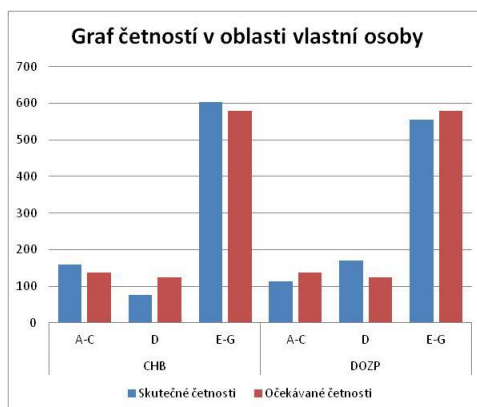
## HYPOTÉZA 11

**H11: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**Graf 26 Četnost v oblasti VLO**



**Tab. 24 Spokojenost v oblasti vlastní osoby**

Spokojenost v oblasti VLO		A-C	D	E-G	Počet odpovědí
Typ bydlení	CHB	160(136,5)	77(124)	603(579,5)	840
	DOZP	113(136,5)	171(124)	556(579,5)	840
Počet odpovědí		273	248	1159	1680

Výsledky ukazují, že hodnota testového kritéria je  $G=45,627$ , která je vyšší než kritická hodnota  $x=5,991$  na hladině významnosti 0,05% potvrzuje významnou závislost mezi proměnnými. Nulovou hypotézu ( $H_0$ ) o nezávislosti mezi typem bydlení a životní spokojeností v oblasti vlastní osoby zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

**H11: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti vlastní osoby a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

**Závěr:** Uživatelé chráněného bydlení jsou více spokojeni v oblasti vlastní osoby než uživatelé z domova pro osoby se zdravotním postižením.

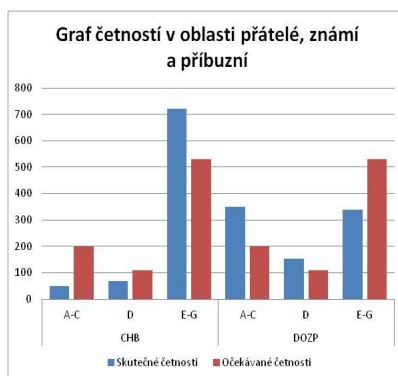
### HYPOTÉZA 12

**H12: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátel, známí, příbuzní a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátel, známí, příbuzní a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátel, známí, příbuzní a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.

**Graf 27 Četnost v oblasti PZP**



**Tab. 25 Spokojenost v oblasti přátel, známí, příbuzní**

Spokojenost v oblasti PZP		A-C	D	E-G	Počet odpovědí:
Typ	CHB	49(199)	69(110,5)	722(530,5)	840
bydlení	DOZP	349(199)	152(110,5)	339(530,5)	840
Počet odpovědí		398	221	1061	1680

Výsledky ukazují, že hodnota testového kritéria je  $G=395,558$ , která je vyšší než kritická hodnota  $x=5,991$  na hladině významnosti 0,05% potvrzuje významnou závislost mezi proměnnými. Nulovou hypotézu ( $H_0$ ) o nezávislosti mezi typem bydlení a životní spokojeností v oblasti přátel, známí, příbuzní zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

**H12: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti přátel, známí, příbuzní a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

**Závěr:** Uživatelé chráněného bydlení jsou více spokojeni v oblasti přátel, známých a příbuzných než uživatelé z domova pro osoby se zdravotním postižením.

**HYPOTÉZA 13**

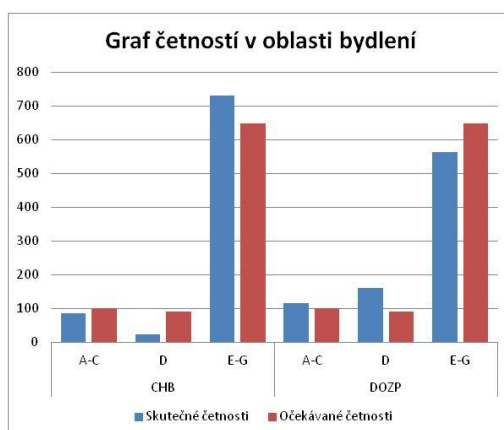
**H13: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

$H_0$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení neexistuje statisticky významná závislost.

$H_A$ : Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.



**Graf 28 Četnost v oblasti BYD**



**Tab. 26 Spokojenost v oblasti bydlení**

Spokojenost v oblasti BYD		A-C	D	E-G	Počet odpovědí
Typ bydlení	CHB	87(101,5)	23(91,5)	730(647)	840
	DOZP	116(101,5)	160(91,5)	564(647)	840
Počet odpovědí		203	183	1294	1680

Výsledky ukazují, že hodnota testového kritéria je  $G=128,001$ , která je vyšší než kritická hodnota  $x=5,991$  na hladině významnosti 0,05% potvrzuje významnou závislost mezi proměnnými. Nulovou hypotézu ( $H_0$ ) o nezávislosti mezi typem bydlení a životní spokojeností v oblasti bydlení zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_A$ , která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

**H13: Mezi hodnocením životní spokojenosti v oblasti bytové situace a typem bydlení existuje statisticky významná závislost.**

**Závěr:** Uživatelé chráněného bydlení jsou více spokojeni v oblasti bytové situace, než uživatelé z domova pro osoby se zdravotním postižením.

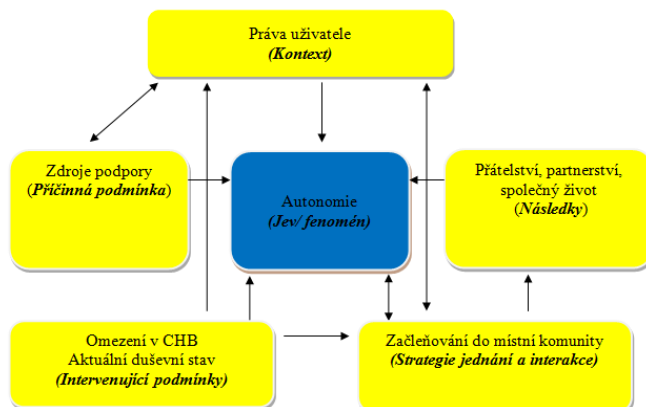
## 6.2 Výsledky a interpretace kvalitativní části výzkumu

Tato podkapitola podává přehled o výsledcích realizovaného kvalitativního výzkumu. Jednotlivé identifikované kategorie byly vytvořeny ve shodě s teorií kvality života (viz 1.1.2) a na základě výstupu z kvantitativní části. Data byla analyzována a jsou interpretována v dílčích oddílech této podkapitoly. Výstupem je paradigmatický model vzniklý na základě axiálního kódování.

### 6.2.1 Paradigmatický model a jeho interpretace

Touto částí se dostáváme k druhé úrovni analýzy, k axiálnímu kódování, jež spočívá v aplikaci obecného kódovacího paradigmatu. Tento model nám nastíní vztahy mezi jednotlivými kategoriemi s následující strukturou:

**Obrázek 12** Paradigmatický model sestavený v rámci axiálního kódování (vlastní výzkum, 2017)



Ve středu dění je umístěn **jev** neboli **fenomén**, který byl identifikován na základě otázek, o čem data pojednávají a čeho se jednotlivé údaje týkají. Tato kategorie je ústředním tématem, kolem něž se soustřeďují ostatní kategorie, v našem případě tedy *autonomie* uživatele čili uvědomění si vlastních schopností, možnost vlastního rozhodování o svém životě, které jsou ústředním tématem držicím jednotlivé části schématu při sobě. Autonomie uživatelů chráněného bydlení se promítá v jednotlivých dílčích oblastech, ať už se jedná o samostatnost v oblasti návštěv veřejných služeb (lékař, kadeřník, divadlo, obchod), společenských akcích, či volnočasových aktivit, což podporuje proces úspěšné socializace a začlenění jedince (inkluze) s mentálním postižením do většinové společnosti. Uživatelé taktéž zmiňují využívání finančních prostředků pro vlastní potřebu jako např. nákupy, přičemž ale připouští, že i v této oblasti mají jisté nedostatky a v případě potřeby si musí říci o pomoc. Podpora asistentů se prolíná všemi oblastmi jako jeden z důležitých zdrojů. Uživatelé si uvědomují vlastní autonomii promítající se do oblasti práva a otázek vlastní bezpečnosti a ochrany před možným zneužitím ze strany většinové společnosti. V této oblasti jako důležitá vyvstává schopnost pomoci druhým, což vykazuje vysokou empatii uživatelů s mentálním postižením. Všechny změny se odehrávají na pozadí plánované budoucnosti, která se projevuje krátkodobými (plánování dovolené, stěhování, lázeňský pobyt) a dlouhodobými (touha po větší samostatnosti - přesun do podporované formy bydlení, či vlastního nájmu s podporou terénní služby) cíli.

**Příčinná podmínka** odkazuje na události nebo případy, jež vedou k výskytu či vzniku jevu (Strauss, Corbinová, 1999). V našem případě se jedná o kategorii *zdroje podpory*, zaštitěné podporou instituce jako takové, tedy pracovníky chráněného bydlení, rodinou či osobami blízkými, neboť právě ty jsou stěžejními činiteli, majícími vliv na každého z uživatelů s mentálním postižením. Byly identifikovány dva hlavní zdroje, a to ve formě podpory pracovníků a podpory ze strany rodiče či osoby blízké. Za nejdůležitější zdroj považují uživatelé asistenty, od nichž je podpora intenzivně vnímána v souvislosti s životními překážkami, při rozhodnutí důležitých životních kroků např. při přesunu do nové formy bydlení (podporovaného bydlení). Uživatelé se shodují, že asistenti kladou velký důraz na podporu jejich autonomie (ve finanční gramotnosti) a samostatnosti (podpora při úkonech v domácnosti, v komunikaci s návaznými službami). Dalším podpůrným činitelem jsou rodinní příslušníci či osoby blízké (v případě smutku, problémů, finanční tísně). Uživatelé pozitivně kvitují podporu ze strany asistentů při jednáních s jejich opatrovníky či rodinnými příslušníky, neopominají také na úlohu jistého „prostředníka“ při řešení sporů mezi obyvateli chráněného bydlení. Podpora asistentů je podstatná i pro oblast partnerských vztahů, zejména při negativních prožitcích některých uživatelů, mezi něž patří zejm. rozchody, neshody, hádky.

V souvislosti s jevem tedy autonomií a v součinnosti s příčinnými vztahy vymezujeme **kontext**, což je soubor podmínek, skrze něž jsou specifikovány vlastnosti daného jevu a pomocí něhož jsou uplatňovány strategie jednání či interakce (Strauss, Corbinová, 1999). V tomto případě se jedná o kategorii *práva uživatele*, která se odráží v sebehodnocení jedince s mentálním postižením, a zároveň jsou podmíněna podporou, která je uživatelům poskytována, stejně tak jako vliv podpory na

utváření právního povědomí (o existenci práv, jejich dodržování či porušování, ale i vzájemných vztazích). Uživatelé si uvědomují spojitost s uplatňováním svých práv (právo na svobodu pohybu, na soukromí, hospodaření s financemi, návštěvy aj.) v souladu s povinnosti ve vztahu ke službě, v níž pobývají a ve vztahu k jednotlivým obyvatelům dané služby. Uživatelé prokázali schopnost vymezit si potřebné hranice ve vztahu k druhým lidem, stanovit si vnitřní pravidla např. pro návštěvy (dodržování nočního klidu, slušné chování, nenarušování soukromí apod.). Specifickou oblastí bylo řešení kamerového systému v kontextu dané služby a porušováním práva na soukromí, ať už se jedná o interní (vyjma pokojů/bytů) či externí umístění. Uživatelé si jsou však vědomi, že pokud by jim daná skutečnost byla překážkou, ví, jak stížnost podat a komu ji předat, aby se celý proces vyřešil.

Širší kontext daného jevu ovlivňují **intervenující podmínky**, mezi něž můžeme zařadit dvě kategorie *omezení v chráněném bydlení a aktuální duševní stav uživatelů*. Tyto podmínky mají vliv na strategie jednání nebo interakce, které mohou znesnadnit či zjednodušit celý proces, ovšem zároveň ovlivňují kontext i jev (Strauss, Corbinová, 1999). Omezení v chráněném bydlení mohou mít negativní či pozitivní dopad a úzce souvisí s autonomií jedince, přičemž utváří jeho obraz a determinují jeho práva. Zároveň však mají dopad i na duševní stav. Nejpalčivější oblastí se jeví problematika řešení příchodů a odchodů, která je tedy řešena intenzivně ze strany jednoho ze zúčastněných chráněných bydlení, přičemž s druhým se v této spojitosti nevyskytuje. Jedná se zejména o svolení pro jakýkoli pohyb mimo chráněné bydlení, hlášení příchodů, svolení k návštěvám, omezený pobyt venku apod. Aktuální pocity a prožitky jednotlivých uživatelů mají vliv na celkovou spokojenost, která dotváří obraz jejich osobnosti. Uživatelé intenzivně vnímají určité povinnosti či předpisy buď neutrálním postojem, či negativním, což se promítá do duševní roviny každého z nich. Ačkoli tedy asistenti patří mezi hlavní zdroje podpory, tak můžeme u některých z nich pozorovat aplikaci omezujícího přístupu k uživatelům. Toto chování bychom přirovnali k přenosu institucionálních pravidel aplikovaných v podmínkách chráněného bydlení. Někteří uživatelé jsou tímto přístupem rozhořčeni a vnímají jej jako svobodu omezující, ukřivděný, či podmiňující si (dokud něco uživatel nezvládne, nemůže se odstěhovat). Nadměrná kontrola zejména v oblastech svobody pohybu (v případě návštěvnosti různých akcí jako koncertů, diskoték apod.) je svazující pro oblast osamostatnění se jedince s mentálním postižením. Ovšem z celkového pohledu ve srovnání s depresivními a smutnými prožitky reflektujícími se ve vzpomínkách na dřívější pobyt v „ústavní péči“, či ve spojitosti s ne zcela ideálním rodinným prostředím, přináší chráněné bydlení i s jistými omezeními pozitivní hodnocení uživatelů promítající se zejm. ve spokojenosti s bytovou situací, možnostmi výběru volnočasových aktivit, četností návazných služeb a v urovnání rodinných vztahů. Protipólem, který je spojován s „ústavní péčí“ a který vyplývá na povrch v chráněném bydlení, je pocit spjatý s chyběním určitého rodinného zázemí, nedostatku pozornosti a přátelství ze strany asistentů.

Všechny tyto faktory v určité míře determinují **strategie jednání a interakce**, které dokáží zvládnout a reagovat na jev či jej umožňují vykonat. V našem případě jsou vymezeny kategorií *začleňování do místní komunity*, která naplňuje právě tyto předpoklady, což znamená, že na základě jakéhosi dvojdimenzionálního modelu je autonomie a tedy vlastní pojetí člověka ovlivňováno právě integrací do společnosti a zároveň je to vztah, který prezentuje právě vlastní iniciativu uživatele a vliv vlastního rozhodnutí s dopady na integraci v kontextu otázky práv uživatele. Při začleňování do místní komunity se uživatelé setkávají s předsudky, posměšky, či nespokojeností ze strany sousedů. Rozhovorům s těmito lidmi se vyhýbají a nezapojují se do konfliktních situací, protože v nich nevidí smysl. Uživatelé v rámci svého bydlení považují za své sousedy také ostatní spolubydlící se zdravotním postižením v dané službě, jak sami ale popisují, zde si jsou schopni jakékoli spory urovnat sami, tzn., že v tomto případě se snaží o dohodu. V případě vyhocenějších konfliktních situací v chráněném bydlení využívají asistenta jako prostředníka (viz výše). Vliv na socializaci uživatele mají bezesporu jakékoli rodinné vztahy, které formují jeho osobnost, tzn., že i eliminace sporů v rodinných vztazích má pozitivní dopad na uživatele, který se projevuje jejich narovnáním. Uživatelé zdůrazňují významnost kroku vedoucího k osamostatnění, a to odstěhování se do chráněného bydlení. Svoboda a možnost vlastního rozvoje jim otevřely možnost uplatnit se na trhu práce, trávit volnočasové aktivity dle svých představ (stejně jako zcela běžné zapojení se do návazných služeb). V kontextu daného se ale i zde střetávají s intenzivně prožívanou realitou

v zaměstnání. Objevují se spory na pracovišti, vnímání jiného nastavení podmínek z důvodu zdravotního postižení a jistá nelibost spolupracovníků vůči tomuto nastavení, obviňování. Protipólem, který vyvažuje nastalé situace, jsou pro uživatele pozitivní emoce ve spojitosti s motivací ze strany zaměstnavatele či jeho vstřícností v případě potřeby uspokojení vlastních potřeb např. možnost vzít si volno v období dovolených.

