

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

**Rozvoj samostatnosti dospělých osob s mentálním  
postižením v chráněném bydlení**  
(Bakalářská práce)

Autor: Bělohávková Natálie  
Studijní program: B 7506 Speciální pedagogika  
Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních  
Vedoucí práce: PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.  
Oponent práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.



Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta

## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Natálie Bělohlávková

**Studium:** P17P0850

**Studijní program:** B7506 Speciální pedagogika

**Studijní obor:** Výchovná práce ve speciálních zařízeních

**Název bakalářské práce:** **Rozvoj samostatnosti dospělých osob s mentálním postižením v chráněném bydlení**

**Název bakalářské práce AJ:** Developing the autonomy of adults with intellectual disabilities in sheltered housing

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se zaměřuje na rozvoj samostatnosti dospělých osob s mentálním postižením v chráněném bydlení. Teoretická část se zaměřuje na charakterizaci mentálního postižení, chráněného bydlení, ústavní péče, rodiny a samostatnosti. Praktická část bude provedena kvalitativním výzkumným šetřením. Z metodologického hlediska bude využito metody rozhovoru s klienty i pracovníky. Cílem práce je analyzovat situaci jedinců při přechodu z ústavní a domácí péče do chráněného bydlení.

VALENTA, Milan - MÜLLER, Oldřich. Psychopedie : [teoretické základy a metodika]. 1. vyd. Praha : Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2. ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vydání druhé. Praha : Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 222 stran. ISBN 978-80-246-3071-7. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 2., přeprac. Praha : Portál, 2003. 187 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7178-821-X.

**Garantující pracoviště:** Katedra speciální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** PaedDr. Zdenka Šándorová, PhD.

**Oponent:** PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

**Datum zadání závěrečné práce:** 5.2.2019

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu. Zároveň prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

V Hradci Králové dne

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala všem, kteří mi pomohli při vypracování této bakalářské práce. Na prvním místě bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PaedDr. Zdence Šáňdorové, Ph.D. za odbornou pomoc, konzultace a rady, které mi pomohly při zpracování bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat ředitelce zařízení Skoku do života, o.p.s. Mgr. Kateřině Drábkové Bíbusové za její čas, za přiblížení chodu chráněného bydlení a za předání užitečných a potřebných informací pro vypracování bakalářské práce. Zároveň i všem respondentům, kteří se účastnili výzkumného šetření. Za jejich ochotu a čas věnovaný rozhovorům.

Na závěr bych chtěla poděkovat své rodině, příteli a přátelům, kteří mě po podporovali při psaní bakalářské práce ale i po celou dobu studia.

**Anotace:**

BĚLOHLÁVKOVÁ, Natálie. Rozvoj samostatnosti dospělých osob s mentálním postižením v chráněném bydlení. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 66 s. Bakalářská práce.

V teoretické části bakalářské práce bude definována cílová skupina, tedy dospělá osoba s mentálním postižením, dále rodina, s tím související náhradní rodinná péče a institucionální sociální péče pro osoby s mentálním postižením, kde součástí je i transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb. Praktická část bude provedena kvalitativním výzkumným šetřením. Z metodologického hlediska bude využito metody rozhovoru s pracovníky chráněného bydlení. Hlavním cílem práce je analyzovat situaci jedinců při přechodu z ústavní a domácí péče do chráněného bydlení.

**Klíčová slova:**

Mentální postižení, sociální služby, chráněné bydlení

**Annotation:**

BĚLOHLÁVKOVÁ, Natálie. Developing the autonomy of adults with intellectual disabilities in sheltered housing. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2020. 66 pp. Bachelor Degree Thesis.

In the theoretical part of the bachelor thesis will be defined the target group, i.e. an adult with intellectual disabilities, a family, related surrogacy family care and institutional social care for persons with intellectual disabilities, which includes transformation and deinstitutionalisation of social services. The practical part will be carried out by a qualitative research survey. From a methodological point of view, the methods of interviewing workers of sheltered housing will be used. The main goal of the work is to analyse the situation of individuals in the transition from residential and home care to sheltered housing.

**Keywords:**

Intellectual disabilities, social services, sheltered housing

## Obsah

ÚVOD .....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 Mentální postižení .....	11
1.1 Vymezení mentální retardace .....	12
1.2 Etiologie a klasifikace mentální retardace .....	13
1.3 Charakteristika osob s mentálním postižením.....	15
1.4 Psychologické zvláštnosti osob s mentálním postižením.....	17
1.5 Dospělost osob s mentálním postižením .....	20
2 Rodina.....	23
2.1 Definice rodiny.....	23
2.2 Jedinec s mentálním postižením v rodině .....	24
2.3 Náhradní rodinná péče .....	25
2.4 Osamostatňování osob s mentálním postižením .....	26
3 Institucionální sociální péče o osoby s mentálním postižením .....	28
3.1 Legislativní vymezení .....	28
3.2 Transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb.....	29
3.3 Charakteristika sociálních služeb .....	30
3.4 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením .....	31
3.5 Chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením .....	35
PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
4 Výzkumná část .....	39
4.1 Kvalitativní výzkum.....	39
4.2 Výzkumné cíle .....	40
4.3 Výběr respondentů .....	40
5 Popis zařízení.....	41
6 Analýza rozhovorů .....	43

7 Interpretace a vyhodnocení zjištěných dat .....	54
ZÁVĚR .....	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	61
SEZNAM PŘÍLOH.....	66



## ÚVOD

Každý jedinec, ať už je zdravý nebo s mentálním či tělesným postižením, má právo žít svůj život plnohodnotně. Ne vždy tomu však bylo. V minulosti byli lidé s postižením buď usmrcováni nebo segregováni od společnosti a možnost žít kvalitní život jim nebyla umožněna. Moderní doba umožňuje osobám s postižením již realizovat kvalitní život, moderní společnost dbá na co možná nejlepší kvalitu jejich života. Existuje mnoho institucí, které podporují osoby s mentálním či jiným postižením. Tito jedinci mohou využívat služeb již o útlého věku až po stáří. Podmínkou je však zajistit vhodné podmínky a kvalifikované pracovníky, kteří umožní klientům rozvíjet své dovednosti, vědomosti a schopnosti, stejně tak, jako tomu je u ostatních jedinců ve společnosti.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě vlastních zkušeností. Během několika let jsem brigádně pracovala v ústavu sociální péče pro mládež, dnes už tedy v domově pro osoby se zdravotním postižením a práce s klienty s mentálním postižením mi je velmi blízká. V rámci studia jsem si zvolila praxi v chráněném bydlení, ve kterém jsem i následně realizovala výzkumné šetření předložené bakalářské práce. Již během praxe jsem se zajímala o informace, zda zaměstnanci chráněného bydlení vnímají rozdíly u klientů, podle toho, odkud do chráněného bydlení přichází. Na základě zjištěných informací, jsem se rozhodla situaci zmapovat a o tématu napsat bakalářskou práci.

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce je analyzovat situaci jedinců při přechodu z ústavní, či domácí péče do chráněného bydlení. Zjistit, jaké jsou rozdíly u osob z rodin a z domova pro osoby se zdravotním postižením.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou – výzkum. První kapitola teoretické části je věnována mentálnímu postižení. Je zmíněno několik pohledů na mentální retardaci, definic, etiologie a klasifikace mentálního postižení. Dále jsou uvedeny charakteristické psychologické zvláštnosti cílové skupiny. V závěru kapitoly je popsána ontogeneze dospělosti jedinců s mentálním postižením.

Druhá kapitola je věnována tématu rodina. Nejprve jsou zmíněny definice, které rodinu jako základní biologickou skupinu osob vymezují. Následně je popsán jedinec s mentálním postižením v rodině, neboť taková rodina, se ocitá ve velmi složité životní situaci, musí ji umět přijmout adaptovat se na ni a naučit se s limitovaným vývojem dítěte pracovat. V kapitole je dále popsána náhradní rodinná péče, kde je zahrnuta adopce a pěstounská péče, neboť ne vždy pochází uživatel ze své biologické rodiny. Dále je uveden postup osamostatňování osob s mentálním postižením.

Třetí kapitola se zabývá institucionální sociální péčí. Nejprve je uvedena legislativa, dle které se sociální služby řídí a jsou poskytovány. Dále je popsána transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb a charakteristika sociálních služeb, které se dělí na sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci. V neposlední řadě jsou popsány možnosti sociálních služeb, které jedinci s mentálním postižením mohou využívat. Závěr kapitoly je věnován chráněnému bydlení, které je definováno a jsou zde popsány základní činnosti, které služba chráněného bydlení poskytuje.

Praktická část je věnována výzkumnému šetření v chráněném bydlení. Je vymezeno kvalitativní šetření, použitá metodologie, popsán výzkumný hlavní i dílčí cíl a výběr respondentů. Pozornost je též věnována popisu zařízení a analýze rozhovorů. V závěru kapitoly je stěžejní interpretace a vyhodnocení zjištěných dat.

Vzhledem k tématu bakalářské práce a hlavnímu cíli bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Za metodu byla zvolena metoda rozhovoru, respondenty byli pracovníci z chráněného bydlení. Jednalo se o metody jak skupinové, tak individuální.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Mentální postižení

Vzhledem k tématu bakalářské práce je vhodné mentální postižení a mentální retardaci vymezit. Následně tedy objasňujeme, jeho etiologii, klasifikaci, charakteristiku a jaké jsou typické psychologické zvláštnosti osob s mentálním postižením. V kapitole budou obsaženy i poznatky o zvláštnostech dospělé osoby s mentálním postižením, neboť tyto poznatky jsou důležité pro práci s těmito osobami.

*„Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy“* (Švarcová-Slabinová, 2003, s. 24).

V minulosti bylo mentální postižení vykládáno z hlediska náboženských teorií. Předkové chápali duševní onemocnění jako trest boží. Toto pojetí přetrvávalo do 19. století, kdy v období renesance vznikaly tzv. lodě bláznů. Jedinci s mentálním postižením byli většinou segregováni ze společnosti. Radikální změnu s sebou přineslo osvícenství a Philipp Pinel, který se snažil o humanizaci péče těchto osob ve velkých špitálech. Organizovaná péče na našem území začíná založením Ernestina v roce 1871, jehož zakladatelem byl MUDr. Karel Slavoj Amerling (Pipeková a kol., 1998).

I dnes je, v naší kultuře mentální postižení považováno za jakési stigma, neboť veškerá civilizace stojí na racionálním poznávání a dějiny uchopení světa jsou vyjadřovány nejen rozumovým ale dokonce technickým přístupem ke skutečnosti (Pipeková, Vítková et al., 2014). Za poslední období evidujeme značný nárůst osob s mentálním postižením v populaci. Mezi příčiny se udává moderní lékařská péče, která se snaží udržet při životě i takové novorozeně, které by v minulosti zemřelo hned po porodu. Další příčinou může být vývoj civilizace, který na jedince klade stále větší požadavky (Valenta, Müller, 2003).

Mentálnímu postižení se věnuje mnoho oborů, ať už je to medicína, psychologie, sociologie, nebo speciální pedagogika, genetika, didaktika. Za zmínku stojí i historiografie a umění, kde se téma mentálního postižení objevuje. Např. novela z roku 1937 od spisovatele J. Steinbecka *O myších a lidech*, znázorňuje tragický osud mentálně retardovaného Lennyho, nebo velmi známý Oscarový film *Forrest Gump* (1994) (Pipeková, Vítková et al., 2014).

## 1. 1 Vymezení mentální retardace

*„Vymezení pojmu mentální retardace má velký význam jak teoretický, který spočívá v přesné klasifikaci podstatných znaků stavu, tak praktický, neboť terminologická přesnost přispívá k rozhodování při stanovení odpovídajícího způsobu odborné speciálněpedagogické péče“* (Krejčířová in Renotierová, Ludíková a kol, 2005, s. 161).

V minulosti nacházíme mnohé termíny, které byly dříve uznané ale později opuštěné. Jsou jimi například slabomyslnost, mentální či duševní zaostalost, defekt, rozumová či duševní vada. Také pojmy, které se vztahovaly k době vzniku, jako je **oligofrenie**, se kterou se nejčastěji setkáváme v případě, kdy je mentální postižení diagnostikováno již od narození jedince. Druhým termínem je **demence**, takto se označovali stavy, kdy došlo k poklesu již dosažené intelektové úrovně a schopností v pozdějším životě (Černá a kol., 2008).

V současné době, je nejvíce používané označení **mentální retardace** (z lat. „mens“ = mysl, duše a „retardare“ = opozdit, zpomalit), které se ve větším měřítku začalo používat až po konferenci Světové zdravotnické organizace (WHO) v Miláně, která se konala roku 1959 (Valenta in Valenta a kol., 2014).

Dnes, se setkáváme s celou řadou definic, které vymezují mentální retardaci, ale ještě se nenašla taková, která by svým obsahem vyhovovala všem odborníkům, a která by přesně vymezovala mentální retardaci. Z toho důvodu, si dovolíme některé definice zmínit a porovnat tak pohled českých autorů, kteří se touto problematikou zabývají.

Pipeková a kolektiv vymezují definici následovně: *„Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav trvalý, vrozený nebo časně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence“* (Pipeková a kol. 1998, s. 171).

Vojtko zase nahlíží na mentální retardaci jako na *„stav zastaveného či neúplného duševního vývoje v prvních letech života dítěte. Pokud dojde k narušení intelektových funkcí až po třetím roce věku, stanoví se jiná diagnóza“* (Vojtko, 2011, s. 143).

Švarcová tvrdí, že mentální retardaci se rozumí snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku (Švarcová-Slabinová, 2003).

Dále lze mentální postižení definovat jako „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností*“ (Valenta in Valenta a kol., 2014, s. 24).

Slowík mentální retardaci vidí jako pojem, jež se vztahuje k podprůměrnému intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování, které jsou rozeznatelné z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se, či z nedostačující sociální přizpůsobivosti (Slowík, 2007).

Ze zmíněných definic je zřejmé že se jedná o poruchu psychických funkcí, která jedince s mentálním postižením postihuje ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné, sociální. Každý jedinec má své specifické zvláštnosti, které jsou zapříčiněny druhem a stupněm postižení (Pipeková in Pipeková a kol., 1998).

## **1. 2 Etiologie a klasifikace mentální retardace**

Etiologie mentální retardace je velmi různorodá, a to nejen k množství vlivů, které negativně působí na zdravý růst plodu ale i k řadě onemocnění, úrazů infekcí, které jedince ohrožují v pozdější době (Černá a kol., 2008).

