

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií



Bakalářská práce

Karolína Hnyková

**Možnosti služeb sociální rehabilitace pro osoby
s mentálním postižením v Královéhradeckém kraji**

Olomouc 2018

Vedoucí práce: Mgr. Jaromír Maštalíř, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Veškeré informace a literární prameny, které jsem v práci využila jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne.....

Vlastnoruční podpis.....

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Jaromíru Maštalířovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, trpělivost, ochotu a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat Bc. Alici Grohmanové, Mgr. Lucii Schmiedtové, Mgr. Adéle Cupákové, Mgr. Kateřině Rekirschové, Mgr. Marku Fialovi, Mgr. Nině Mertové, Jitce Fučíkové a Bc. Denise Bulvové za podstoupení rozhovoru k výzkumnému šetření práce a Mgr. Kateřině Dostálové, která mi umožnila vykonávat praxi v zařízení sociální rehabilitace PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry 2 v Náchodě a svou činností mne inspirovala k výběru tématu práce.

Velké dík patří také mé rodině a příteli za podporu ve studiu.

OBSAH

ÚVOD	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Mentální retardace	8
1.1 Vymezení základních pojmů.....	8
1.2 Klasifikace stupňů mentální retardace ve srovnání MKN-10 a DSM-5	9
1.3 Psychologické aspekty osobnosti člověka s mentálním postižením	12
1.4 Dospělost osob s mentálním postižením.....	16
1.5 Sociální práce s osobami s mentálním postižením	18
2 Sociální rehabilitace pro osoby s mentálním postižením.....	20
2.1 Sociální rehabilitace jako součást ucelené rehabilitace	20
2.2 Sociální rehabilitace jako sociální služba	20
II. PRAKTICKÁ ČÁST	24
3 Cíl práce a výzkumný design.....	24
3.1 Metodický rámec výzkumného šetření	25
3.2 Etické aspekty výzkumného šetření.....	25
3.3 Volba a výběr výzkumného souboru	26
3.4 Metody a postup získávání dat.....	26
3.5 Zpracování a analýza dat	26
4 Výsledky a interpretace výzkumného šetření	28
5 Diskuse, doporučení pro praxi a limity výzkumného šetření	41
5.1 Diskuse a doporučení pro praxi	41
5.2 Limity výzkumného šetření	50
ZÁVĚR	51
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	53

SEZNAM ZKRATEK	56
SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ	57
SEZNAM PŘÍLOH.....	58

ÚVOD

Začlenění osob s mentálním postižením (dále také „MP“) do společnosti je stále aktuální otázkou. I v dnešní době se ve společnosti můžeme setkat s názory, že osoby s MP nemá smysl vzdělávat a představa toho, že mohou vést normální život je pro zastánce těchto názorů nemyslitelná. Jako reakce na chybějící podporu pro skupinu osoby s MP, vznikla celá řada sociálních služeb usilujících o podporu jejich samostatnosti a soběstačnosti v každodenních situacích lidského života, ať se to týká otázky zaměstnávání, bydlení, vztahů nebo nácviků sociálních dovedností (samostatnost v nakupování, podpora finanční gramotnosti, znalost svých občanských práv a povinností, právní gramotnost aj.) Výše uvedené oblasti lze bezpochyby považovat za významné domény, které je, v kontextu podpory samostatného života u dospělých osob s MP, nutné posilovat. Předkládaná bakalářská práce se zaměřuje a blíže rozpracovává jednu ze sociálních služeb, která dle názoru autorky významně usiluje o naplnění výše uvedených oblastí podpory cílové skupiny prostřednictvím svého poslání. Jedná se o službu sociální rehabilitace, tak jak je definovaná Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon o sociálních službách“).

V první kapitole teoretické části se autorka věnuje vymezením pojmů mentální retardace a MP. Dále provádí komparaci aktuálně užívané terminologie, tak jak je uváděna a tabelována v Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize (dále jen „MKN-10“) a v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (dále jen „DSM-5“). Zároveň jsou zde popsány osobní zvláštnosti a psychologické aspekty osob s MP v dospělém věku. V poslední podkapitole této části se věnuje podpoře socializace a přístupu zaměřenému na osobu. Druhá kapitola je zaměřená na oblast sociální rehabilitace, jako součástí ucelené rehabilitace a sociální rehabilitace jako sociální služby.