Situace, které nejsou vždy zamýšlené, či předvídatelné nazýváme **následky**, což jsou důsledky strategií a akcí, ať už úmyslně či neúmyslně cílených (Strauss, Corbinová, 1999; Hendl, 2005). Tuto charakteristiku naplnila kategorie *přátelství, partnerství, společný život*, tedy touha po pochopení, podpoře, která se v takové míře nedostává uživatelům od pracovníků. Tuto potřebu často zastávají partneři uživatelů či jejich blízcí přátelé, od nichž je znatelná podpora ve všech oblastech běžného života. Partner, či přítel naplňuje pocit bezpečí, lásky, přátelství, tzn. vyšší potřeby z hodnotového systému, po nichž uživatelé touží. Tyto pozitivní prožitky mají celkový dopad na začlenění se jedince s mentálním postižením do společnosti, jakož i na utváření osobnosti daného uživatele, tzn. být stejný jako ostatní. Partnerské a přátelské vztahy mají vliv na plánování budoucnosti s těmito partnery/přáteli a jsou tedy vyšší motivací pro posun v jednotlivých kompetencích.

## 7 DISKUSE, DOPORUČENÍ PRO PRAXI, LIMITY STUDIE

V rámci diskuse budou formulovány závěry ve vztahu k teoretickým východiskům a získaným datům, která se uskutečnila skrze tzv. smíšený výzkum. Pro kvantitativní část byly aplikovány dva dotazníky zaměřené na kvalitu života a životní spokojenost. Pro kvalitativní část metodou focus group byli osloveni uživatelé s mentálním postižením z chráněných bydlení. V diskusi budou následně komparovány výsledky z dílčích částí výzkumu a z nich sestaveny výstupy, objasněny limity a stanovena doporučení pro praxi. Řešená problematika nebyla námi vymezeným směrem doposud adekvátně řešena a reflektována v intencích speciální pedagogiky osob s mentálním postižením na území ČR.

### 7.1 Diskuse

Ve společnosti panuje předsudek, který přisuzuje osobám s mentálním postižením jisté odlišnosti, jež je mají určitým způsobem segregovat z místní komunity. Ovšem struktura společnosti ani pozice ostatních členů v dané hierarchii nejsou jednotné, ba naopak přítomnost osob s mentálním postižením diverzifikuje sociální strukturu a je ve své podstatě obohacením komunity v dané lokalitě, ať už navazováním kontaktů na různých úrovních včetně kooperace s trhem práce aj. Vliv osob s mentálním postižením působí na morální kredit členů společnosti. Formou osvěty společnosti se utváří její určité povědomí o zdravotním postižení, a stejně tak jsou formovány i osoby s mentálním postižením působením společnosti např. na základě pozitivní zpětné vazby, přičemž důraz je kladen na naplňování potřeby pozitivního vztahu. Ten je motivujícím prvkem, obzvláště připustíme-li, že daní jedinci s MP prožili celý svůj dosavadní život v institucionální péči, která je z pohledu mnoha odborníků (Goffmann, 1963; ECCL, 2006; Johnová, Strnad, 2013; Vávrová, 2010) považována za uzavřený svět s potlačovanými právy svých obyvatel. Přínosy a pozitivní stránku komunitních služeb vs. institucionální péče vykazuje několikero studií, zaměřených nejen na proces humanizace, deinstitucionalizace, ale i následné transformace pobytových zařízení v menší a personalizovanější formy např. chráněná bydlení. Ty jsou prokazatelným rozvojem možností a příležitostí pro své obyvatele a jejich dopadem formující sebeurčení osob s mentálním postižením na základě participace na aktivitách v dané komunitě, která se stává prostředkem socializace těchto jedinců umožňující lepší integraci nežli v případě služeb rezidenčních (Felce, Perry, 2005; Robertson, Emerson, Hatton et al., 2000; Stancliffe, 2000; Walsh, Emerson, Lobb et al., 2010; Stancliffe, Lankin, 2007).

Na základě deskripce, analýzy a interpretace kvalitativního i kvantitativního výzkumu uvádíme řešenou problematiku psychosociální dimenze u osob s mentálním postižením do širších souvislostí. Disertační práce měla stanoven jeden hlavní cíl a pět cílů dílčích. Hlavní cíl spočívá v „*hloubkové analýze kvality života a životní spokojenosti u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením*“. Prostřednictvím analýzy a komplexní deskripce kvantitativních i kvalitativních dat a na základě diskuse jednotlivých dílčích cílů se pokusíme v následujícím oddílu textu potvrdit, případně vyvrátit, naplnění tohoto cíle.

Prvním dílčím cílem bylo „*zjistit, které determinanty kvality života považují osoby s mentálním postižením z chráněných bydlení a osoby s mentálním postižením z domovů pro osoby se zdravotním postižením za signifikantní*“. Celkem byl výzkumný soubor tvořen rovnoměrným rozložením 120 respondentů z CHB a 120 respondentů z DOZP, což lze, z našeho pohledu, považovat za dostatečně reprezentativní výzkumný soubor poskytující signifikantní výsledky. Výzkumu se účastnilo 105 mužů a 135 žen. V podkapitole 6.1 jsou uvedeny výsledky a interpretace kvantitativní části výzkumu. Graficky jsou zpracovány jednotlivé fenomény dané problematiky (tab. 3 znázorňuje korelace mezi ověřovanými determinantami kvality života v jednotlivých dimenzích s odkazem na tab. 4, která určuje konkrétní determinantu v dané dimenzi). Kirby (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005; viz 1.1.1) konstatuje, že kvalita života je o uspokojování individuálních potřeb, přání apod., což můžeme i v námi prezentovaných výsledcích potvrdit. V souvislosti s touto premisou není překvapující, že jako klíčové determinanty byly v rámci kvalitativního šetření identifikovány aspekty autonomie či sociální opory. Právě sociální opora je jedním z klíčových prvků socializace sledované cílové skupiny, při níž nestačí pouhá fyzická přítomnost dané osoby ve společnosti (Emerson, McWilly, 2004), ale jak stanovuje samotná koncepce podpory transformace (2007), je zapotřebí rozvoje přirozených sítí

jedinice s MP za vhodné podpory, která je uživateli poskytována pracovníky (Wilson, Jaques, Johnson, Brotherton, 2017; viz 4). Tyto předpoklady byly také stvrzeny kvalitativní částí našeho výzkumu, kdy v rámci focus group, při níž participanti z CHB kvitovali podporu pracovníků-asistentů, jako jednoho z hlavních zdrojů podpory, a zároveň také jako pilíře k posilování oblasti autonomie a sebeurčení. Z výsledků kvalitativní části vyplývá, že participanti z chráněného bydlení zaujímají určité životní postoje, v jejichž středu dění je samotná autonomie člověka, tedy posilování kompetencí, předávání zodpovědnosti apod. Tato skutečnost dále podněcuje iniciativu v oblasti vlastního rozvoje jednotlivých uživatelů CHB. Autonomie se promítá do různých dílčích oblastí, mezi něž jako standardní začleňujeme samostatnost při nákupu, návštěvu lékaře či společenské akce. Participanti z CHB se na základě vlastní zkušenosti sami rozhodují v určitých oblastech, a tím posilují své kompetence. Zároveň si ale uvědomují, že za nevhodné chování mohou být postihováni, neboť musí respektovat jistá společností daná pravidla. Tato tvrzení jsou v souladu s Hallem (2010; viz 4), který se zaměřoval na determinanty mladých dospělých s mentálním postižením, jež zvyšují jejich sociální začlenění. Stejně jako u něj či autorů Milnera a Kellyho (2009, viz 4) byl i v námi uskutečněné výzkumu identifikován *pocit sounáležitosti a zapojení se do komunity*; sebeurčení, které bylo námi detekováno determinantou *nezávislost/možnost se samostatně rozhodovat*. Hall (2010) vymezuje sociální začlenění jako zapojení se do činností/práce, přičemž to potvrzuje námi signifikantní determinantu *schopnost/produktivita v zaměstnání*. Valenta, Müller (2013) podotýkají, že integrace je nejdůležitějším prostředkem socializace a nejde jen o objektivní začlenění např. pracovní, edukační, ale zejména o zapojení subjektivní složky související s naplněním potřeb seberealizace. S tímto souhlasí i Bartoňová, Vítková (2007), Pipeková, Vítková, (2014), které hovoří o výchově a vzdělávání, ale také zájmových aktivitách, které byly identifikovány jako signifikantní také v kvantitativní části našeho výzkumu, neboť respondenti kladli důraz na výběr vlastních aktivit (viz 6.2.5). V rámci stanovené hypotézy jsme mohli konstatovat, že převážná část determinant v jednotlivých dimenzích je signifikantní. Statisticky významné korelace s celkovým hodnocením kvality života jsou pouze u jednotlivých dimenzí. Jak se tato kvalita liší v závislosti na typu pobytové služby tedy v rozdílu rezidenční vs. komunitní typ, zjišťoval druhý dílčí cíl.

V pořadí druhý dílčí cíl si stanovil „*zjistit jaká je úroveň kvality života osob s mentálním postižením z CHB a jaká je úroveň kvality života osob s mentálním postižením z DOZP*“. Na úrovni sociálních služeb probíhá aktuálně jistý přerod, kdy jsou zachyceny tendence přechodu od medicínského modelu k modelu sociálnímu, který by měl zajistit plynulejší přijetí myšlenky deinstitucionalizace velkokapacitních ústavních zařízení a vyšší podporu procesu transformace s dopady na kvalitu života uživatelů těchto služeb (včetně osob s MP). Emerson, Robertson, Gregory et al. (2000; viz 4) skrze komparaci kvality života mezi samostatným a institucionálním bydlením dokládají prokazatelně lepší kvalitu života u 281 obyvatel s mentálním postižením žijících v rozptýlených bytových zástavbách, nežli u 133 osob s mentálním postižením žijících v domově pro osoby se zdravotním postižením. Kvantitativní část našeho výzkumu koresponduje s těmito výsledky, neboť bylo zjištěno, že respondenti z chráněného bydlení hodnotí kvalitu svého života (průměr 90,4) lépe nežli respondenti z DOZP. Nejvýraznější rozdíl je spatřován v oblastech schopnosti/produktivita a v oblasti možnost se rozhodovat/nezávislost. Rovněž v kvalitativních datech můžeme nalézt některé relevantní implikace k této otázce v podobě zcela konkrétních výpovědí participantů, které podstatným způsobem dokreslují kvantitativní data (viz oddíl 6.2).

Třetí cíl zkoumá danou problematiku v kontextu sociodemografických proměnných (typ bydlení, pohlaví, věk), a to s cílem zjistit vliv na kvalitu života osob ze zkoumaného souboru. Vzhledem k typu bydlení, tedy zdali pochází respondenti z chráněného bydlení či domova pro osoby se zdravotním postižením můžeme konstatovat, že v porovnání s touto skupinou jsou respondenti z CHB více spokojeni se svým současným bydlením, nepocítují osamělost a ve společnosti ostatních se necítí zvláště, spíše jako součást rodiny. Skutečnost, že tyto stavy mohou být proměnlivé je vidno z kvalitativní části, v níž participanti uvádí přetrvávající psychické obtíže, noční můry, depresivní vzpomínky po opuštění DOZP a přechodu do CHB (viz 6.2.5). Setkáváme se u nich s pocitem osamělosti a chybění určitého, z pohledu participantů, „rodinného zázemí“, které bylo v rámci instituce naplňováno. Tato zjištění tedy potvrzují míru izolace, kdy „*péče často izolovaná od běžného života a ve své podstatě omezená v možnostech poskytování péče dle potřeb a cílů klienta, kterou nazýváme jako diskriminující. Jednou z možností je právě deinstitucionalizace*“, na jejímž rozvoji

autoři Johnová, Strnad, (2013) participovali. Jak podotýká Ballone (2000 in Albuquerquea et al., 2015) ne každý jedinec s mentálním postižením je omezen ve svých adaptačních schopnostech, ne každý potřebuje stejnou podporu v daných oblastech, a proto nemůžeme předpokládat, že všechny osoby s mentálním postižením se o sebe nedokáží postarat, ale naopak připustit, že se tyto osoby mohou stát částečně či zcela nezávislymi na institucích, což přispívá ke značnému zlepšení jejich kvality života. Ačkoli jsou aktuální vývojové tendence směrem k humanizaci a deinstitucionalizaci zařízení, jak podotýká Švarcová (2006) i manuál pro transformaci (2013) změna je zejména v přístupu ke klientovi, tj. nastavení partnerského přístupu, naplňování jeho práv, včetně práva na sebeurčení. Ani přes tato opatření nejsou prozatím v oblasti institucionální péče viděny takové výsledky (alespoň ne tedy v námi vybraných krajích) tak, aby se tato nastavení viditelně promítla ve vyšší kvalitě života u osob z DOZP, jsou zaznamenány posuny pouze v dílčích oblastech, které tedy můžeme v globálním pojetí považovat za „cestu správným směrem“.

Vypovídající hodnotu má již vyšší kvalita života osob z CHB v dimenzi *schopnosti/produktivita*, o čemž vypovídají i doložená data s vyšším podílem zaměstnaných uživatelů z CHB než z DOZP, a tudíž i důsledek vyšší spokojenosti s touto oblastí. V dimenzi *možnost se rozhodovat/nezávislost* bylo identifikováno, že uživatelé z CHB mají větší možnost svobodně se rozhodnout v oblasti běžných denních záležitostí, ve volnočasových aktivitách, ve využívání návazných služeb, v oblasti příjmu návštěv promítající se v celkově lépe hodnocené kvalitě života pro tuto oblast. V dimenzi *sociální sounáležitost/zapojení do komunity* byly zaznamenány rozdíly, které se vztahují k četnosti navštěvovaných klubů a organizací, k nimž uživatelé patří, návštěvnosti a četnosti přátel, kteří je mohou navštěvovat, komunikaci se sousedy, možnosti věnovat se aktivitám uskutečňovaných městem/obcí a rozdíly v celkovém hodnocení života ve většinové společnosti. Toto nám blíže vspecifikuje cíl zaměřený na životní spokojenost.