Příčinou mentální retardace je poškození CNS (centrální nervové soustavy), které může vzniknout jakýmkoliv způsobem. Na vzniku tohoto postižení se může podílet jak porucha genetických dispozic, tak nejrůznější vnější vlivy. Obě tyto složky se navzájem prolínají a jsou ve vzájemné interakci (Fischer, Škoda, 2008).

Švarcová - Slabinová hovoří o příčinách vnitřních – endogenních, které jsou zakódovány v systémech pohlavních buněk, kdy jejich spojením vzniká nový jedinec. Tyto příčiny také nazýváme genetické. Dále jsou to vnější příčiny, nebo-li exogenní, které se rozdělují podle doby působení (Švarcová – Slabinová, 2003).

Velmi důležité jsou i příčiny, které se dělí dle časového hlediska, a to na období prenatální, perinatální a postnatální. Těmto obdobím se podrobněji věnují Valenta a Müller (Valenta, Müller, 2003).

V **prenatálním období** na jedince působí celá řada vlivů. Podstatnou roli hrají vlivy dědičné, jinými slovy hereditární. Do této kategorie patří po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které postupně vedou k mentální retardaci ale i to, když dítě po rodičích zdědí nedostatek vloh k určité činnosti. Převažujícím faktorem pro vznik mentálního postižení jsou specifické genetické příčiny, kde vlivem faktorů jako je záření, dlouhodobé hladovění či chemické vlivy, může dojít k aberaci chromozomů nebo ke změnám v jejich počtu. Typickým příkladem je Downův syndrom. Další skupinu tvoří enviromentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství, jako jsou zarděnky, syfilis, toxoplazmóza a další. Platí, že čím dříve k patologii dojde, tím tragické to má následky pro zdraví dítěte. K poškození může dojít i během porodu čili v **období perinatálním**, kdy narušení centrální nervové soustavy může být způsobeno nedostatkem kyslíku, předčasným porodem, nízkou porodní váhou nebo i nefyziologickou novorozeneckou žloutenkou. Po porodu a v následujícím životě, tedy v **postnatálním období** hrozí vzniku mentálního postižení zevní události, např. traumata, krvácení do mozku či nádorová onemocnění způsobující mozkové léze. Svůj podíl zde mají i sociální vlivy, kdy v případě, že dítě vyrůstá v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí či v institucionální péči, dochází k citové a sociokulturní deprivaci. Takovéto prostředí může mít za následek snížení inteligenčního kvocientu až o 20 bodů (Valenta, Müller, 2003).

*„Problém je v tom, že sociokulturní deprivaci trpí především děti rodičů s nižším intelektovým potencionálem, takže dochází ke kumulaci patologických faktorů způsobujících především lehkou mentální retardaci“ (Valenta, Müller, 2003, s. 53 - 54).*

### **Klasifikace mentální retardace**

Klasifikace mentálního postižení je důležitá škála pro určování druhu, typu postižení ale i diagnóz. Je velice přínosná a napomáhá ke správnému přístupu a péči o osoby s mentálním postižením.

Toto hodnocení inteligence poskytuje pouhý odhad schopností, které určují pozici jedince s mentálním postižením k populační normě (Fischer, Škoda, 2008). V současné době je v České republice využívána 10. revize Mezinárodní klasifikace

nemocí, vydána Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, z roku 1992, s platností od 1. 1. 1993 (Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, 2018)

*Tabulka 1 – Rozdělení klasifikace mentálního postižení dle MKN*

Označení dle MKN-10	Slovní označení	Hodnota IQ
<b>F70</b>	Lehká mentální retardace	69 - 59
<b>F71</b>	Středně těžká mentální retardace	49 - 35
<b>F72</b>	Těžká mentální retardace	34 - 20
<b>F73</b>	Hluboká mentální retardace	19 - 0
<b>F78</b>	Jiná mentální retardace	
<b>F79</b>	Nespecifikovaná mentální retardace	

*(MKN-10, 1. 1. 2018)*

Mentální retardace se zařazuje do oboru psychiatrie, proto je jako první označení písmeno F. Rozmezí F 70 – F 79 je tedy věnované mentálnímu postižení a celé toto označení je považováno za základní kód (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

### **1. 3 Charakteristika osob s mentálním postižením**

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

U jedinců s lehkým mentálním postižením se uvádí, že osvojování řeči u nich bývá obtížné. Na druhé straně většina z nich je schopna užívat řeč v každodenním životě a udržovat konverzaci. Převážná část dosáhne úplné nezávislosti v péči o vlastní osobu (jídlo, hygienické návyky, oblékání), zároveň i v praktickém životě, ačkoliv je vývoj oproti populační normě daleko pomalejší. Hlavní obtíže se objevují při teoretické práci ve škole, kdy mnozí mají problémy se čtením a psaním. Ovšem je známé, že vzdělávání a výchova zaměřena na kompenzaci jejich nedostatků je velmi prospěšná. Většinu jedinců s horní inteligenční hranicí mentálního postižení lze v dospělosti zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti. V sociokulturním kontextu, kde je kladen důraz na malé teoretické znalosti, nepůsobuje mentální postižení osobám výrazné potíže, ty se však projevují tehdy, kdy

je jedinec emočně a sociálně nezralý, těžko se přizpůsobuje kulturním tradicím, není schopen se vyrovnat s požadavky manželství, výchovy dětí, nebo nedokáže samostatně řešit problémy, které obecně vyplývají z nezávislého života. I když je zjišťována organická etiologie u narůstajícího počtu jedinců s postižením, stále však mnohé příčiny zůstávají neodhaleny. Lehké mentální postižení může mnohdy být doprovázeno i jinými chorobnými stavy jako je autismus, epilepsie, poruchy chování či tělesné postižení (Švarcová – Slabinová, 2012).

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

U jedinců v této kategorii se setkáváme s výrazným opožděním rozvoje, chápání a užívání řeči. Problémy jsou značné i v oblasti samostatnosti a zručnosti. Osoby se středně těžkou mentální retardací jsou limitovány ve vzdělávání, avšak při kvalifikovaném pedagogickém působení jsou schopni si osvojit základy čtení, psaní a počítání. Tito jedinci jsou v dospělosti schopni vykonávat jednoduchou manuální práci s pečlivě strukturovanými úkoly a pod odborným dohledem, ale žít samostatný život mohou jen výjimečně. Mnozí vyžadují celoživotní podporu a pomoc. Obvykle jsou mobilní a fyzicky aktivní k navazování kontaktů, ke komunikaci s druhými a schopni jednoduchých sociálních aktivit. Mezi jedinci se projevují velké rozdíly, a to nejen ve schopnostech, ale i v komunikaci. Někteří dosahují vyšší úrovně v sensoricko – motorických dovednostech oproti úkonům, vyžadující verbální schopnosti. Jiní jsou zase neobratní ale naopak schopni sociální interakce a komunikace. Ve většině případech lze u jedinců se středně těžkou mentální retardací zjistit organickou etiologii. Velmi často je zde diagnostikován přidružený dětský autismus, nebo jiné poruchy, jako tělesná, neurologická postižení (Švarcová – Slabinová, 2012).

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

Tato kategorie je v mnohém podobná kategorii předchozí. Snížení schopností je v této skupině mnohem výraznější. Narušená je tedy především oblast motoriky, kterou lze vhodnou a včasnou rehabilitační péčí a využitím kompenzačních pomůcek do určité míry zlepšit tak, aby jedinci byli schopni pohybu buď s dopomocí, nebo s využitím kompenzační pomůcky a nebyli tak zcela imobilní (Švarcová – Slabinová, 2012).

Omezení je značné i v oblasti řeči, kdy se jedinci naučí jen několik slovních výrazů, které neumí přesně využívat. Učení je výrazně limitováno a vyžaduje



dlouhodobou práci ke zvládnutí úkonů sebeobsluhy. Tito jedinci jsou plně závislí na péči druhé osoby (Fischer, Škoda, 2008).

### **Hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20)**

Jedinci s tímto druhem postižení mají velmi těžké omezení komunikovat s okolím, porozumět požadavkům a adekvátně na ně reagovat. Většina z nich je imobilní, zpravidla bývají inkontinentní. Vyžadují stálou pomoc a dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené a obvykle spojené s komplexní rehabilitační péčí. U lidí s tímto postižením by se měla rozvíjet určitá schopnost, aby byli schopni vyjádřit své primární potřeby (žízeň, bolest, hlad). U lidí s hlubokou mentální retardací jsou velmi často přidružené neurologické vady, smyslové vady, tělesné postižení, nebo také nedostatečná činnost centrální nervové soustavy. Téměř vždy lze určit organickou poruchu (Švarcová – Slabinová, 2012).

### **Jiná mentální retardace**

Tato kategorie by měla být využita tehdy, kdy je stanovení stupně mentální retardace nesnadné nebo nemožné, na základě přidruženého senzoryckého nebo somatického poškození, např. u osob nevidomých, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování atd. (Švarcová – Slabinová, 2012).

### **Nespecifikovaná mentální retardace**

Tato kategorie je využita v případě, kdy je zřejmé, že jde o mentální postižení, avšak není dostatek informací k tomu, aby bylo možné jedince zařadit do výše uvedených kategorií (Švarcová – Slabinová, 2012).

## **1. 4 Psychologické zvláštnosti osob s mentálním postižením**

Následně si představíme vnímání, myšlení, paměť, orientaci, sebeobsluhu, pozornost, vůli, emoce a sexualitu, a na závěr talent u osob s mentálním postižením. Všechny tyto zvláštnosti jsou důležité při posuzování osob s mentálním postižením během přechodu do chráněného bydlení.

U vnímání je v první řadě důležité zmínit, že je značně ovlivněno úrovní rozumových schopností. Jeho opožděná či omezená schopnost má u dětí s mentálním postižením velký vliv na další průběh jejich psychického vývoje. Na základě úzkého rozsahu vnímání se jedinci s mentálním postižením hůře orientují v čase, v novém prostředí, v neznámé situaci, špatně chápou souvislosti mezi předměty a nevnímají

jejich odlišnost. Vnímání jedinců s mentálním postižením je inaktivní, nemají snahu při pohledu na obraz zkoumat a hledat detaily, nacházet souvislosti, nebo se odpoutat od výrazných stránek, které jsou pro danou chvíli nepodstatné (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Tyto nedostatky percepce lze za pomoci speciálně pedagogických metod a přístupů poměrně úspěšně překonávat (Valenta, Müller, 2003).

Myšlení je poznávací funkcí, jež se vyjadřuje pomocí řeči. Do základních myšlenkových operací řadíme rozlišování, třídění, komparaci, analýzu (syntézu) a zobecnění (generalizaci). Myšlení osoby s mentálním postižením je příliš konkrétní, nejsou schopni vyšší abstrakce nezbytné pro generalizaci (Valenta, Müller, 2003). Jejich uvažování je vždy spojováno a vázáno na realitu (Vágnerová, 2004). S onou analýzou a syntézou mají potíže, jejich myšlení je nedůsledné, vyznačující se slabou řídicí funkcí. Špatně rozvinutý fonemický sluch má za následek špatné rozlišování hlásek a nedostatky v artikulaci (Valenta, Müller, 2003). Řeč u osob s mentálním postižením bývá postižena jak formálně, tak obsahově, proto u těžšího stupně postižení má větší význam neverbální způsob komunikace (Vágnerová, 2004). Typické pro jedince s mentálním postižením je i nedostatečná schopnost rozumění, hodnocení či rozhodování, tyto nesnáze se u jedinců podepisují na obsahu sdělení (Valenta, Müller, 2003).

Paměť řadíme mezi základní kameny psychického vývoje. Díky ní si uchováváme minulou zkušenost, získáváme vědomosti a dovednosti (Švarcová – Slabinová, 2003). Lidé s mentálním postižením mají spíše mechanickou, krátkodobou a konkrétní paměť, se kterou se zároveň pojí i eidetismus představ, kdy nejsou schopni vyčlenit z vnímaného to podstatné. Vše si osvojují pomalu, s tím souvisí i přístup speciálních škol, které právě opakování věnují velkou pozornost. Rychle zapomínají naučené, nepřesně si vybavují pamětní stopy a nabyté vědomosti neumějí včas a správně použít v praxi (Valenta, Müller, 2003). Příčinou opožděného osvojování vědomostí a dovedností je opět v centrální nervové soustavě (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Špatné působení na paměť má také nedostatek spánku, nesoustředěnost, nedostatek čerstvého vzduchu či působení některých látek. Ke správnému rozvoji paměti je zapotřebí nejen kvalifikovaný speciálně pedagogický přístup, ale především vysoká míra trpělivosti (Švarcová – Slabinová, 2003).

S pamětí úzce souvisí i tematika orientace, a to časem i místem. Náhlé změny v orientaci mohou být příznakem jiného, přidruženého onemocnění (např.

Alzheimerova choroba), které je však vlivem mentálního postižení potlačeno, proto je diagnostika této funkce velmi důležitá. Míra orientačních schopností je úzce pojena s intelektem a hloubkou postižení jedince. U osob s mentálním postižením nebývají orientační funkce výrazně narušeny, ale i přes to se zde potíže mohou objevit, a to v časové orientaci, především v určování času na hodinkách. Dále v orientaci místem, která je vázána na jazykovou zkušenost a dostatečnou slovní zásobou. Zde se vyskytují potíže při pohybu v místě bydliště, ve městě, nebo samostatném pohybu dopravou. S větší četností se s poruchou orientace setkáváme u osob se středně těžkou mentální retardací. Pro posouzení těchto funkcí se v tomto případě využívá především pozorování, anamnéza a rozhovor s blízkými osobami. Pro lepší pochopení časové orientace přispívají stravovací stereotypy (snídaně, oběd, večeře). Poruchy orientace v prostředí se nejlépe posuzují v již dobře známém prostředí, např. při hledání pokoje (Lečbých in Valenta, Michalík, Lečbých, 2012).

Sebeobsluha a dovednosti s tím spojené jsou pro nezávislost a samostatnost každého jedince velmi důležité. Osoby s lehkou mentální retardací nemají oblast sebeobsluhy nijak výrazně narušenou a většina z nich dosáhne úplné nezávislosti nejen v péči o vlastní osobu ale i v domácích dovednostech, ačkoliv jejich tempo je oproti normě pomalejší. K výraznějšímu opoždění dochází u osob se středně těžkou mentální retardací, ačkoliv jsou schopni zvládnout jednoduché běžné návyky, ty složitější jim mohou způsobovat potíže a u mnohých jedinců je potřeba dohled a dopomoc po celý život. Na pomoc druhé osoby, ať už rodiče, asistenta nebo vychovatele, jsou z velké části odkázáni osoby s těžkou mentální retardací. V dovednostech sebeobsluhy jsou těžce omezené osoby s hlubokou mentální retardací, a i ty jsou v plném rozsahu odkázáni na celoživotní pomoc druhé osoby. Většina z nich je vzhledem ke svému závažnému postižení imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Mají potíže s přijímáním jídla, bývají inkontinentní, nejsou schopni základní hygienických, sebeobslužných potřeb (Petráš in Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012).

