

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

2013

Pavína Horká

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně pedagogických studií

Sexualita u osob s mentálním postižením příprava na samostatný život

Bakalářská práce

Autor: Pavlína Horká

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

Olomouc 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Sexualita u osob s mentálním postižením a příprava na samostatný život vypracovala samostatně a použila jen uvedených zdrojů a literatury.

V Olomouci dne 4. 4. 2013

.....

Poděkování:

Děkuji tímto Mgr. Petře Jurkovičové, PhD., za poskytnutí odborných konzultací, cenných rad a připomínek při zpracování bakalářské práce.

Obsah

1	Úvod	3
2	Teoretická část	5
2.1	Sexualita	5
2.2	Lidská sexualita jako základní lidská potřeba	7
2.3	Sebeuspokojování	9
2.4	Sexuální výchova	10
2.5	Sexuální výchova v dětském a dospělém věku	12
2.6	Antikoncepce	15
3	Samostatný život osob s mentálním postižením	18
3.1	Definice mentálního postižení	19
3.2	Etiologie	20
3.3	Klasifikace mentální retardace	20
3.4	Integrace osob s mentálním postižením	22
3.5	Život v ústavní péči	23
4	Sociální služby	26
4.1	Druhy a formy sociálních služeb	26
4.2	Plánování přechodu z ústavu do života	27
4.3	Transformace	27
4.4	Chráněné bydlení	30
5	Praktická část	33
5.1	Cíl bakalářské práce a výzkumné otázky	33
5.2	Metody a průběh šetření	33
5.3	Metoda polostrukturovaného rozhovoru	33
5.4	Charakteristika zařízení a respondentů	34
5.5	Popis výzkumného vzorku	36

5.6	Sexualita.....	36
5.7	Výsledky šetření.....	47
6	Závěr.....	50
	Seznam tabulek.....	52
	Seznam obrázků.....	53
	Seznam literatury.....	54
	Metodiky.....	56
	Sborníky	57
	Internetové zdroje	58
	Přílohy	60

1 Úvod

Osoby s mentálním postižením potkáváme už běžně na ulici, v obchodě, v kině. Z tabuizovaných témat jako sexualita, se stávají už méně tabuizované a to co bylo pokládáno za úplné tabu dnes, se bere jako normální součást jejich života. Jako bakalářskou práci jsem si vybrala téma: Sexualita u osob s mentálním postižením a příprava na samostatný život. Nejčastější reakce na moji bakalářskou práci byly udivené výrazy v obličeji a až poté se mě ptali, proč jsem si toto téma vybrala, když stejně žádný sexuální život nemají a pokud mají, tak si to raději ani nechtějí představit.

Nedá se říci, že všichni intaktní lidé přijímají osoby s postižením. Proto je pak pro ně i nepochopitelné, že tyto osoby mají partnerské vztahy a sexuální život. Doposud se nezbavili předsudků a takové informace vstřebává veřejnost velmi pomalu. Je to i malou mírou informovanosti intaktní společnosti o osobách s postižením. Každý má ale právo na sexuální život, ať už se jedná o postiženého jedince nebo intaktního občana. Sexualita je naprosto přirozenou součástí našeho života.

Toto téma je velmi složité i citlivé na získávání nějakých dat. Je samozřejmé, že člověk s mentálním postižením má potřebu lásky a sexuality. Patří to do základních fyziologických potřeb. Sexualita nezahrnuje jen sexuální akt, ale patří sem i pouhé objetí, přítomnost druhé osoby, polibky.

Některá ústavní zařízení vytvářejí metodiky a různé podklady až nyní, aby svým klientům nabídli co nejvíce informací o sexualitě, se snahou jim co přesněji tuto problematiku objasnit. Klienti se dostávají do zcela nových situací. Někteří po těchto informacích dychtí, jiní stojí opodál a mají odmítavý postoj.

Cílem bakalářské práce je přiblížit život osob s mentálním postižením, připravenost na sexualitu a samostatný život.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a z části praktické. Teoretická část podává základní pojmy vztahující se k tématu. První kapitola se zabývá sexualitou, sebeuspokojováním, sexuální výchovou a vývojem sexuality člověka. Druhá kapitola je věnována samostatnému životu osob s mentálním postižením. Vymezení a vysvětlení mentální retardace.

Třetí kapitola blíže seznamuje o životě v chráněném bydlení, kde osoby žijí samostatně.

Praktická část si klade za cíl zmapování situace, jestli pro klienty bylo přínosné samostatné bydlení a zda jsou spokojeni.

Co se týče sexuality, mají-li dostatečné informace na toto téma a ví, kam se mohou obrátit v případě potřeby o radu. Jestli personál je dostatečně proškolen a zda by oni sami navrhovali nějaké vylepšení. Nasnadě je též otázka, jestli jim činí problémy s klienty na tuto problematiku hovořit.

2 Teoretická část

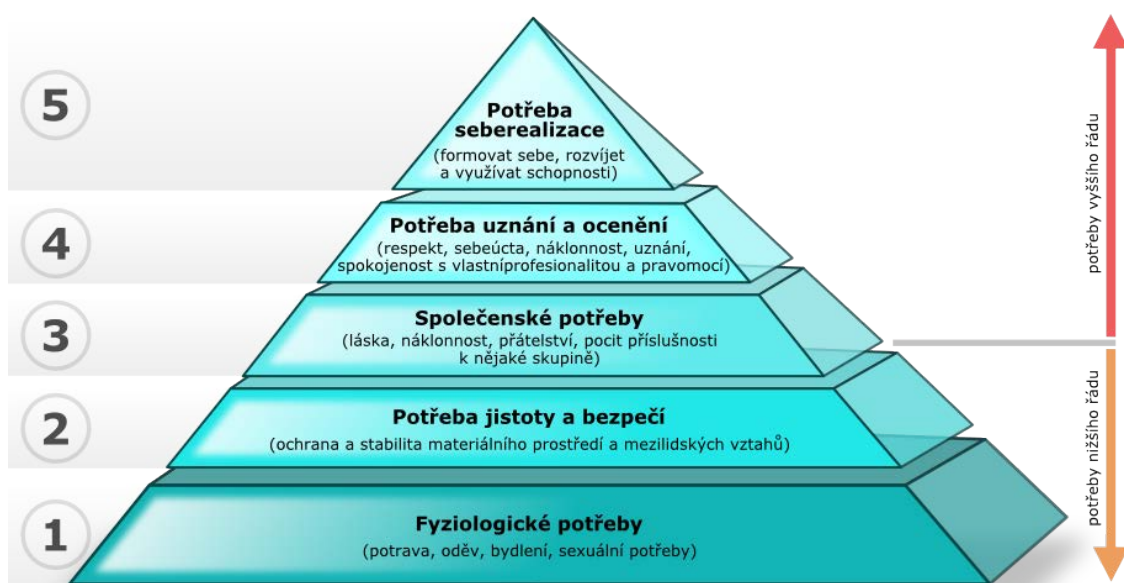
2.1 Sexualita

Lidská sexualita je nedílnou součástí každého jedince, ať už s postižením nebo bez postižení. Patří do našeho života. Sexualita u osob s mentálním postižením se pomalu stává méně tabuizovaným tématem. Lidská sexualita je přirozená potřeba každého člověka. Americký psycholog Abraham Maslow sestavil žebříček lidských hodnot, kam patří i zmíněná sexualita.

Podle Maslowa utvářejí potřeby hierarchický systém a lze jej dělit do pěti úrovní, které mají pyramidní uspořádání:

1. **Fyziologické potřeby:** primární potřeby lidského těla (jídlo, pití, pohyb, oblečení, bydlení, teplo, světlo, prostor, potřeba sexuality,...). Nejsou-li tyto potřeby uspokojeny, pak dominují a žádné další potřeby člověka nemotivují. Jakmile jsou fyziologické potřeby uspokojeny, nastupuje další (vyšší) úroveň.
2. **Potřeba bezpečí a existenční jistoty:** stabilita a jistota zaměstnání, zaměstnanecké výhody, osvobození od strachu, potřeba pořádku, zákona, ochrana před nemocemi, nezaměstnaností.
3. **Společenské potřeby:** potřeby se vztahují k společenské povaze lidí a jejich potřebě sdružování a touze po přátelství (dobré pracovní vztahy, sdružování, přátelství, láska, informace, kontakt, společenské uplatnění, stabilita pracovní skupiny, příležitost k sociální interakci,...).
4. **Potřeba uznání:** dosáhnout úspěchu, respektu (vážnosti, úcty, ohledu), potřeba sebedůvěry, samostatnosti, pozornosti, pochvaly, veřejné uznání dobrého výkonu, pověřování odpovědností. Uspokojování těchto potřeb vede k pocitu sebedůvěry a prestiže.

5. **Potřeba seberealizace:** Maslow definuje tyto potřeby jako touhu člověka být víc a víc než je, být vším, čím je člověk schopen se stát. Znamená to, že člověk chce plně realizovat svůj talent a schopnosti. Jinými slovy, ať je člověk univerzitním profesorem, podnikovým manažerem, rodičem nebo sportovcem, chce být v této roli zdatný a úspěšný (potřeba vědění, porozumění, růstu, estetické potřeby, příležitosti k povýšení, motivace k vyšším cílům). (Donnelly, 1997)



Obrázek č. 1 - Maslowa hierarchie potřeb (Hálek, 2013)

„Z hlediska sexuality je každý člověk charakterizován svou vzrušivostí. Sexuální vzrušivost je nejen různá u různých lidí, ale liší se i u jednoho člověka v jeho různých životních obdobích – v dospívání je velká, ve stáří malá“. (Pšenička, 1994, s. 178)

Formy sexuálního chování jsou podmíněny především činiteli sociálními, psychickými a morálními. Z toho vyplývá velký význam správné všeobecné i sexuální výchovy, zvláště v rodině, význam společenských, morálních postojů, význam životních zkušeností a zážitků. (Pšenička, 1994)

Dallaire (2009) říká že: Mezi mužem a ženou stojí jedna zásadní sexuální odlišnost: sexuální požitek, orgasmus a ejakulace jsou u muže vrozené, zatímco žena se až na výjimky musí sexuální slasti učit.

Zcela jako v každém sexuálním vztahu může být sexuální vztah postiženého s osobou nepostiženou zcela normální, obohacujícím, naplňující základní lidskou potřebu. (Votava, 2003)

Sexuální vztah postiženého s osobou nepostiženou může být zcela normální, obohacující a naplňující základní lidskou potřebu, jako v každém jiném sexuálním vztahu.

„Člověk je sexuální bytostí; bez ohledu na přítomnost mentálního, psychického, fyzického nebo smyslového postižení. Projevy sexuality jsou kontinuální, přirozenou a důležitou součástí lidského života“. (Valenta, Müller, 2009, str. 44)

Obecně jsou přijímány níže uvedené normy lidské sexuality:

- *sexualita se týká sexuální identity jedince a sexuálních vztahů*
- *všechny úrovně prožívání sexuality jsou rovnocenné*
- *sexualita je možná i mimo rámec manželství*
- *sexualita mezi lidmi stejného pohlaví je stejně hodnotná jako sexualita mezi mužem a ženou, homosexualita není posuzována jako deviace“.* (Vykydalová, 2006)

2.2 Lidská sexualita jako základní lidská potřeba

Sexualita je podstatná součást lidského života, která vede k pocitu vlastního sebeuvědomění, osobního štěstí a naplnění. Každý z nás je sexuální bytost a každý z nás má právo na prožití vlastní sexuality, citového prožívání a prožívání sexuální radosti. Její projevy se liší podle možností, tužeb a potřeb každého jedince. Platí to bez výjimky i pro lidi s mentálním postižením, sexualita přispívá ke kvalitě jejich života. (Metodika práce se sexualitou klienta, 2012)

„Lidská sexualita prochází, podobně jako celé lidské zrání, vývojem od raných podob identity a intimity až k podobám vyzrálým. V oblasti intimní jsou většinou uváděny tři hlavní funkce sexuality. Individuální neboli rekreační funkce znamená, že pohlavnost člověku může přinášet radost, uvolnění, rozkoš (a to i v případě, že je sám). Párová neboli komunikační funkce sexuality spočívá v tom, že sexuální styk je posuzován jako svébytný a hluboce důvěrný rozhovor dané dvojice. Druhá neboli prokreační funkce sexuality znamená, že v důsledku sexuálních styků mají lidé děti. Sexualita je kvůli své rozmnožovací složce pudem, a proto

lidstvo ještě nevyhynulo. Sexualita v podobě intimity se nepřestává vyvíjet po celý život“. (Baštecká, Goldman, 2001 in Valenta, Müller, 2009 str. 46)

Pohlavní styk u člověka nemá jen význam reprodukční. Jeho posláním je nejen přežití druhu, ale je to také zároveň akt, který poskytuje partnerům vzájemnou rozkoš. Se studiem lidské sexuality se začalo zhruba před čtyřiceti lety. (Tordjman a kol., 1995)

Průběh sexuálního aktu rozděluje Tordjman následovně: *„Fáze vzrušení, jejíž délka je různá, kdy se muž a žena připravují k pohlavnímu styku. Fáze aktivní, kterou začíná spojení a vrcholí před orgasmem. Orgasmus, kterého nemusí být dosaženo, to se stává ženám, absence u mužů je velmi vzácná. Fáze uvolnění“.* (Tordjman a kol., 1995, s. 70)

Většina lidí se zdravotním postižením si přeje navázat partnerské vztahy, žít sexuálně a založit rodinu stejně jako lidé nepostižení. Partnerský vztah přináší větší jistotu, že se bude mít postižený možnost v případě problémů na koho obrátit. Často to sebou přináší příjemné zážitky, ale též zvýšené sebevědomí. (Votava, 2003)

Lze tak i citovat výrok postižené „že se přitom cítí jako normální ženská“. (Votava, 2003 s. 98)

Je důležité, aby zdravotně postižený (á) dokázal (a) jednoznačně říci, jaký druh vztahu a tělesného kontaktu je v souladu s jeho (jejím) přáním a co si jednoznačně nepřeje. Obtížnější je stanovit pravidla partnerských vztahů v případech, kdy postižený není schopen posoudit chování své i možného partnera. Při těžším stupni MP, je navíc při otěhotnění riziko vzniku dalšího těžce postiženého jedince. (Votava, 2003)

„Názory na dnešní sexualitu u lidí s mentálním postižením v posledních desetiletích procházejí vývojem od představ, že lidé s mentálním postižením žádnou nemají, že to jsou v podstatě bytosti asexuální. Až na názor, že mají právo na pravidelný pohlavní život, který je jim potřeba zajistit a to i tehdy když oni sami o něj neprojevují zájem“. (Švarcová, 2011, s. 67)

„Uspokojování sexuálních potřeb klientů s mentálním postižením bylo dlouhá léta tabuizováno, takže převažují, následují předsudky

- *Osoby s mentálním postižením mají zvýšená sexuální pud, či naopak jsou zcela bez sexuálních potřeb.*
- *Sexuální potřeby osob s mentálním postižením se dají utlumit fyzicky náročnou prací.*
- *Sexuálním problémům lze předejít tím, že od sebe oddělíme obě pohlaví.*
- *Člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem bez sexuálních potřeb.*
- *Realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzí sexuální touhy klientů.*

- *Pouze pohlavním stykem se saturují sexuální a intimně - vztahové potřeby osob s mentálním postižením*“. (Michalík, 2011, str. 126 in Valenta Müller, 2007)

2.3 Sebeuspokojování

„Masturbace je také potvrzením naší identity jako sexuální bytosti“. (Štěrbová in Procházka 2008, str. 43)

Proč muži masturbují? Mužské libido bývá v průměru silnější než to ženské, muž čerpá v masturbaci potěšení, které v normálním sexuálním styku nenajde. Neměli bychom považovat masturbaci za nedostatek, ale prostředek, který muž využívá, aby měl vyrovnaný sexuální život a uspokojil své libido. (Daillaire, 2009)

“Onanie slouží k redukci úzkosti, k rozvoji erogenního sebeuvědomění a k možnosti prožití orgasmu. Pro mnoho lidí s mentálním postižením je to tak jediné sexuální východisko“.(Štěrbová, 2009, str. 43)

Novosad (2000) uvádí, že u některých osob s těžkým fyzickým či mentálním postižením je zvládnutí masturbačních technik často jediným východiskem z permanentní sexuální frustrace. (Valenta, Müller, 2009)

„Děti manipulují se svými pohlavními orgány. V patnácti letech, 95 % chlapců masturbuje třikrát nebo vícekrát týdně a 85% žen dosáhne alespoň jednou za život touto cestou orgasmus“. (Daillaire 2009, str. 121)

Cambridge, Varhany a Mc Carthy (2003) uvádějí, že masturbace je jedním z klíčových bodů pro osoby s mentálním postižením a současně, že je jí věnováno velmi málo pozornosti v profesionální a akademické literatuře. Uvádějí proto pět klíčových schémat vztahujících se k masturbaci osob s mentálním postižením:

1. *„Osoby jsou považovány za neschopné masturbovat vhodně, obvykle jsou považovány za neschopné dosáhnout orgasmu, ejakulace.*
2. *Osoby nevědí, jak masturbovat. Obvykle to znamená, že si třou penis nebo vaginu, většinou přes své oblečení, někdy vůči lidem i objektům.*
3. *Osoby masturbují příliš mnoho, trvání nebo frekvence masturbace je taková, že personál má za to, že osoba se neúčastní v důsledku masturbace dalších sociálních aktivit a příležitostí doma nebo v komunitě.*

4. *Osoby masturbující nevhodně, nepřiměřeně. Obvykle to znamená to, že masturbují na veřejných místech nebo na místech, kde se poskytují služby, což přináší obtíže jak personálu, tak i ostatním uživatelům služeb.*
5. *Osoby užívají k masturbaci nevhodné objekty, obvykle to znamená, že užívají objekty, které nejsou zamýšleny k napomáhání masturbaci a které mohou zranit“.* (Štěrbová 2007, str. 78)

Respektování masturbace, ale neznamená, že by měla být tolerována vždy a za všech okolností. Je důležité od raného věku dítěti objasňovat, že sexuální aktivity patří do soukromí člověka. Dítě by mělo vědět, že se nesmí dotýkat prsů a genitálií jiných osob. Jedinci s mentálním postižením by měli být obeznámeni o významu masturbace, jejích praktikách a psychologických aspektech. Je důležité je poučit o bezpečnosti těchto aktivit, upozornit na hygienické zásady. To, že vytvoříme lidem s mentálním postižením podmínky pro masturbaci, ještě neznamená, že jim tím umožňujeme dostatečný sexuální život. Nelze to považovat za plnohodnotný sexuální život. Masturbace slouží k uvolnění sexuálního napětí, zaměřuje člověka pouze na biologickou stránku sexuality. Je to sexualita na pudové úrovni, které chybí duševní a duchovní rozměr lidské erotiky. (Valenta, Müller, 2009)

Problémem v oblasti sexuality těchto osob je obnažování a především masturbování na veřejnosti, což může být veřejností hodnoceno jako deviantní chování, nikoli jako uspokojování přirozené fyziologické potřeby. (Michalík, 2011, str. 126 in Valenta, Müller, 2007)