Z hlediska posouzení kvality života a s ohledem na pohlaví a věk respondentů, kdy byl soubor kategorizován na *mladší* a *starší* respondenty (viz tab. 8., 9, 10, 11), byly v kontextu celkového hodnocení kvality života zjištěny statisticky významné rozdíly. U „mladších“ respondentů (mezi muži a ženami) se objevila signifikace v dimenzi *možnost se rozhodovat/nezávislost*; u „starších“ respondentů je to pak dimenze *sociální sounáležitost/zapojení do komunity*. Z generového rozložení je signifikace potvrzena u žen, z čehož vyplývá, že věkově „mladší“ respondentky dávají přednost svobodě pohybu, možnosti se rozhodovat a posilovat svou autonomii v jednotlivých oblastech, naopak věkově „starší“ respondentky kladou důraz na možnost zapojení se do místní komunity, ať už formou návštěv jednotlivých spolků, akcí, či celkové možnosti „být ve společnosti“. Vzhledem k věku a jednotlivým dimenzím bylo při aplikaci na soubor osob z CHB a DOZP zjištěno (tab. 17), že uvedené výsledky hodnocení jednotlivých dimenzí kvality života a hodnocení celkové kvality života u skupiny „mladších“ a „starších“ respondentů je totožně hodnoceno pouze v dimenzi *spokojenost*. U oblasti *nezávislost, schopnosti/produktivita, sociální sounáležitost* a *celková kvalita života* uvádí mladší respondenti signifikantně vyšší hodnocení.

Čtvrtým dílčím cílem bylo „zjistit, jaká je úroveň životní spokojenosti u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a osob s mentálním postižením z domova pro osoby se zdravotním postižením“. Úroveň a míra spokojenosti byla sledována v šesti dimenzích, přičemž prezentujeme stěžejní výsledné přinášející rozdíly mezi CHB a DOZP.

V oblasti spokojenosti *práce a zaměstnání* se potvrzuje stejně jako v celkové kvalitě života pro danou dimenzi i zde patrná spokojenost v 79,76 % u osob s mentálním postižením z CHB a z 55,36 % u osob s MP z DOZP, což je stále nadpoloviční většina z výzkumného souboru (viz Tab. 18). Tato oblast je mj. hodnocena i zpětně jako spokojenost s dřívějším zaměstnáním, tudíž je zde možný předpoklad promítnutí negativní zkušenosti se zaměstnáním u osob z DOZP, z čehož plyne možné následně i neutrální hodnocení, které respondenti volili v položkách, na něž jim bylo nepříjemné odpovídat a vyjadřovat se k daným problémům. Nejčteněji hodnocenou determinantou byla *spokojenost s atmosférou na pracovišti* u respondentů z CHB (celková spokojenost u 90 % respondentů), u osob z DOZP byla nejvyšší spokojenost zaznamenána v *možnostech postupu*, které mají (či měli) respondenti na svém pracovišti (61,67 %).

V oblasti *finanční situace* přináší výsledky spokojenost zejména u osob z CHB (75,60 %), nespokojen je pouze minimální počet osob (12,38 %). Naopak respondenti z DOZP jsou spokojeni mnohem méně (43,69 %), přičemž absolutně negativní postoj zastává 25,48 % respondentů. U osob z CHB i DOZP se setkáváme s nejčteněji hodnocenou položkou „ *s tím, co vlastním jsem...* “ (spokojenost u 85,83 % respondentů z CHB, u osob z DOZP 81,67 %). Zajímavým prvkem byla vyjadřovaná *částečná nespokojenost* promítající se v obavách o své *budoucí zajištění* zejm. finanční ve stáří. Tato obava se naplnila u 45 % respondentů z DOZP, což koresponduje s 35 % částečnou nespokojeností s budoucími *možnostmi výdělku* a 22,5 % částečnou nespokojeností s *dosavadním příjmem/platem*. Výsledky poukazují na jednu ze skutečností, se kterou jsme se během výzkumu setkali, a to je stárnutí populace, pobývajících v institucionální péči. V souladu s námi dokazovanými skutečnostmi jsou i výsledky Alceda, Fontanila, Solise et al. (2017) poukazující na blízkost a vzájemnou provázanost vyhodnocovaných potřeb v dané oblasti s dopady na životní spokojenost. Tato zjištění jsou v souladu i s tvrzeními Navase et al. (2014), Lehmana et al. (2013), kteří upozorňují na skutečnost ekonomických překážek právě u osob staršího věku, stejně jako na překážky sociální (architektonické překážky, participace na společenském životě apod.). Autoři zmiňují nutnost vytvoření sociální podpory a přirozených sítí, kdo se o tyto osoby v budoucnu postará, aby byla vytvořena potřebná jistota v případě, že nejsou zajištěni pečovatelé z řad rodinných příslušníků. Mimo jiné je i kladen důraz na odstranění předsudků a vymýcení mýtů o stárnutí s cílem posílit začlenění těchto osob do společnosti, posílení jejich kompetencí, sebeurčení a pomoc při komunikaci s vnějším prostředím.

V oblasti *volného času* bylo zjištěno, že 93,69 % respondentů z CHB je spokojeno s volným časem a u respondentů z DOZP je to 52,62 % respondentů. Nejčteněji sycenou odpovědí respondentů z CHB byla spokojenost v 61,67 % s *kvalitou odpočinku, který* danému respondentovi *přináší dovolená*. Zajímavým poznatkem je například hodnocení výrazné nespokojenosti s *pestrostí volného času* u osob z DOZP v 70 %, přičemž u osob z CHB je v celkovém hodnocení *nespokojeno* pouze 5 % respondentů, tzn., že respondenti z DOZP mají možnost trávit volný čas dle svého uvážení, ale nejsou jim nabízeny různorodé aktivity a tento čas je tedy tráven spíše jednostranně. Problematika se vztahuje spíše k respondentům s vyšším věkem a ženského pohlaví. Nespokojeny jsou zejména ženy z *DOZP* (61,54 %) ve věkové kategorii 46-65 let; *spíše nespokojeny* (66,67 %) ženy ve věkové kategorii 66+ a muži z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let (71,45 %). Alcedo, Fontanil, Solis et al. (2017) však upozorňují, že poskytování příliš mnoha možností také není ale nejlepší volbou, neboť je matoucí, abstraktní a může vést ke stresu a úzkosti, z čehož vyplývá, že by měly být nabízené aktivity úměrné nejen z hlediska četnosti, ale i volbě vzhledem k věku respondentů a jejich fyzickým a jiným možnostem.

Pro oblast *vlastní osoby* byla vykazována spokojenost u 71,79 % respondentů z CHB a u 66,19 % respondentů z DOZP (viz tab. 19). Tato oblast hodnotí jednotlivé schopnosti a dovednosti uživatele, zabývá se jeho individuálními názory a mapuje celkovou spokojenost se sebou samým. Nižší sebehodnocení je zachyceno u respondentů z CHB (19,5 %). Naopak respondenti z DOZP vykazují v tomto případě pro determinantu sebevědomí lepších výsledků (13,45 %). U výroku *se způsobem života, jakým jsem doposud žil*, vykazuje souhlas s tímto 53,3 % respondentů z CHB, což značí předchozí zkušenost tj. nespokojenost se životem před odchodem z DOZP. Tato determinanta se projevuje u následujících skupin: nejvyšší četnost tj. *nespokojenost* vykazují ženy z CHB (65,22 %) ve věkové skupině 46-65 let. *Spíše nespokojeny* byly taktéž ženy z CHB ve věkové kategorii 26-45 let v procentuálním zastoupení 23,4 % (viz graf 5). U osob z DOZP jsou pochyby v této oblasti spojeny s částečnou nespokojeností determinující se ve výroku s *vlastními schopnostmi a dovednostmi jsem...*(33,33 %) (viz graf 4, graf 5). V této determinantě je nejčteněji zastoupena skupina mužů z DOZP (85,71 %) s vyjádřením *spíše nespokojen* ve věkové kategorii 66+. Tomuto výsledku se přiblížily také ženy z DOZP ve stejné věkové kategorii v procentuálním zastoupení 58,33 %. S vyjádřením *nespokojen* je spojována ve 33,3 % skupina žen z DOZP ve věkové kategorii 66+. Z výsledků vyplývá, že nespokojenost v oblasti vlastní osoby zejména v hodnocení svých schopností a dovedností je spjata se střední až starší dospělostí, přičemž poměrové zastoupení mužů a žen je téměř shodné pro danou determinantu. Východiskem je tedy posilování kompetencí a motivace pracovníky DOZP. Paterson, McKenzie, Lindsay, (2012) upozorňují, že naše společnost se podílí na utváření náhledu a přístupu k osobám s mentálním postižením, skrze nějž se následně hodnotí i tyto osoby



a utváří si tak vlastní sebepojetí. Výsledky ukazují, že pokud je člověku s mentálním postižením dána negativní zpětná vazba na jeho osobu, uvědomuje si tuto stigmatizaci, a to má dopad na jeho sebeúctu. V souladu s námi uváděnými výstupními daty jsou i autoři Alcedo, Fontanil, Soli set al. (2017), Morisse, Vandemaele et al.(2013) a Lehmann et al. (2013), kteří uvádí, že obyvatelé rezidenčních služeb tj. uživatelé s mentálním postižením DOZP vykazují vyšší tendenci problémů, potřeb a vyžadují jejich další řešení než ti, kteří žijí v samostatném (vlastním) bydlení. Pokud jde o věk a pohlaví, údaje ukazují, že obecně muži a starší lidé vnímají a naznačují zvýšené potřeby, problémy a vyžadují jejich řešení. Souhlasíme taktéž s následnými doporučeními, kdy dle autorů je důležitá podpora těchto osob v autonomii a pomoci při rozhodování, neboť v dané fázi života čelí uživatelé dvěma složkám potíží, a to potížím spjatými se stárnutím a potížím vztahujícími se k samotnému zdravotnímu postižení.

Oblast *přátel, známých a příbuzných* je u 85,95 % respondentů z CHB brána jako uspokojivá; u respondentů z DOZP je to pouhých 40,38 %, a u 41,55 % osob z DOZP je vykazována nespokojenost. Mezi nejčteněji zastoupené výroky (determinanty) s nimiž jsou spokojeni respondenti z CHB je *okruh známých* (47,50 %), dále spokojenost i pro oblast *kontaktu s příbuznými* (35,83 %), tu naopak respondenti z DOZP hodnotí jako spíše neuspokojivou (24,17 %). S *kontaktem se sousedy* je spíše spokojeno 40,83 % respondentů z CHB a spíše nespokojeno 35,83 % respondentů z DOZP. U výroku vztahující se k *pomoci a podpoře od známých* je nejčteněji hodnocenou odpovědí spokojenost ve 41,67 % u respondentů z CHB, respondenti z DOZP zaujímají neutrální postoj k danému, nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (50,83 %). U položky *k veřejným a spolkovým aktivitám* zaujímají respondenti z CHB spokojený přístup (44,17 %), respondenti z DOZP spíše spokojený přístup. S celkovou *společenskou angažovaností* je spokojeno 40 % respondentů z CHB, respondenti z DOZP opět zastupují nevyhraněný názor (26,67 %). Smysluplné přátelství a společenské vztahy kvitují jako důležité determinanty emoční a fyzické pohody i Emerson, McVilly, 2004. Pocit vyplývající ze *samotné přítomnosti ve společnosti* je velmi zřetelný u respondentů z CHB, z nichž je spokojeno 62,50 % osob, zatímco 29,17 % respondentů z DOZP je spíše nespokojeno.

V dimenzi *přátele, známí, příbuzní* jsme detekovali tři stěžejní determinanty. Dvě z nich se týkají kontaktů (rodinných a sousedských), třetí je vztažena na oblast společenského života a celkově pobyt ve společnosti jako takové. V oblasti *kontaktu s rodinnými příslušníky, známými a dalšími* osobami zachycuje graf 6 v oblasti *velmi nespokojen* je nejvyšší četnost zaznamenána u žen z DOZP ve věkové kategorii 66+ (33,33 %) a věkové kategorii 46-65 let (30,77 %). Zajímavým poznatkem je skutečnost, že zastoupení jakékoli skupiny osob z CHB v oblasti nespokojenosti v této determinantě je naprosto minimální. *Nespokojeni* se vztahy jsou muži z DOZP ve věkové kategorii 26-45 let (92,31 %) a *spíše nespokojeni* muži z DOZP, ale z věkové kategorie 66+ (42,86 %). Stancliffe, Lankin (2007), Stancliffe, Keane (2000), Emerson, Robertson et al., (2000) zmiňují, že kontakt s rodinou je spojen s psychickou pohodou a má vliv na sociální začlenění osob s mentálním postižením, což bylo potvrzeno i námi doloženou determinantou. Bylo také doloženo, že přestěhováním se do komunitního typu bydlení, obnovilo kontakty s rodinou a rehabilitovalo dané vztahy, které mají tendenci zůstat v průběhu času již stabilními (Stancliffe, Lankin, 2007). To potvrzují i participanté z kvalitativní části, kteří naznačili jisté problémy s rodinnými příslušníky, příbuznými apod. před odchodem do chráněného bydlení, přičemž většina z těchto vztahů je již v současné době urovnána (viz 6.2.6).

Determinanta ve *vztahu k sousedům* zachycuje vzájemné vztahy s okolím uživatelů s mentálním postižením. V hodnocení se jako *velmi nespokojen* vyjadřovaly ženy z CHB (34,78 %) ve věkové kategorii 46-65 let. *Spíše nespokojeni* byli muži z DOZP (57,14 %) ve věkové kategorii 66+ a obdobným způsobem se vyjádřili i muži z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let (54,29 %), stejně jako ženy z DOZP (50 %). Vysoká spokojenost respondentů z CHB s propojeností kvalitativní části nám ukazuje dostatečnou syčenost při vytváření přirozených sociálních sítí, kdy participanté potvrzují navazování kontaktů nejen mezi sebou, ale i v rámci dalších chráněných bydlení, při hledání partnera apod. Vysoký počet přátel u uživatelů CHB vykazují i studie Emerson, McVilly (2004), Emerson, Robertson et al. (2000), která prezentuje i vyšší pravděpodobnost kontaktu se svými sousedy, možnostmi návštěv apod., přičemž jsou tyto vztahy hodnoceny jako vysoce stabilní.

Poslední hodnocenou a velmi důležitou determinantou související se socializací jedince je i výrok postihující skutečnost, jak *často se dostane uživatel do společnosti*. V této determinantě vyjádřila nejčteněji zastoupenou *nespokojenost* skupina mužů z DOZP ve věkové kategorii 26-45 let (46,15 %) a stejně tak ženy z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let (42,31 %). Spíše nespokojeno je 42, 86 % mužů z DOZP ve věkové kategorii 46-65 let. Výsledky nám ukazují, že uživatelé z DOZP ve všech věkových kategoriích jsou nespokojeni s možností aktivně se zapojovat do dění v místě bydliště, aktivit daného města/vesnice apod. Kvalitativní část opět potvrdila dříve tvrzení, neboť participaci z kvalitativní části zmiňují předchozí zkušenosti s pobytem v institucionálním zařízení, četnost vycházek a program celého dne v zařízení. Jak podotýkají jednotliví respondenti v souladu se studií Morisse, Vandemaele (2013), tak osoby s mentálním postižením chtějí jít ve stopách osob bez jakéhokoli zdravotního postižení a mají stejné touhy jako lidé z většinové společnosti - žít normální život, tzn. mít partnera, práci a přátele.

Poslední hodnocenou oblastí je *bydlení*. Spokojenost s bytovou situací vykazuje 86,90 % a nespokojenost 10,36 % respondentů z CHB. U respondentů z DOZP je spokojeno v 67,14 %, a nespokojeno 13,81 % respondentů. U obou skupin tedy převládá nadpoloviční spokojenost se současnou formou bydlení. Nejčteněji sycenou položkou byla v případě DOZP velká spokojenost s *dosažitelností dopravních prostředků* (60,83 %) a *spokojenost se stavem bytu* (51,67 %), pro 38,33 % respondentů z DOZP je vyhovující i *poloha bytu*. Tyto skutečnosti napovídají o konkrétních změnách probíhajících v rámci procesu humanizace pobytových zařízení, snižování lůžek z vysoce četných na 1-2 lůžkové, vytváření přirozenějších podmínek běžné formy bydlení aj., což znamená pro obyvatele těchto pobytových služeb vyšší komfort, tudíž i větší spokojenost.