Další složkou osobnosti, která bezprostředně souvisí s vnímáním a myšlením, je pozornost. Tu dělíme na bezděčnou (zaměřující se na silné podněty, např. intenzivní zvuk) a záměrnou, která je vázána vůlí a je nejdůležitější při vyučovacím procesu (Valenta, Müller, 2003). Pozornost u osob s mentálním postižením vykazuje nestálost a dochází ke snadné unavitelnosti. Jsou schopni udržet pozornost pouze na krátkou

dobu, oproti zdravým jedincům. Po soustředění je nutná relaxace a odpočinek (Valenta in Valenta a kol., 2014).

Vůli můžeme řadit jako jednu z nejdůležitějších rysů osobnosti, jež se projevuje v uvědomělém a cílevědomém jednání. Osoby s mentálním postižením vykazují nedostatek iniciativy a v souladu se vzdálenějšími cíli nejsou schopny své jednání řídit. Typická je pro ně zvýšená sugestibilita, citová, ale i volní labilita, impulzivnost či agresivita. Všechny tyto volní projevy se dají označit jako projevy nezralé osobnosti. Specifickým rysem je abulie, nebo-li nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost. Výchova vůle je u osob s mentálním postižením dlouhodobý proces, jenž vyžaduje trpělivost a mnoho pedagogických zkušeností (Švarcová – Slabinová, 2003).

Další významnou oblastí ovlivňující osobnost jsou emoce, které jsou důležitou složkou lidského chování, mají vliv na temperament, sociální přizpůsobivost, schopnost a proces učení. Lze je vymezit jako schopnost reagovat na podněty prožitkem libosti či nelibosti (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Člověk s mentálním postižením má snížené schopnosti se ovládat, oproti intaktním jedincům (Valenta in Valenta a kol., 2014). Často jde o zvýšenou dráždivost, mrzutou náladu či větší pohotovost k afektivním reakcím (Vágnerová, 2004). S tím souvisí i malá řídicí funkce, díky které lze projevy tlumit a přehodnocovat. Mezi další typické znaky patří například dlouhodobá nediferencovanost citů, egocentrické emoce, které ovlivňují tvorbu hodnot a postojů, neadekvátní projevy citů k určitým podnětům. S emocemi se též pojí tematika sexuality, u které je důležité zmínit, že osoby s mentálním postižením mají stejné potřeby jako většinová populace (Valenta in Valenta a kol., 2014).

U osob s mentálním postižením je talent dispozice, na kterou se nesmí zapomínat. Je důležité zmínit, že postižení v tomto případě není kontraindikací, a i zde se objevují velmi kreativní a talentovaní jedinci. Mnozí z nich nachází své uplatnění v řadě profesionálních divadel či divadelních projektů, nejen u nás ale i ve světě (Valenta in Valenta a kol., 2014).

### **1. 5 Dospělost osob s mentálním postižením**

Dnes vymezuje dospělost řada definic, které, stejně jako u mentálního postižení je těžké sjednotit.

Toto životní období můžeme specifikovat jako nejvyšší etapu lidské zralosti, ve které je člověk na vrcholu svých tvůrčích sil, je samostatný, citově vyrovnaný, objektivně využívá své rozumové schopnosti. Nejvyššího stupně dosahuje i v oblasti sociální (Holásková in Šimíčková – Čížková a kol., 2008). I přes nejasné vymezení dospělosti, můžeme uvažovat o několika faktorech, které ke statusu dospělosti buď přispívají, nebo jí brání. Řeč je o ukončení školní docházky, získání zaměstnání, uzavření sňatku, právu volit a být volen, získání sociálních dávek od státu, postojе personálu, postoj samotných dospívajících, odchod z domova rodičů a další. V dnešní společnosti je těžké najít hledisko pro zhodnocení, zda člověk je nebo není dospělý (Šiška, 2005).

S dospělostí se pojí i role, charakteristické pro toto období, jde o role profesní, partnerské, rodinné. Součástí života dospělých je však i finanční nezávislost či samostatné bydlení.

U osob s mentálním postižením je období přechodu do dospělosti charakteristické mnoha zvláštnostmi, jež ovlivňují naplňování snahy dosáhnout statusu dospělosti. Úkolem poskytovatelů služeb by měla být v co největší možné míře podpora osob s mentálním postižením v naplňování sociálních rolí, které jsou pro období dospělosti charakteristické. Jednou ze zásadních rolí dospělosti je role člověka, který přispívá do společnosti, kterou je součástí (Šiška, 2005).

Ve společnosti se však často setkáváme s názorem, že lidé s mentálním postižením jsou po psychické stránce dítětem, ačkoliv se jedná už o dospělého jedince.

Role dospělosti jedince s mentálním postižením je pro mnohé nedostupná, nebo v omezené míře, s určitou pomocí, podporou. Osoba je v tomto zaměření zralá spíše biologicky než psychosociálně, a proto je velmi důležitá podpora, v maximální možné míře, v naplňování rolí, které jsou pro období dospělosti charakteristické. Řeč je o jejich zaměstnání, partnerském a rodinném životě, případně dalším vzděláním či chráněném bydlení (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Pracovní aktivita, je důležitá část života každého člověka. Osobám s mentálním postižením udává náplň, smysl, a je stejně jako u většinové populace spojena s pravidelným denním režimem. Finanční příjem tak jedincům umožňuje nebýt závislý na rodičích či sociálních dávkách. (Pipeková, 2006). Práce u mladých

jedinců s mentálním postižením je vnímána jako mimořádně důležitá a obohacující, vede k rozvoji zodpovědnosti, osobních kompetencí a samostatnosti (Lečbych, 2008).

Jedinci s mentálním postižením jsou na trhu práce znevýhodněnou skupinou, proto je důležité, aby vykonávaná činnost odpovídala jejich možnostem, úrovni myšlení, koncentraci pozornosti, aby nevyžadovala rychlé reakce či náhlou změnu pracovních úkonů (Vágnerová, 2004). Vhodným místem podpory se jeví podporované zaměstnávání, který s programem tranzit umožňuje začlenit osoby s mentální retardací na běžná pracoviště a otevřený trh práce. Zařazení jedince na trh práce však vyžaduje aktivní zapojení nejen jeho samotného ale také blízké osoby a profesionály, kteří se na trhu práce orientují (Lečbych, 2008).

Partnerství a rodinný život nemívá u lidí s mentálním postižením vždy standardní charakter, mnohdy jde spíše o vyjádření touhy po blízké osobě, kdy vztah je založený pouze na společné aktivitě v rámci volného času nebo zaměstnání (Vágnerová, 2004). Osoby s mentální retardací žijící v institucích nebo v uzavřených rodinách nemají možnost setkávat se s potencionálně vhodnými osobami opačného pohlaví a mají tak omezenou možnost v navazování trvalejších intimních vztahů. I když vybraná zařízení umožňují partnerský život osobám s mentální retardací, v rodinách takové situace nebývají (Lečbych, 2008). Rodiče potomků s mentálním postižením se často jejich partnerského života obávají a mají značný strach z neplánovaného těhotenství (Vágnerová, 2004).

*Shrnutí:*

*Pro splnění cíle v bakalářské práci bylo nezbytné nejprve analyzovat etiologii, klasifikaci a psychologické zvláštnosti osob s mentálním postižením. V závěru jsou popsány poznatky týkající se cílové skupiny této práce, a to dospělých osob s mentálním postižením. Kapitola s sebou přináší potřebné informace o jejich schopnostech, projevech, kterým je při jejich podpoře důležité věnovat pozornost.*

## 2 Rodina

Kapitola bude věnována nejdůležitější skupině osob – rodině, také jedinci s mentálním postižením v rodině, neboť právě taková rodina musí přizpůsobit celkový chod domácnosti určitému omezení. Pozornost bude věnována i náhradní rodinné péči, kde bude zmíněna i adopce a pěstounská péče, neboť ne vždy uživatelé do chráněného bydlení přichází z biologické rodiny. V závěru kapitoly bude popsáno osamostatňování osob s mentálním postižením.

### 2.1 Definice rodiny

Hovoříme zde o skupině, kterou tvoří rodiče, jejich děti, případně prarodiče, v níž se tvoří stabilita napříč všem společenstvím (Matoušek, 1997). Jde o jakousi instituci, která představuje jeden ze základů světa, do kterého se rodíme, ve kterém žijeme (Lašek a kol., 2014). Rodina je dnešní generací chápána jako: „*skupina lidí, především rodičů a jejich dětí, které spojují vzájemné velmi blízké vztahy, kteří se mají rádi, žijí spolu v jedné domácnosti a tvoří jakousi jednotu, již lze označit slovem my, zatímco zbytek světa jsou oni*“ (Haviger, Havigerová, Loudová, 2014, s. 108).

Jde o prostředí, v němž se jedinci vyvíjí, a které má vliv na utváření nejen jeho vlastností ale i osobnosti. (Lašek, Loudová, 2013) Rodina je „*jak biologická, tak sociální relativně stálá skupina, spojená vztahy příbuzenství, která vychovává děti a poskytuje svým členům sociální, citové a hodnotové zázemí*“ (Jirásková, 1999, s. 69).

Aby rodina mohla fungovat bez problému, je k tomu zapotřebí aktivní a stabilní přítomnost všech členů. Fungování tohoto orgánu je podmíněno velkým množstvím vnitřních a vnějších faktorů, které ovlivňují danou stabilitu rodiny. Řeč je o struktuře rodiny, kde hrají roli vzájemné vazby a pozice mezi členy, rozdělení práv a povinností, dále intimita, ve smyslu vědomí vzájemné blízkosti, také osobní autonomie a v poslední řadě hodnoty a postoje (Kraus, 2015).

Z hlediska společnosti rodina plní řadu funkcí. První z nich je biologicko – reprodukční, která má význam nejen pro společnost ale i pro jedince v rodině. Další je sociálně ekonomická, kdy se jednotliví členové rodiny zapojují do výrobní i nevýrobní sféry díky svému povolání a rodina jako celek se stává spotřebitelem, na němž je současný trh závislý. Neopomenutelnou funkcí je funkce ochranná, jež spočívá v zabezpečení životních potřeb, jak biologických, hygienických tak zdravotních, a to

pro všechny členy rodiny. Pro socializačně výchovnou funkci je typické přijímání a formování informací v souladu se svými vlohami, biologickými i psychickými potřebami dítěte od narození po celou dobu jeho života v rodině. Na závěr nezastupitelná emocionální funkce. Žádná instituce nedokáže nahradit potřebné citové zázemí, pocity lásky bezpečí a jistoty tak, jako rodina (Kraus, 2015).

## 2. 2 Jedinec s mentálním postižením v rodině

V této kapitole se zaměříme již na prvopočátky příchodu postiženého jedince do rodiny. Je důležité zmínit první soužití s dítětem, které následně vede k adaptaci a případné péči o jedince do období dospělosti.

Příchod dítěte, ať už zdravého nebo s postižením, představuje pro rodinu mnoho změn. Díky technologiím, které dnešní medicína nabízí, se nastávající rodiče mohou dozvědět o potencionálním postižení dítěte, ovšem je pouze na nich, jakou cestu si zvolí. V případě adaptace je důležité uspořádat rodinný život a prostředí tak, aby splňovalo požadavky nejen osoby s mentálním postižením ale i dalších členů rodiny (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Narození dítěte s mentálním postižením bývá považováno za traumatizující událost, která odvíjí nejen postoje jich samotných, ale i společnosti, ve které žijí. Pocity radosti a naděje, se rázem změni na úzkost, strach, pocit viny, studu (Švarcová – Slabinová, 2003).

Chování a prožívání rodičů se v průběhu času mění, dá se říci, že prochází pěti typickými fázemi. První je fáze šoku a popření, kdy šok je reakcí na skutečnost, že dítě je trvale postižené. Rodiče se musí vyrovnávat se zátěží, se kterou nepočítali, nebyli na ni připraveni, typické jsou výroky „*To není možné, to nemůže být pravda*“ (Vágnerová in Vágnerová, Moussová, Štech, 2000, s. 78). Poté následuje bezmocnost. Rodiče prožívají pocity viny, které se vztahují k dítěti, a zároveň pocity hanby, které míří z očekávaných reakcí od jiných lidí (Doležalová, Michalík, Valenta in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012). Další fází je postupná akceptace reality, vyrovnání se s problémem, kde velký vliv hrají racionální a emocionální faktory. Tato fáze je charakteristická v získávání většího množství informací, pochopení vzniklého postižení a seznámení se s možnostmi dalšího, avšak omezeného vývoje. Úroveň vyrovnání se s touto tíživou situací závisí na kvalitě citového zázemí, životních zkušenostech či zralosti osobnosti rodičů (Vágnerová in Vágnerová, Moussová, Štech,



2000). Pro fázi smlouvání je typické hledání jakéhokoli zlepšení pro dítě (př. bude chodit, alespoň s berlemi). Jde o vyjádření naděje, jež není zcela nerealistická. Poslední fáze je smíření, kdy rodiče přijmou skutečnost, že mají dítě s postižením, začínají se chovat přiměřeně k situaci a jejich plány jsou realističtější (Doležalová, Michalík, Valenta in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Aby se co nejlépe dokázali se vzniklou situací vyrovnat, je důležité, aby byli co nejvíce informováni o využitelných službách, možnostech přístupu atd. (Švarcová – Slabinová, 2003).

Rodina hraje velmi významnou roli pro jedince s mentálním postižením i v dospělém věku. Jedinci s lehkým stupněm postižení se zapojují do každodenních aktivit s domácností spojenými a cítí se být pro rodinu potřebnými (Švarcová – Slabinová, 2003). Celoživotní péče o potomka s mentálním postižením představuje pro rodinu určitou zátěž. Je nutné mu přizpůsobit životní styl, omezit potřeby každého člena rodiny a přijmout specifickou sociální pozici rodiny, se kterou souvisí i eventuální izolace. Rodiče v tomto období mají uspokojivý a sebeoceňující pocit, který směřuje od vyrovnání se s touto zátěží. Faktory, jež usnadňují adaptaci jsou spolehlivost, emoční podpora rodiny, schopnost přizpůsobit svá očekávání realitě či sociální podpora vycházející z nejbližšího okolí a společnosti (Vágnerová, 2004).