2.4 Sexuální výchova

Štěrbová mluví ve sborníku, že: *„Pracovník v přímé péči (ať už se jedná o zdravotnického pracovníka či pedagoga), by měl být tím odborníkem, který bude schopen přenést svoje vědomosti do dovedností. Upozorňuje, že je třeba zaměřit pozornost na rozdíly mezi teoretickými a praktickými znalostmi. Proto by měl vzdělávat odborník, člověk s výcvikem, zkušeností s prací s osobami s postižením, který je citlivý vůči klientovi, umí „získat“ přesnou zakázku a ví, zda je schopen ji naplnit. Individuální výuka musí být konkrétní, stručná a jasná, vizuální, s využitím napodobování a hraní her, s použitím videa, s přehráváním a diskusemi, s vysvětlováním sociálních situací s využitím kontaktu*

s vrstevníky. Pedagog musí pak posoudit klientovu schopnost používat abstraktní myšlení k volbě vhodných didaktických materiálů“. (Štěrbová, 2012)

Dále se ve své práci Štěrbová zmiňuje o tom, že je třeba, aby pracovník věděl kdy o jakých tématech začínat, v jakých podmínkách, jaká volit slova, zda zvoleným slovům bude rozumět uživatel, zda není veden monolog pouze ze strany pracovníka. Za další možnou překážku uvádí nedostatečnou dovednost zaměstnanců užívání alternativních a augmentativních způsobů komunikace (dále AAK) a rozpoznání zda se v konkrétním systému AAK orientuje osoba s mentálním postižením. Problémy se pak objevují u klientů, kde je narušena schopnost komunikace, ať už hloubkou mentálního postižení, či dalšími diagnózami, či poruchami. (Štěrbová, 2012)

„Postižená mládež byla doposud znevýhodněna i tím, že dostává o oblasti partnerství a výchovy méně informací zaměřených na problematiku postižených osob. Dobře lze vycházet z vypracovaného materiálu „Soustavná sexuální výchova na základních a středních školách“ (1997) od Brzka a Melana. Tato osnova studijních předmětů je rozdělena podle věku do tří stupňů a obsahuje všechna základní témata, např.: anatomie a fyziologie pohlavních orgánů, rodinné vztahy, typy sexuálního chování, antikoncepce, zneužívání, pohlavní nemoci, aj. O tom všem by měly být informovány děti a dospívající postižením úměrně svému věku, přitom by se mělo vzít v úvahu, že osobnostní zrání je u nich pomalejší nežli u nepostižených vrstevníků“. (Votava, 2003. str. 101)

Poskytovatelé sociálních služeb se musí snažit lidem s mentálním postižením umožnit jejich sexualitu prožít způsobem, který si sami zvolí a který jim vyhovuje. Nesmí být však v rozporu se zájmy ostatních. Přístupnou formou, vzhledem k míře postižení, mentální a tělesné vyspělosti, projevům v chování a zájmu o sexualitu, jsou uživatelům poskytovány informace o fyziologii pohlavních orgánů, sexualitě a vzájemných partnerských vztazích. Tím poskytovatelé posilují nejenom právní vědomí těchto lidí, ale mohou tak zabránit negativním, traumatizujícím sexuálním zkušenostem, dokonce i sexuálnímu zneužívání. Musíme pamatovat, že nejdůležitějším hlediskem sexuálního vztahu je rovnocennost a dobrovolnost lidí v něm. Výchovou a vedením je směřujeme k odpovědnosti, úctě, toleranci a plnosti citového prožívání. (Vykydalová, 2006)

Základní úkoly sexuální výchovy v podmínkách ÚSP

- Výchovou k uvědomění si své identity, své lidské důstojnosti, vedeme klienty k tomu, co je a co není žádoucí z hlediska morálky.
- Používat jednotnou terminologii, související s oblastí sexuality (doporučené termíny: pytlík, preka, onanovat).
- Tolerovat a vhodně usměrňovat průběh masturbace (onanie) klientů – vést k volbě vhodného intimního prostředí, hygieně.
- Tolerovat stávající homosexuální aktivity, pokud nejsou zatěžující a obtěžující pro daného sexuálního partnera. Tito musí dodržovat věkovou hranici 15 let a musí probíhat v co nejvíc intimním prostředí.
- Dívky vedeme k žádoucí intimitě a zásadám osobní hygieny např. při menstruaci.
- Upozornit nadřízeného pracovníka na své podezření na sexuální obtěžování nebo zneužívání klientů ústavů sociální péče. (Pilařová, 1997)

Informace týkající se sexuality uživatelů podléhají zákonu o ochraně osobních údajů, proto jsou uloženy v dokumentaci na vyhrazeném místě poskytovatelů sociálních služeb. Přístup k těmto informacím je povolen pracovníkům přímé péče, kterým byl buď uživateli úplně způsobilými či částečně zbavenými způsobilosti k právním úkonům, popř. jejich zákonnými zástupci či opatrovníky písemně udělen souhlas s nahlížením do těchto dokumentů. (Vykydalová, 2006)

2.5 Sexuální výchova v dětském a dospělém věku

2.5.1 Dětství

Raboch říká, že: „*Utváření pohlavní identifikace probíhá během prvních 3 let života. Její základní rysy jsou rozvinuty již ve věku kolem 18 měsíců. Ve věku 3 let poznávají příslušnost určitých hraček k pohlaví (např. panenka k holčičkám, autíček a lokomotiv k chlapečkům) a uvědomují si rozdílnost v oblečení*“. (Raboch 1977, str. 22)

Dětství před pubertou chápeme jako úplně asexuální životní období, ovšem pevná sexuální identifikace se utváří již v době, kdy začíná jedinec mluvit.

Zvěřina a Budinský říkají, že několik procent chlapců i dívek se chová nápadně tererotopicky. Takové dívky označujeme za tomboyské, chlapce pak jako zženštilé (sissy boys.) Zdaleka ne pak všechny děti v dospělosti mají nějaké problémy se svou sexuální identifikací a orientací, avšak u více než poloviny tomu tak je. (Budinský, Zvěřina, 2004)

„U mentálního postižení se sexualita vyvíjí běžným způsobem. Sexuální vývoj začíná rozvojem pohlavní identity. Pohlavní identita je psychologické pohlaví. To znamená míra, do jaké se každý z nás cítí být mužem nebo ženou, homosexuálem, bisexuálem nebo heterosexuálem. Pohlavní identita nemusí být v souladu s genetickým pohlavím. Je ovlivněna údaji mozku, hormony, sociálními vlivy, sociální komunikací, učením a dalšími faktory“. (Valenta, Müller, 2009, str. 44)

Častou aktivitou dětí jsou sexuální hry. Spočívají ve zvědavé exploraci intimních, tělesných partií. Není třeba tyto dětské hry hodnotit jako nebezpečný jev, časem odezní samy. (Zvěřina, Budinský, 2004)

„Lze tedy shrnout, že po početí možno u člověka pozorovat tři kritická období, v jeho sexuálním vývoji: První je mezi 60. až 70. dnem nitroděložního života, kdy dojde k utváření zevního pohlavního ústrojí. Podle jeho vzhledu je pak dítěti připsáno pohlaví mužské nebo ženské.

Druhé období je ještě před narozením, pravděpodobně mezi 4. a 6. měsícem těhotenství, kdy se rozdělují hormony. U mužů je to testosteron, u žen estrogen. Třetí období spadá do doby po narození, kdy se během prvních tří let utváří pohlavní identifikace jedince“. (Raboch, 1977, str. 23-24)

2.5.2 Puberta

Puberta je období změn, při kterých se z dítěte vytváří jedinec.

„U dívek dochází k prvním menstruačním krvácením zpravidla mezi 10. a 15. rokem. Neproběhne-li první menstruace do 17. roku, je nutné odborné vyšetření. U chlapců bývá uváděn věk při prvním výronu semene kolem 13. roku až 15. roku věku“. (Budinský, Zvěřina, 2004, str. 57)

V tomto vývoji je velmi nápadný rychlý růst. U dívek růst vrcholí okolo jedenáctého – dvanáctého roku, u chlapců mezi čtrnáctým – patnáctým rokem. Je zde také přechodná nevyrovnanost v proporcích. (Pšenička, 1994)

„V pubertě dochází vlivem náhlého vzestupu tvorby hormonů především v pohlavních žlázách k prudkému rozvoji sexuálních potřeb dospívajících a pozvolnému vytváření vzorců zralého sexuálního chování. Anglický psycholog Schofield popsal pět vývojových stupňů.

- *Kontakty dospívajících mezi sebou spíše jen ojedinelé. Někdy byly již na první schůzce, ale nedošlo ještě k líbání.*
- *Lehký petting. Pro tento stupeň sexuálního vývoje je charakteristické, že došlo již k líbání a často také ke stimulaci prsou přes oděv.*
- *Intenzivní petting. Prsy drážděny přímo, dráždění pohlavních orgánů rukou, ale bez pohlavního spojení.*
- *Došlo k prvnímu pohlavnímu styku.*
- *Pohlavní styk s více nežli jedním partnerem“.* (Učební texty pro instruktory a vedoucí kolektivů mladých hasičů, 2001)

Votava (2003, str. 100) říká že: *„Znevýhodnění osob se zdravotním postižením při navazování partnerských vztahů je dáno již od puberty tím, že jsou více závislé na péči jiných osob a tím jsou pod jejich kontrolou. Zvláště pak úzký vztah k rodičům a jejich dominance ve vzájemném vztahu brání postiženým v mládí navázat partnerské vztahy a získat první zkušenosti v tomto směru“.*

2.5.3 Sexualita v dospělosti

„Většina dospělých osob s mentálním postižením ví, že jsou mužem nebo ženou. Mnozí z nich ale neví, zda jsou homo-, bi-, nebo heterosexuální. To se týká ve velké míře např. obyvatel nekoedukovaných typů zařízení, obzvláště jsou-li obklopeni tabuizováním této oblasti, nemají s kým prodiskutovat svoje pocity a pochybnosti“. (Valenta, Müller, 2009, str. 45)

Většina sexuálních aktivit se odehrává v dospělosti. Je to čas plodnosti, zralosti, jsme při síle a sexu si nejvíce užíváme. V této době si také vybíráme partnery jak sexuální tak

životní. Někdy to není totéž. Biologicky nejsme naprogramováni k celoživotním monogamním vztahům. (Pastor, 2007)

2.6 Antikoncepce

Ochrana před nechtěným těhotenstvím. Řada prostředků byla užívána již před tisíciletím. (Capponi, Hajnová, Novák, 1994)

Antikoncepce je důležitou součástí sexuálního života a sexuální výchovy klientů organizace. Slouží k ochraně proti nechtěnému těhotenství a přenosným pohlavním nemocem. Organizace zajišťuje sexuální výchovu klientů (dle stupně mentálního postižení a schopnosti komunikačních schopností).

Zavedení antikoncepce je podmíněno:

- Odborným lékařským vyšetřením a doporučením speciality (gynekologa, sexuologa, psychologa, psychiatra).
- Informovaný souhlas klienta.
- Souhlas opatrovníka, popř. zákonného zástupce v případě, že je klient zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům. (Metodika práce se sexualitou klienta, 2012)

Pařízek, 2005, str. 363 udává tyto antikoncepční metody:

„Antikoncepční metody mužské:

- *Přerušovaný pohlavní styk.*
- *Prezervativ neboli kondom.*
- *Sterilizace“.*

„Antikoncepční metody ženské:

- *Přirozené metody antikoncepce – plodné neplodné dny.*
- *Bariérové metody.*
- *Chemické metody.*
- *Nitroděložní tělísko.*
- *Hormonální antikoncepce.*
- *Hormonální antikoncepce po pohlavním styku.*
- *Sterilizace ženy“.*

Existují různé druhy antikoncepce:

- **Přirozené metody antikoncepce** – dovoluje je i katolická církev.
 - *Metoda neplodných dnů* - neplodné dny se vypočítávají na základě pozorování nejméně tří menstruačních cyklů.
 - *Metoda hlenové struktury* - děložní hlen mění svoji konzistenci v průběhu menstruačního cyklu. V době kolem ovulace je hustší.
- **Bariérové metody antikoncepce** – metoda, která zabrání setkání vajíčka a spermie. Patří sem:
 - *Přesušovaná soulož*- nejstarší antikoncepční technika, prováděna ukončením soulože před výronem semene.
 - *Prezervativ (kondom)* – kromě výše uvedené je to jediná metoda mužské antikoncepce. Dnes se nevyrábí ze zvířecích střívek, ale z latexové blány o síle cca 0,5 mm. Výhodou prezervativu je snadná dostupnost. Je na něj nejméně alergických reakcí a je zároveň ochranou proti pohlavně přenosným nemocím.
 - *Diafragma (pesar)* – je latexová bariéra tvaru kloboučku, která zabrání průniku spermií do dělohy.
- **Chemické metody antikoncepce** – Poševní chemické metody užívají spermicidní látky, které ochromují pohyb spermií. Vyrábějí se v různých formách (gel, čípky, globule, pěna). Žena si je zavede před stykem do pochvy. Jejich nevýhodou jsou často vyskytující se alergie.
 - *Hormonální antikoncepce* – patří zatím mezi nejspolehlivější. U nás jsou tyto prostředky dostupné pouze na lékařský předpis. Jsou vyráběny ve formě pilulek. Pokusy o hormonální antikoncepci mužskou zatím selhaly.
 - *Nitroděložní tělísko* – (IUD, „mašle“, DANA) vyrábí se v různých tvarech zhruba ve velikosti dutiny děložní. Zavést je může pouze gynekolog, který také posoudí potřebnou velikost. Životnost je až pět let. Je to metoda spolehlivá, ale není bez zdravotních rizik – zvyšuje nebezpečí náchylnosti k infekcím. (Capponi, Hajnová, Novák, 1994)

Při výběru antikoncepční metody je třeba vzít v úvahu několik aspektů, aby její použití bylo pro ženu co nejvhodnější. Při výběru antikoncepce je nutné posoudit:

- **Spolehlivost metody** - ke spolehlivosti je nutné dodat, že je vždy nutné dodržovat všechny podmínky, které tato metoda vyžaduje.
- **Bezpečnost antikoncepce** - je hodnocena nejen podle spolehlivosti, ale i podle toho jaké jsou nežádoucí účinky na organismus.
- **Aplikační komfort** - čím je použití jednodušší, tím je metoda u žen pochopitelně oblíbenější. Například lékař nemůže ženě s nízkým intelektem předepsat hormonální tabletovou antikoncepci, protože není záruka, že by žena respektovala daná doporučení.
- **Některé vedlejší účinky** - mohou být dokonce prospěšné pro zdraví ženy.
- **Prožitek z pohlavního styku** – k čemu by ženě sloužila antikoncepce, kdyby jí a jejímu partnerovi znepříjemňovala prožitek z pohlavního styku.
- **Psychické zábrany** – některé metody nelze použít pro psychické zábrany muže nebo ženy.
- **Náboženské postoje** – je nutno přijmout i názor žen, které z důvodu svého náboženského přesvědčení odmítají jakoukoliv antikoncepční metodu.
- **Lékařské kontroly** – některé metody vyžadují častější lékařské kontroly.
- **Plánování dalšího těhotenství**
- **Věk**
- **Četnost pohlavních styků**
- **Promiskuitní způsob života**
- **Zdravotní stav ženy** – jsou choroby, které ženě předem nedovolují užívání některé antikoncepční metody.
- **Cena antikoncepčního preparátu** (Pařízek, 2005)

„Přehled podle jejich antikoncepční účinnosti:

→ *hormonální antikoncepce, tablety nebo injekce,*

→ *kondom,*

→ *chemická antikoncepce,*

→ *přerušovaný pohlavní styk“.* (Pařízek, 2005, str. 372)

3 Samostatný život osob s mentálním postižením

Názory a postoje společnosti na ústavní péči se za poslední desetiletí výrazně změnily. Vždy se považovalo za to, že člověk s mentálním postižením nebo jiným postižením patří do ústavní péče. A rodiče, kteří si chtěli ponechat své postižené dítě doma, tak byli považováni za podivíny, kteří obětují svůj život dítěti ze kterého „stejně nikdy nic nebude“. (Švarcová, 2003)

Péče o osoby s mentálním postižením má značně pohnutou historii. V jednotlivých etapách společenského vývoje se tato péče často odehrávala v úzkém spojení s politickou, ekonomickou a kulturní situací té doby. Etiologie duševních chorob v minulosti, byla často vykládána jako boží trest. Renesance se pak snaží odhalit pravdu za pomoci věd. Bojovala proti pověrám, čarodějnictví. Často docházelo k vyčleňování a izolaci mentálně postižených jedinců ze společnosti.

Radikální změnu v pohledu na péči o mentálně retardované přinesl až Philips Pinel. Na počátku 19. století dochází ke specializaci ústavních zařízení. V Čechách začíná péče o mentálně retardované založením Ernestina v roce 1871 v Praze, jehož zakladatelem a prvním ředitelem byl MUDr. Karel Slavoj Amerling. (Pipeková a kol., 1998)

Dříve se lidé snažili osoby s MP co nejvíce schovávat anebo je likvidovat. Dnes, péče a znalosti o mentálně postižených, dostává jiný směr. Naopak se snaží osoby s mentálním postižením, co nejvíce začlenit do společnosti a vést je k co největší samostatnosti.

Co se týče frekvence postižení, mají lidé s mentálním postižením převahu nad ostatními klienty s (vážnější) psychiatrickou diagnózou, ale mentální retardace je co do výskytu jednou z nejfrekventovanějších poruch vůbec. Všeobecně se udávají přibližně 3 - 4 % mentálně postižených osob v populaci s tím, že se v porovnání s minulostí eviduje jistý nárůst poruchy, který má značně diskutabilní příčiny. (Michalík a kol., 2011)

Ke zformulování ucelenějšího souboru poznatků o výchově a vzdělávání dětí či osob nějak zdravotně postižených, obvykle mohlo dojít, až když vznikla institucionální základna péče o tyto lidi. V Evropě se to začalo dít v průběhu 19. století a tyto počátky můžeme přesně datovat. V roce 1816 založil Gothard Guggenmoos (1775-1838) ústav pro kretény v rakouském Halleinu u Salzburgu. Od roku 1828 existoval soukromý ústav pro slabomyslné v Bicetre u Paříže. Tyto instituce však neměly dlouhé trvání. České země se dočkaly první

instituce tohoto druhu roku 1871. Jejím zřizovatelem byl Spolek paní sv. Anny a prvním ředitelem se tu stal lékař a pedagog Karel Slavoj Amerling (1807-1884). (Černá a kol., 2008)

3.1 Definice mentálního postižení

Votava říká: „Že se jedná se o osoby, které mají již od dětství snížené rozumové schopnosti. Příčina je z části známá (Downův syndrom, mikrocefalie), v řadě případů však neznámá. Jindy jde o součást jiného postižení mozku, nejběžněji DMO.

Postižení se podle současné klasifikace dělí do čtyř pásem: MP lehké, střední, těžké a hluboké. Snížení rozumových schopností způsobuje různou míru komplikací v životě. Dříve bývali často umisťováni v ústavech. Dnes už je snaha udržet je v rodinném prostředí“.
(Votava, 2003, str. 184)

Švarcová píše, „Že mentálním postižení nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku“.
(Švarcová, 2005, str. 25)

„Mentální postižení představuje snížení úrovně rozumových schopností, které se v psychologii obvykle označují jako inteligence. Tento velmi často užívaný pojem však doposud nebyl uspokojivě definován a psychologové se již velmi dlouhou dobu pokoušejí o jeho přesnější vymezení“.
(Švarcová, 2011, str. 36)

Mentální postižení tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi postižením. Navíc počet osob s mentální retardací nejen u nás stále stoupá.