Výsledky z kvantitativní i kvalitativní části jsou v souladu s výsledky studií, které provedli Chowdhury, Benson, (2011), z nichž vyplývá konzistentnost k pozitivním změnám v kvalitě života např. ve srovnání s institucionálním bydlením, kdy účastníci výzkumu mohli po přechodu do komunitního typu bydlení se více zapojovat do volnočasových aktivit, měli větší možnosti volby, docházelo zde také ke zvýšené interakci s personálem a dalšími obyvateli, ke zvýšené účasti na společenských akcích (výletech), čímž se zvýšila i celková úroveň kvality života a vnímání vlastní autonomie/důstojnosti.

Zvolené měrné nástroje (Dotazník kvality života a Dotazník životní spokojenosti) jsou aplikovatelné na širokou škálu respondentů zejména v pásmu lehké MR, ovšem u jiných skupin osob, či osob s nižším stupněm mentální retardace, považujeme za nevhodné užití měrného nástroje Dotazníku životní spokojenosti. Tento dotazník je sestaven pro většinovou společnost a obsahuje množství abstraktních, hůře uchopitelných pojmů, kterým by tázaná osoba nemusela porozumět. Vzhledem ke skutečnosti, že dotazník neumožňuje proxy odpovědi ani jiné možné formulace, nedoporučujeme jej jako hlavní výzkumný nástroj pro zjišťování životní spokojenosti u osob s mentálním postižením.

Výzkumu smíšeného designu, který byl realizován skrze dotazníková šetření jako kvantitativní metody, se zúčastnilo 240 respondentů s mentálním postižením. Focus group jako kvalitativní metody se zúčastnilo dalších 14 osob s mentálním postižením z chráněných bydlení, přičemž subjektivní názory participantů ukazují aktuální prožitky na úrovni psychosociálních dimenzí. Chráněná bydlení a domovy pro osoby se zdravotním postižením byly vybrány z Olomouckého, Zlínského, Moravskoslezského a Jihomoravského kraje. Výsledky a závěry vyplývající z výzkumu jsou tedy pouze lokálně platné a nelze je generalizovat na celou populaci osob s mentálním postižením na území celé ČR. Řada výstupů je interpretována směrem k teorii.

Zkoumáním psychosociální dimenze kvality života u osob s mentálním postižením jsme skrze deskripci teoretické i empirické části dospěli k analýze, statistickému ověření a interpretaci získaných dat. Na základě diskuse dílčích cílů můžeme považovat hlavní cíl práce za splněný. Domníváme se, že předkládaná práce přispěje k rozšíření teoretické platformy specifických otázek kvality života a životní spokojenosti osob s mentálním postižením s akcentem na aktuální procesy transformace, deinstitucionalizace a zejména pak v celospolečenském kontextu inkluzivních tendencí, spadající svým zaměřením do oblasti speciálněpedagogické andragogiky. Aplikační možnosti výsledků výzkumu je možné spatřovat jak v oblasti speciálněpedagogické teorie, ve smyslu

rozšíření teoretické báze speciálněpedagogické dimenze kvality života, tak rovněž v oblasti speciálněpedagogické praxe s odrazem v optimalizaci intervence a zvýšení subjektivní kvality života osob s mentálním postižením. Objektivní přínos spatřujeme pro sociální oblast tedy zainteresované pracovníky sociálních služeb, kteří s osobami s mentálním postižením pracují. Informace mohou zároveň v teoretické rovině posloužit k pregraduální přípravě speciálních i sociálních pedagogů, či sociální pracovníků a jim podobných oborů.

## 7.2 Doporučení pro praxi

Na základě deskripce, analýzy, interpretace a diskuse k jednotlivým cílům uvádíme doporučení pro praxi, která se vztahují k námi řešené problematice psychosociální dimenze kvality života u osob s mentálním postižením. Jednotlivé výstupy směřujeme na několikero stran.

První doporučení se vztahují k poskytovatelům, sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách. Pro obě skupiny uživatelů z chráněného bydlení i domovů pro osoby se zdravotním postižením je důležitá podpora pracovníků, jako pilíře posilujícího autonomii uživatele s mentálním postižením. Zvyšování samostatnosti, posilování kompetencí a předávání zodpovědnosti podporuje uživatele a přináší pozitivní dopady na kvalitu jeho života. Zároveň tyto determinanty podněcují iniciativu uživatele v oblasti jeho vlastního rozvoje. Pracovníci by měli v rámci obou služeb uplatňovat partnerský přístup k uživatelům s MP, podporovat je v individuálním rozvoji, rozšiřovat potřebné příležitosti a podpořit je při realizaci a dosahování osobních cílů. V rámci DOZP by se měli pracovníci zaměřit zejména na humanizaci daného prostředí, které by co nejvíce mělo simulovat prostředí běžné domácnosti, ovšem nikoli nahrazovat prostředí rodinné (tzn. nahrazovat členy rodiny), což uživatelé následně očekávají i v „přátelském“ duchu od pracovníků chráněného bydlení, v konečném důsledku představující jako jedno z úskalí nedostatečné připravenosti přechodu uživatelů s MP do jiné formy bydlení. Pracovníci DOZP by měli také cíleně nabízet nové činnosti a aktivity a posilovat motivaci uživatelů, stejně jako usilovat o aktivní zapojení uživatelů do hodnocení svých činností a výsledků. Směrem k dopadu pozitivních účinků transformace a zajištění její úspěšnosti, je potřeba, aby bylo k uživatelům přístupováno z určitého hlediska na základě dílčích kroků, které jsou v souladu s transformačními záměry. Pracovníci by měli klást důraz na přání uživatelů z DOZP, vyhodnocovat potřebnou podporu pro přechod z „ústavní“ služby do komunitní. Uživatelé po opuštění DOZP mohou pociťovat psychické obtíže, noční můry, depresivní stavy a i z tohoto důvodu je nutné více pracovat na postupném přechodu do služby komunitní. Tomu lze předcházet dostatečným seznámením se s novým prostředím, které se může uskutečnit i skrze předání zkušeností uživatelů z chráněného bydlení, kteří tuto službu již např. po dobu jendoho roku využívají a dokáží na základě vlastních zkušeností seznámit své vrstevníky s novým prostředím. Pracovníci DOZP by měli zajistit nezbytnou míru podpory pro samostatné rozhodování uživatele o vlastním životě tzv. zplnomocnit, aby se mohl aktivně podílet na rozhodnutí, kde a jak chce a bude žít. Pracovníci by měli užívat ke své práci různé formy práce, seznamovat uživatele s komunitní službou, zajistit potřebnou přípravu a podporu uživatele při následném stěhování.

Směrem k poskytovatelům je nesmírně důležité, aby v dané lokalitě, kam bude služba směřována, či bude vznikat, nebylo přítomno negativní vnímání osob s mentálním postižením. Jako vhodná forma se jeví rozptýlené bytové zástavby (chráněná bydlení, podpora samostatného bydlení). Organizace pravidelných osvětových činností pro veřejnost, na níž se mohou blíže seznámit s danou problematikou. Aktivně komunikovat s okolím, kam se uživatelé budou stěhovat. Dbát na zvyšování kompetencí pracovníků, a tím se aktivně podílet na zajištění potřebné kvality dané služby.

Směrem k veřejnosti doporučujeme být otevřen svým přístupem dané problematice, snažit se aktivně zapojit do dění, které nově vznikající služba nabízí, např. možnost účastnit se sousedského setkání, seznámit se s obyvateli CHB apod. Neomezovat se na vnímání předsudků a jistých předpojatých výroků, hledat informace a soustředit svou pozornost na danou problematiku.

Směrem k uživatelům s mentálním postižením je nutné posilovat jejich autonomii. Uživatelé by měli mít možnost se v CHB svobodně rozhodovat v oblasti běžných denních záležitostí, ve volnočasových aktivitách, ve využívání návazných služeb, v oblasti příjmu návštěv. Znat svá práva

a povinnosti. Skrze danou službu se osobně rozvíjet a profesně růst. Využít spolupráci s návaznými službami a možnost zapojení se do různých aktivit mimo chráněné bydlení. Mít svobodu pohybu a uplatňovat toto své právo, neboť vede k možnosti si přirozeně vytvářet sítě přátel, komunikovat se sousedy, věnovat se aktivitám v obci apod. Nejen při přechodu v období dospělosti z DOZP do CHB je nutná podpora a dopomoc v oblasti směřování životní cesty při změně formy bydlení, neboť tato změna představuje jeden ze stresových faktorů, s nímž si uživatelé s mentálním postižením neumí poradit. Uživatelé se dostávají do konfrontace s nově nabytou svobodou, což může v počátcích způsobit problémy. Dostatečná podpora a poradenství jsou nezbytné k tomu, aby se dokázali s tímto přechodným stavem vyrovnat.

Směrem ke studentům a dalším odborníkům ve vědecké sféře. Zde doporučujeme primárně odkaz na pregraduální přípravu těchto studentů v oblasti problematiky osob s mentálním postižením, přičemž klást důraz na problematiku kvality života v kontextu psychosociálního pojetí, procesy transformace a preferenci přístupu zaměřeného na člověka. V oblasti vědy a výzkumu doporučujeme zaměřit se na longitudinální studie při hledání negativních projevů, přenosu institucionalizovaných prvků chování pracovníků do služeb komunitního typu a jejich eliminaci. Podporovat další vědecké výzkumy pro danou oblast a zaměřit se na jejich užší zkoumání. Stěžejním zůstává preference multioborové a multidisciplinární spolupráce.

### 7.3 Limity studie

Vzhledem k zaměření práce, je potřebné věnovat pozornost limitům práce, které mohly ovlivnit realizaci výzkumu a následnou interpretaci dat. Limity spatřujeme v určitých oblastech, a to:

- d) *na straně výzkumníka*
  - a. téma bylo pojato velmi obsáhle (organizační zajištění, prvotní zkušenost autorky s tímto typem výzkumu)
  - b. do procesu vstupuje mnoho proměnných (osobnost výzkumníka, pracovní vytíženost, zdravotní stav výzkumníka X očekávání, přání, hodnoty X možnosti, realita)
  - c. náročnost při zajištění sycenosti vzorku osobní přítomností na výzkumu
  - d. kvalita interpretovaných dat
  - e. do budoucna vhodná longitudinální studie v rámci komparace dané problematiky (např. uživatelé DOZP po 5 letech/před odchodem z DOZP a po usazení se v CHB)
- e) *na straně respondentů/participantů*
  - d. aktuální psychické rozpoložení, nálada, či zdravotní stav apod., jež se mohou projevit v negativním hodnocení
  - e. obava z porušení anonymity
  - f. možnost nepochopení některých položek dotazníku
- f) *na straně metodologie výzkumu*
  - a. smíšený design
  - b. výzkumný soubor

## ZÁVĚR

Cílem disertační práce „Psychosociální dimenze kvality života osob s mentálním postižením v chráněném bydlení“ byla hloubková analýza a deskripce kvality života a životní spokojenosti u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením. Blíže byla daná problematika zaměřena na identifikaci signifikantních determinant v jednotlivých dimenzích, na celkovou úroveň kvality života a na vliv proměnných sociodemografických prvků (pohlaví, věk, typ bydlení) v kontextu kvality života osob s mentálním postižením. V oblasti životní spokojenosti byla zjišťována celková úroveň životní spokojenosti v jednotlivých dimenzích u dané cílové skupiny. Na základě kvalitativního výzkumu jsme se snažili identifikovat životní postoje osob s mentálním postižením z chráněného bydlení.

Disertační práce je členěna na dvě části. Pro část teoretickou je zaštiťujícím tématem kvalita života, od níž se dále odvíjí sociální služby v kontextu kvality života, a také problematika dospělosti osob s mentálním postižením. Kapitoly jsou na sebe chronologicky navázány a svým obsahem korespondují s empirickou částí práce.

Empirická část disertační práce prezentuje kvantitativní a kvalitativní výzkum, jehož se zúčastnily dospělé osoby s mentálním postižením z chráněných bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením, u nichž byly aplikovány dva měrné nástroje (*Dotazník kvality života a Dotazník životní spokojenosti*). U participantů z vybraných chráněných bydlení byla provedena v rámci kvalitativního výzkumu metoda focus group. Součástí metodologické části bylo stanovení cíle, hypotéz a výzkumných otázek, charakteristiky výzkumného souboru a analýzy procesu získávání dat. Na tuto část navázala analýza a interpretace získaných dat. V závěru pak diskuse s limity a doporučeními pro praxi, které shrnují oblast výzkumu.

Stanovený cíl práce i s jeho dílčími byl naplněn. V práci byly popsány jednotlivé determinanty jako proměnné v psychosociálních dimenzích, které mají vliv na socializaci jedince do většinové společnosti odrážející se právě v prožívané kvalitě života. Kvantitativní část prohloubila danou problematiku o postoje osob s mentálním postižením z chráněných bydlení skrze jejich interpretované názory. Kromě podnětů pro systémové změny, ať už v oblasti chráněného bydlení, ale zejména domova pro osoby se zdravotním postižením se v rámci výsledků setkáváme s limity v oblasti pracovníků těchto služeb, u nichž dochází k transferu nežádoucího chování kopírujícího přístup z institucionální péče, tedy popírající na osobu zaměřený přístup a jeho podporu. Pracovníci jsou však uživateli považováni za stěžejní pilíř při jejich podpoře, a proto se domníváme, že by preventivním působením, dostatečným vzděláváním a osvětou bylo možné danému negativnímu transferu předcházet. Práce přináší informace o stále probíhajícím procesu transformace a jeho promítnutí se do kvality života osob s mentálním postižením a jejich postupný proces socializace. Informace také přináší nové skutečnosti zejména ve spojitosti se stárnutím populace v domovech pro osoby se zdravotním postižením a možná rizika, která mohou vyvstat při deinstitutionalizaci všech „ústavních zařízení“. S ohledem na danou problematiku, jež je v zahraničí řešena i výhledově několik desítek let, dá se s určitostí říci, že v rámci tuzemských podmínek jsme na samém počátku a čeká nás ještě dlouhá cesta.

Výsledky disertační práce mohou posloužit jako zdroj informací pro odborníky z dané oblasti, pro pregraduální přípravu studentů oborů speciální pedagogiky, sociální pedagogiky, sociální práce, poradenské pracovníky aj. Výsledky by mohly být rovněž vydány v rámci publikace. Ta by prezentovala nejen pohled na kvalitu života osob z chráněných bydlení, ale mohla by být cenným nástrojem v rukách sociálních pracovníků.

# SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ - REFERENČNÍ SEZNAM

249. ADÁMEK, P., NĚMEC, O. Kvalita života a realizace principu rovných příležitostí na trhu práce. In *Acta Oeconomica Pragensia*. 2005, 13(8). ISSN 0572-3043.
250. ARIAS, B., VERDUGO, M. A., NAVAS, P., GOMEZ, L. E. Factor structure of the construct of adaptive behavior in children with and without intellectual disability. In *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 5th ICEEPSY International Conference on Education & Educational Psychology. 2015, 16, pp. 268-275. ISSN 1877-0428.
251. ALCEDO, M. A., FONATANIL, Y., SOLIS, P., PEDROSA, I. People with intellectual disability who are ageing: Perceived needs assessment. In *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2017, 17, pp. 38-45. ISSN 1697-2600.
252. ARIAS, B., VERDUGO, M. A., NAVAS, P., GOMEZ, L. E. Factor structure of the construct of adaptive behavior in children with and without intellectual disability. In *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2013, 13, pp. 155-166. ISSN 1697-2600.
253. BAJO, I., VAŠEK, Š. Pedagogika mentálně postižených. 1. vyd. Bratislava: Sapeintia, 1994. ISBN 80-967180-1-0.
254. BANFALVY, A. Quality of life and unemployment: An empirical study about the effects of unemployment on people with disabilities in Hungary. In: GOODE, D. (ed.) *Quality of Life for Persons with Disabilities*. International Perspectives and Issues. Cambridge: Brookline Books, 1994. pp. 126-133. ISSN 2157-3883.
255. BAROFF, G. S., OLLE, J. G. *Mental Retardation: Nature, Cause, and Management*, 3rd edition. Philadelphia: Brunner/Mazel, 1999. 497 p. ISBN 978-1583910016.
256. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7.
257. BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Paido 2007. ISBN 978-80-7315-158-4
258. BAŠTEČKA, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
259. BAZALOVÁ, B. *Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.
260. BAZALOVÁ, B. *Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5930-6.
261. BEDNÁŘ, M. *Kvalita v sociálních službách*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-3069-0.
262. BELZ, H., SIEGRIST, M. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-497-6.
263. BENDOVI, P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3854-3.
264. BENES, M. *Andragogika*. 2. vyd. aktualiz. a rozš. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4824-5.
265. BIGBY, CH., FYFFE, CH. Tensions between institutional closure and deinstitutionalisation: what can be learned from Victoria's institutional redevelopment? In *Journal Disability & Society*. 2006, 21 (6), pp. 567-581. ISSN 1360-0508.
266. BINDER, M.; COAD, A. Life satisfaction and self-employment: a matching approach. In *Small Business Economics*. 2013, 40 (4), pp. 1009-1033. ISSN 0921-898X.
267. BISWAS-DIENER, R., DIENER, E., TAMIR, M. The psychology of subjective well-being. In *Deardalus*. 2004, 133 (2), pp. 18-25. ISSN 0011-5266.
268. BLATNÝ, M. Osobnostní determinanty sebehodnocení a životní spokojenosti: Mezipohlavní rozdíly. *Československá psychologie*. 2001, 45 (5), 385-392. ISSN 0009-062X.
269. BLATNÝ, M., DOSEDOLOVÁ, J., KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. a kol. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Svazek č. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 109 s. ISBN 80-86633-35-7.
270. BLAŽKOVÁ, A. a kol. *Metodika podpory sociálních dovedností, aneb Jak připravit a vést kurzy sociálních dovedností pro lidi s mentálním postižením*. Praha: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, 2011. ISBN 978-80-260-0446-2.
271. BODNER, E., COHEN-FRIDEL, S., YARETZKY, A. Perceived quality of life and ageing among elderly people living in sheltered housing and in the community. In *European Psychiatry*. 2011, 26 (1), pp. 1172. ISSN 0924-9338.
272. BONHAM, G. S., BASEHART, S., SCHALOCK, R. L., MARCHAND, C. B., KIRCHNER, N., RUMENAP, J. M. Consumer-Based Quality of Life Assessment: The Maryland Ask Me! Project. In *Mental Retardation: A Journal of Practices, Policy and Perspectives*, 2004, 42 (5), pp. 338-355. ISSN 0047-6765.
273. BOUDON, R. et al. *Sociologický slovník*. 1. čes. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 253 s. ISBN 80-244-0735-3.
274. BRATHOVÁ, J., MACH, P. *Rizika procesu transformace a deinstitutionalizace a systém jejich řízení*. 1. vyd. Praha: Národní centrum pro podporu transformace, 2012. 51 s. ISBN neuváděno.
275. BRATU, M., VERZA, F. FOLOSTINA, R. Assessing the impact of large residential institutions on the quality of life of mentally retarded people. In *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012 (33), pp. 692-696. ISSN 1877-0428.
276. BUCHTOVÁ ŠMAJSOVÁ, B. Psychologie a nezaměstnanost. Zkušenosti a praxe. In *Šterník referátů z mez. konference 24. 6. 2004*. Brno: ESF MU, 2004. s. 56-67. ISBN 80-210-3457-2.
277. BURIÁNEK, J. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2001. 127 s. ISBN 80-7168-754-5.
278. CALDERÓN, J. L., BAKER, R. S., WOLF, K. E. Focus Groups: A qualitative Method Complementing Quantitative Research for Studying Culturally Diverse Groups. In *Education for Health*. 2000, 13(1), pp. 91-95. ISSN 1469-5804.
279. CAMPBELL, A., CONVERSE, P. E., RODGERS W. L. The quality American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction. In *Canadian Journal of Political Science*. New York: Russel Sage Foundation, 1976, 10 (74), pp. 875-877. ISBN 978-0-87154-194-9.
280. CANDACE A. S., GATZ, M. Cross-sectional Age Differences and Longitudinal Change on the Bradburn Affect Balance Scale. In *Journal of gerontology*. 1991, 46 (2), pp. 76-78. ISSN 0022-1422.
281. CASTLES, E. E. *"We're People First": The Social and Emotional Lives of individuals with mental retardation*. 1. vyd. Westport: Praeger Publishers, 1996. 211 s. ISBN neuváděno.
282. CUMMINS R. Objective and subjective quality of life: An interactive model. In *Social Indicators Research*. 2000, 52 (1), pp. 55-67. ISSN 0303-8300.
283. CUMMINS R., GULLONE E., LAU A. *A model of subjective well-being homeostasis: the role of personality*. Ipswich: ECONIS, 2002, pp. 7-46. ISBN 978-94-010-0271-4.
- CUMMINS, R. A., DZUKA, J., ARITA B. Y. A comparison of the Personal Wellbeing Index in Slovakia, Mexico, and Australia. In *Abstracts Challenges for Quality of Life in Contemporary Societies. Fifth Conference of the International Society for Quality-of-Life Studies*. Germany: Frankfurt, 2003, July 20-24, p. 30. ISBN 978-1-4020-2903-5. ISSN 1387-6570.
284. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2
285. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
286. ČEBIŠOVÁ, R. a kol. *Dobrá praxe opatrovníctví a poskytování podpory při právních úkonech a při rozhodování*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-053-2.
287. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 220 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
288. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2015. 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.
289. ČERNÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychopedie: Skriptum pro posl. ped. fak. Univ. Karlovy*. 1. vyd. Praha, 1982. 95 s. ISBN neuváděno.
290. DIENER, E., RYAN, K. Subjective well-being: A general overview. In *South African Journal of Psychology*. 2009, 39, pp. 391-406. ISSN 00812463.
291. DOLEŽÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace. K otázkám psychologie mentální retardace*. 1. vyd. Praha, 1973. ISBN neuváděno.
292. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. a kol. *SQUALA. Subjective Quality of Life Analysis*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
293. DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. Měření kvality života v sociální psychiatrii. In *Česká a slovenská psychiatrie (časopis psychiatrické společnosti)*. 1997, 93 (8) s. 423-432. ISSN 0069-2336.
294. DUFFKOVÁ, J. Pojetí kvality života v současné nemarxistické sociologii. In *Sociologický Časopis / Czech Sociological Review*. 1986, 2, s. 153. ISSN 0038-0288.
295. DŽUKA, J. (ed.) *Psychologické dimenze kvality života*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita, 2004. ISBN 80-8068-282-8.
296. EMERSON, E. McWILLY, K. Friendship activities of adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. In *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2004, 3(17), pp. 191-197. ISSN 1468-3148.
297. EMERSON, E., ROBERTSON, J., GREGORY, N., HATTON, C., KESSISOGLU, S., HALLAM, A., KNAPP, M., JÄBRINK, K., WALSH, P. N., NETTEN, A. Quality and cost of community-based residential supports, village communities, and residential campuses in the United Kingdom. In *American Journal on Mental Retardation*. 2000, 105 (2), pp. 81-102. ISSN 0895-8017.
298. FAHEY, A., WALSH, P. N., EMERSON, E., GUERIN, S. Characteristics, supports, and quality of life of Irish adults with intellectual disability in life-sharing residential communities. *Journal of intellectual and developmental disability*. 2010, 35(2), pp. 66-76. ISSN 1934-9556.
299. FAHRENBERG, J., MYRTEK, M., SCHUMACHER, J. BRÄHLER, E. In RODNÝ, T., RODNÁ, K. *Dotazník životní spokojenosti*. 1. vyd. Praha: Testcentrum, 2001. ISBN 80-8647-116-0.
300. FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 136 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2480-5.
301. FELCE, D., PERRY, J. Quality of life: Its definition and measurement. In *Research in Developmental Disabilities*. 1995, 16 (1), pp. 51-74. ISSN 0891-4222.
302. FINKOVÁ, D., LANGER, J. a kol. *Determinanty inkluze osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2014. ISBN 978-80-244-4303-4.
303. FIRKOWSKA-MANKIEWICZ, A. Jakości życia osób niepełnosprawnych intelektualnie – prezentacja QOL-Kwestionariusza Jakości Życia. In *Sztuka leczenia*. 1999, 5(3), 15-21. ISSN 1234-7175.
304. FISCHER, S. a kol. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. 299 s. ISBN 978-80-7387-792-7.
305. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
306. FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s postižením*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-150-1.
307. FRANIOK, P. *Speciální pedagogika - vybrané problémy*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2006. 63 s. ISBN 80-7368-161-6.
308. FRANIOK, Petr., KYSUČAN, Jaroslav. *Psychopedie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita 2002. 57 s. ISBN 80-7042-247-5.
309. FURMANÍKOVÁ, L., HAVRDOVÁ, Z., TOLLAROVÁ, B., VRZÁČEK, P. K fenoménu vůdcovství: Kým a jak je iniciován a veden proces transformace pobytových sociálních služeb. In *Sociální práce: Deinstitutionalizace sociálních služeb*. 2013, 13 (1), s. 49-60. ISSN 1213-6204.
310. GAJDOŠ, P. *Člověk, společnost, prostředí: vybrané problémy priestorovej sociológie*. 1. vyd. Bratislava: Sociologický ústav SAV, 2002. 374 s. ISBN 80-855444-15-6.
311. GÁL, F., MESEŽNIKOV, G., KOLLAR, M. (eds.). *Vízia vývoja SR do roku 2020*. Bratislava: Veda, 2002. 267 s. ISBN 80-88935-42-3.
312. GALLAGHER, M., WAITE, L. J. *The case for marriage: why married people are happier, healthier, and better off financially*. 1. vyd. New York: Doubleday, 2000. 260 s. ISBN 978-0767906-32-6.
313. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vyd. rozš. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

314. GOFFMAN, E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. 1th.ed. Chicago: Aldine Publishing Company, 1963. ISBN neuvedeno.
315. GOFFMAN, Erving. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. 1th. ed. Harmondsworth, 1973. ISBN neuvedeno.
316. GOMEZ, L., ARIAS, B., VERDUGO, M., NAVAS, P. Application of the Rasch rating scale model to the assessment of quality of life of persons with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2012, 37(2), 141–150. ISSN 1366-8250.
317. GOODE, D. A. *Quality of life for persons with disabilities: International perspectives and issues*. 1th. edition. Cambridge, MA, US: Brookline Books, 1994. ISBN 0-914797-92-1.
318. GREENSPAN, S., SHOULTZ, B. Why mentally retarded adults lose their jobs: Social competence as a factor in work adjustment. In *Applied Research in Mental Retardation*. 1981, 2 (1) pp. 23-28. ISSN 0270-3092.
319. GREGG, N. *Adolescents and adults with learning disabilities*. 1th. ed. New York: Guilford Publications, 2009. ISBN 978-1-60623-034-3.
320. HALÁSKOVÁ, R. *Význam standardizace sociálních služeb době jejich liberalizace*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2013, s. ISBN 978-80-7416-118-6.
321. HALL, S. A. *The social inclusion of young adults with intellectual disabilities: A phenomenology of their experiences*. 1. vyd. Lincoln: The University of Nebraska. ProQuest Dissertations Publishing, 2010. 3397187.
322. HAMLIN, A., OAKES, P. Reflections on Deinstitutionalization in the United Kingdom. In *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2008, 5 (1) pp. 47–55. ISSN 1741-1130.
323. HAMPLOVÁ, D. Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. In *Sociologický časopis*, 2006, 1 (42), s. 35-55. ISSN 0038-0288.
324. HANÁK, P. a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga při aplikaci podpůrných opatření u žáků s mentálním postižením nebo oslabením kognitivního výkonu*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4452-9.
325. HANSON, L., MIDDELBOE, T., SERGAARD K.W., BENGTSOON-TOPS, A., BJARNASON, O., MERINDER, L., SANDLUND, M., KORKEILA, J., VINDING, H. R. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. In *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2002, 106 (5), pp. 343-350. ISSN 1600-0447.
326. HANSSON, L., MIDDELBOE, T., SORGAARD, K. W. BENGTSOON-TOPS, A., BJARNASON, O., MERINDER L., NILSSON, L., SANDLUND, M., KORKEILA, J. Vinding HR. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. In *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2002, 106, pp. 343–350. ISSN 1600-0447.
327. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
328. HATTIE, J. A., MYERS, J. E., SWEENEY, T. J. Factor Structure of Wellness: Theory, Assessment, Analysis, and Practice. In *Journal of Counseling & Development*. 2011, 82 (3). ISSN 1556-6676.
329. HAVRDOVÁ, Z., PROCHÁZKOVÁ, M. Sledování změn v prožívání pracovníků v průběhu zavádění individuálního plánování služby v pobytovém zařízení pro seniory. In *Sociální práce*. Ostrava: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2011, 3 (1), s. 67–76. ISSN 1213-6204.
330. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. přeprac. a rozšíř. Praha: Portál, 2016. 437 stran. ISBN 978-80-262-0982-9.
331. HNILICA, K. Diagnosta a věk moderují vztah mezi zdravím, emočním životem a spokojeností se životem. In *Československá psychologie*. 2006, 1 (6), s. 484-506. ISSN 0009-062X.
332. HNILICA, K. Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem. In *Československá psychologie*. 2004, 48 (3), s. 193-202. ISSN 0009-062X.
333. HOLÁSKOVÁ, K. a kol. Dospělost. In ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. 3.vyd. upr.. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.
334. CHALOUPOKOVÁ, S. *Analýza školních vzdělávacích programů a vyučovacího procesu na základních školách praktických v České republice*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5646-6.
335. CHOWDHURY, M., BENSON, B. A. Deinstitutionalization and Quality of Life of Individuals With Intellectual Disability: A Review of the International Literature. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2011, 8, pp. 256–265. ISSN 1741-1130.
336. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu – základy kvantitativního výzkumu*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
337. JACKSON, R., LYONS, M. *Community Care and Inclusion for People with and Intellectual Disability*. 1th ed. Edinburgh: Floris Books, 2016. 240 p. ISBN 978-178250-333-0.
338. JAHODA, A., MARKOVA, I. Coping with social stigma: people with intellectual disabilities moving from institutions and family home. In *Journal of Intellectual Disability Research*. 2004, 48, pp. 719–729. ISSN 0964-2633.
339. JAKABČIČ, I., POŽAR, L. *Všobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých*. 1 vyd. Bratislava: IRIS, 1995. ISBN 80-88778-11-5.
340. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
341. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Triton 2001. ISBN 80-7254-192-7.
342. JANSMA, P., FRENCH, R. W. *Special Physical Education: Physical Activity, Sports and Recreation*. 2nd edition. Englewood Cliffs: New Jersey, Prentice-Hall College, 1994. ISBN 978-0138270568.
343. JENARO, C. et al. Cross-cultural study of person-centred quality of life domains and indicators: a replication. In *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005, 49 (10), pp. 734. ISSN 0964-2633.
344. JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. 1 vyd. Praha: Comenia Consult. 1995. ISBN neuvedeno.
345. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
346. JOHNŮVÁ, M. a J. STRNAD. *Hodnocení kvality sociálních služeb a ochrana práv*
347. JOHNSTON, R. J., GREGORY, D., SMITH, D. M. *The Dictionary of Human Geography*. 3th ed. Malden: Blackwell Publishers, 1994. pp. 684. ISBN 978-1-4051-3288-6.
348. JOMBÍKOVÁ, E., KOVÁČ, D. Optimism and quality of life in adolescents – Bratislava secondary school students. *Studia psychologica*. 2007, 49 (4), pp. 347-356. ISSN 1642-2473.
349. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1 vyd. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
350. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Komunikace a stres*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. ISBN 80-7071-246-5.
351. KEF, S., DEKOVIC, M. The role of parental and peer support in adolescents well-being: a comparison of adolescents with and without a visual impairment. In *Journal of Adolescence*. 2004, 27 (1), pp. 453-466. ISSN 0140-1971.
352. KENNEDY, C. H., HOMER, R. H., NEWTON, J. S. Social contacts of adult with severe mental retardation living in the community: a descriptive analysis of relationship patterns. In *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*. 1989, 14 (6), pp. 190. ISSN 0749-1425.
353. KILLSPY, H., PRIEBE, S., BREMNER, S., McCrone, P., DOWLING, S., HARRISON, I., KROTOFIL, J. et al. Quality of life, autonomy, satisfaction, and costs associated with mental health supported accommodation services in England: a national survey. In *The Lancet Psychiatry*. 2016, 3(12), pp. 1129-1137. ISSN 2215-0366.
354. KIM, J., HATFIELD, E. Love Types and Subjective Well-Being: A Cross-Cultural Study. In *Social Behavior and Personality*. 2004, 32, pp. 173-182. ISSN 1179-6391.
355. KLENKOVÁ, J. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.
356. KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, I., VÝROST J. (eds.). *Aplikovaná sociální psychologie: sociálněpsychologický výcvik III*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 224 s. ISBN 80-247-0180-4.
357. KORTUSOVÁ, M., ed. *Česká republika v Evropské unii: proměny a inspirace: sborník příspěvků z konference Centra pro sociální a ekonomické strategie Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze, 2.-3. listopadu 2006 v Praze*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie, 2007. 130 s. ISBN 978-80-239-9568-8.
358. KOVÁČ, D. Kvalita života - naléhavá výzva pre vedu nového storočia. In *Československá psychologie*. 2001, 45 (1), pp. 34-44. ISSN 0009-062X.
359. KOWALIK S. Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. In KOWALIK S, ZNIGNIEW, Z., DLUZIEWSKA-MARTYNIENEC, W. *Rozwiązanie problemów życiowych mieszkańców domów pomocy społecznej*. Jarogniewicz: Materiały Stowarzyszenia Przyjaciół i Sympatyków Domu Pomocy Społecznej w Jarogniewiczach i Katedry Kultury Fizycznej Osób Niepełnosprawnych AWF w Poznaniu. Poznań: Stowarzyszenie Przyjaciół i Sympatyków Domu Pomocy Społecznej, 1998, 3, pp. 9-29. ISBN 978-839-0522-029.
360. KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. 1 vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2005. 76 s. ISBN 80-244-0991-7.
361. KOZÁKOVÁ, Z., KREJČÍŘOVÁ, O., MÜLLER, O. 1. vyd. *Charakteristika dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. ISBN 978-80-244-3712-5.
362. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. ISBN 978-80-7263-748-5.
363. KREJČÍŘOVÁ, O., TREZNEROVÁ, I. *Sociální služby*. 1 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3692-0.
364. KREJČÍŘOVÁ, O., VALENTA, M. *Psychopedie*. 1 vyd. Olomouc: Netopejř, 1997. ISBN 80-902057-9-8.
365. Kritéria komunitní sociální služby. In *Sociální práce (Příloha)*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2013, 13(1), s. 25-27. ISSN 1213-6204.
366. KRÍVOHLAVÝ, J. Kvalita života: Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. In *Sborník příspěvků z konference v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy. 2004, s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.
367. KRÍVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
368. KRÍVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
369. KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Pohybová aktivita mentálně postižených*. 1.vyd. Praha: Národní centrum podpory zdraví, 1992. ISBN 80-201-0019-9.
370. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2 vyd. aktual. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
371. LAŠEK, J. Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů. In *Československá psychologie*. 2004, 48 (3), s. 215-224. ISSN 0009-062X.
372. LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mládí dospělosti*. 1 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
373. LECHTA, V. *Symptomatiké poruchy řeči u dětí*. 1 vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
374. LEWIS, M. eds. *Handbook of Emotions*. 1th ed. New York: The Guilford Press, 2000. 928 s. ISBN 978-14625-253-48.
375. LEHMANN, B. A., BOS, A. E. R., RIJKEN, M., CARDOL, M., PETERS, G. J. Y., KOK, G. CURFS, L. M. G. Ageing with an intellectual disability: The impact of personal resources on well-being. In *Journal of Intellectual Disability Research*. 2013, 57, pp. 1068-1078. ISSN 1934-9556.
376. LINHART, J., ed. *Velký sociologický slovník*. Sv. 1. Praha: Karolinum, 1996. 747 s. ISBN 80-7184-164-1.