Setkáváme se zde s problémem stárnoucích rodičů dospělých osob s mentálním postižením, kteří mají největší obavu z budoucnosti. Jejich snaha ochránit své dítě je charakteristickým rysem každého rodičovství. V rodinách, ve kterých je člen s mentálním postižením se stává, že jejich obavy a ochranné postoje se s věkem dítěte zvyšují (Černá a kol. 2008).

### **2. 3 Náhradní rodinná péče**

Mluvíme-li v této kvalifikační práci o rodině, je nutné zmínit i náhradní rodinnou péči. Mnohdy se setkáváme s klienty, kteří pochází z rodiny, kde nejsou biologičtí rodiče. Na náhradní rodinnou péči by se v tomto ohledu nemělo zapomínat a z toho důvodu bude tato kapitola věnována právě jí.

Náhradní rodinná péče se dá definovat jako *„forma péče o děti, kdy je dítě vychováváno „náhradními“ rodiči v prostředí, které se nejvíce podobá životu v přirozené rodině. Tou je u nás zejména adopce (osvojení) a pěstounská péče“* (Bubleová, Kovařík in Matějček a kol., 1999, s. 31).

## **Adopce**

Při osvojení manželů, jednotlivců dochází k přijetí dítěte za vlastní a mají k němu stejná práva a povinnosti jako by byli jeho rodiči. Vzniká tím nový vztah, jako by dítě mělo se svými biologickými rodiči, dítě přijímá nové příjmení. Dle zákona jsou rozlišovány dva druhy adopce. Tzv. „zrušitelná“, kdy práva a povinnosti přechází na osvojitele, ale původní rodiče zůstávají uvedeni v rodném listě. Tento typ bývá využíván v případě, jde-li o přijetí dítěte mladšího jednoho roku. Druhou možností je „nezrušitelná“ adopce, která se odlišuje tím, že osvojitelné jsou zapsáni v rodném listě (Bubleová, Kovařík in Matějček a kol., 1999).

## **Pěstounská péče**

Péče, jenž zajišťuje hmotné zabezpečení nejen dítěti, ale i přiměřenou odměnu těm, kteří se ho ujali. Soud svěřuje dítě do péče jedinci nebo manželské dvojici v případě, že dítě nemůže vyrůstat v prostředí s jeho biologickými rodiči, nebo nemůže být z jakéhokoliv důvodu svěřeno do osvojení. Pěstounská péče má dva typy, a to individuální a skupinovou formu. Individuální probíhá v běžném rodinném prostředí, zatímco skupinová je poskytována ve zvláštních zařízeních nebo v SOS dětských vesničkách (Bubleová, Kovařík in Matějček a kol., 1999).

### **2. 4 Osamostatňování osob s mentálním postižením**

Samostatnost patří mezi základní prvky, které mohou definovat dospělého jedince. To platí i u osob s mentálním postižením.

Samotné osamostatňování je ale pro tyto jedince velmi náročné, v některých případech i nedosažitelné (Vágnerová, 2004). Proces osamostatňování se dá definovat jako cesta od závislosti, ať už na rodičích nebo na sociálních službách, k samostatnosti, a to v rovině psychické, fyzické, sociální i ekonomické (Macek, 1999)

Osoby se zdravotním postižením ale velmi často ani nemají potřebu žít samostatně, mnohdy by ani nebyli schopni (Vágnerová, 2004).

V případě, že žijí jejich rodiče, mohou mu veškerou péči nabídnout oni, poskytnout určité citové zázemí. Na druhou stranu se ale ocitnou v sociální izolaci, především co se týče kontaktu se svými vrstevníky či stejně postiženými osobami. V rodině dospělý člověk s mentálním postižením často bývá v pozici tzv. „závislého

dítěte“, za kterého rozhodují ostatní. Pokud rodiče svého potomka nevedou k osamostatňování či k učení a vykonávání běžných domácích činností, bývají následkem toho málo soběstační a neumí ani to, co by teoreticky zvládnout mohli. Taková skutečnost bývá velmi závažnou překážkou při adaptaci na jiné prostředí v případě úmrtí rodičů (Vágnerová, 2004).

Důležité je zmínit, že osamostatnění se neznamena jen obejít se bez pomoci rodiny či okolí. Pro osoby se zdravotním postižením to představuje hlavně vyznat se a přijmout pomoc, která jim je nabízena, anebo si umět potřebnou pomoc vyhledat (Procházková in Pančocha a kol, 2013).

*Shrnutí:*

*V kapitole byla popsána rodina, její definice, neboť je nedílnou součástí této bakalářské práce. V kapitole je též zmíněná osoba s mentálním postižením v rodině, jelikož má určitá specifika, které každý člen domácnosti musí respektovat. Avšak ne vždy ale jedinec do chráněného bydlení přichází z rodiny, a proto byly uvedeny i poznatky o náhradní rodinné péči, adopci a pěstounské péči. Závěr kapitoly byl zaměřen na osamostatňování osob s mentálním postižením, neboť toto téma je při přechodu do chráněného bydlení důležité.*

### 3 Institucionální sociální péče o osoby s mentálním postižením

V poslední teoretické části bude obsaženo legislativní vymezení sociální péče, bude zde zmíněn zákon i vyhláška, jež se k tématu vztahují. Dále zde bude vypsána charakteristika sociálních služeb a možnosti sociálních služeb, které jedinci s mentálním postižením mohou využít. V závěru kapitoly budou zmíněno chráněné bydlení.

#### 3.1 Legislativní vymezení

System sociální péče spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (MPSV ČR) a je realizován dle zákona č. 108/2006Sb. v platném znění, o sociálních službách (Valenta in Valenta a kol., 2014). Do konce roku 2006 vycházela právní a faktická úprava sociálních služeb ze zákonů přijatých na sklonu osmdesátých let minulého století (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012). V té době však bylo nahlíženo na sociální služby jiným způsobem a právní úprava byla nevyhovující (Matoušek a kol., 2007). I přesto že od počátku devadesátých let docházelo k mnoha inovacím, základní model bez přestání vycházel ze státního paternalistického a socialisticky direktivního způsobu uvažování (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012).

V souladu se zákonem byla vydána i vyhláška č. 505/2006, která je aktuálně novelizována - č. 387/2017 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (vyhláška 387/2017 Sb.).

*„Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).* Zákon také dále upravuje předpoklady pro povolání sociálního pracovníka, který vykonává činnost v sociálních službách, ale i ve školách a školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, věznicích, či v zařízeních pro zajištění cizinců a azylových zařízeních (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Dále jsou v zákoně ukotveny základní zásady, které se dají vyjádřit jako bezplatné poskytnutí sociálního poradenství pro kohokoliv. Každá osoba má nárok na

poskytnutí pomoci, podpory v samostatnosti, začlenění do kolektivu, zachování lidské důstojnosti, motivaci. V zákoně je též zmínka o poskytovatelích služeb a s tím spojené jejich financování či předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

### **3. 2 Transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb**

Termín „transformace“ je proces, který v sobě skrývá mnoho významů. Ve spojitosti s ústavními sociálními službami jde o procesy změny v oblastech řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služby s účelem dosáhnout toho, aby potřebná péče probíhala v přirozeném prostředí klienta, a aby osoby s postižením měli stejné podmínky a příležitosti jako ostatní lidé ve společnosti (Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, © 2015).

Vedle pojmu transformace se též můžeme setkat s termínem deinstitucionalizace. Deinstitucionalizace je proces, ve kterém dochází k řízenému rušení ústavů a k rozvoji komunitních sociálních služeb. Cílem je též zkvalitnit život osobám s postižením a umožnit jim žít plnohodnotný život srovnatelný s ostatními (Koncepte transformace, © 2013).

Proces transformace, resp. deinstitucionalizace byl v České republice zahájen ihned po roce 1989. Nejobtížnější změny nesly zejména pobytové službách, kde byly transformační procesy blokovány mnoha faktory. V sociálních službách zprvu převládal nízký počet uživatelů služeb na rozhodování, a tak jednotlivá zařízení složitě zvládala přechod od paternalistických forem poskytované péče k moderním, partnersky pojatým službám (Čámský, 2011).

Proces deinstitucionalizace byl po roce 1989 v České republice ovlivněn aplikací principů ochrany lidských práv, dále také vznikem právních standardů kvality a procesem přípravy vzniku a aplikace o sociálních službách (Čámský, 2011).

*„Ministerstvo práce a sociálních věcí se v návaznosti na koncepční řešení kvality a dostupnosti sociálních služeb systematicky věnuje podpoře procesu transformace, deinstitucionalizace a humanizace služeb sociální péče“ (Čámský, 2011 s. 13).*

Všeobecným cílem je v oblasti sociální péče zajistit komplexní systém podpory transformace služeb sociální péče, zpracovat rozvojové plány vycházející

z transformačního procesu, zvýšit informovanost o procesu transformace institucionální péče pro osoby se zdravotním postižením, podpořit proces zkvalitňování životních podmínek stávajících pobytových zařízení a podpořit práva uživatelů na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky v přirozeném prostředí (Čámský, 2011).

### **3.3 Charakteristika sociálních služeb**

Zákon o sociálních službách rozděluje sociální služby dle toho, jakou pomoc klient potřebuje.

Jde o sociální poradenství, které zákon dále rozděluje na základní a odborné. V základním poradenství je zahrnuto poskytnutí všech potřebných informací, jež mají přispět k řešení nepříznivých situací. Oproti tomu odborné poradenství je zaměřeno na danou cílovou skupinu a poskytují ho jednotlivé poradny (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Dále to jsou služby sociální péče, které reagují už na vzniklou událost (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012). Napomáhají jedincům zajistit fyzickou i psychickou soběstačnost a umožnit jim tak v co největší možné míře zapojení do běžného života, společnosti, a to i v případech, kdy toto omezuje jejich stav. Jsou připraveni řešit situace v oblasti bydlení, poskytnutí stravy, pomoc v péči o vlastní osobu a další (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Poslední formou jsou služby sociální prevence, které napomáhají zmírnit či předcházet sociálnímu vyloučení u osob, které jsou ohroženy z důvodu krizové sociální situace, životních návyků, nebo které žijí v nevyhovujícím prostředí (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012). Cílem je napomoci těmto osobám k překonání jejich obtížné sociální situace a nadále chránit společnost před vznikem a následnému rozrůstání nežádoucích jevů (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Zákon také sděluje rozdělení forem podle místa poskytování (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Jsou to služby pobytové, spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Klienti mohou využít celoroční službu, kam se řadí domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a také

týdenní pobyty (týdenní stacionáře), ale i zařízení s vymezeným pobytem, kam spadá chráněné bydlení či azylové domy (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Dále to jsou služby ambulantní. Jimi se rozumí takové služby, za kterými klient dochází nebo je doprovázen, dopravován (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Jejich součástí není ubytování. Jedná se o denní stacionáře, sociálně aktivizační služby (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Poslední služby jsou terénní, poskytované v přirozeném prostředí uživatele (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Nejčastěji se jedná o pečovatelskou službu či osobní asistenci (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Primárním cílem aktuální právní úpravy má být vytvoření vhodných podmínek pro uspokojování potřeb lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování. Dále také zajištění potřebné pomoci a podpory v nepříznivé sociální situaci. Slovy pomoci a podpory jsou na mysli takové činnosti, jež jsou nezbytné pro sociální začlenění (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

K tomu, aby nabízené služby byly lidem poskytovány co nejkvalitněji slouží tzv. „Standardy kvality sociálních služeb“, které v roce 2002 uveřejnilo Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Tento metodický materiál je rozdělen do tří kategorií, a to na procedurální, personální a provozní standardy. Zároveň vychází z koncepce naplňování základních lidských práv a svobod, které jsou zakotveny v Deklaraci základních lidských práv a svobod. Výchozím principem při vytváření těchto standardů byla snaha zajistit, aby sociální služby směřovaly k podpoře člověka nacházejícího se v nepříznivé situaci a k rozvoji jeho sociálních vazeb. Zmiňované standardy slouží jako pomůcka nejen pro poskytovatele sociálních služeb, ale jsou také velmi důležitých předpokladem pro plnohodnotného, důstojného a svobodného života jejich uživatelů (Švarcová – Slabinová, 2003).

### **3. 4 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením**

Služby sociální péče napomáhají osobám s mentálním postižením po fyzické ale i psychické stránce a také usilují o co největší zapojení uživatelů do běžného života i do společnosti (Vítková in Pipeková, Vítková et al., 2014).

V první řadě budeme mluvit o institucích poskytujících sociální služby. Opomíjeným problémem dříve ústavních zařízení byla míra péče o uživatele služeb. Osobám s těžším stupněm postižení byla často poskytována minimální péče, jen na úrovni starosti o základní fyziologické potřeby, oproti osobám s lehčím stupněm postižení, kterým byla poskytována někdy až nadbytečná péče. Zákon později rozdělil ústavní zařízení na dvě kategorie. Na domovy pro osoby se zdravotním postižením a na domovy se zvláštním režimem, například pro osoby chronicky duševně nemocné, závislé na návykových látkách. Novodobým trendem v pobytových zařízeních je zavádění aktivizačních programů, které by měly být propojeny s individuálními plány péče. Některé domovy pro soběstačnější život uživatelů nabízejí službu chráněného bydlení (Matoušek a kol., 2007).

Následně se zaměříme na jednotlivé služby sociální péče, které klienti s mentálním postižením mohou využívat.

### **Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

V domovech jsou poskytovány pobytové služby osobám, jež mají sníženou soběstačnost ať už z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a kteří potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby (Vítková in Pipeková, Vítková et al., 2014). Vedle bydlení mají uživatelé zaopatřenou zdravotní péči, rehabilitaci, rekreační a kulturní aktivity ale i přiměřené pracovní uplatnění, případně i výchovu a vzdělání (Valenta, 2014).

### **Stacionáře denní a týdenní**

Stacionáře nabízí ambulantní služby jedincům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení či věku, také osobám s chronickým duševním onemocněním, kdy jejich situace vyžaduje pomoc druhé osoby (Vítková in Pipeková, Vítková et al., 2014). Vedle těchto služeb nabízí také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Některé stacionáře pomáhají jedincům při dopravě, kdy je postupně svážejí i odvázejí (Matoušek a kol., 2007).