„Mentální retardace se klinicky projevuje:

- Zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudku.
- Sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů.
- Sníženou mechanickou a zejména logickou pamětí
- Těkavostí pozornosti.
- Nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování.
- Poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace.
- Impulsivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování.
- Citovou vzrušivostí
- Zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí.

- *Sugestibilitou a rigiditou chování.*
- *Nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“.*
- *Opožděný psychosexuálním vývojem.*
- *Nerovnováhou aspirací a výkonů.*
- *Poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci.*
- *Sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými a dalšími charakteristickými znaky“.* (Švarcová, 2003, str. 35)

3.2 Etiologie

Mentální postižení může být způsobeno příčinami endogenními (vnitřními), tak příčinami exogenními (vnějšími).

Nejčastější příčiny se uvádějí:

- Následky infekcí a intoxikací
 - Prenatální infekce (např. zarděnková embryopatie, kongenitální syfilis).
 - Postnatální infekce (např. zánět mozku).
 - Intoxikace (např. toxemie, matky, otrava olovem).
 - Kongenitální toxoplazmóza.
- Následky úrazu nebo fyzikálních vlivů:
 - Mechanické poškození mozku při porodu.
 - Postnatální poranění mozku nebo hypoxie.
- Poruchy výměny látek, růstu, výživy
- Makroskopické léze mozku
- Nemoci a stavy, způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy
- Anomálie chromozomů
- Vážné duševní poruchy a jiné...

3.3 Klasifikace mentální retardace

„Česká republika se řídí Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí a přidružených zdravotních problémů Světové zdravotnické organizace, MKN - 10 (The International

Classification of Diseases, 10 th edition, neboli ICD-10) z roku 1992. (Černá a kol., 2008, str. 103)

Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje šest základních kategorií mentálního postižení:

F70 lehká mentální retardace (IQ 69-50),

F71 středně těžká mentální retardace (IQ 49-35),

F72 těžká mentální retardace (IQ 34-20),

F73 hluboká mentální retardace (IQ 19 a nižší),

F78 jiná mentální retardace,

F79 nespecifikovaná mentální retardace“.

(Bendová, Zíkl, 2011, str. 11)

Poslední klasifikace mentální retardace F79 se používá v případech, kdy je diagnóza úrovně mentálního postižení obtížná nebo ji není možno stanovit. Jedná se často o situace, kdy se mentální postižení vyskytuje v kombinaci. (Černá a kol., 2008, s. 103)

Lehká mentální retardace, IQ 50-69 (F70)

Do této kategorie je diagnostikováno přibližně u 80 – 85 % postižených. V obecné charakteristice se uvádí, že většinou lidé s lehkou mentální retardací jsou schopni užívat řeč. V dětském věku bývá vývoj řeči opožděn. Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči. Hlavní problémy se většinou projevují při teoretické práci ve škole. Jejich mentální věk se přibližuje věku na úrovni 10 – 11 let.

Středně těžká mentální retardace, IQ 35 -49 (F71)

Je diagnostikována přibližně u 10% postižených. U těchto jedinců je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Pokroky ve škole jsou limitované, ale většina žáků při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy trivie (čtení, psaní, počítání). Jejich mentální věk se pohybuje v pásmu 4 – 8 let. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. (Švarcová, 2011)

Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34 (F72)

Do této kategorie se zahrnuje asi 5% osob s mentální retardací. Žáci s těžkou mentální retardací zpravidla osvojení trivie nezvládají. Je zde značně porušena motorika nebo jinými přidruženými vadami. Jejich mentální věk se pohybuje přibližně v pásmu 18. měsíců až 3,5

roku. Možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené zkušeností, ale ukazují, že včasná systematická a dostatečná kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky.

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Postižení tvoří asi 1% mentálně retardované populace. Jsou těžce omezeni rozumět řeči, požadavkům, instrukcím. V nejlepším případě jsou schopni neverbální komunikace (úsmev, radost ze společnosti, pláč). Většina těchto osob je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Inteligenci nejde přesně změřit, mentální věk je nižší než 18 měsíců. (Švarcová, 2011)

Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, pokud stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické postižení.

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií. (Švarcová, 2011)

3.4 Integrace osob s mentálním postižením

Integrace pochází z latinského jazyka (*integer*- nenarušený, úplný, celý; *integrare* – sjednocovat, scelovat). Integrace v širším slova smyslu je obecné začlenění osob s nějakým znevýhodněním nebo poškozením do společnosti. V užším slova smyslu vnímáme tento termín jako „školskou integraci“, tedy vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v běžných školách. (Bendová, Zikl, 2011)

Integrace znamená sjednocení postojů a hodnot, chování a směřování aktivit různého druhu. Ovlivňuje jak interpersonální a skupinové vztahy, tak identitu jednotlivců a skupin. Představuje situaci postojů a aktivit. Tyto aktivity se mohou projevit ve formě stresů, konfliktů a problému narušujících rovnováhu a harmonii vztahů, jistotu a spokojenost

životního běhu. Integrace je jeden z prostředků, které pomáhají takové rozporů překonat. Nevadí, že sama je rozporuplná. (Jesenský, 2008)

Ukázalo se, že existují zásadní odlišnosti způsobu realizace integrace a interpersonálních a meziskupinových vztahů. Sociologická a sociálně psychologická literatura mluví při řešení vztahů mezi skupinami o 3 způsobech řešení: asimilaci, akomodaci, adaptaci. (Labreger, 1992)

„Izolace – velmi často aplikovaný způsob představující oddělení handicapovaných od intaktních (příkladem jsou např. ústavy sociální péče, věznice, apod.)

Asimilace – velmi často komplikovaný způsob (příkladem jsou zařazení handicapovaných do škol či do kurzů pro intaktní bez jakékoli pomoci). Představuje přijetí identity intaktních (asimilace) a popírání své původní identity“. (Jesenský, 2008, str. 107)

3.5 Život v ústavní péči

Období, které nyní prožíváme v oblasti sociálních služeb lze označit jako přelomové. Nové sociální služby vznikají na základě aktuálních potřeb a jednájí na základě inspirace ze zahraničí. Mezi první počiny patří zakládání malých specializovaných zařízení v dosahu civilizace, která jsou koncipována jako penziony nebo komunitní skupiny s terapeutickým zaměřením a charakterizovány nízkými počty klientů.

Většina pokusů o transformaci velkých rezidenčních zařízení se však zastavila u vnějších změn. Byla orientována na materiální kvalitu života, především na ubytování, nikoliv však na změnu kvality života klientů. Vznikající komunity tak nejsou samosprávné, v jejich činnosti se projevuje velký vliv personálu. Uživatelé mají stále nízký podíl na rozhodování, nejsou považováni za partnery, projevují se negativní rysy kolektivních zařízení. Důvody tohoto jsou různé – nadále působí stereotypy v přístupu společnosti k postiženým, celková koncepční nejasnost, nevyhovující zastaralá legislativa vytvořená v naprosto odlišných podmínkách a pro jiné účely, nepřipravenost uživatelů a celé společnosti na změnu, kompetence a další.

Kvalitní sociální služby by měly vytvořit podmínky pro důstojný a naplněný život, přispět k tomu, aby lidé s postižením žili běžným způsobem života. Služby, které by podporovaly jejich soběstačnost, autonomii a nezávislost, jsou nepochybně efektivnější a tedy i ekonomicky méně náročné, než služby, které konzervují závislost.

Zajištění kvalitního, funkčního a efektivního systému sociálních služeb tedy vyžaduje důslednou aplikaci nových účinných strategií. (Matuška, 2004)

Mezi tyto strategie nepochybně patří:

- Komunitní plánování sociálních služeb, tj. plánování služeb na základě zjištění jejich potřeby z pohledu všech účastníků, tj. uživatelů, poskytovatelů, obcí, měst a regionů, tak aby byly v souladu s prioritami sociální politiky státu a cíli sociální politiky těchto územních celků.
- Garance kvality sociálních služeb a jejich zvyšování.
- Vytvoření kontrolního systému kvality sociálních služeb prostřednictvím inspekcí.

V jakých situacích tedy lidé potřebují sociální služby?

- Člověku činí potíže běžné činnosti, které přináší každodenní život, nezvládá práci v domácnosti, nezvládá připravit si jídlo, potřebuje pomoc vstát z postele, umýt se, obléci se, potřebuje doprovodit k lékaři.
- Má těžkosti v partnerském nebo rodinném soužití nebo se nedovede bránit násilím v rodině a potřebuje pomoc, aby dosáhl svých práv a zájmů.
- Nemůže pracovat v běžném zaměstnání na otevřeném trhu práce a musí se naučit potřebným pracovním návykům či jiným sociálním dovednostem.
- Je bez přístřeší, nemá možnost se umýt. Potřebuje pomoc, aby si samostatně obstaral bydlení.
- Prožil mimořádně traumatizující a obtížnou životní situaci svého života.
- Člověk zkouší a užívá návykové látky.
- Člověk se dostal do konfliktu se zákonem a po odpykání trestu se může ocitnout ve spirále, která mu nedovolí řešit běžné problémy jinak než zase konfliktem.

Ve vyspělých zemích se na každé komunitě sociálních služeb najdou vždy tři základní skupiny:

- a) Zadavatelé – ti, kdo služby platí, zřizují, zadávají...
- b) Poskytovatelé – ti, kdo služby provozují, uskutečňují, dodávají...
- c) Uživatelé – ti, kdo služby přijímají, dostávají... (Matuška, 2004)

Skutečné schopnosti mentálně retardovaných lidí nejsou z hlediska jejich sociální integrace vždy rozhodující. Setkáváme se totiž velmi často s předsudky, nepochopením a nepřijetím ze strany intaktní populace, která je považuje za méně schopné. Ve společnosti se zdůrazňují mnohé obavy a rizika z osamostatňování těchto osob. Mezi tato rizika patří práce i bydlení, při jejich partnerském soužití (především obavy z jejich nechtěného otěhotnění a nezvládnutí rodičovských rolí) a snad i z otevřenosti těchto lidí, která je pro ně typická. Není pravda, že tito lidé si svůj status neuvědomují a nezáleží jim na svém statusu. (Slowík, 2007)

Samotný život ve své podstatě je to, jak jej žije každý z nás. Především je to o možnostech rozhodování, schopnostech dělat činnosti, které si člověk sám vybere. V životě je daný člověk omezený pouze tím způsobem, jak jsou omezeni jeho sousedé bez postižení. Takto samostatný život nedefinujeme ale, tímto pozorujeme jeho projevy. Samostatný život souvisí se svobodným rozhodováním. Je to právo a možnost provádět činnosti až do úplného konce. Ovšem pozor! Člověk může selhat, nicméně má možnost ponaučit se ze svého selhání tak, jak to dělají nepostižení lidé. Nezapomínejme na to, že samostatný život může být i velmi nebezpečný a není vůbec jednoduchý! Miliony lidí s postižením si ale cení samostatného života mnohem více než, závislého života, stejně jako si ho v nemalém počtu případů cení mnohem více než nepostižení lidé! V závislém životě jsou jisté omezené možnosti a nenaplněná očekávání.

4 Sociální služby

4.1 Druhy a formy sociálních služeb

Sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách zahrnují (§ 32):

Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje informace přispívající k řešení nepříznivé sociální situace. Je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Služba sociálního poradenství zahrnuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatnění práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služby sociální péče

Služby sociální péče pomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojit se do běžného života společnosti.

Služby sociální prevence

Napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které mohou být ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života, jež vede ke konfliktu či izolaci se společností. Cílem služeb sociální prevence je pomoci osobám k překonání nepříznivé sociální situace a ochrana společnosti před vznikem nežádoucích společenských jevů.

Formy poskytování sociálních služeb

- Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.
- Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
- Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

Cílem služeb je:

- o podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu

- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při zajištění chodu domácnosti. (§32 a §33 zákona č. 108/2006 sb. o sociálních službách)

4.2 Plánování přechodu z ústavu do života

„Anglický originál příručky plánování přechodu do života ve společnosti autorky Rity McLeod byl vydán v roce 1999 v kanadském Saskatoonu“. (McLeod in Čadilová a kol., 2007, str. 173)

Vznikla v organizaci zastupující zájmy osob s mentálním postižením a lze ji využít i pro osoby s lehčími mentálními handicapem k přechodu z ústavu do komunitního života. Účelem této příručky je pomoci lidem, kteří procházejí procesem přechodu buď ze školy do dospělého života, nebo ze života v instituci do života ve společnosti. Příručka obsahuje základní informace o tom, jak plánovat proces přechodu. Důraz je kladen na člověka v procesu přechodu a příručka je psána z jeho pohledu. To znamená, že člověk, pro kterého plánujeme, je ústřední a nejdůležitější osobou v procesu.

Proč vlastně plánovaný přechod? Pro každého mohou být změny frustrující zkušeností. Pro osoby s postižením je toto období velmi náročné. Ale život se stává i z jiných věcí, než je využívání sociálních služeb. Jde o mnohem více věcí – žít plným životem, založit rodinu, mít přátelé, dělat věci, které jsou užitečné a přináší uspokojení. Plánování je důležité, aby se klient dokázal rozhodovat v otázkách bydlení a zaměstnání, zapojit se do života sousedství. (McLeod in Čadilová a kol., 2007)

4.3 Transformace

Před sametovou revolucí v roce 1989 bývalo běžnou praxí, že zdravotně postižení dožívali ve velkokapacitních zařízeních, kde měli nárok pouze na bydlení a stravu. Dnes je tomu jinak. Česká republika jde ve stopách západoevropských států a začíná věřit, že

postižení lidé mají, stejně jako jejich zdraví spoluobčané, právo žít „běžným“ způsobem života.

Pojem „deinstitutionalizace“ ovšem neznamená okamžité rušení těchto ústavů, nýbrž systematickou přeměnu způsobu a podmínek poskytování péče pro lidi s postižením. Ti se tak mohou přestěhovat z velkokapacitních ústavů do běžných bytů či rodinných domů v místě, kde oni sami chtějí žít. Mají k dispozici různé denní programy a mohou rovněž počítat například s podporou při hledání vhodného zaměstnání na běžném trhu práce.

Vývoj transformace

Před 1989: Ve státech západní Evropy se myšlenka na to, že i postižení lidé mohou žít běžným životem v přirozeném prostředí, usazuje od šedesátých let dvacátého století. V Československu proces transformace sociálních služeb prakticky neexistuje.

1989: Nově vznikající neziskové organizace jsou prvními nositeli procesu transformace sociálních služeb.

2006: V České republice vstoupil v platnost zákon o sociálních službách.

únor 2007: Vláda ČR schválila „Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“. Její součástí je i pilotní projekt Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) Podpora transformace sociálních služeb.

duben 2009: Pilotní projekt MPSV Podpora transformace sociálních služeb byl zahájen.

únor 2009: Skupina nezávislých odborníků sezených tehdejším evropským komisařem pro zaměstnanost, sociální věci a rovné příležitosti Vladimírem Špidlou. Byla vypracována zpráva pro Evropskou komisi o přechodu od institucionální péče na péči komunitní.

listopad 2009: V České republice byl zveřejněn závazný dokument „Kritéria transformace, humanizace a deinstitutionalizace vybraných služeb sociální péče“, cílem je nastavit jasný rámec transformace vybraných zařízení služeb sociální péče na základě individuálně určených potřeb uživatelů.

2010: Česká republika ratifikovala Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením.

listopad 2010: Evropská komise přijala „Evropskou strategii pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010-2020: Obnovený závazek pro bezbariérovou Evropu“, jejímž záměrem je posílit postavení osob s handicapem a zlepšit jejich situaci, a to především prostřednictvím provádění Úmluvy OSN. (Transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, 2012)

Transformace nyní

„Do projektu se do dnešního dne zapojilo 32 ústavních zařízení z celé České republiky, která poskytují služby cca 3.800 lidem s postižením. Na projektu spolupracují všechny kraje České republiky s výjimkou Hlavního města Prahy, které se kvůli podmínkám Evropského sociálního fondu může účastnit jen některých vybraných aktivit“. (Transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, 2012)

Transformační plány

Transformační plány vycházejí z:

- potřeb uživatelů, zjištěných s pomocí metodiky vytvořené v tomto projektu,
- stávající situace zařízení, zejm. struktury klientů, personálních kapacit, materiálních podmínek apod.,
- zdrojů v území, jako jsou dostupné veřejné služby (např. školy, doprava) nebo objekty či pozemky vhodné pro zajištění komunitního bydlení a sociálních služeb.

Transformační plány připravují jednotlivé organizace zapojené do projektu Podpora transformace. V organizaci může být více transformačních plánů, v závislosti na etapách transformačního procesu dané organizace. Národní centrum přispívá k tvorbě transformačních plánů prostřednictvím svých pracovníků v zařízení a v regionech, sdílením informací a konzultacemi. Transformační plány schvaluje zřizovatel daného zařízení (kraj) a Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Jako ukázkou bych zde chtěla uvést, jak se k transformaci staví ředitelé ústavů.

„Transformace sociálních služeb obecně je naprosto nezbytná a už včera bylo pozdě,“ sdělila EurActivu Lenka Škarková, ředitelka Domova Barevné domky. „Měli bychom si ale uvědomit, že integrace lidí s postižením z velkých budov, více lůžkových pokojů do skupinových domácností v běžné zástavbě není nic objevného – pouze napravujeme chyby, kterých se někdo před mnoha lety dopustil tím, že tyto lidi soustředil na jednom místě a nejlépe co nejdál od civilizace“. Podle Škarkové je ale nutné k potřebám těchto lidí přistupovat s velkou opatrností a citlivostí. „Přesouváme je po 40 letech z uzavřeného chráněného prostředí do běžné společnosti, která je tvrdá a zatím i málo přizpůsobivá,“ vysvětluje. „Špatně zvládnutá integrace může v důsledku ohrozit i život některých klientů,“ dodává“. (Transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, 2012)

4.4 Chráněné bydlení

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

Služba poskytuje 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.

(Švarcová, 2011)

„Chráněné bydlení je moderní formou celoroční péče. Spočívá v tom, že několik klientů žije v jednom bytě nebo rodinném domku. Chráněné bydlení by mělo mít povahu společné domácnosti, kde dospělým klientům pomáhají asistenti s úklidem, s vařením, se sebeobsluhou a se vším, co sami klienti nemohou zvládat.“ (Švarcová, 2011, str. 186-189)

Vymezení, organizace.

Jako chráněné bydlení se označuje situace, kdy obvykle více osob se zdravotním postižením bydlí ve společném bytě, avšak protože by samy péči o sebe a o byt nezvládly, mají zorganizovaný dohled a pomoc“. (Votava 2003, str. 87)

Od 1. 1. 2007 nabyl účinnosti zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tento zákon definuje chráněné bydlení v §51 takto: *„chráněné bydlení je pobytová služba osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění a jejichž situace vyžaduje pomoc fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.“*

„Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) *pomoc při zajištění chodu domácnosti,*

- b) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- c) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- d) *sociálně terapeutické činnosti,*
- e) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“.* (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.)