V praktické části se autorka věnuje analýze a popisu služeb sociální rehabilitace, které jsou poskytovány na území Královéhradeckého kraje. Motiv výběru daného kraje byl dán jednak skutečností, že z něho autorka pochází, čímž výzkumný design akcentoval osobní participaci výzkumníka ve vybraných zařízeních – metoda sběru dat prostřednictvím rozhovorů, zároveň se autorka domnívá, že právě tato oblast vybraných a veřejnosti nabízených služeb není v daném kraji dostatečně saturována směrem k potenciálním zájemcům o službu.

Cílem bakalářské práce je identifikace, analýza, popis a evaluace specifik obsahu služeb sociální rehabilitace, které jsou poskytovány osobám s MP v Královéhradeckém kraji. Prostřednictvím bakalářské práce by autorka chtěla zvýšit povědomí případných zájemců a

jejich rodinných příslušníků o službě prostřednictvím návrhu přehledové brožury všech služeb sociální rehabilitace v kraji, které jsou osobám s MP poskytovány. Vytvoření návrhu přehledové brožury je druhým cílem výzkumného šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část obsahuje 2 kapitoly, první kapitola vymezuje problematiku mentální retardace a mentálního postižení, dělí se na podkapitoly zabývající se vymezením základních pojmů, klasifikací stupňů mentální retardace ve srovnání MKN – 10 a DSM – 5, dále se zde pojednává o psychologických aspektech osob s MP, dospělosti osob s MP a sociální práci s těmito osobami. Druhá kapitola je zaměřená na služby sociální rehabilitace, tato kapitola je dále členěna na dvě podkapitoly, které pojednávají o sociální rehabilitaci jako součástí ucelené rehabilitace a sociální rehabilitaci jako sociální službě.

1 Mentální retardace

Mentální retardace je předmětem oboru psychopedie, která se v širším kontextu definuje jako interdisciplinární obor, který se zabývá prevencí a prognostikou mentální retardace nebo jiných duševních poruch. Zvláštní zřetel je zde kladen na edukaci, reedukaci, diagnostiku, kompenzaci, inkluzi či integraci, socializaci či resocializaci osob s mentálním či jiným duševním postižením (Valenta, Müller, 2013).

Širším a zároveň střešním termínem pro mentální retardaci je termín MP, který je používán v pedagogické dokumentaci a orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85 (Valenta, Müller, 2013). Bližší specifikaci pojmů mentální retardace a MP budou věnovány následující podkapitoly.

1.1 Vymezení základních pojmů

K samotnému termínu mentální retardace, můžeme v současné době nalézt mnoho pochybností, jelikož z toho, co bylo původně určeno jako *terminus technicus* se postupem času stávají nadávky: úchyl, debil, idiot, dement, imbecil. V této době se i pojem mentální retardace stává společensky nekorektním, přičemž změkčení pojmu na MP není považováno za dostatečné, především v západních zemích. V tomto důsledku se americká asociace pečující o osoby s MP přejmenovala z AAMR (American Association for Mental Retardation) na AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) s tím, že podle nového vymezení je termín *mental retardation* nahrazen termínem *intellectual disability*. (Valenta in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012). Vlastní termín mentální retardace by se dal doslovně vysvětlit jako duševní zpomalení nebo zaostávání. Valenta (in Valenta, Michalík, Lečbych, 2012, s.31) uvádí, že „*Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností*

demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.“

1.2 Klasifikace stupňů mentální retardace ve srovnání MKN-10 a DSM-5

Pojem „mentální retardace“ se začal rozšiřovat v padesátých letech 20. století, pod vlivem konference Světové zdravotnické organizace v Miláně a dělila se na pět stupňů postižení intelektu: „hraniční“ pásmo (83-67 bodů IQ), lehká mentální retardace (66-50 bodů IQ), střední mentální retardace (49-33 bodů IQ), těžká mentální retardace (32-16 bodů IQ) a hluboká mentální retardace (16 a méně bodů IQ). Z důvodu, že kvůli této klasifikaci byla řadě lidí z etnických menšin přiřazena chybná diagnóza mentální retardace, byla klasifikace v sedmdesátých letech upravena, tak že hraniční pásmo už nebylo hodnoceno jako postižení intelektu, ale jako pouhá subnorma a hranice mentální retardace se posunula na 70 bodů IQ. Takto upravená stupnice se stala součástí MKN-10, která se používá v Evropě (Lečbych, 2008).