### **Odlehčovací služba**

Odlehčovací služba, také nazývaná jako úlevová se realizuje buď v rodinném prostředí nebo v pobytovém zařízení. Je určena pro pečující osoby, které mají možnost na



nějakou dobu přestat pečovat, prožít svůj volný čas, načerpat síly nebo ho využít k jiným důležitým činnostem (práce, nákupy, návštěva doktora) (Matoušek a kol., 2007).

### **Domovy pro seniory**

Domovy poskytují pobytové služby jedincům se sníženou soběstačností, která je snížena věkem nebo z důvodu chronického nebo zdravotního postižení a vyžaduje pomoc druhé osoby (Vítková in Pipeková, Vítková et al., 2014).

### **Centra denních služeb**

Centra mají obdobné poslání jako stacionáře. Osobám s postižením ovšem poskytují pouze ambulantní služby (Vítková in Pipeková, Vítková et al., 2014). Poskytují pomoc při hygieně, stravování, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, nabízejí výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (Matoušek a kol., 2007).

### **Podpora samostatného bydlení**

Tato služba je založena na pomoci osobám s postižením, zejména v zajištění chodu domácnosti (Matoušek a kol., 2007). Dále také ve zprostředkování výchovných, vzdělávacích či aktivizačních činností nebo při prosazování práv a zájmů (Černá a kol. 2008).

### **Pečovatelská služba**

Pečovatelská služba patří mezi nejrozšířenější neústavní službu poskytovanou uživatelům s postižením. Jde o službu, která se uskutečňuje v domácnosti klienta (Matoušek a kol., 2007). Je nabízena osobám, které mají sníženou soběstačnost ať už v důsledku zdravotního postižení nebo chronického (duševního) onemocnění, a které vyžadují pomoc druhé osoby (Vítková in Pipeková, Vítková et al., 2014). Nabízí velké množství poskytovaných úkonů. Mezi nejčastější patří koupel, pomoc při oblékání, osobní hygieně, donáška oběda, příprava jídla, praní prádla či doprovod (Matoušek a kol., 2007).

## **Osobní asistence**

Jde o formu služby, jež se rozvinula po roce 1989 nestátními organizacemi (Matoušek a kol., 2007). Jedná se o terénní službu, která se poskytuje osobám se sníženou soběstačností, způsobenou věkem či chronickým nebo zdravotním postižením, kdy jejich situace vyžaduje pomoc druhé osoby (Vítková in Pipeková, Vítková et al., 2014). Zpravidla je tato služba vnímána jako služba pro osoby s tělesným postižením, kteří potřebují pomoc při každodenních aktivitách. U osob s mentálním postižením se neočekává, že by byli schopni definovat své potřeby nebo řídit činnost osobního asistenta. Ten také nenahrazuje funkci fyzických orgánů nebo smyslů ale snaží se kompenzovat nedostatky psychiky, která je poškozena do takové míry, že nedokáže koordinovat činnost některých orgánů. Osobního asistenta by měla vykonávat vyškolená osoba, která je obeznána se zvláštnostmi mentálního postižení. Měl by být citlivý, vnímavý, laskavý a hlavně mravní, respektovat přání a vůli klienta (Švarcová – Slabinová, 2003).

## **Průvodcovské a předčitatelské služby**

Jsou určeny lidem, které mají v důsledku svého postižení sníženou schopnost v oblasti komunikace a orientace (Matoušek a kol., 2007).

Mezi sociální služby patří stejně jako služby sociální péče i sociální poradenství a služby sociální prevence. Sociální poradenství se dále dělí na základní poradenství, poskytující osobám dostatečné informace k řešení nepříznivých situací a odborné sociální poradenství, které se zaměřuje na potřeby sociálních skupin v manželských poradnách, poradnách pro osoby se zdravotním postižením a dalším. Mimo tohoto odborného poradenství mají klienti možnost si vypůjčit kompenzační pomůcky (Vítková in Pipeková, Vítková et al., 2014).

Do služeb sociální prevence se řadí raná péče, sociálně terapeutické dílny a sociálně aktivizační činnosti.

## **Raná péče**

Poskytuje jak terénní, tak ambulantní službu rodičům a dítěti ve věku do 7 let. Je orientována na děti se zdravotním postižením nebo na děti jejichž vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba rané péče zajišťuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkovává kontakt se společenským

prostředím, pomáhá při uplatňování práv, oprávněných zájmů, při obstarávání osobních záležitostí a nabízí i sociálně terapeutické činnosti (Vítková in Pipeková, Vítková et al., 2014).

### **Sociálně terapeutické dílny**

Služba, donedávna označována jako chráněné dílny je určena lidem, kteří se nemohou v důsledku svého postižení uplatnit na otevřeném trhu práce. Cílem sociálně terapeutických dílen je podpora pracovních návyků, rozvoj pracovních dovedností ale i pomoc při osobní hygieně a stravování (Matoušek a kol., 2007).

### **Sociálně aktivizační služby**

Forma služby, která spočívá v tom, že asistent spolu s klientem dochází na pracoviště, které je vybudováno speciálně pro osoby s postižením. Asistent zajistí na pracovišti vhodné pracovní podmínky a v době nástupu pomáhá s pracovní činností a později pouze s řešením náročných situací (Matoušek a kol., 2007).

## **3. 5 Chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením**

S vývojem naší společnosti se po roce 1989 změnil i pohled na osoby s postižením, Z osob, které byly na okraji společnosti se stali právoplatní členové a všem začaly být prosazována stejná práva svobody. Začaly vznikat taková zařízení, jejichž základním cílem bylo umožnit osobám s postižením v co největší možné míře život srovnatelný s ostatními lidmi. V této době začal proces deinstitucionalizace, jinak řečeno transformace ústavní péče. K tomuto procesu docházelo také v severských zemích Evropy jako je Švédsko či Velká Británie. První projekty o chráněném bydlení vznikaly po druhé světové válce v západní Evropě a Americe, v České republice se tyto plány začaly prosazovat v 90. letech minulého století a zároveň souvisely se zkvalitňováním péče. Důraz se začal klást nejen na zdravotní péči ale i na péči sociální (Pipeková, Vítková et al., 2014).

Významným datem pro služby chráněného bydlení bylo přijetí zákona o sociálních službách, který nabyl platnosti 1. ledna 2007. Chráněné bydlení se spolu s domovy pro osoby se zdravotním postižením zapsalo mezi zařízení sociálních služeb. Do těchto služeb též spadá služba osobní asistence, služba podpory

samostatného bydlení. Tyto dvě služby jsou terénní a realizované v bytě klienta (Pipeková, Vítková et al. 2014).

Chráněné bydlení je dle § 51 zákona č. 108/2006 definováno jako „*pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, případně individuálního bydlení*“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) definuje službu chráněného bydlení následovně: „*Chráněné bydlení je komplexní residenční služba, která poskytuje klientům podle jejich individuálních potřeb takovou podporu, aby mohli v maximální míře vést běžný způsob života. Klienty chráněného bydlení mohou být lidé, kteří jsou v důsledku nemoci nebo postižení dlouhodobě či trvale znevýhodněni*“ (Pipeková, 2006, 115).

Důležité je upozornit, že chráněné bydlení není nabídnuto pouze osobám s mentálním postižením, ale mohou ho využívat i jedinci s jiným typem zdravotního postižení či onemocnění. Tato služba se realizuje v rodinném domku či bytě a mělo by mít povahu společné domácnosti (Švarcová – Slabinová, 2003).

Dle §51 zákona č. 108/2006 Sb. poskytuje služba chráněné bydlení tyto základní činnosti:

- 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, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Rozsah služeb, jež chráněné bydlení klientům nabízí závisí na míře závažnosti jejich postižení a potřebách (Švarcová – Slabinová, 2003).

Moudrou zásadou je poskytovat jen takové služby, které klienti nejsou schopni sami zvládnout (Vágnerová, 2004). Tyto služby realizují vyškolení asistenti, pracovníci, kteří zde ale nezastávají funkci rodiče či vychovatele, ale působí zde spíše jako přítel, pomocník, konzultant (Švarcová – Slabinová, 2003).

Velký význam má chráněné bydlení zejména u dospělých osob, kteří jsou zaměstnáni na chráněných pracovištích nebo navštěvují různá centra pro zaměstnávání a volný čas (Švarcová – Slabinová, 2003).

Finanční stránka je v tématu chráněného bydlení stále diskutované téma. Některá zařízení se chlubí svou nenáročností vůči domovům pro osoby se zdravotním postižením, jiní k tomu přistupují naopak. Jelikož je největším kladem této služby flexibilita, odvíjí se podle toho právě diskutované finanční náklady (Pipeková, Vítková et al., 2014).

Typy chráněného bydlení byly zakládány dle možností zřizovatelů a požadavků klientů. Z počátku chráněné bydlení vznikalo jako součást domovů pro osoby se zdravotním postižením, kde měli klienti jasně strukturovaný denní režim a náplň činností. Pro dosažení úspěchu probíhala práce s uživateli v menších skupinách, což umožňovalo individuálnější přístup ke klientovi. Tento typ chráněného bydlení se zrealizoval díky iniciativě sociálních pracovníků a dalších zaměstnanců. Další formou chráněného bydlení jsou domovy rodinného typu vznikající v činžovních domech, kde se využívá několik na sobě nezávislých bytů. Tzv. chráněný byt obývá 1 – 5 uživatelů a každá bytová jednotka má svého asistenta, který pomáhá v řízení domácnosti. Tato služba splňuje formu integrace osob s postižením v oblasti bydlení. Nezávislé bydlení se supervizí je vhodná varianta pro klienty, kteří jsou samostatní v sebeobsluze, při vedení domácnosti, ale pomoc asistenta potřebují pouze při řešení obtížnějších problémů (Pipeková, Vítková et al., 2014).

Cílem služby chráněného bydlení je poskytnout uživatelům dle jejich individuálních potřeb takovou podporu, aby byli schopni vést v co největší možné míře svůj nezávislý běžný život (Pipeková, Vítková et al., 2014).

### *Shrnutí*

*V kapitole bylo uvedeno legislativní vymezení sociálních služeb, kde součástí je i vztahující se zákon a vyhláška. Zmíněná byla transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb, která je pro tuto práci nezbytná. Dále byly vypsány možnosti sociálních služeb, které osoby s mentálním postižením mohou využívat. V závěru byla více popsána služba chráněného bydlení, ke které se vztahuje i bakalářská práce.*

## PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část bakalářské práce se věnuje výzkumu.

Pro rekapitulaci je tématem bakalářské práce Rozvoj samostatnosti dospělých osob s mentálním postižením v chráněném bydlení. Hlavním cílem bylo analyzovat situaci jedinců při přechodu z ústavní a domácí péče do chráněného bydlení.

Hlavní výzkumnou metodologií byla zvolena metodologie kvalitativní, a to metoda rozhovoru, která je nejvhodnější metodou k vybranému tématu.

V následujících kapitolách bude specifikována výzkumná metoda, stanovené cíle, výběr respondentů, analýza rozhovorů a následně interpretována a vyhodnocena zjištěná data.

Na základě informačního materiálu a informací z webových stránek bude popsáno chráněné bydlení zařízení Skoku do života, o.p.s., ve kterém byl výzkum realizován.

## 4 Výzkumná část

### 4.1 Kvalitativní výzkum

K vypracování praktické části bakalářské práce autorka zvolila kvalitativní výzkum.

Běžně si nejprve kvalitativní výzkumník zvolí téma a určí základní výzkumné otázky, které mohou být modifikovány či doplňovány v průběhu výzkumu. Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, jež přispívají k osvětlení výzkumných otázek. Výzkum je prováděn v terénu, kde se seznamuje s mnoha novými lidmi. Sběr dat a jejich analýza probíhají současně, kvůli vyhodnocení a rozhodnutí se o sběru dat dalších. Součástí zprávy z výzkumu je i popis místa, kde byl výzkum realizován a citace z rozhovorů, které autor získal (Hendl, 2016).

Švaříček a Šedřová (2007) udávají, že ve výzkumu by následně po vymezení výzkumného problému mělo následovat určení si charakteru výzkumu a poté výběr výzkumného designu. Pokud si výzkumník určí, co bude zkoumat, měl by si vybrat vhodný způsob, kterým bude výzkum realizován.

Mnozí metodologové vnímají kvalitativní výzkum jako pouhý doplněk tradičních kvantitativních výzkumných strategií, jiní zase za protipól. Postupem času ale získal kvalitativní výzkum v sociálních vědách rovnocenné postavení mezi ostatními formami výzkumu (Hendl, 2016).

*„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“* (Greswell 1998, in Hendl 2016, s. 46).

Maňák (2004) zase vymezuje kvalitativní výzkum následovně: *„Kvalitativní výzkum v humanitních vědách označuje různé přístupy (metody, techniky) ke zkoumání pedagogických jevů, kdy do popředí nevystupuje kvantifikace empirických dat, nýbrž jejich podrobná kvalitativní analýza“* (Maňák, 2004, s. 22).

Dle autorky názoru je výběr kvalitativního přístupu ideálním východiskem pro splnění výzkumného cíle.

## **Metoda kvalitativního výzkumu**

Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím skupinového rozhovoru - interview a individuálních, polostrukturovaných rozhovorů, které byly zvoleny jako nejvíce vyhovující – z důvodu dovysvětlení významu otázek, případně odpovědí.

Skupinové interview je označeno za organizovanější typ skupinové diskuze. Provádí se najednou s větším počtem jedinců, kteří tvoří homogenní skupinu. Respondenti mají reflektovat otázku, kterou jim tazatel položí, následně slyší odpovědi ostatních, reagují na ně a doplňují tak své odpovědi (Hendl, 2016).

Rozhovor je v kvalitativním výzkumu považován za nejčastěji používanou metodu pro sběr dat. Jde o nestandardizované dotazování jednoho účastníka jedním badatelem pomocí otevřených otázek. Prostřednictvím rozhovorů jsou zkoumáni členové určitého prostředí, specifické skupiny. Cílem je získat stejné pochopení jevů a událostí jako zmiňování členové dané skupiny (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Respondenti byli předem seznámeni s tématem rozhovoru a pořizování záznamu svolili podepsáním písemného souhlasu (viz příloha č. 2). Záznamy byly zaznamenány na mobilní telefon a následně přepsány do písemné podoby.

### **4. 2 Výzkumné cíle**

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce je: Analyzovat situaci jedinců při přechodu z ústavní a domácí péče do chráněného bydlení.

Na základě hlavního výzkumného cíle byl následně vytvořen jeden vedlejší cíl: Zjistit samostatnost uživatelů v chráněném bydlení v jednotlivých oblastech.