Nejčastěji se tento způsob bydlení organizuje pro osoby s mentálním postižením, popřípadě pro pacienty psychiatrické, se stabilizovanou fází psychózy. Postiženým činí problémy udržovat denní řád a pořádek v bytě, zacházet s penězi, rozhodovat o nákupech, vaření, úklidu, dojíždět samostatně na chráněná pracoviště či do jiných míst.

Chráněné byty jsou obvykle vedeny organizací, která o jejich obyvatele dlouhodobě pečuje. Organizace zhodnotí osoby, navržené do chráněného bydlení a uváží, zda mají předpoklady pro tento způsob bydlení. (Votava, 2003)

Asistent zde nezastává funkci rodiče a vychovatele, spíše pomocníka, přítele a konzultanta.

Rozsah služeb poskytovaných klientům závisí na míře závažnosti jejich postižení. Pro těžce mentálně postižené klienty je potřebné zajistit asistenční služby po dobu 24 hodin denně i o víkendech, svátcích a prázdninách. Chráněné bydlení je dlouhodobá pobytová služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, vyžaduje-li jejich situaci pomoc jiné osoby. Může mít formu individuálního nebo skupinového bydlení; osobě se poskytuje podpora osobního asistenta. Služba obsahuje poskytnutí stravy, nebo pomoc při zajištění stravy, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společností, terapeutické činnosti. Pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. (Černá a kol., 2008)

Naproti tomu podporované bydlení má stejnou funkci s tím rozdílem, že služba se poskytuje v domácnosti u osob se zdravotním postižením.

Člověk s mentálním postižením zpravidla potřebuje podporu ke zvládnutí nároků samostatného bydlení. Je tedy žádoucí, aby obsah takové podpory vycházel z jeho individuální situace v oblasti bydlení a potřebné podpory v sebeobsluze. Nejvíce se však jedná o podporu při běžných činnostech, jako jsou: oblékání, stravování, osobní hygiena, doprava, nákupy, obstarávání domácnosti apod. Vedle asistence v sebeobsluze v chráněném bydlení může pomáhat při vyřizování finančních a administrativních záležitostí týkajících se

domácnosti nebo pomoc s úklidem. Člověk s postižením může potřebovat pomoci s celkovou orientací v okolí bydliště, asistent proto pomáhá a vysvětluje smysl běžných věcí. Nebo pomůže osobě s mentálním postižením zapojit se do komunity. (Černá a kol., 2008)

5 Praktická část

Praktická část bakalářské práce obsahuje polostrukturovaný rozhovor prováděný u klientů s mentální retardací a u zaměstnanců ústavní péče a chráněného bydlení. Zaměřuji se především na otázky zjištění spokojenosti ohledně sexuality a samostatného života. Je zřejmé již z názvu bakalářské práce, že toto téma je velmi široké. A pro zpracování do jedné studie je rizikové, neboť obsahuje citlivé informace, týkající se klientů.

5.1 Cíl bakalářské práce a výzkumné otázky

Cílem výzkumného šetření bylo zjištění, zda klienti jsou spokojeni v chráněném bydlení. Jestli klienti vedou sexuální život. Zda školení na téma sexualita, které zaměstnanci podstoupili, vedlo k výsledku.

Jako dílčí cíle jsem si stanovila ukázat čtenáři, že osoby s mentálním postižením mohou vést plnohodnotný sexuální život, zjistit zda pracovníci ústavu dostatečně informují klienty o sexualitě, dále pak zmapovat, zda klienti byli dostatečně připraveni na přechod z ústavního bydlení. Posledním neméně důležitým bodem bylo zjistit, jak klienti jednotlivě zvládají svoji samostatnost.

5.2 Metody a průběh šetření.

K výzkumu jsme se rozhodli použít metody kvalitativního výzkumu. „*Někteří autoři vymezují kvalitativní výzkum proti kvantitativnímu na základě použitých metod. Zjednodušeně řečeno, nástrojem kvantitativního výzkumu je dotazník, zatímco kvalitativní výzkumníci používají rozhovor*“. (Švaříček, 2007, str. 13)

Ke sběru dat a pro naplnění cílů byla využita výzkumná metoda: polostrukturovaného rozhovoru.

5.3 Metoda polostrukturovaného rozhovoru

Metoda rozhovoru je jedna z nejpoužívanějších technik pro získávání kvalitativních dat. Rozhovory mohou být nestrukturované, strukturované nebo polostrukturované.

Poslední zmiňovaná forma interview je nejrozšířenější podobou, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Polostrukturované interview vyžaduje oproti nestrukturovanému náročnější technickou přípravu. Téma je většinou specifikované okruhy určitých otázek, na které se budeme účastníků ptát. Obvykle je možné zaměřovat pořadí, v jakém se okruhům věnujeme, a dle potřeby a možností tedy toto pořadí upravujeme. Při polostrukturovaném interview můžeme chtít po účastníkovi, aby nám vysvětlil nebo upřesnil, jak danou věc myslel. Ověříme si, zda dané otázky a téma dobře pochopil. (Miovský, 2006)

Před výzkumem byli vždy klienti informováni o důvodu sběru dat a autorce bakalářské práce. Byly jim zodpovězeny všechny dotazy a zároveň všichni byli obeznámeni s tím, že výzkum je anonymní. Všichni vybraní klienti jsou ve středním věku s převahou mužů. Seznam pokládaných otázek a přepis rozhovorů je autentický, tak jak byl zaznamenán. Rozhovory byly sepisovány ručně, tak jak klienti a zaměstnanci hovořili. Text není nijak upravován. Klienti byli vybráni náhodně nebo na doporučení zaměstnanců.

5.4 Charakteristika zařízení a respondentů

Pro první výzkumné šetření si autorka zvolila Ústav sociální péče, který se nachází v kraji Vysočina, kam docházela na praxi během studia na střední škole. I protože některé klienty autorka zná a jsou jí blízcí. S ředitelkou ústavu se domluvila na zachování naprosté anonymity, proto v textu neuvádí ani jeho název a je označeno jako „zařízení v kraji Vysočina“. Od roku 2011 zde probíhá transformace klientů do chráněného bydlení, kde byla též na výzkumu k praktické části bakalářské práce.

Druhé zařízení, chráněné bydlení, se nachází v kraji Jihomoravském a bylo vybráno náhodně. S ředitelkou zařízení se též domluvila na anonymitě. A ona tuto skutečnost respektovala.

a) Zařízení v kraji Vysočina

Jedná se o zařízení s celoročním pobytem pro děti, mládež a dospělé. Vznik ústavu se datuje kolem roku 1960. Prostory v ústavu jsou umístěny do renesančního zámku, který byl do současné podoby přestavěn. Budova je obklopena zámeckým parkem, který je plně

využíván k vycházkám a terapiím. Kapacitu tvoří celkem 142 klientů zejména s mentálním postižením, ale i s přidruženými kombinovanými vadami. Ústav zajišťuje péči v pěti oblastech: ošetrovatelské, výchovné, vzdělávací, rehabilitaci a sociální službu. Cílem ústavu sociální péče je vytvořit pro klienty příznivé podmínky pro transformaci klientů do společnosti. A rozvinout jejich osobní potencial. Od března 2011 je v zařízení zajištěna metodická podpora procesu transformace a to Národním centrem podpory transformace sociálních služeb. K tomuto záměru používají dotazník na posuzování podpory transformace sociálních služeb. (viz. Příloha č. 1, 2, 3, 4)

b) Chráněné bydlení v Jihomoravském kraji

Je pobytová služba poskytována uživatelům s lehkým a středním mentálním případně kombinovaným postižením, jejichž situace vyžaduje podporu jiné osoby, zejména pak v oblasti osobní péče a péče o domácnost. Podpora je poskytována klientům individuálně, vždy v rozsahu nutné péče. Chráněné bydlení se snaží, aby mohli klienti v maximální míře vést běžný život. Klienti se dostali z ústavní péče do chráněného bydlení, když se celý ústav zrušil z důvodů technických závad. První transformace se uskutečnila v roce 2010. Cílený proces transformace se rozdělil na 3 etapy a to za podmínky úplného opuštění původního velkokapacitního zařízení. Klienti nyní žijí v 5 domech, v jedné ubytovně, a dvou bytech. Klientům je nabízena i terapeutická dílna. Klient má možnost si vybrat z 5 terapeutických dílen. Mezi ně patří:

Malířská a keramická dílna – je zaměřena na různé tvůrčí činnosti, např. výrobu dárkových předmětů.

Multifunkční dílna – tato dílna se odvíjí od probíhajícího ročního období, tradičních svátků atd. Klient se zde může naučit plést z papíru, vyrobit figurky ze slámy.

Axmanova modelovací technika – spočívá v práci se šamotovou hlinou. Jejímž mačkáním se vytváří tzv. hadi, kteří se na sebe skládají. Tato technika pomáhá klientům uvolňovat svalové křeče a zlepšuje koordinaci rukou.

Dvě dílny praktického života – je zaměřeno na práci se dřevem, práce na zahradě, práce na PC, hospodaření s financemi.

5.5 Popis výzkumného vzorku

Výzkum je rozdělen na dvě části: sexualita a samostatný život klientů. Autorka začala rozhovory na téma sexualita. Prováděla je u jednoho muže, ženy, jednoho páru a u dvou pracovníků ústavního zařízení. Pro lepší přehlednost vytvořila tabulku, ve které jsou jednotlivé osoby pod daným číslem a písmenem pro lepší přehlednost v textu. Kdy **M** znamená muž a **Ž** žena. Byla zachována anonymita, ale zároveň se snažila přiblížit více informací o klientech. Rozhovory v textu jsou dány tak, jak jdou v tabulce po sobě jednotlivé osoby.

5.6 Analýza a interpretace výsledků výzkumu

Sexualita

Otázky pro klienty:

1. Bydlíte spolu? Pokud ano kde? V ústavu nebo v bytě?
2. Co máte rádi na svém partnerovi?
3. Co se vám naopak nelíbí?
4. Dával vám někdo rady ohledně sexuality?
5. Můžete jít za někým, když máte nějaký problém s vaším partnerem?
6. Provozujete sexuální život?
7. Používáte nějakou ochranu? Pokud ano, jakou?
8. Chtěli byste dítě?
9. Pokud ano, jak by vypadala vaše péče o něj. Máte nějakou představu?
10. Kolik jste měli partnerů?
11. Jak často máte sex?

Otázky pro pracovníky zařízení:

1. Vedou vaši klienti sexuální život?
2. Chodí za vámi pro radu ohledně sexuality – využívané formy předávání dotazů?
3. Konzultujete s nimi jejich sexuální život – jak konzultace poskytujete – organizačně (individuálně X skupinové), kdo je poskytuje (konkrétní osoba zaměřená na dané problémy, každý, za kým klienti přijdou) apod.?

4. Usměrníte nějak jejich sexuální chování?
5. Jakou formu podpory informací byste uvítali?

Označení klientů	Jednotlivec / Pár	Věk	Míra postižení
M1	Jednotlivec	46	Lehká mentální retardace
Ž2	Jednotlivec	35	Lehká mentální retardace
M3	Pár	35	Lehká mentální retardace
Ž3		36	Středně těžká mentální retardace

Tabulka č. 1 údaje o klientech – charakteristika

Rozhovor s klienty:

Bydlíte spolu? Pokud ano kde? V ústavu nebo v bytě?

M1 No my jsme se spolu našli už na zámku (ústav) v roce 2006. Na byt jsme se dostali v roce 2010. Jsme moc spokojení.

Ž2 Z ústavu jsem 6 let pryč. Našla jsem si přítele po telefonu a po roce psaní mě pak přijel navštívit do ústavu a po dvou letech jsme spolu mohli začít bydlet. Velká změna byla v tom, že jsem se musela osamostatnit. Sice nás to tady po krůčkách učili, ale zbytek jsem se stejně musela naučit sama. A stejně vás všechno nenaučí. Přítel mi v tomhle hodně pomohl.

M3, Ž3 Jsme spolu 3 roky a jsme zasnoubeni. Partner: nedokážu si představit, kdybych s mojí láskou nebyl. Je moje všechno. A bydlíme tady v ústavu, máme tady spolu pokoj. Chodíme i k rodičům a ti nám říkají nám, že nám to spolu moc sluší. A že nám to přejí.

Co máte rádi na svém partnerovi?

M1 Ona je taková šikovná holka pracovitá, ráda mi tam pomůže uklidit. Bydlíme v garsonce a je to malé, ale nám to stačí. Milujeme se. Já miluji ji a ona miluje mě. Říkám jí buď mi věrná a nikdy mě neopouštěj. Musíme si věřit. Když jde kolikrát do práce, tak ji kolikrát nemusím říkat a ona sama od sebe nakoupí.

Ž3 Líbí se mi, že je hodný, je už klidný, to je určitě i tím, že je starší (o 20 let). A taky v něm mám velkou oporu. Když mám nějaký problém nebo on, vždy si o tom dokážeme promluvit a nějak to vyřešit. Hodně si i vycházíme vstříc.

M3,Ž3 Má pěknou postavu. Že to dobře umí se sexem. A že se do mě tak zamilovala.

Co se vám naopak nelíbí?

M1 No nelíbilo by se mi, kdyby byla taková náladová. Smutná může být, když jí někdo umře, ale jinak ne! Říkám jí, aby nebyla smutná, že to všechno přebolí. Když nemá důvod, musí se na ten svět smát. Je to moje holka a já ji miluji.

Ž2 Nelíbí se mi, že je líný. Já jsem taková divočejší a vzhledem k tomu, že on je starší tak je hodně pasivní, už. Hodně to pozoruji teď touhle dobou. Je to možná i způsobeno, že má zdravotní problémy.

Dával vám někdo rady ohledně sexuality? Můžete jít za někým, když máte nějaký problém s vaším partnerem?

M1 Já jsem byl třeba u pana psychologa. Radil mi jak na to. Ale jinak na to mám jen svoji přítelkyni a nikomu do toho nic není! My jsme tomu dali název zamrazování. A přišli jsme na to podle pohádky Mrazík, podle té hůlky co měl. To já nikde s nikým nerozebírám a ani ona. Je to naše soukromí.

Ž2 Rady nebo učili nás o sexualitě jen ve škole. Takže v rámci učení. Ale našlo se tady víc lidí z personálu, které jsem brala jako své matky, například tak ty mě třeba poradili. Na spoustu věcí jsem si ale musela přijít sama. A když teď mám nějaký problém, tak mám kamarádky ve městě, kde bydlím. Když je problém, tak jdu za nimi.

M3,Ž3 Když něco nevím, jdeme za panem psychologem. Anebo tady na oddělení nám taky poradí, ale většinou nám řeknou, ať jdeme za panem psychologem.

Provozujete sexuální život?

M1 Spíme spolu. Máme spolu sex.

Ž2 Ano, máme spolu sex.

M3,Ž3 Ano.

Používáte nějakou ochranu? Pokud ano jakou?

M1 Partnerka bere antikoncepci.

Ž2 Já beru antikoncepci, ale teď jsem ji vysadila ze zdravotních důvodů. Ale dávat si pozor.

M3,Ž3 Partnerka bere antikoncepci.

Chtěli byste dítě?

M1 Ona nemůže mít děti, nemá na to peníze a to by nešlo, kdybychom to dítě měli.

Ž2 Ne! Nedokážu si to představit, že bych měla dítě. Ať už ze zdravotních důvodů, tak z finančních. Nemohla bych mu dát, to co by potřebovalo a když vidím, co kolik stojí, tak bychom to finančně neutáhli.

M3,Ž3 Dítě můžeme mít, ale až budeme vzití. Jinak ne, jinak spolu dítě mít nemůžeme. A hlavně bychom spolu museli bydlet sami. My bysme spolu chtěli bydlet sami, jsme rádi, že aspoň takhle můžeme být spolu na pokoji. A můžeme být spolu.

Pokud ano, jak by vypadala vaše péče o něj? Máte nějakou představu?

M1 Jak by to vypadalo, kdybychom měli dítě? No museli bychom shánět peníze na plínky a s tím je hodně starostí. Copak bychom si to mohli dovolit? To není žádná legrace. Kam bysme to dali? Ten obývák je malý, to ani nehrozí.

To ona bere ty prášky, aby ty děti neměla. A bere to každý den, pak na konci měsíce má pauzu, ale musí to taky brát přesně tak, jak to je den po dni. To je taky důležité. Aby se pak se mnou mohla milovat.

M3,Ž3 Museli bychom se o něho postarat. Dávali bysme mu plíny, krmili ho. Když by plakalo, museli bychom ho utěšit. Kdyby ho něco bolelo, tak bychom s ním šli k panu doktorovi.

Kolik jste měli partnerů?

M1 Já jsem neměl jinak nikoho. To předtím jsem měl kamarádku, ale jinak ne. Sexuální partnerku mám jen Marii. Marie je pořád se mnou. Ona mě miluje, to je na ní znát, já to poznám.

Ž2 Předtím jsem žádného partnera neměla. Až jsme se seznámili s přítelem. A začala jsem s ním spát, když jsme se navštěvovali.

M3,Ž3 Muž: Měl jsem předtím jednu partnerku, ale s tou jsem si moc nerozuměl, pak jsem začal kamarádit s ženou Ž3, ona předtím chtěla Jardu a tak jsem nemohl s ní být. Ale poté jsme spolu začali kamarádit a teď se milujeme.

Žena: žena měla jednoho partnera

Jak často máte sex?

M1 Vždycky to děláme jen večer v posteli. Děláme to skoro každý den. Zas tak moc to nepřeháníme, všeho s mírou, tak jak se to má. A když to děláme tak večer a máme všude tmou, aby tam nebylo vůbec vidět.

Ž2 Jak často máme sex? No dá se říct, že předtím skoro pořád. Ale teď ze zdravotních obtíží to nejde.

Rozhovor s prvním zaměstnancem:

Vedou vaši klienti sexuální život?

Pár Ž3, M3 obejmou se, ale nespí spolu. Ž3 antikoncepci bere, protože s M3, jsou spolu na pokoji, ale sex spolu nemají. Chodíme s Ž3 ke gynekoložce a ta sama řekla, že ona pohlavní styk ještě neměla.

Chodí za Vámi pro radu ohledně sexuality? (Využívané formy předávání dotazů?)

Pro rady ke mně nechodí. My jim rady ani dávat nemůžeme. Dvakrát jsme byli na školení a tam i školitelé řekli, že je to tenký led. Možná po tom třetím školení bych se odvážila. Ale i přesto nevím.

Usměrňujete nějak jejich sexuální chování?

Na veřejnosti je napomenu, ale oni jsou stejně nejradyji spolu na pokoji. Ale hodně, to „projevování lásky“ na veřejnosti omezili. Ona ho hodně drží zkrátka. Před časem se začali hodně hádat, ale teď už je to opět v pořádku. Asi krizí projde opravdu každý vztah. Když přemýšlím nad tím uspokojováním, tak snad jen jedna klientka mi řekla, že si „tam“ sahá, ale zda je to pravda, to nevím.

Jakou formu podpory informací byste uvítali?

Co bych uvítala na tom školení? Kdyby to opravdu vysvětlil, jak to těm klientům říct. Jak jim poradit. Tak, aby to pro ně bylo co nejjednodušší na pochopení. Ale teď, v tuhle chvíli, bych opravdu do toho nešla, abych těm klientům vysvětlovala něco ohledně sexuality. Spíš mám také strach ze zneužití informací. Kdybych jim ty informace poskytla, tak jak by s tím naložili. A ze strany rodičů, aby to nebrali jako zneužívání. A jak by měla vypadat podpora? Představovala bych si nějaký film anebo knížku, to bych uvítala. Někdy je mi jich opravdu až líto, vlastně nemají za kým jít pro radu.