378. LINHART, J., ed. *Velký sociologický slovník*. Sv. 2. Praha: Karolinum, 1996. 1627 s. ISBN 80-7184-310-5.
379. LUCAS, R. E., CLARK, A. E., GEORGIALLIS, Y., DIENER, E. Unemployment Alters the Set Point for Life Satisfaction. In *Psychological Science*. 2004, 15 (1), pp. 8-13. ISSN 2167-7026.
380. LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Pohledy na kvalitu života osob se senzoryckým postižením*. 1 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 206 s. ISBN 978-80-244-3286-1.
381. MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.
382. MAREŠ, J., MAREŠOVÁ, J. Bolest a kvalita života u dětí. In *Bolest*. 2004, 7 (4), s. 215-223. ISSN 0555-5574.
383. MARRONE, J. Creating positive vocational outcomes for people with severe mental illness. In *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993, 17(2), pp. 43-62. ISSN 1559-3126.
384. MARÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. a kol. *Velký sociologický slovník*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.
385. MASLOW, A. H. A Theory of Human Motivation. In *Psychological Review*. 1943, 50 (4), pp. 370-396. ISSN 1492-3713.
386. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 1 vyd. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
387. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
388. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Slon, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
389. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
390. MATULAY, K. a kol. 1. vyd. *Mentální retardácia*. Martin: Osveta, n.p., 1986. 336 s. ISBN 70-077-86.
391. INCLUSION EUROPE. *Rovnost práv pro všechny!: Přístup lidí s mentálním postižením k právům a spravedlnosti* Brussels: Inclusion Europe, 1, 2005, s. 1-38. ISBN 2-87460-028-8.
392. MICHALÍK, J. a kol. *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2957-1.
393. MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
394. MICHALÍK, J. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením - kvalita života*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3643-2.
395. MICHALÍKOVÁ, S.; MIŠOVÁ, I. *Lidské práva lidí s mentálním postižením*. 1 vyd. Bratislava: Národná správa SR, 2003. ISBN neuvedeno.
396. MICHALOS, C. A. et al. Health and the Quality of Life. In *Social Indicators Research*. 2000, 51 (3), pp. 245-286. ISSN 0303-8300.
397. MILNER, P., KELLY, B. Community participation and inclusion: people with disabilities defining their place. In *Disability & Society*. 2009, 24 (1), pp. 47-62. ISSN 1360-0508.
398. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál trans-formace ústavů*. 1 vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.
399. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
400. MOLEK, J. *Marketing sociálních služeb*. 1 vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-026-4.
401. MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 1 vyd. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-20-6.
402. MORGAN, L. D. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. 1 vyd. Boskovice: Sdružení SCAN, 2001. ISBN 80-85834-77-4.
403. MORISSE, F., et al. Quality of life in persons with intellectual disabilities and mental health problems: An explorative study. In *The Scientific World Journal*. 2013. ISSN 2356-6140.
404. MORRISE, F., VANDELAEL, E., CLAES, C., CLAES, L., VANDELDELDE, S. Quality of Life in Persons with Intellectual Disabilities and Mental Health Problems: An Explorative Study. In *The Scientific World Journal*, 2013, 13(1), pp. 8. ISSN 2356-6140.
405. MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0207-6.
406. MURGAŠ, F. Regionální diferenciaci kvality života na Slovensku. In *Regionální studia*. VŠE: Praha, 2008, 2, 13-21. ISSN 1803-1471.
407. NELB SINECKÁ, J. Nahlédnutí za zed: Deinstitucionalizace lidí s autismem za komunismu a po roce 1989 v narativních rodicích. In *Sociální práce*. Ostrava: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2013, 13(1), 37-48. ISSN 1213-6204.
408. NOBLE, J. H. Jr., CONLEY, R.W. Accumulating Evidence on the Benefits and Costs of Supported and Transitional Employment for Persons with Severe Disabilities. In *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. 2016, 12, 3, pp. 163 – 174. ISSN 21692408.
409. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1 vyd. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-197-5.
410. PACIONE, M. Urban environmental quality and human wellbeing - A social geographical perspective. In *Landscape and Urban Planning*. 2003, 65 (15), 1-2, pp. 19-30. ISSN 0169-2046.
411. PALÁN, Z. *Výkladový slovník vzdělávání dospělých*. 1 vyd. Praha: DAHA, 1997. ISBN 80-922232-1-4
412. PATERSON, L., MCKENZIE, K., LINDSAY, B. Stigma, Social Comparison and Self-Esteem in Adults with an Intellectual Disability. In *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2012, 25, pp. 166-176. ISSN 1468-3148.
413. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1 vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
414. PETRŮJ, J. *Komparace životních podmínek v krajích České republiky*. Praha, 2008. Diplomová práce. VŠE v Praze. Národohospodářská fakulta.
415. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1 vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
416. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido 2001. ISBN 80-7315-010-7.
417. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kariérové poradenství pro záky se zdravotním postižením*. 1 vyd. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2004. ISBN 80-86856-01-1.
418. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd., rozš. a přeprac. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
419. PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světe současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD 2006. ISBN 80-86633-40-3.
420. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd., přeprac. a rozš. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
421. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7689-1.
422. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., BARTOŇOVÁ, M., PANČOCHA, K., SLEPIČKOVÁ, L., ŘEHULKA, E., VAŇUROVÁ, H. *Social Inclusion of People with Intellectual Disabilities*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7726-3.
423. POTMĚŠILOVÁ, P., a kol. *Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy*. 1 vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-179-1.
424. POTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.
425. POŽÁR, L. *Základy psychologie lidí s postižením*. 1 vyd. Tmava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, SAV veda, 2007. ISBN 978-80-8082-147-0.
426. PRŮCHA, J., VETĚŠKA, J. *Andragogický slovník*. 1 vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3960-1.
427. PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6.
428. RABOCH, J., HRDLIČKA, M., MOHR P., PAVLOVSKÝ, P., PTÁČEK, R.. *DSM-5 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Hogrefe-Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
429. RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1 vyd. Blansko: Hnutí Humanitární Pomoci, 2006. 55 s. ISBN 80-239-9547-2.
430. RAPLEY, M. *Quality of Life Research. A Critical Introduction*. 1th edition. London: Sage Publications, 2003. 286 pp. ISBN 0-7619-5457-0.
431. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 4 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
432. RESCHLY D. J., MYERS, T.G., HARTEL C.R. (ed.) *Mental Retardation: Determining Eligibility for Social Security Benefits*. Washington: National Academies Press, 2002. ISBN 0-309-08323-0.
433. ROBINSON, J. P., SHAVER, P. R. *Measures of Social Psychological Attitudes*. 1th edition. Oxford: England, University of Michigan: Institute for Social Research, 1973. ISSN 2214-6296.
434. ROMER, D., HELLER, T. Social adaptation of mentally retarded adults in community settings: A social ecological approach. In *Applied Research in Mental Retardation*. 1983, 4(4), pp. 303-314. ISSN 0270-3092.
435. RUISEL, I. *Základy psychologie inteligence*. 1 vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-425-7.
436. ŘEHULKA, E. ŘEHULKOVÁ, O. *Psychologické otázky adolescence: sborník příspěvků*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 2001. 141 s. ISBN 80-7326-001-8.
437. ŘÍČAN, P. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
438. SABOLOVÁ, K. *Rezidenciální sociální práce na Slovensku a vo vybraných krajinách EU*. 1. vyd. Prešov: Michal Vaško, 2013. ISBN 978-80-7165-914-3.
439. SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1306-3.
440. SHERRILL, C.. *Adapted Physical Activity, Recreation, and Sport: Cross disciplinary and lifespan*. New York: McGraw-Hill companies, 2004. 783 p. ISBN 0-697-29513-3.
441. SCHALOCK, L. R., LEMANOWICZ, A. J., CONROY, W. J., FEINSTEIN, S. C. A multivariate Investigative Study of the Correlates of Quality of Life. In *Journal on developmental disabilities*. 1994, 3 (2), pp. 59-73. ISSN 0891-4222.
442. SCHALOCK, R. L. et al. Enhancing Personal Outcomes: Organizational Strategies, Guidelines, and Examples. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2008 (4), pp. 276-285. ISSN ISSN 1741-1130.
443. SCHALOCK, R. L. The concept of quality of life: what we know and do not know. In *Journal of Intellectual Disability Research*, 2004, 48 (3), pp. 203 – 216. ISSN 0964-2633.
444. SCHALOCK, R. L., BORTHWICK-DUFFY, S., BRADLEY, V. J. a kol. *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010. 350 s. ISBN 978-19-3530-404-3.
445. SCHALOCK, R. L.. *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. 1th ed. Wahington DC: American Association on Mental Retardation. ISBN 0-940898-77-2.
446. SCHUSTEROVÁ, N. Vztah hodnot, cílov a subjektivní pohody. In *Československá psychologie*. 2007, 51, 1, 48-57. ISSN 0009-062X.
446. SIRGY, M. J., EFRATY, D., SIEGEL P., LEE, D.J. A New Measure of Quality of Work Life (QWL) Based on Need Satisfaction and Spillover Theories. In *Social Indicators Research*. 2001, 55 (3), pp. 241-255. ISSN 0303-8300.
447. SLÁVIK, M., GÁBOROVÁ, L. Niektoré aspekty kvality života súčasného človeka. In DŽUKA, J. (ed) *Psychologické dimenze kvality života*. 1 vyd. Prešov: Prešovská univerzita, 2004. 519 s. ISBN 80-8068-282-8.
448. SLOVÁČEK, L., JEBAVÝ, L. *Transplantace krevetvorných buněk a kvalita života*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2007. ISBN 978-80-87009-28-4.



449. SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLÁŽEK, M., KAČEROVSKÝ, J. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In *Vojenská zdravotnické listy*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie JEP. 2004, 73, 1, 6–9. ISSN 0372–7025.
450. SLOWIK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
451. SOBEK, J. „Co je a co není chráněné bydlení, aneb nestavte chráněné bydlení na ústavní zahradě.“ In *Sborník Rašínovy vysoké školy*. 1. vyd. Brno: Rašínova vysoká škola, 2009. ISBN 987-80-87001-15-8.
452. SOBEK, J. a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portus, 2007. ISBN 978-80-239-9400-1.
453. SOCIÁLNÍ PRÁCE. Kritéria komunitní sociální služby. In *Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2013, 13 (1). ISSN 1213-6204.
454. SOCIÁLNÍ PRÁCE. Transformace sociálních služeb. In *Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2016, 3 (Příloha). ISSN 1213-6204
455. SOLOVSKÁ, V. a kol. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8.
456. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: SPN, 1982. 14-072-86.
457. SPILKER, B. (ed.) *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. 1. vyd. New York: Raven Press Ltd. 1990. ISBN 978-0881675900.
458. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Brno: Sdružení podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
459. SVOBODOVÁ, L. Kvalita pracovního života – změny ve světě práce, modely, indikátory. In *Recenzovaný zborník XIX. konferencie "Aktualne otázky bezpečnosti práce"*. Košice: Národný inšpektorát práce, 2006. s. 13-25. ISSN 80-8073-649-9.
460. SVOBODOVÁ, L. Kvalita života. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Vliv změn světa práce na kvalitu života* [online]. MPSV ČR, 2009, s. 1-18 [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>.
461. STANCLIFFE, R., KEANE, S. Outcomes and costs of community living: A matched comparison of group homes and semi-independent living. In *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2000, 25 (4), pp. 281–305. ISSN 1934-9556.
462. SZALAI, A. The meaning of comparative research on the quality of life. In SZALAI, A., ANDREWS, F., eds. *The Quality of life*. Beverly Hills: CA (Sage). 1980. s. 7-24. ISSN 0962-9343.
463. ŠENKOVÁ, S. *Latinsko-český, česko-latinský slovník*. 1. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, s. r. o., 2005. 262 s. ISBN 80-7182-144-6.
464. ŠESTÁKOVÁ, I., FRANCOVÁ N., J. SOBEK J. a PROCHÁZKOVÁ J. *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2012. ISBN 978-80-7421-042-6. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled sociální psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0929-1
465. ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.
466. ŠÍŠKA, J. Reflexe deinstitutionalizace – hodnoty, náklady, doporučení. In *Sociální práce*. Brno: Asociace. 2010, (4), s. 60-65. ISSN 1213-6204.
467. ŠÍŠKA, J., KAŇOVÁ, Š. Kvantitativní analýza deinstitutionalizace sociálních služeb v České republice. In *Sociální práce*. Brno: Asociace. 2013, (2), s. 117-129. ISSN 1213-6204.
468. ŠVARCOVÁ, I. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením*. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-x.
469. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 278 s. ISBN 80-7367-060-7.
470. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 4. vyd. přeprac. Praha: Portál, 2011. 221 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
471. ŠVARČÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
472. ŠVEC, Š. a kol. *Metodologie věd o výchově: Kvantitativně – scientické a kvalitativně – humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2009. ISBN 978-80-7315-192-8.
473. ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie. Díl 2. Psychologie osobnosti*. 2. vyd. upr. Liberec: Technická univerzita, 2006. 218 s. ISBN 80-7372-043-4.
474. THORNDIKE, E. L. *The Psychology of Wants, Interests and Attitudes*. New York: Johnson Reprint Corp., 1935. 301 p. ASIN B00085C1WC.
475. THOROVÁ, K., JŮN, H. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. 1. vyd. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA, 2012. 114 s. ISBN 978-80-260-2759-1.
476. TOKÁROVÁ, A. a kol. *Sociální práce. Kapitoly z dějin, teorie a metodiky sociální práce*. 3. vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovské univerzity, 2007. 573 s. ISBN 978-80-969419-8-8.
477. TOMICKÁ, V., ŠVINGALOVÁ, D. *Výbrané kapitoly k integraci ve školství*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2002. 73 s. ISBN 80-7083-657-1.
478. Transformace sociálních služeb. In: *Sociální práce (Příloha)*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2016, č. 3(1), s. 25-28. ISSN 1213-6204.
479. UPPAL, S. Impact of the timing, type and severity of disability on the subjective well-being of individuals with disabilities. In *Social Science & Medicine*. 2006, 1 (63), pp. 525-539. ISSN 0277-9536.
480. VAĐUROVÁ, H. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-60-8.
481. VAĐUROVÁ, H., MŮHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
482. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
483. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. 108 s. ISBN 80-246-0841-3.
484. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
485. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5. vyd., aktualiz. a rozš. Praha: Parta, 2013. 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.
486. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. aktualiz. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
487. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2. vyd. aktualiz. Praha: Grada Publishing, 2003. 262 s. Psyché. ISBN 80-247-0253-3.
488. WAGNER, M. *Menschen mit geistiger Behinderung – Gestalter Ihrer Welt*. 1th ed. Würzburg: Universitaet, 2000. 309 s. ISBN 3-7815-1099-9.
489. WALSH, P. N., EMERSON, E., LOBB, C., HATTON, C., BRADLEY, V., SCHALOCK, R. L., MOSELEY, C. Supported Accommodation for People With Intellectual Disabilities and Quality of Life: An Overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2010, 7, pp. 137–142. ISSN 1741-1130.
490. WANG, M., SCHALOCK, R. L., VERDUGO, M. A., JENARO, C. Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct. In *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2010, 115, pp. 218-233. ISSN 1944-7558.
491. WILLIAMS, V., HESLOP, P. Mental health support needs of people with a learning difficulty: A medical or a social model? In *Disability and Society*. 2005, 20 (3), pp. 231–245. ISSN 0968-7599.
492. WILSON, N. J., JAQUES, H., JOHNSON, A., BROTHERTON, M. L. From Social Exclusion to Supported Inclusion: Adults with Intellectual Disability Discuss Their Lived Experiences of a Structured Social Group. In *Journal applied of research intellectual disability*. 2017, 30, pp. 847–858. ISSN 1468-3148.
493. YEN, C. F., LIN, J. D., LOH, C. H., SHI, L., HSU, S. W. Determinants of prescription drug use by adolescents with intellectual disabilities in Taiwan. In *Research in Developmental Disabilities*. 2009, 30 (6), pp. 1354–1366. ISSN 0891-4222.
494. Znaký a vodítka deinstitutionalizace (transformace ústavní péče v péči komunitní). In *Sociální práce (Příloha)*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2013, 13 (1), s. 29-31. ISSN 1213-6204.

#### Elektronické zdroje

40. ADÁMEK, P., NĚMEC, O. Kvalita života a realizace principu rovných příležitostí na trhu práce. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Vliv změn světa práce na kvalitu života* [online]. MPSV ČR, 2009, s. 1-17 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>.
41. AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. *Definition of Intellectual Disability*. [online]. AAAID, 2013 [2017-02-11]. Dostupné z: <http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.WDGy4bLhCpQ>.
42. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* [online]. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1994 [cit. 2017-04-02]. 866 p. Dostupné z: <https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>.
43. ANGELES, M. A., FONTANIL, J., SOLÍS, I., PEDROSA, A., AGUADO, L. People with intellectual disability who are ageing: Perceived needs assessment. In *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2017, 17 (1), pp. 38–45. Dostupné z: [doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.07.002](https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.07.002) ISSN 1697-2600.
44. ASOCIACE VZDĚLAVATELŮ V SOCIÁLNÍ PRÁCI. Život v ústavu je hendikep: Transformace ústavní péče. In *Sociální práce* [online]. 2013 [cit. 2017-09-21]. Dostupné z WWW:[http://www.socialniprace.cz/soubory/suplement\\_1-2013-130315113350.pdf%C5%BDivot](http://www.socialniprace.cz/soubory/suplement_1-2013-130315113350.pdf%C5%BDivot).
45. BAKKER, L., VAN BRAKEL, W. M. Empowerment Assessment Tools in People with Disabilities in Developing Countries. A systematic Literature Review. In *Leprosy Review* [online]. 2012, 83 (2), pp. 129 – 153, [cit. 2017-02-12]. ISSN 0305-7518. Dostupné z: <https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/June12/1774.pdf>.
46. CASTLES, E., GLASS, C. Training in social and interpersonal problem-solving skills for mildly and moderately mentally retarded adults. In *American Journal of Mental Deficiency*, 91(1), pp. 35-42 [online]. 1986 [cit. 2015-01-05]. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1986-28196-001>.
47. Co je Evropská koalice pro život v komunitě? In *ECCL* [online]. [cit. 2017-03-16]. Dostupné z: <http://community-living.info/about-eccl>.
48. FREITAS, H., OLIVEIRA, M., JENKINS, M., eds. 1998. The Focus Group, a qualitative research method. In: WP ISRC. No. 010298. [online]. 2017, 22 p. [cit. 2016-10-07]. Dostupné z: [http://gianti.ea.ufrgs.br/files/artigos/1998/1998\\_079\\_ISRC.pdf](http://gianti.ea.ufrgs.br/files/artigos/1998/1998_079_ISRC.pdf).
49. GALLOWAY, S., BELL, D., HAMILTON, CH., SCULLION, A. *Well-being and Quality of Life: Measuring the Benefits of Culture and Sport: A Literature Review and Thinkpiece*. Edinburgh: Scottish Executive 2006, pp. 4-97. ISBN 0-7559-2907-1. Dostupné z: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/89281/0021350.pdf>
50. GULLONE, E., CUMMINGS, R. (eds.). A Model of Subjective Well-Being Homeostasis: The Role of Personality. In *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators*. [online]. London: Kluwer Academic Publisher, 2002, pp. 7-46 [cit. 2016-11-07]. Dostupné z: [http://dx.doi.org/10.1007/978-94-010-0271-4\\_3](http://dx.doi.org/10.1007/978-94-010-0271-4_3).
51. Health-Related Quality of Life (HRQOL). In *Centers for disease control and prevention* [on-line]. Clifton Road Atlanta, 2016 [cit. 2016-08-23]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/hrqol/>.
52. History of the development of the ICD. In *World Health Organization* [online]. 2017 [cit. 2016-10-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>
53. HOFŠCHNEIDEROVÁ, A., MATIAŠKO, M. *Manuál sociálního pracovníka: Svéprávnost a právní ochrana uživatelů sociálních služeb podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník* [online]. 2015 [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/docs/clanky/dokumenty/8984/manual-socialního-pracovníka.pdf>.
54. HUANG, W. et al. Equal access to employment opportunities for people with mental retardation: an obligation of society. In *Journal of Rehabilitation* [online]. 1997, 63 (1-3), pp. 27. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <https://www.questia.com/library/journal/1G1-19178151/equal-access-to-employment-opportunities-for-people>.
55. ISPV. Výbrané údaje o sociálních a zdravotních službách 2010 – 2015. In: *Institut pro sociální politiku a výzkum: Revue pro sociální politiku a výzkum* [online]. MPSV, 2017 [cit. 2017-05-07]. Dostupné z: <https://www.socialpolicy.cz>.

56. JOHNOVÁ, M. a J. STRNAD. *Hodnocení kvality sociálních služeb a ochrana práv uživatelů* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013 [cit. 2017-03-26]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/hodnocenC3AD-kvality-sociC3A1InC3ADch-sluC5BEeb-a-ochrana-prC3A1v-uC5BEivateleC5AF1.pdf>.
57. JOHNOVÁ, M. a J. STRNAD. *Hodnocení kvality sociálních služeb a ochrana práv uživatelů: Možnosti využití mezinárodních a vnitrostátních kontrolních mechanismů k ovlivňování transformace ústavní péče a naplňování práv uživatelů sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV, 2013 [cit. 2017-02-02]. ISBN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/hodnocenC3AD-kvality-sociC3A1InC3ADch-sluC5BEeb-a-ochrana-prC3A1v-uC5BEivateleC5AF1.pdf>.
58. MAKOVCOVÁ, S. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*. [online]. 2016 [2016-11-27]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva\\_info\\_160511.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf).
59. MALÝ, M. Dotazníky o kvalitě života. In: *Sborník Robust* [online]. Jednota českých matematiků a fyziků, 2001. s. 176-183. [cit. 2016-08-30]. Dostupné z: [http://www.statspol.cz/robust/2000\\_maly\\_00.pdf](http://www.statspol.cz/robust/2000_maly_00.pdf).
60. MANSELL, J. Deinstitutionalisation and Community Living: An International Perspective [online]. 2005, 10(1), pp. 22-29 [cit. 2016-07-15]. Dostupné z: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1936328>.
61. MATKA TEREZA. Hymna života. In: *Citáty slavných osobností* [online]. 2017 [cit. 2016-10-07]. Dostupné z: <https://citaty.net/autori/matka-tereza/>.
62. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. 2007 [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf).
63. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitutionalizace* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2016 [cit. 2016-25-10]. Dostupné z: [http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/05/kriteria\\_IROP\\_vyzva-49.pdf](http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/05/kriteria_IROP_vyzva-49.pdf).
64. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kritéria transformace, humanizace a deinstitutionalizace vybraných služeb sociální péče*. [online]. 2009 [cit. 2017-09-21]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny\\_postup\\_3\\_2009.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf).
65. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Podpora transformace sociálních služeb* [online]. 2013 [cit. 2017-09-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>.
66. MOORE, C. L., COREY, L., FELST-PRICE, SONJA et al. Competitive Employment and Mental Retardation: Interplay among Gender, Race, Secondary Psychiatric Disability, and Rehabilitation Services. In *Journal of Rehabilitation* [online]. 2002, 68(1-3), 14. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <https://www.questia.com/read/1G1-83910977/competitive-employment-and-mental-retardation-interplay>.
67. NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Projekty MPSV – transformace* [on-line]. 2015 [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/transformace/projekty-mps/>.
68. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM. *Porovnání výsledků šetření VŠPO 13 a VŠPO 07*. [online] 2012. [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwvwsb>.
69. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM. *Výsledky šetření o zdravotně postižených osobách v České republice za rok 2007*. [online] 2008. [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: [http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane\\_statisticke\\_udaje\\_OZP\\_2007.pdf](http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane_statisticke_udaje_OZP_2007.pdf).
70. NÁRODNÍ ÚSTAV PRO VZDĚLÁVÁNÍ. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. [online]. 2016. [cit. 2016 – 10-04]. Dostupné z: [http://www.nuv.cz/uploads/Sbirka\\_zakonu\\_umluva\\_o\\_pravech\\_osob\\_se\\_zp.pdf](http://www.nuv.cz/uploads/Sbirka_zakonu_umluva_o_pravech_osob_se_zp.pdf).
71. OECD. *Better Life Index: Life Satisfaction*. [online]. OECD Better Life Index: ©2013 [cit. 2016-09-20]. Dostupné z: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/work-life-balance/>.
72. SCHALOCK, R. L. a K. D. KEITH. Metodika měření kvality života. In *Kvalita v praxi: QUIP - Společnost pro změnu* [online]. 2010, 1993(1), 1-20 [cit. 2015-06-03]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/017/002053.pdf?seek=1321018073>.
73. The Free Dictionary. *Quality of life* [on-line]. 2003-2017 [cit. 2016-09-22]. Dostupné z: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/quality+of+life>.
74. Podpora uživatelů služeb při transformaci ústavní péče v péči komunitní [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013 [cit. 2017-03-26]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/hodnocenC3AD-kvality-sociC3A1InC3ADch-sluC5BEeb-a-ochrana-prC3A1v-uC5BEivateleC5AF1.pdf>.
75. Vybrané údaje o sociálních a zdravotních službách 2010 – 2015. In: *Institut pro sociální politiku a výzkum: Revue pro sociální politiku a výzkum* [online]. MPSV, 2017 [cit. 2017-05-07]. Dostupné z: <https://www.socialpolicy.cz>.
76. WHO Application of ICD-10 for low-resource settings initial cause of death collection. In *World Health Organization* [online]. 2014 [cit. 2016-10-07]. Dostupné z: [http://www.who.int/healthinfo/civil\\_registration/ICD\\_10\\_SMoL.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/civil_registration/ICD_10_SMoL.pdf?ua=1).
77. Zařízení sociálních služeb. *Český statistický úřad: Veřejná databáze* [online]. 2017: ČSS 2007-2015 [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: [https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jspx?\\_af=1&page=vystup-objekt-parametry&pvo=SZB07&z=T&f=TABULKA&sp=A&katalog=30850&str=847&u=v825\\_VUZEMI\\_97\\_19](https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jspx?_af=1&page=vystup-objekt-parametry&pvo=SZB07&z=T&f=TABULKA&sp=A&katalog=30850&str=847&u=v825_VUZEMI_97_19).