Ke splnění vedlejšího cíle byly vytvořeny kategorie/ oblasti, ke kterým se vázalo několik otázek, na které respondenti odpovídali.

### **4. 3 Výběr respondentů**

Výběr respondentů byl záměrný. Autorka se zaměřila na pracovníky z obou pracovišť chráněného bydlení.

Oproti původnímu záměru bylo kvalitativní výzkumné šetření provedeno pouze s pracovníky chráněného bydlení. Na základě skupinové práce bylo pracovníky doporučeno nerealizovat rozhovory s klienty v důsledku dlouhého časového odstupu jejich přechodu do chráněného bydlení. Odpovědi by v tomto případě nebyly relevantní pro splnění cíle bakalářské práce.



## 5 Popis zařízení

V kapitole bude popsáno zařízení s jejichž pracovníky byl rozhovor realizován.

Rozhovor byl realizován v obecně prospěšné společnosti Skok do života, která původně vznikla jako Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením. Poskytuje služby na území Hradce Králové, které umožňují lidem s mentálním postižením získat sebedůvěru, samostatnost a odpovědnost. Snaží se, aby jedinci vnímali svůj život jako smysluplný a srovnatelný s životy ostatních lidí (Skok do života, o.p.s., © 2012).

Předmětem obecně prospěšné činnosti je poskytování 3 registrovaných sociálních služeb: sociální rehabilitace, podpora samostatného bydlení a chráněné bydlení. Mezi doplňkové činnosti je zahrnuta dílna s vymezenými chráněnými místy, sociální podnik a vzdělávání (informační materiál Skoku do života, o.p.s.).

### **Chráněné bydlení**

Posláním chráněného bydlení je zajistit osobám nejen s mentálním postižením ale i kombinovaným kvalitní bydlení, stravu, profesionální podporu a přístup tak, aby mohli v Hradci Králové dlouhodobě samostatně žít a bydlet podle svých představ (Informační materiál Skoku do života, o.p.s.).

Cílovou skupinou chráněného bydlení jsou dospělé osoby s lehkým a středně těžkým mentálním postižením, vyžadující pomoc více než 8 hodin denně, nebo přes noc, nikoliv v každém okamžiku (Informační materiál Skoku do života, o.p.s.).

Skok do života, o.p.s. zajišťuje službu chráněného bydlení ve dvou rodinných domcích na území Hradce Králové. První je rodinný dům Vila Julie, kam přichází uživatelé pouze z rodin a druhý rodinný dům je Vila Jana, kde jsou klienti, kteří bydleli u rodiny, anebo v domově pro osoby se zdravotním postižením (Informační materiál Skoku do života, o.p.s.).

Oba rodinné domy mají kapacitu 17 osob kvůli dostatečnému zajištění stejné služby všem uživatelům. Jde o službu, která poskytuje podporu 24 hodin denně (Informační materiál Skoku do života, o.p.s.).

### **Chráněné bydlení Vila Julie, Nový Hradec Králové**



obr. č. 1 Chráněné bydlení Vila Julie (zdroj: mapy.cz)

### **Chráněné bydlení Vila Jana, Plotišť**



obr. č. 2 Chráněné bydlení Vila Jana (zdroj: mapy.cz)

## 6 Analýza rozhovorů

Následující kapitola bakalářské práce se věnuje analýze rozhovorů.

Nejdříve byl proveden skupinový rozhovor - interview s 13 pracovníky. Z toho 6 pracovníků bylo z Vily Julie a 7 pracovníků z Vily Jany.

### **Rozdíly mezi uživateli z rodinného prostředí a z domova pro osoby se zdravotním postižením**

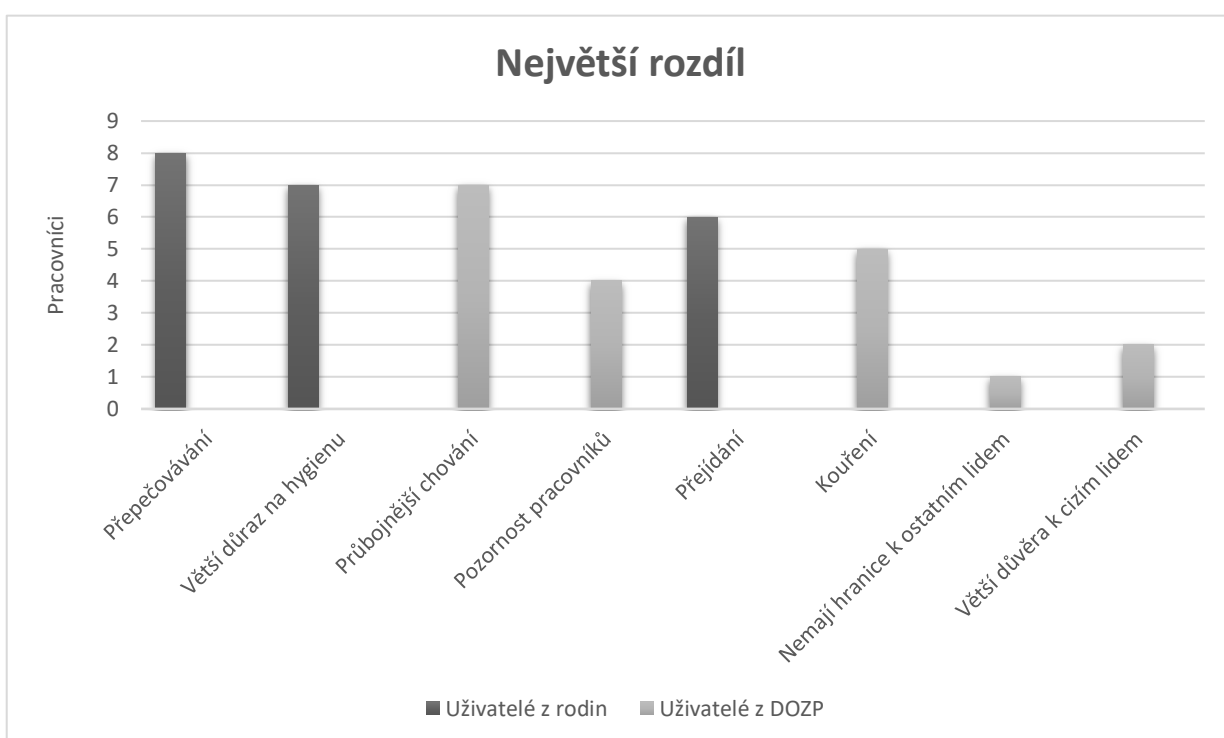
Výzkumná otázka 1: Jaké jsou podle Vás rozdíly mezi klienty, kteří do chráněného bydlení přichází z rodin a z domova pro osoby se zdravotním postižením v prvotní fázi?

<b>Uživatelé z rodin</b>	<b>Uživatelé z DOZP</b>
Jsou více přepečovávaní.	Jsou samostatnější.
Větší důraz na hygienu oproti DOZP.	Vyžadují větší pozornost pracovníků.
Více dbají na pořádek.	Průbojnější chování.
Mají důvěru k rodičům. (Nemají špatnou zkušenost.)	Nejsou ochotni se svých věcí vzdávat.
Přejíždají se.	Kouří.
	Mají horší standard v oblékání.
	Nemají hranice k ostatním lidem.

	Mají větší důvěru k cizím lidem.
	Mají potřebu chránit si své věci (léky, peníze, techniku)

Tabulka 2 - Odpovědi respondentů

Výzkumná otázka 2: V čem vnímáte největší rozdíly? (Každý má max 3 hlasy, ke kterým se může zapsat)



Graf 1 – Vyhodnocení odpovědí respondentů

Výzkumná otázka 3: V čem jsou viditelné rozdíly v přístupu?

<b>Uživatelé z rodin</b>	<b>Uživatelé z DOZP</b>
Nevnímají svoji dospělost	Deprivace základních potřeb.
Vyžadují přístup jako k dětem.	

Nemají žádný režim (budiček, jídlo).	
Chybí aktivizační činnosti, zájem.	

*Tabulka 3 – Odpovědi respondentů*

Následně byly provedeny individuální rozhovory s 5 pracovníky. Dva pracovníci z Vily Jany, kteří pracovali i na Vile Julii a 3 pracovníci z Vily Julie.

### **Sebeobsluha a péče o vlastní osobu**

Mají klienti osvojené základní hygienické návyky?

Respondent 1 říká, že pracoval v obou zařízeních a v žádném neměli s hygienou problémy. Právě pracuje na Julii a uvádí: „*U nás jsou právě klienti z rodin, takže ty návyky hygienický tam jsou.*“ Dodává, že je to hlavně proto, že jedinci jsou k tomu vedeni. Mají vzor a rodiče, kteří na hygienu kladou velký důraz.

Respondent 2 uvádí, že většina ano. Záleží i na stupni postižení uživatele. „*Máme tam jednu uživatelku, které musíme říkat každý krok. Když sedí na toaletě, musíme přijít, říct ať vstane, utrhne si papír, utře se, oblékne se, spláchně, prostě všechno. Jediné, co si uvědomuje je, že si po použití toalety má umýt ruce, ale vodou, mýdlo jí také musíme připomenout.*“ Dodává, že tento stejný problém mají i při sprchování. Sice uživatelka je z rodiny, ale ze sociálně slabší a hygiena nebyla tolik důležitá.

Respondent 3 uvádí, že ty základní návyky osvojené mají. Říká, že je rozdíl, pokud je klient z rodiny nebo z domova pro osoby se zdravotním postižením. „*Máme tam dva klienty z ústavu, který musíme do té sprchy vyloženě motivovat, někdy je to s nima dost složitý.*“

Respondent 4 říká stejně jako respondent 1, že klienti z rodin návyky mají a tento problém nikdy neřešili. „*Bohužel nemůžu říct jak klienti z ústavů, ale u nás uživatelé z rodin s tím nemají žádný problém.*“

Respondent 5 odpovídá, že hygiena se u klientů dost zlepšila. Respondent také pracoval v obou zařízeních a dodává, že rozdíly jsou patrné i po nějaké době, co klienti v chráněném bydlení žijí. „*Po tom, co do chráněného bydlení přijdou se snažíme zjistit co umí, ve všech oblastech. Sledujeme jejich chování, hygienu, dovednosti, všechno. Dá se říct, že ti z rodin to mají více zajištěné.*“

## **Samostatný pohyb a doprava**

Zvládají se samostatně pohybovat po městě a využívat hromadnou dopravu?

Respondent 1 sděluje, že opět záleží na klientovi. Jedinci mají naučené trasy do školy a zpět nebo do práce a zpět, které zvládnou. „*Kdybych chtěla, aby jeli někam jinam, tak mnohdy ti uživatelé, co k nám přijdou jsou z druhé strany Hradce, tak by asi nevěděli, ale to, co potřebují, tak to jo.*“ Dodává, že velký problém mají s časem. Vidí rozdíl v tom, že klienti z rodin čas neřeší, spoléhali se na své rodiče. Uživatelé z DOZP si většinou čas většinou hlídají sami.

Respondent 2 sděluje, že někdo to zvládne, někdo potřebuje pomoci.

Respondent 3 uvádí, že má zkušenosti z obou pracovišť. „*Na jednom pracovišti je to složitější a většinou potřebují doprovod. Máme tam teď jednoho klienta, který přišel z ústavu a toho musíme všude doprovázet.*“ Dodává, že to není tím, že by samostatný pohyb a cestu hromadnou dopravou nezvládl, ale že má špatnou zkušenost.

Respondent 4 odpovídá, že většinou to klienti zvládají, až na jednu, kterou musí doprovázet.

Respondent 5 doplňuje, že klienti udělali velký pokrok. „*Museli se naučit cestovat ve městě a používat hromadnou dopravu, někteří se to ještě učí, ale třeba 95% klientů to zvládne. Je dobré, že se naučili používat telefon a v případě nějakého problému si jsou schopni pomoc zavolat.*“ Dále popisuje, že trasy, které klient bude potřebovat, se nejprve učí s pracovníkem a následně jezdí schopný uživatel s méně schopným uživatelem.

Zvládnou si klienti dojít sami na nákup, pokud něco potřebují?

Respondent 1 tvrdí, že ano. Uvádí, že si myslí, že obtíže by jim dělal větší supermarket, kde nikdy nebyli, a nevědí, kde mají co hledat. „*Kousek od nás máme samošku, kde nás znají a kde všichni v pohodě nakoupí, co chtějí.*“ Doplňuje, že v zařízení mají klienty, kteří by sami nešli, ale většinou jdou. „*Myslím si, že na tomhle nezáleží, odkud klienti jsou, záleží na povaze.*“

Respondent 2 odpovídá, že většina uživatelů ze zařízení samostatný nákup bez problému zvládne.

Respondent 3 také sděluje, že většina si zvládne potřebné věci nakoupit.

Respondent 4 uvádí, že skoro všichni klienti jsou schopni si nákup obstarat.

Respondent 5 sděluje, že menší nákupy do nedalekého obchodu jedinci zvládnou. Avšak kdyby klienty poslali na větší nákup přes celé město, bylo by to pro ně náročné.

Vědí klienti, že před přecházením silnice musí zastavit, rozhlédnout se, vyhodnotit situaci a podle toho jít? Vykonávají to?

Respondent 1 říká, že to určitě vědí a myslí si, že to tak i vykonávají.

Respondent 2 též potvrzuje že to klienti vědí.

Respondent 3 říká, že všichni to vědí. „Učili jsme je to, je jím to neustále připomínáno. „*V našem zařízení je učíme i přechod přes železniční přejezd. Problém je ale v tom, že oni vidí ostatní lidi, kteří i přes blikající výstrahu či spadlé závory přechází, pak jsou zmatení.*“

Respondent 4 tvrdí, že to vědí, uživatelům to neustále připomínají. „Jestli to dodržují nevíme, nechodíme s nimi pořád.“ Dále dodává, že pokud jdou společně, občas uživatele prozkouší, jestli zastaví a ve většině případech to udělají správně. Pokud ne, je jím to připomenuto.

Respondent 5 říká, že u některých tento bezpečnostní úkol trval hodně dlouho. „*Myslím si, že to teď dělají.*“

### **Domácí práce a povinnosti**

Zvládají si klienti samostatně uklidit svůj pokoj?

Respondent 1 uvádí, že většina si pokoj samostatně uklidit zvládne. „*Dokáží si uklidit a většinou kvalitně. Setkala jsem se s klienty, kterým v pokoji vadil každý drobeček, na druhou stranu také s těmi, kterým nějaký nepořádek nelámal hlavu.*“ Dodává, že po úklidu klienti sami chodí za pracovníci, aby se šly na pokoj podívat. „*Přijdou se pochlubit, protože chtějí slyšet pochvalu*“. Tento charakterový rys mají ve většině klienti z DOZP, kteří pochvalu potřebují slyšet.