Rozhovor s druhým zaměstnancem:

Vedou vaši klienti sexuální život?

Ted' momentálně bych řekla, že tady nikdo s nikým nespí. Projevy sexuality tady jsou, třeba se políbí nebo se pohladí, ale jestli je v tom cit to bych neřekla.

Chodí za Vámi pro radu ohledně sexuality? (Využívané formy předávání dotazů?)

Pro radu za mnou chodí, ale málo.

Usměrňujete nějak jejich sexuální chování?

Tady tu intimitu dodržují. Mají buď na to pokoj anebo koupelnu. Oni hodně viděli, ale že by to uvedli do praxe, to si nemyslím.

Jakou formu podpory informací byste uvítali?

Momentálně bych nějaké školení nevyužila, ale jinak bych do toho rozhodně šla, abych věděla jak jim pak poradit. Jak jim to říct? Asi bych jim pustila film, ať se na to podívají. Na tom školení bych řekla, že nebylo nic, co bychom mohli využít pro praxi. Byly to spíš všeobecné informace, co jsme sami věděli. Při dalším školení si myslím, že už to bude jiné.

Samostatný život

Otázky pro klienty:

1. Jak vypadá váš den? Co děláte?
2. Chtěli jste se přestěhovat z ústavu do chráněného bydlení?
3. Když už teď bydlíte, byl nějaký problém? Co vám činilo největší problémy, co bylo nové?
4. Jak vás připravovali v ústavu? Učili vás třeba hospodařit s financemi?
5. Jaké máte vztahy mezi sebou v chráněném bydlení?
6. Chybí vám tam něco? Chtěli byste třeba nějaké zvíře? Nebo chodit více do města, do kina?

Otázky pro zaměstnance

1. Jak dlouho tu klienti žijí v chráněném bydlení?
2. Jaké byly začátky z přechodu z ústavního zařízení do chráněného bydlení?
3. V čem nejvíce potřebovali pomoc?
4. Jaké mají mezi sebou vztahy klienti? Vznikl nějaký problém?

5. Setkali se klienti s nějakými negativními postoji z okolní společnosti? Jak na to klienti reagovali?

Klienti z chráněného bydlení v kraji Vysočina	Věk	Druh postižení
MA	39	Středně těžká mentální retardace
MB	45	Lehká mentální retardace
MC	35	Lehká mentální retardace
Klienti z chráněného bydlení v kraji Jihomoravském	Věk	Druh postižení
MX	43	Středně těžká mentální retardace
MY	39	Lehká mentální retardace
MZ	50	Lehká mentální retardace + zrakové postižení

Tabulka č. 2 – údaje o klientech – charakteristika

Rozhovor s lidmi z chráněného bydlení v kraji Vysočina:

Jak vypadá váš den? Co děláte?

MA, MB: Chodí se nakupovat a v poledne se vaří. Kdo má službu, tak si udělá svoji práci. Střídáme se. Jsme na pokoji po dvou.

MC: Tak ráno se vzbudíme a jdeme nakoupit. Předem se vždycky domluvíme, co budeme chtít na snídani a taky podle peněz, abychom se vešli do limitu, co máme daný.

MX: Ráno sem (terapie) přijdu a jsem tu do 12:30. Pak jdeme na oběd a pak jdeme domů, tam odpočíváme a máme volno. Jdeme třeba na procházku. No a večer si vaříme.

MZ: No, jak vypadá můj den? Ráno vstanu, nasnídám se a jdeme sem na terapii. Já tady chodím na Axmanovu techniku. Byl jsem se to učit ve vedlejší vesnici. No, jen na tu Axmanovu

techniku chodím, ale teď se učím i plést košíky z papíru, ale zatím mi to moc nejde. Ráno já brzo vstávám, takže pak musím čekat do 8 hodin, než sem jdeme. Jsme tu do oběda a pak jdeme na baráček, tam si odpočneme a pak třeba jdeme nakoupit do Penny. Převlečeme se a dáme svačinu a uklízíme do večere. Chystáme večeri a pak jdeme spát. My tam nemáme rozdělené služby. Kdo se nabídne, tak to udělá, zatím to tak funguje, když někdo chce umýt podlahu tak ji umyje. Jsem rád, že jsem z toho ústavu šel pryč. Je to tady lepší. Tam jsem byl uzavřený za tím plotem. Mám tady volnost.

Chtěli jste se přestěhovat z ústavu do chráněného bydlení?

MA: *Tady je to lepší. Máme víc samostatnosti a nic nám nechybí. Na zámek ale chodíme pořád. Třeba na terapie nebo chodíme hrát tenis.*

MB: *No mě se tady taky líbí, chtěl jsem jít z ústavu. Někteří chodí na zkoušky. V ústavu je skupina, tak trénují.*

MC: *Já jsem chtěl jít z ústavu pryč. Mě se tady líbí, že mám tu volnost.*

MX, MY: *Chtěli jsme tam jít a nám se tam líbí.*

MX: *Já jsem tam taky chtěl, je nás tam 6 lidí. Pokoje máme po dvou. Nikdo není sám.*

MY: *No je to tam dva roky a jsme tam.*

MZ: *Já jsem byl v ústavu, pak jsem byl na ubytovně a teď jsem v domečku. Máme tady velkou zahradu, velký pokoj. Já mám svůj pokoj, ale jinak nás tam je šest a bydlí s námi dvě holky. Nejvíc se mi líbí, že mám tu volnost. Já už jsem se nemohl dočkat, až půjdu pryč. Chodí nám tam pomoci zaměstnanci a snaží se nám co nejvíce pomoci, ale já se snažím, abych byl co nejvíce samostatný. Já jsem šel dřív z ústavu než všichni ostatní.*

Když už teď bydlíte, byl nějaký problém? Co vám činilo největší problémy, co bylo nové?

MA: *Museli jsme se naučit vařit. To jsme neuměli. Něco jsme sice zkoušeli na zámku, ale museli jsme to dopilovat*

MB: *To je pravda, musí nám pomáhat a vysvětlit jak se co dělá. Anebo jsme se museli naučit dávat prádlo do pračky, aby se nezabarvilo. Barevný musí přijít k barevnému a bílé k bílému, musíme dávat pozor, aby se nám to nezabarvilo.*

MC: *Mě dělalo asi největší problém to prádlo, jak se má dávat do pračky, to se musím ještě naučit. Ale na ústavě se nás to snažili všechno naučit.*

MY: Chodí za námi služba, pomáhají nám třeba s vařením. Já moc rád vařím a snažím se co nejvíc pomáhat. A potom taky uklízím WC.

MX: Já peru a starám se o botníky. Dříve jsme to takhle neměli, ale od ledna to takhle máme. Každý máme něco na starost.

MZ: No učili mě s penězi, s kovovými a papírovými. Podle hmatu mě to učili. Chodím i sám nakupovat. To mě taky učili. Sám si zalévám i kafe, no někdy mě to přeteče, musím pomalu, ale to se stane každému.

Jak vás připravovali v ústavu? Učili vás třeba hospodařit s financemi?

MA, MC: No učili nás to, jak co máme dělat. Ve škole jsme měli i vaření, takže nás na to postupně připravovali. Jak jsem už říkal, učili nás to.

MX: Učili jsme se sami vařit a hodně nás na to připravovali, že půjdeme bydlet jinač. Připravovali jsme se na to.

MY: Já jsem se chtěl pořád vracet do toho zařízení, nechtěl jsem bydlet na domě. Chtěl jsem se vrátit, ale teď jsem si už zvykl a už bych jinač nešel. Nemohl jsem si zvyknout na tu volnost.

Učili nás i s penězi. Já umím s penězi a umím nakupovat. Mě prodavačka ošidila jen jednou o 12 Kč. Ale jinak ne, jinak si už na to dávám pozor. Já tady mám ještě přítelkyni. Jsme spolu rok a chodíme se projít. A chodí každý pátek, a teď zase v pátek přijde a chodíme na návštěvu k nim. Ještě má bráču, jemu je 17 let. Mě je 39 let a jemu 17 a nevím, o čem bych si s ním povídal. Ale s přítelkyní spolu chodíme na kafe a do města.

MZ: Jak jsem říkal, učili mě penězi.

Jaké máte vztahy mezi sebou v chráněném bydlení?

MA, MB: Máme dobré vztahy, nehádáme se.

MC: Tak občas se pohádáme, ale to je asi normální. Na ústavu, si myslím, že jsme se hádali víc.

MX, MY: Mezi sebou vycházíme dobře, jsme tam jen kluci.

MZ: Vztahy mezi sebou máme dobré, nehádáme se vůbec. Dobře spolu vycházíme.

Chybí vám tam něco? Chtěli byste třeba nějaké zvíře? Nebo chodit více do města, do kina?

MA: Ne, nám nic nechybí. Já třeba chodím i do práce. Chodíme uklízet do kanceláře, vždycky

po dvojicích. Jak potřebují, teď třeba chodíme každý den uklízet, a jak to máme uklizené, tak jdeme třeba do ústavu anebo domů.

MB: Já zase chodím tady s Jardou do restaurace uklízet. Vždycky udělají službu, zavolají nám a jdeme uklízet. No anebo ještě tady další lidi chodí uklízet na zámek.

MC: Nic mi nechybí, jsem rád za tu volnost. Sice se musíme hlásit, když se třeba někde zdržíme, ale je to jinačí než na ústavu. Chodím taky do práce a vydělám si asi 800 Kč. A ty peníze mám na knížce, nebo když něco chci tak si to koupím.

MX, MY: Nic nám nechybí. Jsme tam spokojení, máme i zahradu a tam občas chodíme.

MZ: Ne, nic mi tady nechybí. Jsem rád, že jsem z toho ústavu šel pryč. Je to tady lepší. Tam jsem byl uzavřený za tím plotem. Mám tady volnost.

Rozhovor se zaměstnanci v chráněném bydlení:

Jak dlouho tu klienti žijí v chráněném bydlení?

- Zde v bytě jsou jedni z nejšikovnějších a jedni z prvních klientů, kteří šli z ústavu. Klienti předtím než přišli na dům, měli dva byty u školy. Ovšem vypověděli nám tam smlouvu, tak jsme od října 2012 tady na domě. My pracovníci jsme chodili nejprve na 12 hodin a teď to máme již na 8 hodin. Do rána máme službu a musíme být v pohotovosti. Většinou klient musí ovládat telefon, a pokud ne, snažíme se ho to naučit. Každý den mají rozpis a střídají se v práci. Jeden den umývá nádobí ten, druhý den zase někdo jiný. Předchází se tak hádkám mezi klienty. Do toho ještě chodí do práce. Jedna skupina chodí do restaurace uklízet, druhá chodí na zámek uklízet a třetí do kanceláří. Pak mají individuálně terapie, to dochází též na ústav. Snídaně si chodí nakupovat sami. Ve sjednaném obchodě mají zavedený sešit a tam se to všechno píše a na konci měsíce se to zaplatí. Je to pro ně tady lepší. Mají tady svůj klid, ale dvě nemají samostatné vycházky ještě, takže do města musí chodit ve dvojicích.

Dřív jsme byli s klienty v ústavu, ale v roce 2008 nám tam spadl strop. Proto jsme se museli přestěhovat. Vznikla tak transformace. A to transformace pro celý ústav. V první etapě transformace jsme transformovali imobilní. A tak jsme se postupně stěhovali do domů, bytů penzionů. Dle stupňů postižení jsme vytvořili skupinky. V jednom domě bydlí 6 lidí a v druhém domě 5 lidí. Někteří klienti bydlí ještě v pronajatém bytě. Projekt transformace byl rozdělen do tří etap.

Jaké byly začátky při přechodu z ústavního zařízení do chráněného bydlení? V čem nejvíce potřebovali pomoc?

-Nejtěžší pro ně bylo vaření nebo věci okolo pračky. Předtím jsme to všechno nacvičovali na zámku. Ale praxe je samozřejmě pak jiná. Tady začínáme postupně s domácími pracemi. Máme tu vzadu na zahradě skleníky, tak se všichni těšíme, až si tam něco budeme pěstovat.

- Já jsem měla možnost vidět ty změny, například jak se jejich životy mění. Měli možnost si dělat věci podle sebe, vše si chystají sami. V jednom bytě jsme to s klienty vyklidili, sami si vybrali barvy, jaké budou mít stěny pokojů, kde budou bydlet. Bylo vidět, jak si to užívají, že mohou vyjádřit to, co chtějí. Neuvěřitelně se chytli té volnosti, která jim nyní byla nabídnuta. Podílí se úplně na všem, nakupují, hospodaří s penězi.

- Začátky vypadaly tak, že klienti byli vedeni. Nejprve se jim ukazovalo, jak to mají udělat a postupně se to zkoušelo, aby to zvládali sami. Tak se postupovalo i při docházení klientů do terapií. Nejprve chodili celou cestu asistenti s nimi, poté šli do poloviny cesty a dnes už to klienti zvládají sami. Postupovalo se od nejjednoduššího po nejsložitější. Vytvářeli se metodiky. Postupem času bychom chtěli vytvořit systémy alternativní a augmentativní komunikace pro lepší komunikaci s našimi svěřenci. Aby i oni sami měli jednodušší komunikaci s námi.

Jaké mají mezi sebou vztahy klienti? Vznikl nějaký problém?

-Někdy to zajiskří, ale většinou vztahy máme dobré.

- Tato změna jde hrozně poznat, vztahy jsou perfektní. Klienti se snaží podílet na různých akcích. Velmi dobře si uvědomují, že mají svá práva, ale povinnosti, to už se jim moc nelíbí, ale to je přirozené. Proto se snažíme, aby si to co nejvíce uvědomovali, že když něco chtějí, musí proto něco vynaložit a že není nic zadarmo. Naši klienti mají možnost volby. Uvedu na příkladu s jídlem. Klienti dochází do základní školy na obědy, ale některým to nevyhovovalo, proto jsme ještě sehnali, že mohou chodit do restaurace anebo do penzionu. Výsledky jsou opravdu velké, tím nechci říct, že ústav byl špatný to ne, ale když je na jednom místě 70 lidí a je přesně všechno striktně dané, tak ten přístup je jiný. Myslím si, že větší problém byl s pracovníky než s klienty té transformace. Klienty jsme na to postupně připravovali a oni se na to strašně těšili. Když jsem se jich sama ptala, zda jim chybí ústav, tak jediné co mi vždy řekli, bylo, že jim chybí jen zámecký park, který patřil k zámku. Vzhledem k transformaci se obměnil i personál, hodně se to omladilo. Někteří pracovníci

nebyli schopni připravit klienty na transformaci. Jako pokrok vidím i to, když naše klientka odmítla návštěvu, která se měla přijít podívat do chráněného bydlení. V ústavu by jen sklopila hlavu a musela by s tím souhlasit. Takže se to respektovalo. Je zde vidět, že se nebojí vyjádřit svůj názor. O víkendech to vypadá na domečku jako v klasické domácnosti. Klienti si sami vaří a obstarávají chod domácnosti. Sociální pracovníci fungují jako asistenti. Dle míry samostatnosti sociální pracovníci pomáhají.

Setkali se klienti s nějakými negativními postoji z okolní společnosti? Jak na to klienti reagovali?

- Ne, vůbec ne, nemyslím si, že by lidi tady byli nějak proti. Naši klienti se snaží co nejvíce tady zapojovat do různých akcí. Budou se ještě dělat další domky, takže se klienti dostanou i do okolních vesnic a měst. Samozřejmě je ale možné, že o něčem nevím.

- Já o žádném konfliktu nevím.

5.7 Výsledky šetření

V praktické části získala informace o sexualitě osob s mentálním postižením a názory zaměstnanců. Dále pak pohled na samostatný život klientů z ústavní péče v chráněném bydlení a názory pracovníků na přínos transformace.

Ve výzkumném šetření se snažila splnit zadané cíle. A zjistit odpovědi na předem připravené otázky. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapování situace, zda pro klienty bylo přínosné samostatné bydlení a jestli jsou spokojeni. Co se týče sexuality - jestli klienti vedou sexuální život. Mají-li dostatečné informace na toto téma, zda ví, kam se mohou obrátit v případě potřeby o radu. Jestli je personál dostatečně proškolen, zda by navrhoval nějaké vylepšení. Nebo jestli jim činí problémy s klienty o této problematice hovořit?

Nejprve se zaměřila na téma sexualita. Na první pohled je zřejmé, že pro klienty je sexualita důležitá a v jejich životě tvoří významnou roli. U muže (v tabulce pod M1), který žije se svojí partnerkou v bytě, si své soukromí hlídají. Při rozhovoru byla patrná jistá nervozita a velmi opatrná sdílnost. Muž se neustále ujišťoval, zda je to opravdu anonymní. Ohledně rad sexuality byl muž za psychologem. Čeho se rady týkaly, se však nedozvěděla. Bylo zřejmé, že pro něho je sexuální život velmi podstatný. Klient vede sexuální život a v případě potřeby se měl na koho obrátit s problémem.

Žena (v tabulce pod Ž2), která žije se svým přítelem mimo ústav již několik let. Míra postižení je velmi malá. Žena je naprosto spokojená se svým partnerem. Co se týče informací, udávala, že se nejvíce dozvěděla ze školy. A poté od přítele. Autorka se tedy domnívá, že tu chyběla jistá informovanost ze strany personálu. Musíme ovšem přihlídnout k faktu, že se se sexualitou pracovníci seznamují až nyní. Klientka vede sexuální život. Co se týká rad, šla by nyní za svými kamarádkami.

U páru muže a ženy (v tabulce Ž3, M3) neznající význam slova pohlavní styk (u nás, v teoretické části, pod pojmem sex). Po jejich výpovědi se můžeme domnívat, že provozují sex, ovšem pracovnice ústavu, se kterou jsme vedli rozhovor, nám sdělila, že po prohlídce u gynekologického lékaře je daná žena stále panna. Je tedy možné pozorovat neznalost ohledně sexuálního života. Doporučovala by se proto zaměřit více na tento pár a sdělit jim alespoň základní informace o sexuálním životě. Je zajímavé pozorovat, že tento pár ze všech zkoumaných klientů si dokáže představit mít dítě, i když právě u nich je to z mentálního hlediska zcela nemožné. Pár sexuální život nevede. Ohledně rad pár uvedl psychologa.

Z výpovědi zaměstnanců je patrné, že jsou na téma sexualita teprve připravováni. Výzkum byl veden v průběhu dvou školení. Měla možnost pozorovat před školením postoje pracovníků na dané téma. Neustále byla autorka odkazována na psychologa, který pracuje v zařízení s tím, že pracovnice nejsou k tomu kompetentní, aby poskytovaly rady svým klientům. Po sjednané schůzce s psychologem, který ji nastínil danou situaci tak, že klientům dává jen co nejobecnější rady z důvodu jemu chybějícího školení. Tedy stejný problém jako u zaměstnanců. To vedlo ke zmatení situace. Školení bylo rozděleno na 3 části. Nejprve se účastnila celá skupina, která čítala 20 lidí. Jednalo se pouze o konzultaci o metodice na téma sexualita. Druhé školní navštívilo 10 lidí. V třetí části školení budou jen ti vybraní zaměstnanci, kteří svým klientům budou nápomocni v této problematice. V této chvíli mají za sebou druhé školení, které jim mnoho informací neposkytlo, bylo všeobecné a tudíž pro ně nepřínosné. Je tedy nutné se na tuto skutečnost více zaměřit. Sami zaměstnanci by uvítali na ukázkou například film nebo knihu, kam by se mohli, v případě potřeby podívat.