MKN-10

MKN - 10, představuje mentální retardaci jako *„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“* (World Health Organization, 2008).

Podle MKN- 10 dělíme mentální retardaci na následující kategorie:

F70 Lehká mentální retardace v pásmu 69-50 bodů IQ, u dospělých osob odpovídá mentálnímu věku 9-12 let. Osoby většinou mívají problémy ve výuce, v dospělosti jsou však schopny práce a úspěšného udržení sociálních vztahů a života ve společnosti.

F71 Střední mentální retardace v pásmu 49-35 bodů IQ, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6-9 let. Výsledkem je značné opoždění vývoje v dětství, mnoho osob se dokáže vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, zvládnou dosáhnout přiměřené komunikace a školních dovedností. V dospělosti často potřebují určitý stupeň podpory v oblasti práce a činností ve společnosti.

F72 Těžká mentální retardace v pásmu 34 až 20 bodů IQ, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3-6 let. Stav těchto osob vyžaduje stálou podporu.

F73 **Hluboká mentální retardace** v pásmu bodů 20 a méně bodů IQ, u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Osoby s tímto stupněm postižení jsou nesamostatné a vyžadují pomoc při pohybování, komunikování a hygienické péči.

F98 **Jiná mentální retardace**, kde hodnotu IQ nelze určit, nejčastěji z důvodu dalších přidružených postižení.

F99 **Neurčená mentální retardace**

Svoboda (1999 in Lečbych, 2008, s. 18) upozorňuje, že hodnota IQ nás „*informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Neříká však nic o kvalitativních zvláštnostech inteligence konkrétní osoby*“. Lečbych (2008, s.18) uvádí, že tato klasifikace je často předmětem kritiky mnoha odborníků, z důvodu, že veškerým rozumovým schopnostem určitého člověka má být přiřazeno jedno číslo hodnoty IQ. Právě proto Říčan, Krejčířová a kol. (1997 in Lečbych, 2008, s. 18) uvádějí, že „*číselné hodnoty IQ je nutné pojímat jen jako orientační vodítka s vědomím, že vyšetřením nikdy nezískáme přesnou hodnotu IQ. Rozhodující pro určení pásma retardace musí být vždy především kvalita zvládnutí životních nároků člověka v jeho prostředí*“.

Uvedená klasifikace neobsahuje již zmíněné hraniční pásmo mentální retardace neboli „mírnou mentální retardací“ s rozmezím 85-69 bodů IQ. Toto snížení rozumových schopností často nebývá zapříčiněno organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika jedinců s MP nemohla rozvíjet normálním způsobem, hlavním důvodem jsou genetické, sociální a další faktory (Švarcová, 2000).

DSM-5

Pokud bychom vycházeli z DSM - 5 (Raboch, 2015), pracovali bychom s termínem *porucha intelektu*, který DSM- 5 definuje jako „*poruchu, která vzniká v průběhu vývoje a zahrnuje poruchu intelektových a adaptivních funkcí v konceptuální, sociální a praktické oblasti.*“ Musí být dodržena následující kritéria:

- deficity intelektových funkcí, například uvažování, plánování, abstraktní myšlení, řešení problémů a využívání již nabytých zkušeností, a jsou potvrzené klinickým vyšetřením zaměřeným na testování intelektových schopností;
- deficity adaptivních funkcí, které vedou k neschopnosti naplnění vývojových a sociokulturních standard pro osobní nezávislost a společenskou odpovědnost. Bez trvalé podpory omezuje tento deficit činnosti každodenního života jako například komunikaci a začlenění do skupiny;

- začátek těchto obtíží se objevuje již ve vývojovém období.