Respondent 2 říká, že u nich v zařízení, to velmi dobře funguje a ve většině případech je uklizeno dostatečně pro obě strany. Jak pro uživatele, tak pro pracovníka.

Respondent 3 tvrdí, že problém není v tom, že by si klienti nedokázali sami uklidit, ale až se jim nechce. „*Joo, to jsou většinou mamánci, když jsou doma u rodiny, všechno za ně udělá maminka. Rodiče mají pocit, že je přetěžován a chtějí mu to ulehčit.*“

Respondent 4 odpovídá, že všichni si jsou schopni uklidit v rámci možností. S jednou klientkou je tato činnost, stejně jako všechny ostatní, náročnější, co se času týče. „*Musí se prostě říkat každý krok.*“

Respondent 5 říká, že mají v zařízení uživatele, kteří to mají automaticky nastavené. „*Hned co se k nám klienti dostanou, jsou seznámeni s chodem zařízení. Jedním z pravidel je plnění harmonogramu. Například vědí, že je pondělí, a že se uklízí pokoj.*“ V prvních dnech tyto pravidla harmonogramu musí pracovníci připomínat, ale jakmile jsou v zařízení déle, pamatují si to. „*Klienti z ústavů, jsou na tyto harmonogramy většinou zvyklí a nemají s tím, oproti klientům z rodin problémy.*“

Podílejí se na přípravě jídla?

Respondent 1 odpovídá, že skoro všichni klienti se na přípravě jídla podílejí.

Respondent 2 také sdělil, že se všichni podílejí.

Respondent 3 uvádí, že většina ano. „*Podílejí se na té jednodušší části, jako je loupání, krájení a tak.*“ Dodává, že někteří klienti jsou schopni si vařit samostatně, ovšem pouze ty jednodušší jídla. Zmiňuje také to, že pracovníci musí mít pod kontrolou, jaké jídlo klient jí. „*Když přijde někdo nový, především se to týká uživatelů z rodiny, snědl by nejraději všechno, nedokážou ani odhadnout, co si mohou a nemohou dát.*“ Jídlo klientům hlídají z důvodu bezpečnosti, například aby jedinec s cukrovkou nejedl sladké věci a aby do svého jídelníčku zařazovali i ovoce a zeleninu. Potíže mají také s tím, že klienti si jsou schopni dát ke svačině porci podobnou obědu. To, se snaží uživatelům vysvětlit a předcházet těmto situacím.

Respondent 4 odpovídá, že se na přípravě podílejí všichni.

Respondent 5 říká, že se snaží vařit všichni společně. „Přípravy zvládají, někdo umí krájet, někdo strouhat.“ Dodává, že finální přípravu jídla provádí vždy pracovník. Někdy se stane, že uživatelé jsou v práci a pracovník musí uvařit sám. Ovšem nikdo v chráněném bydlení není schopný si plnohodnotné jídlo připravit sám.

Jsou uživatelé zvyklí si po sobě uklidit pracovní plochu (hrací, jídelní)?

Respondent 1 tvrdí, že většina si to uklidí automaticky, někteří však s připomínkou pracovníka.

Respondent 2 říká, ne všichni, ale většina ano.

Respondent 3 odpovídá, že na tento problém narážejí velmi často. „*Je to těžký, často se setkáváme s tím, že prostě zůstává nádobí na stole, drobečky.*“ Dodává, že je to velmi individuální ale že je to denní záležitost.

Respondent 4 dodává, že se snaží jedince naučit, aby si sami bez připomínek uklízeli pracovní plochu. „*Někdy je však potřeba pomoci, přímo fyzicky, nebo stačí i připomínka.*“

Respondent 5 sděluje, že ze začátku to bylo velmi těžké. „*Většinou byli zvyklí, že to doma po nich rodiče uklidili, nebo tak, ale myslím si, že se na tom snažíme postupně pracovat a skoro všichni si tu plochu uklidí.*“ Dodává, že i když občas někdo zapomene, společně jdou, připomenou si to a uklidí se plocha společně.

### **Uchovávání a podávání léků**

Mají klienti léky u sebe nebo u pracovníka?

Respondent 1 říká, že léky jsou u pracovníků ale z bezpečnostního hlediska. „*Je nad tím dohled, aby náhodou si jich nevzali více, než mají předepsáno.*“

Respondent 2 uvádí, že někteří si je zvládnou dávkovat sami a někteří je mají u pracovníků. Též pro kontrolu.

Respondent 3 sděluje, že klienti v této oblasti jsou zařazeny do 3 kategorií. „*První, co si to hlídají a spravují sami, poté ti, co jim to musíme připomenout a ti, které ani nemáme, protože to jsou silné dávky a léky vozí Charita.*“

Respondent 4 též jako respondent 1 uvádí, že léky jsou převážně u pracovníků kvůli bezpečnosti. Dodává, že v chráněném bydlení je jedna uživatelka, která si léky spravuje a podává sama. Pracovníci vždy jen zkontrolují, zda si léky vzala.

Respondent 5 říká, že léky jsou u pracovníků též z bezpečnostního hlediska. „*Léky mají klienti na celý týden v lékovce připravené od rodiny.*“ Dodává, že pracovníci pouze dohlížejí, aby si je klienti vzali.

### **Peníze a hospodaření s nimi**

Mají klienti kapesné? Případně jak s penězi dokáží hospodařit?

Respondent 1 uvádí že kapesné uživatelé mají a hospodaří si s tím každý tak, jak uzná za vhodné. „*Když jedou na výlet, dopřejí si zákusek, kávu. Nějaké občerstvení si koupí.*“ Dodává, že zde vnímá rozdíl mezi klienty z rodin a z DOZP. „*Jedinci z rodin mají často více peněz, které jim rodiče na týden dávají. Utratí v podstatě vše. Uživatelé z DOZP si své peníze často šetří.*“

Respondent 2 říká, že klienti u sebe peníze mají. Hospodařit s nimi však umí jen někdo. Dodává, že někomu, se dává na výlet určitá částka, aby si neutratil všechny peníze. „*Naopak někdo, si dokáže sám spočítat a určit, kolik za ten měsíc chce utratit.*“

Respondent 3 sděluje, že v tomto jsou uživatelé též rozdělení. „*Jsou tu někteří, co to zvládají, dále ti, co to zvládají míň a ti, co je mají omezené.*“ Dodává, že omezené finance mají klienti z toho důvodu, že to jsou uživatelé s diabetem a nejraději by své úspory utrácely za energetické drinky. „*Není to dobré, někomu to prostě musíme hlídat, i když to děláme neradi.*“

Respondent 4 uvádí, že klienti vždy u sebe nějaké peníze mají. „*Jsou to ty z rodin a peníze jim moc nechybí, často si kupují věci, které nepotřebují.*“

Respondent 5 uvádí, že klienti kapesné mají a hospodařit s nimi umí jak kdo. Někomu dopomáhá pracovník. „*Někdy klient sám přijde a zeptá se, že by si chtěl koupit to a to, kolik asi tak bude potřebovat.*“ Dodává, že to berou jako velké pozitivum v jejich samostatnosti.

Dokáží si jedinci spočítat, zda vrácené peníze v obchodě jsou vrácené správně?

Respondent 1 sděluje, že určitě si vrácené peníze nikdo neověřuje.

Respondent 2 říká, že je to individuální. Někdo si vrácené peníze dokáže spočítat a někdo ne.

Respondent 3 uvádí, že tyto počty s nimi neustále procvičují. *„Dalším problémem, na který narážíme je, jestli sleva je opravdu sleva, jestli se to vyplatí.“*

Respondent 4 dodává, že vrácené peníze si zvládnou spočítat pouze dva uživatelé. *„Je to proto, že si nějaké věci kupují pravidelně a dokážou si spočítat, kolik je to bude stát.“* Dodává, že na začátku to byl ale problém i s nimi ale jakmile se jedna věc stala každodenní záležitostí, tato dovednost se upevnila a funguje.

Respondent 5 uvádí, že v jejich zařízení toto dovede pouze jedna. *„Ostatním to je jedno si myslím. Mají radost, že si koupili to, co chtěli a ta nenapadne je, že jim někdo vrátil míň.“*

### **Vnímavost intimity**

Jak uživatelé vnímají svůj osobní prostor? (Je tím na mysli, že pokud se klient chystá do sprchy a někdo mu zaklepe na dveře, že mu neřekne „dále“.)

Respondent 1 uvádí, že uživatelé většinou vědí, že v té koupelně někdo je a že by do ní právě neměli chodit. Umí zaťukat a zeptat se. *„Pokud se ozve „obsazeno“ rozumí tomu a chápou to.“* Dodává, že v tomto mají harmonogram a je dané, kdo v jakém pořadí jde do sprchy.

Respondent 2 říká, že v tomto problém nikdy neměli a většinou v těchto situacích chtějí být o samotě a vyžadují to. *„Až na jednu klientku, které musíme dopomoci a říkat jí každý krok.“*

Respondent 3 uvádí, že občas se tato situace stane, klientům se následně snaží vysvětlit, že je to pouze jejich prostor a situace, ve který by měli být oni sami. *„Většinou se to ale stává u klientů z ústavů, kde se to neřešilo a v koupelně byli třeba 3 uživatelé najednou aby to rychle utíkalo. Berou to, jako že je to normální.“*

Respondent 4 říká, že někdo si svůj osobní prostor v koupelně vyhradí tím, že se zamkne. „*To ale taky nechceme, kdyby se něco stalo, bylo by obtížné se k nim dostat.*“ Dodává, že si myslí, že klienti tuto situaci chápou a tím jí i respektují.

Respondent 5 sděluje, že záleží na klientovi. Někdo tuto situaci vnímá, někdo ji ale naopak neřeší. „*Stane se, že se v koupelně svlékne, pak zjistí, že si něco zapomněl v pokoji a jde si pro to tak jak je.*“ Dále říká, že se snaží na tomto pracovat, aby se učili a k těmto situacím nedocházelo.

Touží klienti po bližším tělesném kontaktu s pracovníkem?

Respondent 1 uvádí, že nikdo bližší kontakt pracovníků nevyhledává. „*U nás je to zavedené tak, že když se jim něco povede, plácnem si.*“ Dodává, že v zařízení jsou klienti z rodin a tělesný kontakt mají doma.

Respondent 2 sděluje, že jsou situace, kdy mají potřebu pracovníka obejmout. Dodává, že se tato potřeba odvíjí od jejich emocionálního rozpoložení. „*Myslím si, že si uvědomují, že i pracovník má svůj osobní prostor, pokud se někdy ale stane, že už je to moc, jsou na to upozorněni.*“

Respondent 3 říká, že tuto situaci občas řeší, avšak kontaktní klienti jsou na to upozorňováni. „*Musí se jim opakovat, co už je moc. Musí vědět, že každý má své hranice, někdy neví, kdy přestat no.*“ Dále sděluje, že toto se týká asi u dvou uživatelů, kteří jsou v chráněném bydlení krátce a přišli z domova pro osoby se zdravotním postižením.

Respondent 4 sděluje, že po bližším kontaktu občas touží, ale jen pokud měli zrovna špatný den a potřebují obejmout. „*Občas se to stává ale spíš jen když potřebují nějakou podporu.*“

Respondent 5 uvádí, že pokud uživatel je po nějaké těžké životní situaci, brečí nebo je smutný, podpora v podobě obejmutí je na místě. Není to ale zvykem a uživatelé toho nevyužívají.

## 7 Interpretace a vyhodnocení zjištěných dat

### Celková interpretace

Na základě prvotního rozhovoru vznikly pro lepší orientaci tabulky a graf s odpověďmi respondentů na zadané otázky.

Individuální rozhovory byly rozděleny do šesti oblastí a to: sebeobsluha a péče o vlastní osobu, samostatný pohyb a doprava, domácí práce a povinnosti, uchovávání a podávání léků, peníze a hospodaření s nimi a v poslední řadě vnímavost intimity.

### Vyhodnocení zjištěných dat

#### Hlavní výzkumný cíl:

- Analyzovat situaci jedinců při přechodu z ústavní a domácí péče do chráněného bydlení

Pro splnění výzkumného cíle byly stanoveny výzkumné otázky, na které respondenti odpovídali.

- Jaké jsou podle Vás rozdíly mezi klienty, kteří do chráněného bydlení přichází z rodin a z domova pro osoby se zdravotním postižením v prvotní fázi?
- V čem vnímáte největší rozdíl?
- V čem jsou viditelné rozdíly v přístupu?

#### Dílčí cíl:

- Zjistit samostatnost uživatelů v chráněném bydlení v jednotlivých oblastech

**HVC:** „Analyzovat situaci jedinců při přechodu z ústavní a domácí péče do chráněného bydlení“

Situace jedinců, kteří do chráněného bydlení přichází z domova pro osoby se zdravotním postižením, nebo z domácí péče se velmi liší. V první řadě je důležité zmínit že chráněné bydlení je prostředí rodinného typu a pro uživatele přicházející z rodin nepředstavuje příliš velkou změnu, jako pro klienty z instituce.

Chování a projevy jsou základní rysy, které jedince při přechodu do chráněného bydlení odliší. Uživatelé z DOZP mají daleko více průbojnější chování (tento rozdíl považuje za největší 7 respondentů) a mnohdy nemají hranice k cizím lidem (rozdíl vnímá za největší 1 respondent). Nedokážou vyhodnotit co si mohou či nemohou dovolit, nebo co ostatním mohou říct. Často tak mívají k cizím lidem přílišnou důvěru (tento rozdíl považují za největší 2 respondenti). Při přechodu do chráněného bydlení je ochrana svých věcí znakem právě jedinců přicházejících z DOZP. Časté odcizování věcí je pro instituci typické, a tak se ona ochrana přenáší i do chráněného bydlení.

Špatné návyky si s sebou přináší jak klienti z rodin, tak klienti z domovů pro osoby se zdravotním postižením. U uživatelů přicházejících z rodin jde o přejídání (tento rozdíl vnímá jako největší 6 respondentů). Mají neomezený přístup k jídlu, často nerespektují svoji případnou dietu (diabetes), protože rodiče tento způsob stravování příliš nezohledňují a jedincům dopřávají. U osob z DOZP jde o kouření (tento rozdíl považuje za největší 5 respondentů). Pracovníci z chráněného bydlení se snaží se špatnými návyky uživatelů pracovat, co nejvíce je minimalizovat, aby si tak neškodili svému zdraví.