Co se týče ochrany před početím dítěte, zde není antikoncepce podávána plošně, řeší se zde individuální případy. Poté je zapojen opatrovník, klient, popřípadě rodiče klienta a lékař. Je zde nezbytný informovaný souhlas klienta. Z daných závěrů je ale vidět, že pracovníci v přímé péči mají o tuto problematiku zájem a jsou ochotni podstoupit další školení.

V poslední části se věnovala samostatnému životu osob s mentálním postižením. U samostatného bydlení si kladla za cíl zjistit, jak jsou klienti spokojeni v chráněném bydlení nebo jestli by se vrátili do ústavního zařízení. Všechny odpovědi byly jednoznačné. V chráněném bydlení jsou klienti spokojeni a do ústavu by se již nevrátili. Můžeme si položit otázku: „Čím to je způsobené?“ Vždyť z pohledu „zvenčí“ jim přeci nic nechybí. Zaměstnanci se o ně starají. V podstatě si nemusí dělat s ničím starosti. Jídlo dostanou v danou dobu přesně, nemusí se starat o nákupy jídla a poté i o vaření. Uklízečky uklidí ve společenské místnosti a na pokojích. Kolem sebe mají spoustu zaměstnanců, kamarádů nebo spolubydlících. A oni přesto nebyli spokojeni. Přes všechny „výhody“ tento způsob života vyměnili za samostatnost. Nejvíce jim chyběla v daném výčtu výhod jedna podstatná věc - **volnost**, kterou získali až ve chráněném bydlení. Z postojů klientů si všimla, jak rádi přijali výměnu velkého zařízení za zařízení rodinného typu.

V teoretické části autorka uváděla, že samostatný život je o možnosti svobodného a dobrovolného rozhodování. A to se v chráněném bydlení u našich zkoumaných klientů potvrdilo. Klienti si mohou sami sestavit svůj denní program, ovšem jsou vedeni k tomu, že člověk má nějaké povinnosti, které musí splnit. To platí i u intaktní společnosti, čili naši klienti nejsou nijak omezováni. Pracovníci se snaží klienty podporovat v jejich samostatnosti. Klienti na samotný život byli předem připravováni a do chráněného bydlení se velmi těšili. Neměli bychom zapomínat na intaktní společnost, kam jsou klienti právě zařazováni. Myslí si, že personál v ústavních zařízeních dělá maximum na přípravu klientů, ale intaktní společnost na to stále není připravena. Což je velmi zvláštní, protože se domnívá, že by to mělo být naopak. Klienti by rádi chodili i do zaměstnání, což by je vedlo ještě více k přesvědčení, že jsou samostatní.

6 Závěr

Bakalářská práce se věnovala sexualitě u osob s mentálním postižením a přípravou na samostatný život. Cílem bakalářské práce bylo hlouběji proniknout do sexuality osob s mentálním postižením a pohled na přípravu k samostatnému životu.

V teoretické části si vymezila lidskou sexualitu jako základní lidskou potřebu, sexualitu dle jednotlivých věkových etap, sexuální výchovu, sebeuspokojování, antikoncepci. Literaturu na toto téma, ze které čerpala, nebyl problém sehnat. Tomuto tématu se věnuje i zahraniční literatura nebo velké množství webových stránek, které jsou též velmi kvalitními zdroji informací.

Dále se zaměřila na samostatný život jedinců s mentálním postižením a na samotné mentální postižení, sociální služby, transformace osob s mentálním postižením a na chráněné bydlení.

V praktické části autorka vycházela z předem sestavených otázek pro klienty a pro zaměstnance daného zařízení.

Uvědomuje si, že velikost zkoumaného vzorku nedovoluje dělat příliš velké závěry. Ty vedou spíše k upozornění na možné mezery. Proto navrhuje podrobnější prozkoumání a poté porovnání zkušeností mezi mnohem početnější skupinou osob. Do budoucna by dále doporučovala individuální rozhovory klientů na téma sexualita. S ohledem na to, že ne každý klient by měl zájem o tuto problematiku např. z důvodu, že nemá partnera nebo partnerku. I přesto by měli být klienti o této problematice více informováni, třeba jen v základních znalostech.

Jako další by doporučila vybrat jednoho z řad zaměstnanců, který by mohl, po dokončení transformace, navštěvovat chráněná bydlení a kterého by klient mohl jít požádat o radu nebo se jít zeptat, na to co by ho zajímalo v daném tématu. Též by autorka zvolila cestu častějších a hlubších školení všech zaměstnanců, s tím, že výše zmiňovaný vybraný specialista by se v dané oblasti zdokonaloval ještě více.

V samostatném bydlení by i nadále pokračovala v započaté práci, která je dobře vedena. Klienti jen postrádají možnost přivýdělnku, ovšem s ohledem na danou situaci v ČR je tento problém těžko napravitelný.

Ústavním zařízením by doporučovala více se zaměřit na jednotlivé domácí práce, což povede k lepší samostatnosti při přechodu z ústavního zařízení do chráněného bydlení. Naproti tomu by zvýšila informovanost intaktní společnosti, která povede k snazšímu přijetí klientů do společnosti.

Během zpracování tématu si odnesla celou řadu cenných zkušeností a pohledů na osoby s mentálním postižením. Dále nahlédla ještě více do této problematiky, která je velmi citlivá na získávání dat.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – údaje o klientech – charakteristika	str. 37
Tabulka č. 2 – údaje o klientech – charakteristika	str. 42

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Maslowa hierarchie potřeb (Hálek, 2013)str. 6

Seznam literatury

- BENDOVIÁ, P., ZIKL, P.; *Dítě s mentálním postižením ve škole*; Praha; Grada Publishing; 2011; ISBN 978-80-247-3854-3
- CAPPONI, V., HAJNOVÁ, R., NOVÁK, T.; *Sexuologický slovník*; Praha; Grada Publishing; 1994; ISBN 80-7169-115-1
- COHEN, J. L., TORDJMAN, G. a kol.; *Encyklopedie pohlavního života*; Vyd. 1; Slovart; 1995; ISBN 80-7145-105-3
- ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THÉROVÁ, K. a kol.; *Agrese u lidí s mentální retardací a s artismem*; Praha; Portál; 2007; ISBN 978-80-7367-319-2
- ČERNÁ, M. a kol.; *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*; Praha; Karolinum; 2008; ISBN 978 - 80 - 246 – 1565 – 3
- DALLAIRE, Y.; *Láska a sexualita v trvalém vztahu*; Praha; Portál; 2009; ISBN 978-80-7367-523-3
- DONNELLY, James H. Jr., GIBSON, James L., IVANCEVICH, John M.; *Management*; Praha; Grada; 1997; ISBN 80-7169-422-3
- JEAN, C.; *Encyklopedie pohlavního života dospělých*; Bratislava; Slovart; 1995; ISBN 80-7145-105-3
- JESENSKÝ, J.; *Integrace – znamení doby*; Praha; Karolinum; 1998; ISBN 80-7184-691-0
- MICHALÍK a kol.; *Zdravotní postižení a pomáhající profese*; Praha; Portál; 2011; ISBN 978-80-7367-859-3
- MIOVSKÝ, M.; *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*; Vyd. 1; Grada; 2006; ISBN 80-274-1362-4
- PASTOR, Z.; *Sexualita ženy*; Grada; 2007; ISBN 978-80-247-1989-4
- PAŘÍZEK, A.; *Kniha o těhotenství a porodu*; Galén; 2005; ISBN 80-7262-321-4
- PAVANELOVÁ, J.; *Kniha o sexu*; EGMONT ČR s.r.o.; 2001; ISBN 80-7186-810-8
- PIPEKOVÁ, J. a kol.; *Kapitoly ze speciální pedagogiky*; Brno; Paido; 1998; ISBN 80-85931-65-6

- PŠENIČKA, O.; *Sexuální výchova v rodině*; Vyd. 1; Pardubice; Hnutí Rodina; 1994; ISBN 80-901524-1-4.
- RABOCH, J.; *Očima sexuologa*; Vyd. 2; Avicenum zdravotnické nakladatelství; 1988; ISBN 0801088
- SLOWÍK, J.; *Speciální pedagogika*; Vyd. 1; Praha; Grada Publishing; 2007; ISBN 978-80-247-1733-3
- ŠTĚRBOVÁ, D.; *Sexualita osob s mentálním postižením*; Vyd. 1; Olomouc; UPOL; 2007; ISBN 978-80-244-1689-2.
- ŠTĚRBOVÁ, D.; *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*; Vyd.1; Praha; 2009; ISBN 978-80-7415-005-0
- ŠVARCOVÁ, I.; *Mentální retardace*; Vyd. 4; Praha; Portál; 2011; ISBN 978-80-7397-889-0
- ŠVAŘÍČEK, R.; *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*; Vyd. 1; Praha; Portál; 2007; ISBN 978-80-7367-313-0
- VALENTA, M., MÜLLER, O. a kol.; *Psychopedie*; Vyd. 4; Praha; Parta; 2009; ISBN 978-80-7320-137-1
- VOTAVA, J. a kol.; *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*; Praha; Karolinum; 2003; ISBN 80-246-0708-5
- ZVĚŘINA, J., BUDÍNSKÝ, V.; *Vše o sexu*; Praha; Ikar; 2004; ISBN 80-249-0460-8

Metodiky

EISNER, P.; Workshop: *Sexualita a vztahy lidí s mentálním postižením*; Národní centrum podpory transformace sociálních služeb; 2011

Metodika práce se sexualitou klienta; Ústav sociální péče Křižanov p. o.; 2012

PILAŘOVÁ, E.; *Metodika pro pracovníky v přímé péči*; Slatiňany; 1997

ŠELNER, I.; *Sexuální pedagogika a psychosexuální poradenství*; MAS; 2009

Sborníky

MATUŠKA, P.; *Potřeba transformace sociálních služeb*; In. IV. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami; Olomouc; UPOL; 2004; s. 317-324; ISBN 80-224-0770-1 [cit. 15. 3. 2013]

ŠTĚRBOVÁ, D.; *Osoby s mentálním postižením: sexualita*; Celostátní kongres k sexuální výchově v České Republice; ZOUHAROVÁ, M., PODROUŽEK, L.; Pardubice; 2012; ISBN 978-80-904290-8-6 [cit. 15. 3. 2013]

dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/1sklad/sbornik.pdf>

VYKYDALOVÁ, H.; *Sexuální identita osob s mentálním postižením*; Sborník z kongresu; Pardubice; 2006 [cit. 15. 3. 2013]

dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006102203>

Internetové zdroje

EurAktiv ; Transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, [online]; EurAktiv; © 2012; [cit. 2. 4. 2013].

Dostupné z: <http://www.euractiv.cz/socialni-politika/link-dossier/transformace-socialnich-sluzeb-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-000084>

Hálek, V.; Prezentace k přednáškám MARKETING - Maslowa hierarchie potřeb, [online]; Hálek, V.; © 2013; [cit. 2. 4. 2013]

Dostupné z: <http://halek.info/www/prezentace/marketing-prednasky5/mprp5-print.php?projection&l=05>

Ministerstvo práce a sociálních věcí; Sociální služby, [online]; Ministerstvo práce a sociálních věcí; © 2009; [cit. 26. 3. 2013].

Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

Národní centrum podpory transformace sociálních služeb; Transformační plány, [online]; Národní centrum podpory transformace sociálních služeb; © 2013; [cit. 8. 4. 2013].

Dostupné z:

http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=45622&app=Article&grp=Content&mod=ContentPortal&sta=ArticleDetail&pst=ArticleDetail&p1=OID_INT_2774&p2=Header_BOOL_True&p3=RoundPanel_BOOL_True&p4=VPath_STRING_&acode=73543036

Portál sociální péče ve městě Brně; Služby sociální péče, [online]; Magistrát města Brna; © 2009; [cit. 2. 4. 2013].

Dostupné z: <http://socialnipece.brno.cz//texty/0/podmenu/18/sluzby-socialni-pece/>

Sdružení hasičů Čech, Moravy a Slezska; Učební texty pro instruktory a vedoucí kolektivů mladých hasičů, [online]; Sdružení hasičů Čech, Moravy a Slezska; © 2001; [cit. 7. 2. 2013].

Dostupné z: <http://web.quick.cz/aalerej/psch%20af%20a%20sex.htm>

Ministerstvo práce a sociálních věcí; Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, [online];

Ministerstvo práce a sociálních věcí; © 2006; [cit. 2. 4. 2013].

Dostupné z: https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf

Přílohy

PŘÍLOHA Č. 1 - Dotazník posuzování míry nezbytné podpory pro účely transformace. Část A

PŘÍLOHA Č. 2 - Vyhodnocení podpory pro uživatele. Část B

PŘÍLOHA Č. 3 - Dotazník k upřesnění fyzické podpory osob. Část B1

PŘÍLOHA Č. 4 - Profil uživatele. Část C.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Pavλίna Horká
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Sexualita u osob s mentálním postižením a příprava na samostatný život.
Název v angličtině:	Sexuality for people with intellectual disabilities and preparation for independent life.
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá problematikou sexuality u osob s mentálním postižením a přípravou na samostatný život. Blíže popisuje mentální retardaci. Práce se věnuje sexualitě a chráněnému bydlení. Cílem je zjistit spokojenost osob s mentální retardací po přechodu z ústavního zařízení do chráněného bydlení. Dále zjištění přístupu k partnerství a sexualitě u osob s mentální retardací, dostatečné informovanosti ze strany personálu.
Klíčová slova:	Sexualita, mentální retardace, samostatný život, chráněné bydlení, sexuální výchova, antikoncepce, sociální služby
Anotace v angličtině:	Bachelor thesis deals with the issues of people with intellectual disabilities sexuality and their preparation for independent life. Mental retardation is closer described there. The work is focuses on sexuality and sheltered housing. The aim is to study the satisfaction of persons with mental retardation after changeover from the constitutional device to sheltered housing. Next target is to find stance about partnership and sexuality for people with mental retardation, and find out acceptable knowledge on the part of staff.
Klíčová slova v angličtině:	Sexuality, mental retardation, individual life, sheltered housing, sexual education, contraception, social care
Přílohy vázané v práci:	PŘÍLOHA Č. 1 - Dotazník posuzování míry nezbytné podpory pro účely transformace. Část A PŘÍLOHA Č. 2 - Vyhodnocení podpory pro uživatele. Část B PŘÍLOHA Č. 3 - Dotazník k upřesnění fyzické podpory osob. Část B1 PŘÍLOHA Č. 4 - Profil uživatele. Část C
Rozsah práce:	60 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

A

DOTAZNÍK POSUZOVÁNÍ

míry nezbytné podpory uživatele pro účely projektu
Podpora transformace sociálních služeb

Jméno a příjmení uživatele:

Datum narození uživatele:

Aktuální věk uživatele:

Datum vyplnění:

Adresa trvalého bydliště uživatele:

**Datum vstupu uživatele
do služby (rok):**

Klíčový pracovník, který uživateli s vyplněním pomáhal:

Jméno:	Příjmení:	Podpis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jiná osoba, která uživateli s vyplněním pomáhala:

(např. pokud s vyplněním pomáhal další pracovník nebo pokud se účastnil třeba člen rodiny apod.)

Jméno:	Příjmení:	Funkce (poměr, vztah):	Podpis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Podpis uživatele:

(pokud dokáže svůj podpis napsat)

1. KOMUNIKACE

- Tato část je o vaší komunikaci se světem kolem vás.
- Je o mluvení, slyšení, vidění, čtení a o získávání informací v různých situacích.
- V některých situacích pro vás může být těžké komunikovat, např. při slabém světle se těžce odezírá nebo když na vás lidé nemají čas a mluví rychle apod.
- Někteří z vás možná využívají ke komunikaci speciální pomůcky nebo jiné způsoby dorozumívání, než je běžná řeč nebo psaný text.

A/ Způsob komunikace

(jak umíte komunikovat, zda ke komunikaci s druhými lidmi potřebujete nějaké speciální pomůcky nebo pomoc)

	Umím s lidmi komunikovat bez pomoci druhých. Rozumím, co lidé říkají a oni rozumí mně. Umím číst běžné texty bez speciálních optických pomůcek (lupa atd.).
	Někdy je pro mne těžké s lidmi komunikovat (při slabém světle, na hlučných místech apod.), protože mám slabší zrak či sluch. Nebo mám potíže při mluvení, čtení nebo psaní. Toto mi způsobuje každodenní problémy ve škole, v práci, doma apod.
	Neumím s lidmi komunikovat bez speciálních pomůcek (Makaton, znaková řeč, obrázky a piktogramy atd.) nebo bez někoho, kdo mi s porozuměním pomůže.
	Neumím s lidmi komunikovat bez úplné pomoci druhých (tlumočník nebo někdo, kdo mne dobře zná a kdo umí využít můj způsob neverbální komunikace).

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

Komunikuji díky následujícím pomůckám:

(vyplňte v případě, že jste zaškrtl, že nějaké používáte)

- naslouchadlo
- znaková řeč
- doteková abeceda
- braillovo písmo
- komunikační tabulky
- velká písmena
- Makaton
- jiné:

B/ Porozumění v komunikaci

(pomoc při pochopení toho, co vám druzí říkají nebo co je někde napsané)

	Dobře chápu to, co mi druzí říkají nebo co je někde napsáno. Při zvládnání běžných situací v životě tak jen málokdy potřebuji pomoc druhého s vysvětlením.
	Dobře chápu to, co mi druzí říkají. Obtížněji ale rozumím napsaným informacím. Musí být napsané hodně jednoduše nebo mi s jejich pochopením musí pomoci někdo druhý.
	Dobře chápu jen jednoduché věci, které mi druzí říkají. Napsaným informacím nerozumím téměř vůbec, pokud nejsou hodně jednoduché nebo ještě doplněné například fotografiemi nebo obrázky.
	Dobře chápu jen základní informace, které mi druzí říkají. Psanému textu ani obrázkům nerozumím.
	Zdá se, že nechápu ani základní informace, které mi druzí říkají. Projevuji jen svoji spokojenost a nespokojenost.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

2. PÉČE O SEBE

- Tato část je o tom, jak se umíte postarat sami o sebe.
- Je také o tom, jak si umíte připravit jídlo či pití, nebo jak jej umíte sníst či vypít.

A/ Péče o sebe – přes den

(vstávání, mytí, chození na toaletu, pomoc při sprchování, pomoc či podpora při péči o sebe; může to být i podpora při oblékání, např. chcete pomoci obléci ponožky? apod.)

	Jsem schopen péči o sebe zvládat sám.
	S péčí o sebe potřebuji pomoci 1x až 2x týdně.
	S péčí o sebe potřebuji pomoci 1x až 2x denně, nebo potřebuji někoho, kdo mi bude činnosti připomínat.
	S péčí o sebe potřebuji pomoci 3x až 4x denně, nebo potřebuji někoho, kdo mne bude k činnostem vyzývat.
	Potřebuji někoho, kdo se o mne bude v péči o sebe stále starat.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

B/ Péče o sebe – přes noc

(pomoc při nočním vstávání z postele, doprovod na toaletu, výměna lůžkovin, pomoc při špatném spaní apod.)