Zároveň se můžeme dočíst, že termín porucha intelektu je ekvivalentem vývojové poruchy intelektu, který bude předmětem zájmu v diagnostické kategorii v MKN-11. Revize. Termín mentální retardace byl nahrazen termínem porucha intelektu i v zákonných úpravách v USA, nyní tento termín užívají odborné časopisy, zdravotnické a vzdělávací profese taktéž. DMS- 5 dělí poruchu intelektu na následující stupně závažnosti:

317 **Mírná** – u předškolních dětí nebývají rozdíly příliš zjevné, obtíže přichází až ve školním období, kdy děti mají potíže s učením, čtením, psaním, počítáním, hodnotou peněz, porozuměním času. S podporou mohou dosáhnout dovedností charakteristických pro daný věk. V dospělém věku se objevuje narušení abstraktního myšlení, exekutivních funkcí, krátkodobé paměti a využívání zkušeností získaných ve škole. V sociální oblasti je zjevná nezralost v sociálních interakcích. Komunikace s vrstevníky je konkrétnější a méně zralá. Sociální usuzování je nezralé, proto jsou ohroženi manipulací okolím. V praktické oblasti potřebují ve srovnání s vrstevníky podporu při zvládnání složitějších každodenních aktivit, v dospělosti často potřebují pomoc při nakupování potravin, péče o děti, spravování financí. Většinou potřebují největší míru podpory v rozhodování o svém zdravotním stavu a při právních rozhodnutích. Zároveň potřebují podporu, aby se naučili vykonávat své povolání.

318.0 **Středně těžká** – Během vývoje ztlačují za svými vrstevníky. V dospělosti zůstávají jejich školní dovednosti na základní úrovni a je nezbytná pomoc využívání již získaných znalostí. Vyžadují stálou podporu při každodenních činnostech, v některých případech za ně svěřené osoby musí přebrat plnou zodpovědnost. Komunikace je méně komplexní ve srovnání s vrstevníky. Navazovat vztahy dokáží jen prostřednictvím rodiny a blízkých přátel. V dospělosti však mohou mít i partnerský vztah. Rozhodování a posouzení situace jsou omezeny, proto jim s životními rozhodnutími pomáhá svěřená osoba. K tomu, aby pracovní začlenění proběhlo úspěšně je nutná podpora v sociálních a komunikačních dovednostech.

318.1 **Těžká** – Mají velmi omezené dovednosti, špatně rozumí hodnotám čísel, času, peněz. Slovní zásoba je velmi malá a gramatické schopnosti omezené. Jazyk používají pouze k sociální komunikaci než k vysvětlování, řeč bývá často doplněna metodami z alternativní a augmentativní komunikace. Potřebují pomoc při všech běžných denních aktivitách. Veškeré osvojení nových dovedností vyžaduje dlouhodobé učení a podporu.

318.2 **Hluboká** – Mohou se naučit cíleně používat některé předměty. V některých případech chápou jednoduché pokyny nebo gesta. Svá přání vyjadřují nonverbálními způsoby komunikace. Jsou vysoce závislí na svém okolí ve všech aspektech jejich života.

315.8 **Celkové vývojové opožďení** – u dětí, které jsou mladší 5 let, u kterých není možnost spolehlivého zhodnocení klinické závažnosti. Vyžaduje pozdější přehodnocení.

319 **Nespecifikovaná porucha intelektu** – u jedinců starších 5 let, kde z důvodu přidruženého postižení nejsme schopni zhodnotit stupeň poruchy intelektu. Tato kategorie by měla být diagnostikována jen výjimečně a je vyžadováno pozdější přehodnocení.

V DSM-5 nejsou stupně závažnosti určovány na základě bodů IQ, jako tomu je v MKN 10, ale na základě úrovně adaptivních funkcí jedince, protože právě tato úroveň určuje, jakou míru podpory osoba potřebuje (Raboch, 2015). Pracuje se tam především s tím, co osoba s MP zvládá, jaké jsou její schopnosti a dovednosti, na rozdíl od MKN 10, kde jsou popsány problémy a nedostatky osob s MP. Napříč všem těmito termínům, pro tuto bakalářskou práci budeme využívat termín mentální postižení.