Uživatelé přicházející z domácí péče jsou zvyklí na neustálou péči, mnohdy dětský přístup a dalo by se říci, že v některých situacích jsou až přepečováváni (rozdíl je evidován jako největší a shoduje se 8 respondentů). Někteří mají ulehčeno od domácích povinností a v chráněném bydlení je to následná změna. Ovšem to, se nepotvrzuje u jedinců z DOZP, kteří neměli možnost být zastoupeni svými rodiči a umí být více samostatnějšími, dospělejšími. Ona pozornost a péče, která je v rodině normální, zde chybí, mnohdy dochází až k deprivaci základních potřeb, kterou si ovšem kompenzují blízkým kontaktem pracovníků (tento rozdíl považují za největší 4 respondenti). Nepřítomnost rodiny má dopad i na hygienickou stránku uživatele, se kterou se pojí i horší standard v oblékání. V instituci není kladen velký důraz na hygienu, oproti rodině, kde jí je věnována větší pozornost (tento rozdíl považuje za největší 7 respondentů). Z vlastní zkušenosti autorka může doplnit, že v DOZP je větší pozornost věnována uživatelům, kteří vyžadují neustálou péči druhé osoby a jedinci, kteří si zvládnou hygienu obstarat sami, nejsou tolik kontrolováni.

K přechodu do chráněného bydlení se vážou i povinnosti s tím vznikající. Je tím na mysli režim a harmonogram, který se v bydlení plní, a který by měli dodržovat

všichni uživatelé. Pro klienty přicházející z domova pro osoby se zdravotním postižením není harmonogram cizí. Autorka i zde může doplnit, že se s harmonogramem v instituci také setkala a díky němu klienti vědí, jak jdou činnosti posloupně za sebou a co je v jaký den čeká. Tento denní režim se vyskytuje v málokteré domácnosti, a tak je pro uživatelé z rodin mnohdy novinkou, se kterou se po přechodu do chráněného bydlení musí naučit spolupracovat. V harmonogramu bývají znázorněny i aktivizační činnosti, které jsou pro osoby z DOZP dá se říct povinnou součástí každodenního života. Jedinci v rodinách tuto možnost mají také, ale ne vždy ji využívají. Raději tráví svůj volný čas v pohodlí domova s rodinou. Tím však bývají ochuzováni o sociální kontakt a možnost navázat nové vztahy, ale po přechodu do chráněného bydlení mají tuto možnost otevřenou.



**DC:** „Zjistit samostatnost uživatelů v chráněném bydlení v jednotlivých oblastech“

První zkoumanou oblastí byla **sebeobsluha a péče o vlastní osobu**, kde byla pozornost věnována základním hygienickým návykům (mytí rukou po použití toalety, před jídlem, po příchodu domů, pravidelné čištění zubů. Z výpovědí pracovníků vyplývá, že s tímto uživatelé nemají potíže, záležitosti, odkud jedinci přichází. Uživatelé z rodin tento návyk mají více zautomatizovaný. Sebeobsluhu a s tím spojenou hygienu ovlivňuje celá řada jevů, nezáleží pouze na prostředí, v kterém vyrůstali, ale záleží i na stupni postižení které s sebou nese také velká úskalí.

V chráněném bydlení se pracovníci snaží, aby hygiena u klienta nebyla zanedbána. Vše si pečlivě procvičují v zařízení sociální rehabilitace, které je též součástí Skoku do života, o.p.s. a naučené dovednosti v chráněném bydlení přenáší do svého život.

**Samostatný pohyb, doprava** a obstarávání si potřebných věcí, ať už pěší nebo hromadnou dopravou patří dle autorky mezi základní dovednosti nezbytné pro samostatný život v chráněném bydlení. Uživatelé využívají městskou hromadnou dopravu buď do zařízení sociální rehabilitace, do školy či do práce. Respondenti zmiňují, že v dopravě nemají uživatelé problémy. Klienti se učí trasy, které každodenně využívají. Následně jim samostatná jízda nedělá problém. V případě problému si jsou schopni pomocí mobilního telefonu zavolat pomoc. V tom vidí autorka velké pozitivum, stejně jako v tom, že v případě nejistoty jsou klienti doprovázeni buď pracovníkem, nebo uživatelem, který si je jistý.

Obstarávání si potřebných věcí je záležitost každého z nás. Ani osobám s mentálním postižením nedělá nakupování meších věcí v nedalekém obchodu žádné potíže. Autorka může z praxe potvrdit, že klienti zvládají nákup samostatně, bez potíží a zaměstnanci v obchodě jim vždy rádi pomůžou a vyjdou vstříc. Větší nákupy obstarávají pracovníci spolu s uživateli, a to i tak, že si společně sednou a sepíší, co je potřeba koupit, na co mají chuť.

**Domácí práce a povinnosti** je kategorie, která se opět týká každé osoby v domácnosti. Uživatelé v chráněném bydlení mají díky harmonogramu rozdělené činnosti, které vykonávají. Úklid svého pokoje či pracovní plochy většina provádí samostatně, automaticky a důkladně, někdo pouze s připomínkou pracovníka.

Uživatelé se s pomocí pracovníků běžně podílejí na přípravě jídla, ať už loupání, krájením či strouháním, i tak je následný výsledek určitou motivací pro další den.

**Uchovávání a podávání léků** je oblast, nad kterou je možné spekulovat. Pracovníci v chráněném bydlení sice nejsou kompetentní k podávání léků a mnozí uživatelé by si zvládli léky spravovat sami, ale v tomto je zavedený kompromis. Léky jsou uloženy v kanceláři zaměstnanců a pod dohledem si je uživatelé chodí brát. Pracovníci tak mají přehled a kontrolu nad tím, kdo si jaké léky bere a jestli si je bere správně. Zabraňují tak díky tomu ke vzniku závažné nepříznivé situace, která by mohla ovlivnit zdraví uživatelů.

**Peníze a hospodaření s nimi** uživatelé příliš neřeší. Z odpovědí respondentů jasně vyplývá, že peníze využívají na zpříjemnění si výletů. Koupí kávy či něčeho sladkého. Uživatelé v chráněném bydlení dochází do chráněných dílen, kde jim je přidělena práce na základě jejich schopností a kde jim je umožněno si nějaké peníze vydělat.

**Vnímavost intimity** je situace, kterou by se měli naučit chápat všichni. V tomto případě je intimita individuální záležitostí, někdo ji vyžaduje, někdo naopak ne a tolik s jí neuvědomuje. Respondenti zde vidí rozdíly mezi klienty z DOZP a z rodin. Ovšem v chráněném bydlení se snaží, aby intimita všech byla zachována a respektována.

## ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce bylo cílem popsat a definovat mentální postižení se všemi důležitými aspekty vztahující se k této kapitole. Dále byla popsána rodina a s tím související náhradní rodinná péče a zároveň i jedinec s mentálním postižením v rodině a jeho následné osamostatňování. Byla vymezena institucionální sociální péče pro osoby s mentálním postižením spolu se zněním současného zákona o sociálních službách. Rovněž byla popsána transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb. Zároveň byly charakterizovány sociální služby a další možnosti zařízení, jež klienti s mentálním postižením mohou využívat. V závěru byla pozornost věnována chráněnému bydlení.

V praktické části bakalářské práce byl pomocí kvalitativního šetření metodou skupinového rozhovoru zjišťován hlavní výzkumný cíl, kterým bylo analyzovat situaci jedinců při přechodu z ústavní a domácí péče do chráněného bydlení. Odpovědi respondentů byly pro lepší přehlednost zaznamenány do tabulky a grafu. Hlavní výzkumný cíl byl následně vyhodnocen a popsán.

Stanoven byl také dílčí cíl, který se zaměřoval na samostatnost jedinců v chráněném bydlení. Pro splnění dílčího cíle byly vymezeny oblasti, které se samostatnosti týkají. Následně byl dle jednotlivých oblastí dílčí cíl vyhodnocen.

Autorka se domnívá, že se jí podařilo naplnit stanovené cíle výzkumu a získat potřebné informace k popsání zkoumané problematiky.

Závěrem lze říci, že situace jedinců při přechodu do chráněného bydlení je individuální záležitostí. Nezáleží pouze na předešlém bydlení ale i na typu a stupni postižení. Pokud dříve uživatelé bydleli v domově pro osoby se zdravotním postižením, nemuseli se zabývat činnostmi jako je například příprava jídla, vaření. Oproti tomu osoby, které bydleli v rodinách se nesetkali ve společné domácnosti s více osobami, pouze s rodinou. Pro obě strany uživatelů je přechod do chráněného bydlení skvělou příležitostí k učení se novým věcem a k osamostatnění.

### **Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi:**

Uživatelé, při přechodu do chráněného bydlení, potřebují co největší podporu nejen pracovníků chráněného bydlení ale i rodiny či instituce, neboť právě podpora je nezbytná při adaptaci, přizpůsobování se novému okolnímu životu a osamostatňování.

Pro bezproblémový přechod a adaptaci na chráněné bydlení doporučuji pracovníkům služby vytvořit přípravný plán, ve kterém budou obsaženy veškeré činnosti, potřebné pro samostatný život v chráněném bydlení, který bude pro nácvik před přechodem do chráněného bydlení uživatelům poskytnut.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### KNIŽNÍ ZDROJE

BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

HAVIGER, Jiří, Jana Marie HAVIGEROVÁ a Irena LOUDOVÁ. *Lexikální stopa pojmu rodina: využití analýzy sítí, frekvenční analýzy a otevřeného kódování pro výzkum implicitních teorií rodiny*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-429-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

Informační materiál Skoku do života, o.p.s. Hradec Králové

JIRÁSKOVÁ, Věra. *Občan v demokratické společnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Učebnice pro střední školy. ISBN 80-85850-78-8.

KRAUS, Blahoslav. *Životní styl současné české rodiny*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-544-8.

LAŠEK, Jan a Irena LOUDOVÁ. *Rodina jako základ vývoje morálky a občanských postojů dětí*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-7435-335-2.

LAŠEK, Jan. *Čtyři pohledy na rodinu*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-531-8.

LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.

MACEK, Petr. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-x.

MAŇÁK, Josef a Vlastimil ŠVEC (eds.). *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2004. Pedagogický výzkum v teorii a praxi, sv. 1. ISBN 80-7315-078-6.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-304-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-24-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

*MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-169-4.

PANČOCHA, Karel. *Postižení jako axiologická kategorie sociální participace*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6344-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila, Marie VÍTKOVÁ a Miroslava BARTOŇOVÁ. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení: From education to social inclusion of people with health disabilities with focus on intellectual disabilities*. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7689-1.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-65-6.

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

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1073-7.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4.

ŠÍŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2003. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-821-x.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Parta, 2012. ISBN 978-80-7320-176-0.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, Marie - HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana - ŠTECH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha : Karolinum, 2000. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

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

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

VOJTKO, Tibor, ed. *Speciální pedagogika: teorie a praxe oboru v 21. století : příspěvky ke 100. výročí I. sjezdu pro péči o slabomyslné a školství pomocné v Praze 1909*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-132-7.

### INTERNETOVÉ ZDROJE

387/2017 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o s... *Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 20.03.2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-387>

O SKOKu | Skok do života, o.p.s.. *SKOK do života / Skok do života, o.p.s.* [online]. Copyright © 2012 [cit. 01.03.2020]. Dostupné z: [http://www.skokdozivota.cz/4/O\\_SKOKu/](http://www.skokdozivota.cz/4/O_SKOKu/)

O službě | Skok do života, o.p.s.. *SKOK do života / Skok do života, o.p.s.* [online]. Copyright © 2012 [cit. 01.03.2020]. Dostupné z: [http://www.skokdozivota.cz/47/Chranene\\_bydleni/](http://www.skokdozivota.cz/47/Chranene_bydleni/)

*Průvodce – MPSV Portál* [online]. Copyright © [cit. 12.03.2020]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zprava\\_Koncepce\\_transformace\\_2013.pdf/3af39437-67da-1abc-5234-b34339158729](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zprava_Koncepce_transformace_2013.pdf/3af39437-67da-1abc-5234-b34339158729)

TRANSFORMACE | Transformace sociálních služeb. *Transformace sociálních služeb* [online]. Copyright © 2020, [cit. 12.03.2020]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/transformace/>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách – Příručka pro personální agendu a odměňování zaměstnanců. *Obsah – Příručka pro personální agendu a odměňování zaměstnanců* [online]. Dostupné z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_108\\_2006](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006)



## OBRÁZKOVÉ ZDROJE

Obrázek č. 1 Mapy.cz. *Mapy.cz* [online]. Dostupné z:

<https://mapy.cz/zakladni?x=15.8586553&y=50.1781848&z=17&source=addr&id=9049021>

Obrázek č. 2 Mapy.cz. *Mapy.cz* [online]. Dostupné z:

<https://mapy.cz/zakladni?x=15.8106809&y=50.2266129&z=17&source=addr&id=9050738>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 Souhlas s provedením výzkumu

Příloha č. 2 Souhlas s pořízením hlasových nahrávek

## Příloha č. 1

### Souhlas s provedením výzkumu pro bakalářskou práci

Udělují tímto souhlas Natálii Bělohávkové, studentce Univerzity Hradec Králové, Pedagogické fakulty, s provedením výzkumu pro bakalářskou práci s názvem „Rozvoj samostatnosti dospělých osob s mentálním postižením v chráněném bydlení.“

Výzkum bude realizován kvalitativním výzkumným šetřením. Z metodologického hlediska budou využity metody rozhovoru, pozorování, případně analýzy dokumentů.

Dále souhlasím s uvedením názvu organizace a s použitím zjištěných informací pro potřeby výše uvedené bakalářské práce.

V Hradci Králové, dne 5. 12. 2019

Za SKOK DO ŽIVOTA, o.p.s.



KATEŘINA DRÁŽKOVÁ BIBUSOVÁ

## Příloha č. 2

SOUHLAS se zpracováním osobních údajů dle  
zákona č. 101/2000 Sb., O ochraně osobních  
údajů, v platném znění

Já, níže podepsaná/podepsaný

Jméno:

Příjmení:

Souhlasím se zpracováním poskytnutých hlasových nahrávek pro účely bakalářské práce na téma:  
Rozvoj samostatnosti dospělých osob s mentálním postižením v chráněném bydlení. Nahrávka bude  
pořízena na mobilní telefon. Po zpracování bude nahrávka smazána

V Hradci Králové

Podpis