	Nepotřebuji v noci žádnou pomoc, a kdyby se případně něco stalo, tak vím koho a jak zavolat o pomoc.
	Pomoc potřebuji v noci výjimečně (1x až 2x za měsíc).
	Pomoc potřebuji v noci občas (max. 1x týdně).
	Pomoc potřebuji nejméně 1x za noc.
	Pomoc potřebuji v noci často, nebo ujištění a kontrolu, že jsem v pohodě a v klidu.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

C/ Pití a stravování

(samostatnost při jídle a pití, potřeba speciální úpravy jídla – třeba nakrájením, potřeba vyzvání k jídlu apod.)

	Zvládnou jíst a pít běžným způsobem a bez pomoci.
	Zvládnou jíst a pít, pokud na mne někdo dohlíží (pomáhá mi radou) nebo třeba jídlo předem upraví (nakrájí, namixuje apod.).
	Nezvládnou jíst a pít bez osobní pomoci druhého.
	Jídlo a pití konzumují převážně díky speciálním pomůckám (sonda apod.).

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

D/ Příprava pití, jednoduchých jídel

	Umím si bez pomoci udělat něco k pití a umím si uvařit hlavní jídlo.
	Umím si bez pomoci udělat něco k pití a umím si připravit jednoduché jídlo. Se složitějším teplým jídlem ale potřebuji pomoci.
	Potřebuji někoho, kdo mi pomůže udělat něco k pití nebo kdo mi připraví jakékoliv jídlo nebo kdo na mne při přípravě jídla vždy osobně dohlédne.
	Vždy potřebuji někoho, kdo mi udělá něco k pití nebo k jídlu.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

Mám následující dietu:

- diabetickou
- žlučnickovou
- redukční
- vegetariánskou
- bezlepkovou
- jinou:

3. PÉČE O DOMÁCNOST

- Tato část je o tom, jak se umíte vyrovnat s každodenním životem v domácnosti a také, jak se o domácnost, nebo třeba jen o svůj pokoj, dokážete postarat.
- Je dále o tom, jak umíte pečovat o své osobní věci, udržovat je v pořádku.

A/ Péče o domácnost

(zvládání běžného úklidu, drobné opravy, zařizování a vybavení bytu nebo pokoje apod.)

	Při zvládání domácnosti nepotřebuji žádnou zásadní pomoc.
	Potřebuji činnosti v domácnosti jen připomínat nebo k nim potřebuji vyzývat.
	Potřebuji někoho, kdo by mi s činnostmi v domácnosti 1x týdně pomohl nebo mne k nim vyzval.
	Potřebuji někoho, kdo by mi s činnostmi v domácnosti pomohl 2x až 3x týdně.
	Potřebuji někoho, kdo by se staral o mou domácnost místo mne.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

B/ Péče o své osobní věci

(jak si dokážete hlídat své osobní věci, udržovat je v pořádku – nerozbité, čisté, funkční; jak si je dokážete uklízet apod.)

	O všechny své osobní věci se dokáži postarat sám a bez pomoci druhých.
	Potřebuji péči o své osobní věci jen připomínat nebo k nim potřebuji vyzývat.
	Potřebuji někoho, kdo by mi s péčí o mé osobní věci 1x týdně pomohl nebo mne k péči o ně vyzval.
	Potřebuji někoho, kdo by mi s péčí o mé osobní věci pomohl 2x až 3x týdně.
	Potřebuji někoho, kdo by pečoval o mé osobní věci místo mne.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

4. BEZPEČÍ

- Tato část je o udržení si bezpečí a zvládnání přiměřených rizik doma a venku. Například, když jste doma, když se pohybujete z místnosti do místnosti, kde hrozí nebezpečí pádu nebo v místech, kde potřebujete dohled, protože si dobře neuvědomujete všechna rizika.

A/ Doma, v domácnosti

(nebezpečí pádu, úrazu, nešetrného používání elektrospotřebičů, ohrožení ze strany cizích lidí apod.)

	Nepotřebuji žádnou pomoc pro to, abych byl doma v bezpečí. Zvládám běžná rizika.
	Občas (cca 1x týdně) potřebuji pomoc, protože jsou věci, které pro mne mohou být doma nebezpečné (používání některých elektrospotřebičů, nástrojů, opravy atd.).
	Potřebuji častější pomoc (např. část každého dne) pro to, abych byl doma v bezpečí. Nejsem si často vědom možných rizik, nebo toho, že by mi mohl někdo ublížit.
	Když jsem doma, vždy musí být někdo se mnou, aby mne ochránil nebo na mne dohlédl.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

B/ Venku, ve společnosti

(pomoc při zvládnání rizik venku mimo domov, při procházkách nebo při návštěvách společnosti)

	Nepotřebuji žádnou pomoc při chození ven nebo při zapojení do společnosti.
	Při chození ven nebo při zapojování do společnosti potřebuji pomoc druhého člověka, ale jen radou, abych si uměl naplánovat kam jdu, jak se tam dostanu, co s sebou apod.
	Potřebuji, aby mi byl vždy někdo nablízku nebo v dosahu (třeba na telefonu), kdo se ujistí, že jsem venku nebo ve společnosti v bezpečí, protože si často nejsem vědom rizik.
	Potřebuji, aby se mnou vždycky při pobytu venku nebo ve společnosti někdo byl, aby osobně zajistil, že se dostanu tam kam chci bezpečně a že mi nikde a s nikým nebude hrozit nějaké nebezpečí.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

5. VZTAHY

- Tato část je o vašem kontaktu s rodinou nebo s přáteli a o podmínkách, které jsou nutné k tomu, abyste se s nimi mohli setkávat.
- Také se zde hovoří o podmínkách, které potřebujete k navazování nebo udržování vztahů s druhými lidmi a o tom, jak jste sami schopni pečovat o druhé lidi nebo jim pomáhat.

A/ Vy, vaše rodina a vaši přátelé

(jakou nutnou podporu potřebujete při navštěvování a kontaktování rodiny nebo svých přátel)

	Nepotřebuji žádnou pomoc v tom, abych mohl navštěvovat svou rodinu či přátele.
	Potřebuji, aby mi někdo částečně pomohl při návštěvě své rodiny či přátel (pomoc s přepravou, s naplánováním návštěvy apod.).
	Potřebuji hodně pomoci, abych se mohl setkávat se svou rodinou nebo s přáteli. Zorganizovat a osobně zajistit dopravu, naplánovat a připravit setkání, zajistit, abych se při návštěvě cítil bezpečně apod.
	Při každé návštěvě rodiny nebo přátel potřebuji někoho dalšího, kdo mi po celou dobu pomůže.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

B/ Pomoc s navazováním a udržováním vztahů ve společnosti, s druhými lidmi

	Osobní vztahy s druhými lidmi navazuji sám a podle pravidel, která jsou ve společnosti obvyklá. Nepotřebuji s tím nijak pomáhat.
	Pro navázání osobních vztahů s druhými lidmi i pro jejich další udržování občas potřebuji pomoc radou nebo usměrněním od někoho dalšího (třeba v neznámém prostředí).
	Pro navázání osobních vztahů s druhými lidmi i pro jejich další udržování potřebuji vždy osobní přítomnost a spolupráci někoho dalšího.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

C/ Pomoc druhým, péče o druhé

(jak dokážete pečovat o druhé lidi, pomáhat jim nebo se jich zastávat v běžných situacích apod.)

	Jsem zvyklý pomáhat druhým lidem nebo se starat o ty, kteří to potřebují. Ostatní lidé kolem mne mi říkají, že jsem v tom dobrý. Dělán to rád, často a sám od sebe.
	Dokážu druhým lidem pomoci, když vidím, že to opravdu potřebují nebo mne o to někdo jiný požádá. Dělán to pak dobře.
	Druhým lidem pomáhám jen občas, protože se mi to většinou nedaří nebo to neumím. A také například proto, že sám potřebuji hodně pomáhat od druhých lidí.
	O druhé lidi se postarat nedokážu ani jim neumím pomáhat.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

--

6. BYDLENÍ

- Tato část je o tom, jak se dokážete pohybovat v domě nebo po bytě.
- Je zde rovněž část věnovaná tomu, jak umíte zacházet s domácími spotřebiči.

A/ Můj pohyb v domácím prostředí

(jak moc vám současné bydlení brání ve volném a samostatném pohybu)

	Mohu se dostat do všech místností v domě a mohu se rovněž dostat ven.
	Nemohu se dostat do nějakých místností, a to kvůli šířce dveří.
	Mohu se dostat do místností v přízemí, ale nemohu se dostat do místností v patře.
	Mohu se dostat do všech místností v domě, ale nemohu se dostat ven.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

B/ Zacházení s běžnými domácími spotřebiči

(dokážete spolehlivě a bez rizik používat běžné domácí spotřebiče nebo alespoň některé z nich – viz. seznam pod tabulkou)

	Běžné domácí spotřebiče nutné k zajištění domácnosti používám sám a spolehlivě.
	Při ovládání některých domácích spotřebičů potřebuji pomoci radou nebo dohledem, jinak je ale používám sám a spolehlivě.
	K používání a ovládání některých domácích spotřebičů potřebuji úplnou pomoc někoho druhého.
	Potřebuji někoho, kdo za mne bude ovládat všechny domácí spotřebiče.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

Ve svém životě používám tyto domácí spotřebiče:*(bez ohledu na schopnost samostatného používání, ovládání apod.)*

- televize
- rádio (včetně CD přehrávače, MP3 přehrávače apod.)
- DVD nebo video přehrávač
- počítač (stolní nebo notebook, včetně příslušenství)
- mobilní telefon
- klasický stolní telefon (pevná linka)
- digitální fotoaparát
- sporák nebo plotýnkový vaříč
- mikrovlnná trouba
- rychlovarná konvice
- myčka na nádobí
- kávovar
- lednice nebo mraznička
- toustovač nebo sendvičovač
- pračka
- žehlička
- elektrický holicí strojek
- fén nebo kulma
- Jiné:

Pro zlepšení své nezávislosti při bydlení potřebuji mít:

- speciální jednoduché vybavení
(např. madla, sedátko do sprchového kouta, zvýšené sedátko WC, vycházkovou hůl, otevírač zásuvek apod.)
Jaké:
- speciální elektrické zařízení
(např. zvedák do vany, výtah, senzory kouře, puštěné vody, tlačítko na přivolání pomoci, světelný zvonek apod.)
Jaké:
- Něco dalšího:

7. FINANCE A ÚŘADY

- Tato část je věnována tomu, jak dokážete hospodařit se svými penězi a také tomu, zda je umíte bezpečně používat např. při nakupování v obchodech.
- Také se zde dozvíme, jestli potřebujete pomáhat při vyřizování běžných osobních záležitostí na úřadech nebo při kontaktu s nimi.

A/ Hospodaření s celkovými financemi (peněžním majetkem)

(nakládání s vlastním účtem v bance, placení účtů, schopnost šetřit si peníze, promýšlet nakládání s nimi, hospodařit se zůstatkem financí apod.)

	Nepotřebuji žádnou pomoc při placení účtů nebo při celkovém hospodaření s penězi.
	Občas (asi 1x týdně) potřebuji pomoc při placení účtů nebo při celkovém hospodaření s penězi, a to hlavně radou.
	Při placení účtů nebo při celkovém hospodaření s penězi potřebuji hodně pomoci (min. 2x až 3x týdně), a to hlavně radou nebo i osobní pomocí druhého člověka.
	Potřebuji někoho, kdo by tyto věci dělal zcela místo mne.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

B/ Hospodaření s menším obnosem peněz v hotovosti

(nakládání s dohodnutým kapesným, schopnost drobných úspor apod.)

	Při hospodaření s menším obnosem peněz nepotřebuji žádnou pomoc. Dokážu si takové peníze ušetřit, naplánovat, co si za ně koupím apod.
	Při hospodaření s menším obnosem peněz potřebuji čas od času radu druhého člověka, abych si například dokázal peníze naspořit nebo je neutratil za zbytečné věci.
	Neumím bezpečně hospodařit ani s menším obnosem peněz a potřebuji, aby i tyto věci za mne osobně dělal druhý člověk.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

C/ Používání peněz

(běžné používání peněz při nákupech, orientace v bankovkách a mincích, ověření vrácení zůstatku při placení apod.)

	Při nákupech umím používat peníze zcela samostatně a bezpečně, a to i ve vyšších částkách (v řádu několika stovek nebo tisíců korun). Zním dobře jednotlivé bankovky a mince a rozumím i jejich hodnotě.
	Při nákupech dokážu samostatně a bezpečně používat peníze v menších částkách (do 100 Kč celkem). Zním dobře menší bankovky a všechny mince a rozumím i jejich hodnotě.
	Při nákupech dokážu samostatně a bezpečně používat peníze v menších částkách (do 100 Kč celkem). Nepoznám ale dobře bankovky ani mince nebo nerozumím dobře jejich hodnotě a potřebuji proto pomoc druhého člověka s naplánováním nákupu, s přípravou peněz nebo i kontrolou vrácené částky po nákupu.
	Při nákupech dokážu samostatně zaplatit, potřebuji ale osobní doprovod druhého člověka.
	Vůbec nedokážu peníze používat, potřebuji úplnou pomoc druhého člověka.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

D/ Vyřizování běžných úředních záležitostí

(žádosti o sociální dávky, mimořádné výhody, vyřizování osobních dokladů apod.)

	Nepotřebuji žádnou pomoc při psaní úředních dopisů, při vyplňování formulářů nebo při běžných jednáních na úřadech.
	Občas (asi 1x měsíčně) potřebuji pomoc při psaní složitějších úředních dopisů, při vyplňování formulářů nebo při složitějších jednáních na úřadech.
	Při psaní úředních dopisů, při vyplňování formulářů nebo při běžných jednáních na úřadech potřebuji hodně pomoci, a to radou nebo osobně od druhé osoby.
	Potřebuji někoho, kdo by tyto věci dělal za mne.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

8. ZDRAVÍ

- Tato část se týká toho, jak se cítíte být silní v péči o vlastní zdraví a pohodu.
- To zahrnuje hlavně schopnost vyhýbat se věcem, které vám nedělají dobře a také schopnost poznat, když vám není dobře a vědět, co máte v takovém případě udělat.
- Také se týká speciální zdravotní podpory, kterou využíváte a která vám dlouhodobě umožňuje být fyzicky a duševně fit.

A/ Podpora lékařů nebo jiných specialistů při zajištění zdraví

	Pro zachování svého zdraví potřebuji pomoc lékařů nebo jiných specialistů jen občas, např. pravidelné zdravotní prohlídky u praktického lékaře nebo zubaře (1x za půl roku).
	Potřebuji pomoc lékařů nebo jiných specialistů alespoň 1x za měsíc.
	Potřebuji pomoc lékařů nebo jiných specialistů alespoň 1x týdně.
	Potřebuji pomoc lékařů nebo jiných specialistů denně.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

Pro zajištění svého zdraví běžně využívám tyto lékaře nebo jiné specialisty:

- Praktický lékař
- Psychiatr
- Neurolog
- Gynekolog
- Zubař
- Kožní lékař
- Fyzioterapeut
- Logoped
- Ergoterapeut
- Psycholog (psychoterapeut)
- Někdo jiný (uved'te kdo):

B/ Pomoc při péči o zdraví

(schopnost užívat samostatně léky, chystat si je, rozpoznat nemoc a vědět, co v takovém případě udělat, jak se zachovat apod.)

	Při starání se o své zdraví nepotřebuji žádnou pomoc a mohu sám užívat jakékoliv léky.
	Občas (1x týdně) potřebuji pomoc při starání se o své zdraví, potřebuji připomenout užívání léků a potřebuji někoho, komu mohu říci, že se necítím dobře.
	Potřebuji každodenní pomoc při užívání léků a potřebuji někoho, kdo bude kontrolovat mé zdraví.
	Potřebuji komplexní péči o vlastní zdraví. Neumím posoudit, že jsem nemocný. Mohu onemocnět náhle.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

C/ Doprovod k lékaři nebo k jiným specialistům

(míra nezbytné asistence při cestách k lékařům i dalším odborníkům)

	Nepotřebuji žádnou pomoc při cestách k lékařům ani při návštěvě jejich ordinací.
	Potřebuji pomoc druhého člověka jen při cestování k lékařům, s návštěvou ordinace si ale vždy poradím sám.
	Potřebuji pomoc druhého člověka jak při cestování k lékařům, tak i při návštěvě jejich ordinace (někdy si nejsem jistý, že mi budou rozumět nebo potřebuji, aby mi někdo pomohl s pochopením zákroku, diagnózy apod.).
	Vždy potřebuji plnou asistenci druhého člověka při cestách k lékařům.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

9. OSOBNÍ UPLATNĚNÍ A SPOKOJENÝ ŽIVOT

- Tato část je věnována oblastem volného času, zaměstnání a cestování, tedy tomu, co dělá váš život spokojeným, díky čemu můžete nacházet osobní uplatnění a uspokojení.

A/ Volný čas

(jak moc potřebujete pomáhat při využívání osobních koníčků, zálib, při jakémkoliv naplňování volného času apod.)

	Nepotřebuji žádnou podporu při účasti nebo neúčasti na volnočasových aktivitách.
	Potřebuji občasnou pomoc při organizování volného času a při účasti na volnočasových aktivitách dle mého výběru (1x až 2x týdně).
	Potřebuji každodenní podporu při organizování volného času a při účasti na volnočasových aktivitách dle mého výběru.
	Potřebuji hodně pomoci při organizování volného času a občasný osobní dohled druhé osoby při účasti na volnočasových aktivitách.
	Potřebuji někoho, kdo pro mne vymyslí a zajistí volnočasové aktivity a kdo se mnou při nich bude neustále přítomen.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

B/ Zaměstnání, pracovní aktivity a vzdělávání

(placená nebo dobrovolná práce, vzdělávání ve škole, rekvalifikace atd.)

	Pracuji nebo chci pracovat, případně chodím do školy a nepotřebuji k tomu žádnou zvláštní podporu druhého člověka.
	Pracuji nebo chci pracovat, případně chodím do školy a potřebuji k tomu jen občasnou pomoc druhého člověka.
	Potřebuji nebo budu potřebovat hodně osobní pomoci druhého člověka pro výkon jakéhokoliv zaměstnání nebo dobrovolné práce, případně k chození do školy.
	Nepracuji a nebudu schopný pracovat v žádném zaměstnání ani při dobrovolné práci, ani chodit do školy.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

C/ Cestování a procházky

(cestování hromadnými prostředky, chození na samostatné procházky, bezpečnost na komunikaci apod.)