#### Použití právních předpisů

10. Zákon č. 55/1956 Sb. o sociálním zabezpečení, od 1. 1. 1957, zrušeno dnem 1. 7. 1964
11. Zákon č. 94/1963 o rodině, § 14, odst. 1, 2. Zrušen zákonem č. 89/2012 Sb., nový občanský zákoník ke dni 1. 1. 2014.
12. Zákon č. 121/1975 Sb. o sociálním zabezpečení
13. Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení
14. Zákon č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení
15. Zákon č. 2/1992, o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1993, částka 1, s. 17 – 24. ISSN 1211 – 1244.
16. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257 – 1289. ISSN 1211 – 1244.
17. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006b, částka 164, s. 7021 – 7048. ISSN 1211 – 1244.
18. Zákon č. 313/2013, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a další související zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2013, částka 118, s. 3593 – 3599. ISSN 1211 – 1244.

#### Publikační činnost autorky

- KASÁČKOVÁ, J., HUBIŠTOVÁ, M., FINKOVÁ, D. *Problematika životní spokojenosti u dospělých osob se zrakovým postižením*. In *Speciální pedagogika*. 2017, 27(2), s.129-139. ISSN 1211-2720.
- KOZÁKOVÁ, Z., KASÁČKOVÁ, J., CHRASTINA, J. Perception of Life Satisfaction of Adult People with Mild Mental Disability. In *INTERNATIONAL JOURNAL ON LIFELONG EDUCATION AND LEADERSHIP*. [S.l.], v. 2, n. 1, p. 16-24, June 2016. ISSN 2458-911X. Dostupné z: <http://file.com/index.php/journal/article/view/18>.
- KASÁČKOVÁ, J., KOZÁKOVÁ, Z. Sociální dimenze kvality života osob s mentálním postižením v chráněném bydlení. In STĚCH, O., PATYL, P., TRUHLÁŘOVÁ, Z. (eds.) *Sociální práce v nejisté době*. Sborník vědeckých textů z konference XII. Hradecké dny sociální práce, Hradec Králové 2. až 3. října, 2015. Hradec Králové: Gaudemus, 2016. ISBN 978-80-7435-648-3.
- KASÁČKOVÁ, J., HUBIŠTOVÁ, M. Vybrané životní aspekty osob s mentálním postižením a stres pracovníků v prostředí chráněného bydlení. In VYHNÁLKOVÁ, P., PLISCHKE, J., ANDRYSOVÁ, P. *Aktuální problémy pedagogiky ve výzkumech studentů doktorských studijních programů XI.* : recenzovaný sborník příspěvků z mezinárodní vědecké konference konané ve dnech 10.–11. listopadu 2015 v Olomouci. 1. vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2016. s. 300. ISBN 978-80-244-4989-0. DOI 10.5507/pdf.16.24449906.
- KOZÁKOVÁ, Z., KASÁČKOVÁ, J., CHRASTINA, J. Perception of life satisfaction of adult people with mild mental disability. In *ICLLEL 2015, 1<sup>ST</sup> INTERNATIONAL CONFERENCE ON LIFELONG LEARNING AND LEADERSHIP FOR ALL*, October 29<sup>th</sup>-31<sup>st</sup>, 2015. *Proceedings of International conference on lifelong education and leadership*. 2016.
- ŠVECŮVÁ, V., FINKOVÁ, D., HUBIŠTOVÁ, M., KASÁČKOVÁ, J. Partnerská spokojenost osob se zrakovým postižením. *Andragogika: čtvrtletník pro rozvoj a vzdělávání dospělých*. Zlín: Academia Economica, roč. XX., č. 1, březen, 2016, s. 12-19. ISSN 1211-6378.
- KASÁČKOVÁ, J., HUBIŠTOVÁ, M., KOZÁKOVÁ, Z., SMEČKOVÁ, G. Sheltered housing – life satisfaction of people with mental disabilities vs. stress of workers. In *Journal of Exceptional People*. Olomouc: Palacký University, Olomouc, 2015, 2 (7), pp. 59-80. ISSN 1805-4978.
- KASÁČKOVÁ, J., HUBIŠTOVÁ, M. Finanční gramotnost jako vlivný činitel u vybraných oblastí životní spokojenosti osob s mentálním postižením. In *MMK: Mezinárodní Masarykova konference pro doktorandy a mladé vědecké pracovníky*. Sborník příspěvků - proceedings of the International Scientific Conference. Hradec Králové: MAGNANIMITAS. 2015, 6(1).ISBN978-80-87952-12-2.
- HUMPOLOVÁ, P., KASÁČKOVÁ, J., BUCHTÍKOVÁ, P., VAVŘINÍKOVÁ, P., MIKULKOVÁ, B. (ed.). *Metodika podpory sociálních a pracovních dovedností osob s mentálním postižením*. ESF projekt - Sociálně terapeutická dílna CZ.1.04/3.1.02/C1.0002. Uherské Hradiště, 2015.
- KASÁČKOVÁ, J., KOZÁKOVÁ, Z. Vliv sociálního podnikání na kvalitu života dospělých osob s mentálním postižením. In FINKOVÁ, D., LANGER, J. a kol. *Determinanty inkluze osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2014. ISBN 978-244-4303-4.
- KASÁČKOVÁ, J. Možnosti pracovního uplatnění a jejich vliv na kvalitu života dospělých osob s mentálním postižením. In *Mezinárodní vědecká konference Inovace v teorii a praxi výchovnej a komplexnej rehabilitácie osob so zdravotným postihnutím*. [elektronický zdroj]. - ISBN 978-80-89726-28-8. - Bratislava: Iris, 2014. [CD-ROM]
- KASÁČKOVÁ, J. Specifika tranzitních programů u dospělých osob s mentálním postižením. In FINKOVÁ, D. a kol. *Iničiační analýza podmínek inkluze u osob se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, s. 85-107. ISBN 978-80-244-3865-8.
- KASÁČKOVÁ, J. Problematika výzkumného šetření se zaměřením na oblast sociálního podnikání pro osoby s mentálním postižením. In *Sborník z příspěvků z konference Aktuální problémy pedagogiky ve výzkumech studentů DSP X.*, ve dnech 27. a 28. 11. 2013. ISBN neuvedeno.
- KASÁČKOVÁ, J. The importance of social enterprise in the process of employing people with intellectual disabilities. In *Sborník příspěvků Mezinárodní Masarykova konference pro doktorandy a mladé vědecké pracovníky*. 4. vyd. Hradec Králové: MAGNANIMITAS, 2013. ISBN 978-80-87952-00-9.
- BEHANCOVÁ, J., KOZÁKOVÁ, Z. Tranzitní program u osob s mentálním postižením. In DUBAYOVÁ, T., ŽOLNOVÁ, J. (ed.) *Študent na ceste k praxi II. Zborník ze študentskej vedeckej konferencie v odbore špeciálna pedagogika a liečebná pedagogika*. Prešov, 2013. s. 7-16. ISBN 978-80-555-0840-5.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení, titul(y):</b>	Mgr. Jana Kasáčková
<b>Název práce:</b>	Psychosociální dimenze kvality života osob s mentálním postižením v chráněném bydlení
<b>Název práce v angličtině:</b>	Psychosocial dimensions of quality of life related to people with intellectual disabilities living in sheltered housing
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.
<b>Katedra nebo ústav:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Obor:</b>	Doktorský studijní program Speciální pedagogika
<b>Počet stran:</b>	213
<b>Počet příloh ve vázané práci:</b>	5
<b>Rok obhajoby:</b>	2017
<b>Klíčová slova:</b>	kvalita života, transformace sociálních služeb, člověk s mentálním postižením

Disertační práce se věnuje problematice psychosociální dimenze kvality života dospělých osob s mentálním postižením v chráněném bydlení. Práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Teoretický rámec je tvořen problematikou kvality života a životní spokojenosti dospělých osob s mentálním postižením v kontextu procesu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb. Teoretická východiska jsou v souladu s výzkumným zaměřením práce. Rešerše výzkumných prací a odborných publikací na téma kvality života a životní spokojenosti osob s mentálním postižením v chráněném bydlení poukazuje, že není mnoho studií zabývajících se právě tímto paradigmatem u této cílové skupiny. Ačkoli se v současné době setkáváme v tuzemské literatuře s problematikou hodnocení kvality života jednotlivých klientských skupin, tak ve většině případů se jedná o izolované omezení se na konkrétní oblasti, nikoli širší koncept daného pojetí. Vycházíme z předpokladu, že rozhodnutí o životě dotyčné osoby nelze omezit jen na porozumění jejím potřebám vycházejících pouze z cílů služby, organizace či programu. Osoba s mentálním postižením je spotřebitelem dané služby a její vnímání a zkušenosti musí být poskytovateli služeb a dalšími brány v úvahu. Cílem výzkumu se smíšeným designem, jenž v sobě mísí prvky kvantitativního (Dotazník kvality života, Dotazník životní spokojenosti) a kvalitativního výzkumu (focus group s osobami s mentálním postižením z chráněného bydlení), je hloubková analýza a deskripce psychosociálních determinant kvality života a životní spokojenosti u osob s mentálním postižením z chráněného bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením. Výsledky ukázaly, že uživatelé z chráněného bydlení hodnotí kvalitu svého života lépe nežli uživatelé domovů pro osoby se zdravotním postižením, přičemž poukázaly na rozdílné vnímání a volbu jiných životních determinant v psychosociálních dimenzích. V rámci subjektivního hodnocení metodou focus group s osobami z chráněného bydlení jsou detekovány oblasti života, které mají vliv na životní spokojenost a zároveň jsou detekovány hlavní zdroje podpory a jejich role v procesu socializace jedince s mentálním postižením. Z výsledků jsou vyvozeny závěry a následná doporučení pro praxi.

## ANNOTATION

<b>Name and surname:</b>	Mgr. Jana Kasáčková
<b>Title:</b>	Psychosocial dimensions of quality of life related to people with intellectual disabilities living in sheltered housing
<b>Supervisor:</b>	Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.
<b>Institute:</b>	Institute of Special Education Studies Faculty of Education, Palacký University Olomouc
<b>Specialization:</b>	Doctoral degree program Special Education
<b>Pages:</b>	213
<b>Attachments:</b>	5
<b>Year of defence:</b>	2017
<b>Keywords:</b>	quality of life, transformation of social services, person with mental disability

The dissertation deals with the psychosocial dimension of the quality of life of adults with mental disabilities in sheltered housing. The thesis is divided into the theoretical and the practical part. The theoretical framework deals with the quality of life and life satisfaction of adults with mental disabilities in the context of deinstitutionalisation and transformation of social services. The theoretical background is in line with the research focus of the thesis. The search for research papers and professional publications on the quality of life and life satisfaction of people with intellectual disabilities in sheltered housing indicate that there are not many studies dealing with this paradigm in this target group. Although nowadays we are meeting quality-of-life czech literature for individual client groups, it is in most cases an isolated constraint on specific areas, not the broader concept of a given conception. We assume that the decision on the life of the concerned person can not be limited only to understanding their needs based solely on the objectives of the service, organization or program. A person with a mental disability is a consumer of the service and their perception and experience must be taken into account by service providers and others. The goal of mixed design research combining quantitative elements (Quality of Life Questionnaire, Life Satisfaction Questionnaire) and qualitative research (interviews with people with intellectual disabilities from sheltered housing) is an in-depth analysis and description of psychosocial determinants of quality of life and life satisfaction for people with intellectual disabilities from sheltered housing and homes for people with disabilities. The results have shown that people with intellectual disability from sheltered housing evaluate the quality of their lives better than people with mental disabilities from institutional care for people with disabilities. The results showed different perceptions and choices of other life determinants in psychosocial dimensions. Subjective assessment of the focus group with persons with intellectual disabilities from sheltered housing has identified the main areas of life that affect life satisfaction. At the same time, the main sources of support and their role in the process of socialization of a person with intellectual disabilities are detected. The results of the recommendations for practice are drawn from the results.

## ZUSAMMENFASSUNG

<b>Name and Nachname:</b>	Mgr. Jana Kasáčková
<b>Name der Arbeit:</b>	Psychosoziale Dimension der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung in geschützten Wohnungen
<b>Betreuer:</b>	Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.
<b>Lehrstuhl oder Institut:</b>	Institut der spezialpädagogischen Studien Pädagogische Fakultät, Palacky Universität in Olomouc
<b>Studienfach:</b>	Doktorstudium Spezialpädagogik
<b>Anzahl der Anhänge:</b>	213
<b>Attachements:</b>	5
<b>Jahr der Verteidigung:</b>	2017
<b>Stichwort:</b>	Lebensqualität, die Transformation der sozialen Dienste, eine Person mit geistiger Behinderung

Die Dissertation beschäftigt sich mit der psychosozialen Dimension der Lebensqualität von Erwachsenen mit geistiger Behinderung im geschützten Wohnraum. Die These ist in den theoretischen und praktischen Teil unterteilt. Der theoretische Rahmen ist das Thema Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Erwachsenen mit geistiger Behinderung im Zusammenhang mit der Deinstitutionalisierung und Transformation von sozialen Diensten. Der theoretische Hintergrund steht im Einklang mit dem Forschungsschwerpunkt der Arbeit. Die Suche nach Forschungsarbeiten und Fachpublikationen über die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit von Menschen mit geistiger Behinderung in geschützten Wohnungen deutet darauf hin, dass es in dieser Zielgruppe nicht viele Studien gibt, die sich mit diesem Paradigma beschäftigen. Obwohl wir derzeit in der Lage sind, inländische Lebensqualität-Literatur für einzelne Kundengruppen zu treffen, ist es in den meisten Fällen eine isolierte Einschränkung auf bestimmte Bereiche, nicht das breitere Konzept eines gegebenen Konzepts. Wir gehen davon aus, dass die Entscheidung über das Leben des Betroffenen nicht darauf beschränkt werden kann, nur seine Bedürfnisse zu verstehen, die ausschließlich auf den Zielen des Dienstes, der Organisation oder des Programms beruhen. Eine Person mit einer geistigen Behinderung ist ein Verbraucher des Dienstes und seine / ihre Wahrnehmung und Erfahrung müssen von Dienstleistern und anderen berücksichtigt werden. Das Ziel der Forschung gemischt ist Design, das Elements der quantitativen (Quality of Life Questionnaire, Fragebogen Lebenszufriedenheit) und qualitativer Forschung (Interviews mit Menschen mit geistiger Behinderung von geschützten Wohnungen) Mischungen sind eine eingehende Analyse und Beschreibung von psychosozialen Faktoren der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit unter den Menschen mit geistige Behinderung von betreut Wohnen) Wohnen und Wohnungen für Menschen mit Behinderungen. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass Menschen mit intelligenter Behinderung aus geschützten Unterkünften die Qualität ihres Lebens besser abschätzen als Menschen mit geistiger Behinderung aus der institutionellen Betreuung von Menschen mit Behinderungen. Die Ergebnisse zeigten, dass Menschen mit geistigen Behinderungen aus geschützten Unterkünften die Qualität ihres Lebens besser abschätzen als Menschen mit geistiger Behinderung, die sich aus der institutionellen Betreuung von Menschen mit Behinderungen ergeben. Die Ergebnisse zeigten unterschiedliche Wahrnehmungen und Wahlmöglichkeiten anderer Lebensdeterminanten in psychosozialen Dimensionen. Die subjektive Bewertung der Fokusgruppe mit Personen mit geistiger Behinderung aus geschützten Unterkünften hat die Hauptbereiche des Lebens identifiziert, die die Lebenszufriedenheit beeinflussen. Gleichzeitig werden die Hauptquellen der Unterstützung und ihre Rolle im Sozialisierungsprozess einer Person mit geistiger Behinderung erkannt. Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis werden aus den Ergebnissen gezogen.