	Umím samostatně a bez pomoci jiné osoby cestovat pěšky i hromadnými dopravními prostředky.
	Jen někdy potřebuji při samostatném cestování podporu. Např. osobním doprovodem, když jdu nebo jedu na místo, kde jsem před tím ještě nikdy nebyl; nebo jen dopomocí při plánování trasy.
	Pravidelně potřebuji někoho, kdo by mi osobně pomohl s bezpečným cestováním v některých náročnějších situacích, např. při cestě po silnici. Ve známém a bezpečném prostředí chodím ale samostatně.
	K jakémukoliv cestování nebo k procházkám potřebuji po celou dobu pomoc druhého člověka. Jsem schopen spolu s ním využívat veřejnou dopravu.
	K jakémukoliv cestování nebo k procházkám potřebuji po celou dobu pomoc druhého člověka. Přesto ale nejsem schopen využívat veřejnou dopravu a k cestování na delší vzdálenost potřebuji automobil.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

10. ROZHODOVÁNÍ A PRÁVA

- Tato část je o rozhodování a volbách ve vašem životě a o tom, jak moc si uvědomujete vaše práva a povinnosti a také jaká je vaše opravdová způsobilost k právním úkonům.

A/ Já a rozhodování

	S většinou svých rozhodnutí nepotřebuji žádnou pomoc, rozhoduji se a volím si sám.
	S částečnou podporou a radou druhých lidí jsem schopen učinit i všechna důležitá rozhodnutí. S malými rozhodnutími nebo volbou (výběrem něčeho) si poradím úplně sám.
	Sám dokážu učinit jen nějaká rozhodnutí (výběr), v důležitých rozhodnutích již potřebuji opravdu hodně podpory, výjimečně i někoho druhého, kdo rozhodne za mne.
	Všechna důležitá rozhodnutí v mém životě činí jiní lidé. I při nepatrné volbě či výběru potřebuji hodně podpory druhých lidí.
	Někdo musí vždy činit rozhodnutí nebo dávat volbu za mne (ale v mém zájmu).

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

B/ Povědomí o právech a povinnostech

	Vím, jaká mám svá běžná práva a dokáži je využít. Také ale plním povinnosti, které z nich vyplývají.
	Zhruba tuším, jaká mám v životě svá práva, někdy dokážu některá i využívat. Běžně plním povinnosti, které znám.
	Zhruba tuším, jaká mám v životě svá práva, někdy dokážu některá i využívat. Dodržovat a plnit své povinnosti (i ty, které znám), ale příliš nedokážu.
	O svých právech povědomí nemám, plním ale povinnosti, o kterých mi někdo řekne.
	O svých právech povědomí nemám a nejsem schopen plnit ani žádné povinnosti.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

C/ Způsobilost k právním úkonům

	Jsem plně způsobilý k právním úkonům a odpovídá to skutečnosti.
	Jsem plně způsobilý k právním úkonům, ale prakticky nerozumím ani běžným právním úkonům.
	Mám omezenou způsobilost k právním úkonům v odpovídajícím rozsahu.
	Mám omezenou způsobilost k právním úkonům, rozsah omezení ale neodpovídá mým skutečným schopnostem = omezení by mělo být MENŠÍ.
	Mám omezenou způsobilost k právním úkonům, rozsah omezení ale neodpovídá mým skutečným schopnostem = omezení by mělo být VĚTŠÍ.
	Jsem plně zbaven způsobilosti k právním úkonům, ve skutečnosti bych ale mohl mít jen omezenou způsobilost, protože dokážu některé právní úkony činit samostatně.
	Jsem plně zbaven způsobilosti k právním úkonům a odpovídá to skutečnosti.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

11. PEČOVATELÉ

- Tato část je o tom, kolik lidí k pomoci o sebe sama v běžném životě potřebujete.

	Nepotřebuji pomoc od nikoho.
	Potřebuji k pomoci jednoho člověka, aby mi občas pomohl, případně aby mi různé činnosti připomínal, vyzýval mne k nim.
	Potřebuji k pomoci jednoho člověka, a to v průběhu celého dne (v noci nikoliv), výjimečně potřebuji dva lidi (např. při přesunu někam apod.).
	Potřebuji k pomoci jednoho člověka, a to v průběhu celého dne i noci, výjimečně potřebuji dva lidi (např. při přesunu někam apod.).
	Neustále potřebuji k pomoci minimálně dva lidi, výjimečně i více.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

12. RIZIKA A NEPOHODA

- V této části se popisuje, jak zvládáte rizikové a problémové situace a jak moc vám s nimi musí pomáhat druzí lidé.

A/ Rizikové situace v životě

(znalost a zvládání běžných rizik – při práci s nástroji, při pohybu doma, při kontaktu s cizími lidmi, při cestování apod.)

	Znám běžná rizika, se kterými se mohu v životě setkat. Dokáži se rizikovým situacím vyhnout, ale také si dokáži poradit tehdy, když nastanou.
	Vím o běžných rizicích, se kterými se mohu v životě setkat. Nedokáži se občas vyhnout rizikovým situacím a potřebuji v nich obvykle pomoci od druhého člověka.
	Neuvědomuji si běžná rizika, se kterými se mohu v životě setkat a potřebuji pravidelnou pomoc druhého člověka při jejich předcházení i ke zvládnutí situací, kdy k nim dojde.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

B/ Zvládání problémového chování a jednání, osobní nepohody

(zvládání špatné nálady, nežádoucích projevů svého postižení nebo nemoci – agrese, křik, sebepoškozování atd.)

	Nemívám projevy problémového chování a při osobní nepohodě sám vím, co mi pomůže a jak se mi zlepší nálada.
	Nemívám projevy problémového chování, jen při osobní nepohodě (špatné náladě apod.) potřebuji přítomnost druhého člověka, který mi z toho pomůže.
	Čas od času (1x až 3x měsíčně) mívám větší projevy problémového chování (zlostné jednání, agrese, nadávky, sebepoškozování apod.) nebo špatnou náladu. Někdy se uklidním sám, ale nejčastěji mi pomůže slovní rozptýlení nebo nabídka aktivity od druhého člověka.
	Projevy problémového chování mám často (1x týdně i častěji). Nedokážu je sám ovládnout, ani si od nich pomoci. Musí mi s tím vždy pomoci druzí lidé.

Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:

B

VYHODNOCENÍ

míry nezbytné podpory uživatele pro účely projektu
Podpora transformace sociálních služeb

Poskytovatel sociální služby (název a adresa):

Druh poskytované sociální služby uživateli:

Datum vyplnění:

Jméno a příjmení uživatele:

Datum narození uživatele:

Aktuální věk uživatele:

Adresa trvalého bydliště uživatele:

Datum vstupu uživatele do služby (rok):

Složení týmu, který se na vyhodnocení míry nezbytné podpory uživatele podílel:

	Jméno:	Příjmení:	Funkce:	Podpis:
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OBLASTÍ NUTNÉ PODPORY UŽIVATELE

- Na základě výsledků z úvodního „Dotazníku posuzování míry nezbytné podpory uživatele“ ved'te v týmu rozhovor o uživateli a posléze zaznamenejte na příslušné číselné řadě v každé oblasti náročnost a nutnost podpory a péče konkrétnímu uživateli.
(0 = žádná nutná podpora; 10 = maximální nutná podpora)
- Pracujte důsledně v týmu. Tým filtruje jednostranný subjektivní pohled na míru nezbytné podpory, který by mohl vzniknout z původního posuzovacího dotazníku.
- Jako vodítko k hodnocení jednotlivých oblastí můžete využít vzorové popisy a příklady uvedené v metodice. Mají vám pomoci k tomu, abyste jednotlivé uživatele „nepřecenili“, ani „nepodcenili“.
- Přesto je nutné brát v úvahu, že jakékoliv měření míry nezbytné podpory uživatele je pouze orientační a nemůže být stoprocentně pravdivé.
(pravdivost výsledků je závislá na čase jejich zpracování, na postupně přibývajících nebo ubývajících schopnostech a dovednostech uživatelů)
- Z jednotlivých oblastí přeneste hodnoty na příslušné přímký v „Kruhu podpory“. Použijte nejlépe tenký barevný fix a nebo barevnou tužku.
- Jednotlivé vyznačené body vzájemně spojte a výsledek vyhodnoťte podle popisu v metodice.
(zjednodušeně: 0–2 nízká míra podpory; 3–6 středně vysoká míra podpory; 7–10 vysoká míra podpory)
- Výsledek zaznamenejte zaškrtnutím jedné z variant v poslední tabulce.
- **Poznámka:** Toto vyhodnocení slouží primárně pro účely stanovení míry nezbytné podpory uživatelů s ohledem na kritéria projektu Podpora transformace sociálních služeb. Nenahrazuje individuální plánování (může být ale jeho součástí).

1. KOMUNIKACE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Považujete za nutné k vyhodnocení ještě cokoliv slovně doplnit?

2. PÉČE O SEBE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Považujete za nutné k vyhodnocení ještě cokoliv slovně doplnit?

3. PÉČE O DOMÁCNOST

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Považujete za nutné k vyhodnocení ještě cokoliv slovně doplnit?

4. BEZPEČÍ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Považujete za nutné k vyhodnocení ještě cokoliv slovně doplnit?

5. VZTAHY

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Považujete za nutné k vyhodnocení ještě cokoliv slovně doplnit?

6. BYDLENÍ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Považujete za nutné k vyhodnocení ještě cokoliv slovně doplnit?

7. FINANCE A ÚŘADY

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Považujete za nutné k vyhodnocení ještě cokoliv slovně doplnit?

8. ZDRAVÍ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Považujete za nutné k vyhodnocení ještě cokoliv slovně doplnit?

9. OSOBNÍ UPLATNĚNÍ A SPOKOJENÝ ŽIVOT

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Považujete za nutné k vyhodnocení ještě cokoliv slovně doplnit?

10. ROZHODOVÁNÍ A PRÁVA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Považujete za nutné k vyhodnocení ještě cokoliv slovně doplnit?

11. PEČOVATELÉ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

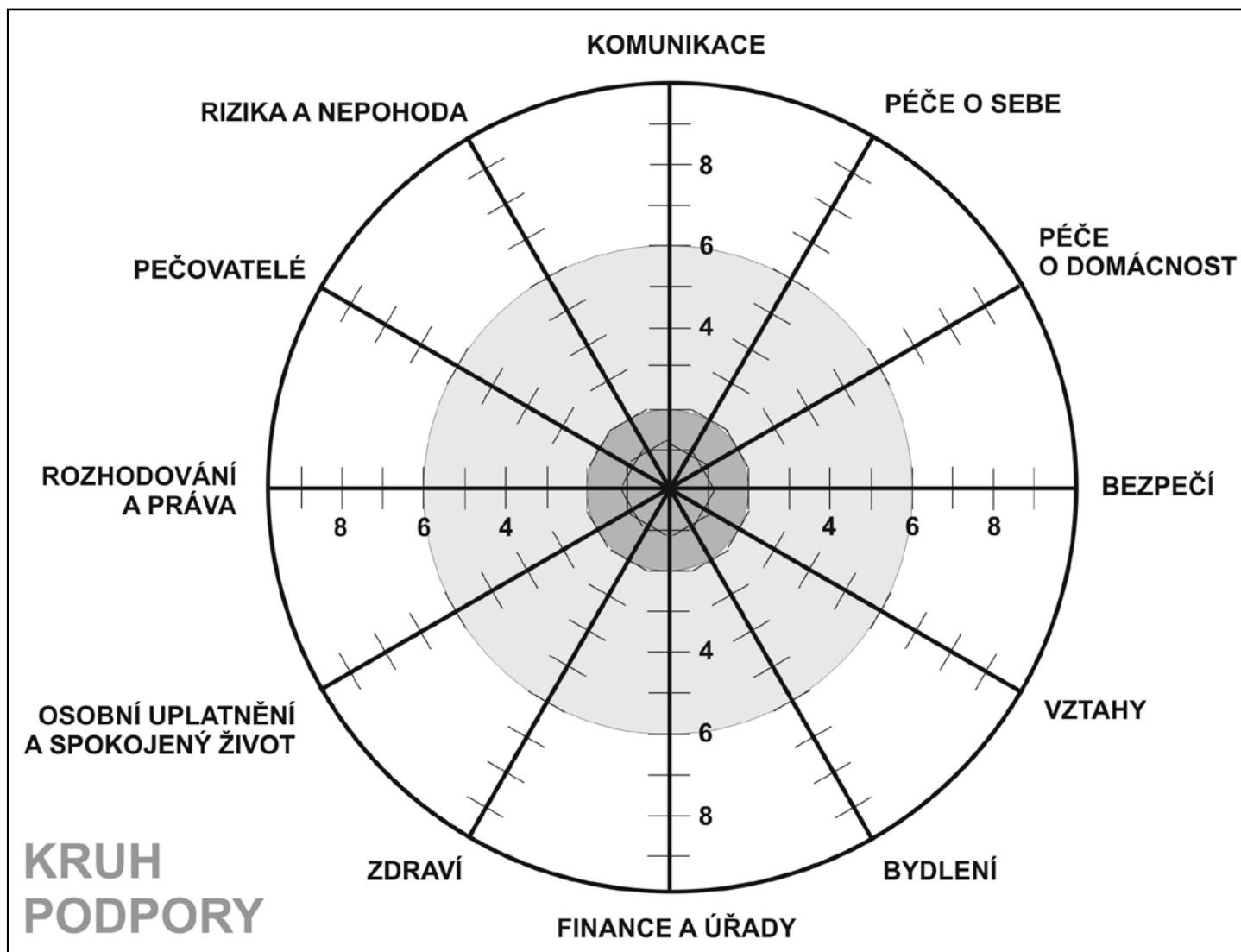
Považujete za nutné k vyhodnocení ještě cokoliv slovně doplnit?

12. RIZIKA A NEPOHODA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Považujete za nutné k vyhodnocení ještě cokoliv slovně doplnit?

STANOVENÍ MÍRY NEZBYTNÉ PODPORY UŽIVATELE



Z hlediska míry nezbytné podpory byl uživatel na základě souhrnného posouzení týmem vyhodnocen jako:

	<p>OSOBA S POTŘEBOU NÍZKÉ MÍRY PODPORY (uživatel s potřebou jen malé nezbytné podpory ze strany druhých osob, a to v rozsahu cca 1–7 hodin denně, a to zejména pomocí se složitějšími úkony péče o vlastní osobu nebo částečným dohledem)</p>
	<p>OSOBA S POTŘEBOU STŘEDNĚ VYSOKÉ MÍRY PODPORY (uživatel s potřebou nezbytné podpory dostupné v rozsahu cca 8–16 hodin denně /přes den a obvykle i částečně přes noc/, s dopomocí nebo alespoň pravidelnou kontrolou ze strany druhé osoby)</p>
	<p>OSOBA S POTŘEBOU VYSOKÉ MÍRY PODPORY (uživatel s potřebou nezbytné podpory dostupné vždy cca 17–24 hodin denně, s většinou úkonů péče prováděných zcela nebo s velkou asistencí druhé osoby).</p>

B1

DOTAZNÍK k upřesnění vysoké míry podpory uživatele (na posuzování potřeb fyzické podpory)

Jméno a příjmení uživatele:

--

1)	Uživatel potřebuje a pravidelně používá nebo by měl v nové službě používat některé z těchto pomůcek pro polohování:	ANO:	NE:
	<ul style="list-style-type: none"> – polohovací lůžko – polohovací klíny a válce – fixační pomůcky (fixační vesta, polohovací éčko, céčko apod.) – vertikalizační pomůcky – jiné, uveďte jaké: 		

2)	Uživatel potřebuje a pravidelně používá nebo by měl v nové službě používat některé z těchto pomůcek pro transport nebo přesun:	ANO:	NE:
	<ul style="list-style-type: none"> – invalidní vozík – transportní (pojízdný) zvedák – vanový (sprchový) zvedák – prkno k přesunu – pásy pro přesun – jiné, uveďte jaké: 		

3)	Uživatel potřebuje a pravidelně používá nebo by měl v nové službě používat některé z těchto pomůcek pro osobní hygienu:	ANO:	NE:
	<ul style="list-style-type: none"> – toaletní křeslo – podložní mísa – sprchovací lůžko – jiné, uveďte jaké: 		

4)	Uživatel potřebuje a pravidelně používá nebo by měl v nové službě používat některé z těchto pomůcek pro prevenci dekubitů:	ANO:	NE:
	<ul style="list-style-type: none"> – antidekubitní podložka – antidekubitní matrace aktivní – antidekubitní matrace pasivní – jiné, uveďte jaké: 		

5)	Uživatel potřebuje a pravidelně používá nebo by měl v nové službě používat některé z těchto pomůcek pro inkontinenci:	ANO:	NE:
	<ul style="list-style-type: none"> – inkontinenční pleny – inkontinenční kalhotky – inkontinenční podložky – urinální sáčky – jiné, uveďte jaké: 		

6)	Uživatel potřebuje a pravidelně používá nebo by měl v nové službě používat některé z těchto pomůcek pro stravování:	ANO:	NE:
	<ul style="list-style-type: none"> – jídelní stůl k lůžku – speciální příbor nebo nádobí – speciální pohárky nebo lahve na pití – sondu – jiné, uveďte jaké: 		

Pokud jste odpověděli alespoň 3x ANO, pak budoucí bydlení pro tohoto uživatele odpovídá podmínkám domácnosti pro osoby s vysokou mírou podpory dle kritérií projektu Podpora transformace sociálních služeb a tyto podmínky pro kvalitní život by měl mít uživatel v nové domácnosti naplněny.



PROFIL UŽIVATELE SLUŽBY

ke strategickému plánování dalších kroků v projektu Podpora transformace sociálních služeb

Jméno a příjmení uživatele:

Datum vyplnění:

Fotografie uživatele:

Aktuální věk uživatele:

Stanovená míra nezbytné podpory:

- Do následujících řádků přepište příslušná zjištění získaná v průběhu vyhodnocování míry nezbytné podpory (při dotazování uživatele), případně se uživatele ještě doptejte.
- V případě, že uživatel není schopen na tyto otázky samostatně odpovědět, vycházejte z odhadu týmu.

Místo původu (kde má uživatel kořeny, přátele, vazby):

Místo, kde by uživatel rád bydlel:

<input type="checkbox"/>	VELKÉ MĚSTO
<input type="checkbox"/>	MALÉ MĚSTO
<input type="checkbox"/>	VESNICE

Jak si uživatel představuje svůj ideální nový domov:

<input type="checkbox"/>	BYT
<input type="checkbox"/>	DŮM V ŘADOVÉ ZÁSTAVBĚ
<input type="checkbox"/>	SAMOSTATNÝ RODINNÝ DŮM

Konkrétní místo nebo místa:

S kým by uživatel rád bydlel (v bytě):

Chce být uživatel v pokoji sám nebo ve dvojici:

Jak si uživatel představuje v nové službě zajištění svého volného času a zábavy:

Jak si uživatel představuje v nové službě zajištění zaměstnání (nebo denní programy):

VÝSLEDNÝ NÁVRH ŘEŠENÍ PRO UŽIVATELE (s ohledem na tvorbu transformačního plánu)

Navrhované místo bydlení pro uživatele (lokalita)	
Navrhovaný druh stavby (byt, řadový dům, rodinný dům)	
Navrhovaný druh domácnosti (individuální, skupinová, pro osoby s vysokou mírou podpory)	
Navrhovaná celková kapacita domácnosti	
Navrhovaný druh pokoje pro uživatele (jednolůžkový nebo dvoulůžkový)	
Navrhovaní spolubydlíci ze služby do domácnosti (jména a příjmení)	
Navrhovaný spolubydlíci na pokoj (jméno a příjmení – jen v případě volby dvoulůžkového pokoje)	

Vypracováno dne	
Vypracoval (jméno a příjmení)	

Podpis a razítko poskytovatele	
---------------------------------------	--