1.3 Psychologické aspekty osobnosti člověka s mentálním postižením

Každý člověk s MP, tvoří stejně tak jako každý intaktní jedinec svébytnou bytost, která má své individuální potřeby, problémy a možnosti dalšího sociálního rozvoje (Křížkovská, Tomalová a kol., 2012). Ve snaze podat obraz MP se uvádějí následující determinanty, které se mohou vyskytovat v různé hierarchii a variabilitě: zvýšená závislost na rodičích, infantilnost, úzkost, sugestibilita, nedostatky v osobní identifikaci, opožďení psychosexuálního vývoje, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, porucha interpersonálních vztahů a komunikace, nízká přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům, impulzivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita, zpomalená chápavost, nízká srovnávací schopnost, snížená mechanická i logická paměť, nestálá pozornost, porucha celkové pohybové koordinace (Müller, Valenta, 2013). Tomuto tvrzení však Lečbych (2008, s. 29) nedává za pravdu jelikož „*Mnohé z těchto popisů je však nutno chápat jako artefakty, neboť často ignorují vliv sociálního prostředí a specifčnost podmínek, ve kterých lidé s mentální retardací vyrůstají a žijí*“. Lečbych (2008) zároveň tvrdí, že je nesmírně složité podat i hrubý, obecný náčrt charakteristiky osoby s MP, vzhledem k tomu, že každá lidská osobnost je jedinečná.

V odborné literatuře s patopsychologickou a speciálně pedagogickou tematikou najdeme skoro pokaždé kapitolu o specifikách osobnosti člověka s MP, řada autorů se ohledně toho shoduje,

že je potřeba vyhledávat silné stránky člověka s MP, avšak častěji se v těchto kapitolách setkáváme s pravým opakem, a to s popisem nedostatků osob s MP (Lečbych, 2008). S tímto souhlasí i Švarcová (2000, s. 33) říká, že každý jedinec s MP je svébytný subjekt s charakteristickými a osobnostními rysy a globálně charakterizovat tuto skupinu by bylo značně vyčerpávající. Přesto, ale u velké části z nich najdeme určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu, hloubce a rozsahu MP.

Švarcová (2000) uvádí, že MP se klinicky projevuje zejména:

- zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků;
- sníženou schopností komparace a vyvozování logických vztahů;
- sníženou mechanickou, ale zejména logickou pamětí;
- nestálou pozorností;
- nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování, problémy v komunikaci;
- poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace.

Lečbych (2008) vychází z popisu osobnosti člověka s MP od Dolejšího (1973) a Rubinštejnové (1973), kteří na osobnost člověka pohlížejí z hlediska jeho kognitivních funkcí, které jsou primárním specifikem MP. Od toho se poté odvíjí řetězec souvislostí, které vedou k adaptaci jedince na postižení a vytvářejí jeho osobnostní struktury.

V oblasti **smyslové percepce** osob s MP uvádí Rubinštejnová (1973 in Lečbych, 2008) tyto znaky:

- snížení rozsahu zrakového vnímání a tím ztížené chápání lineární perspektivy;
- snížené vizuálně-prostorové schopnosti;
- snížená schopnost diskriminace figury a pozadí;
- snížená citlivost hmatových vjemů;
- opožděná diferenciací fonémů akustickým analyzátořem;
- zhoršená koordinace pohybů.

Valenta a Müller (2013) tvrdí, že uvedené nedostatky percepce jde celkem úspěšně překonávat speciálně pedagogickými metodami a přístupy. Avšak Petráš (in Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012) poukazuje na to, že nejen z odborné literatury, ale i z praxe lze vidět, jak velký vliv má opožděná nebo omezená schopnost vnímání u osob s MP na jeho další psychický vývoj. Zejména můžeme zmínit tyto čtyři problémy – zpomalenost tempa vnímání a značné zúžení rozsahu vnímání, výrazná nediferencovanost počítků a vjemů, nedostatečné

vnímání prostoru a času a inaktivita vnímání, která často bývá nejzávažnějším problémem. Bartoňová, Bazalová, Pipeková (2007, s.23) o tomto problému uvádějí, že *„O neaktivním charakteru vnímání svědčí i to, že se nedovedou pozorně dívat, hledat a nacházet určité předměty, nedovedou si výběrově prohlížet část okolního světa, nedovedou se odpoutat od výrazných a poutavých stránek vnímaného objektu, které jsou však v daném okamžiku nepodstatné.“*

Pozornost souvisí s bezprostředním vnímáním a poznáváním (Kozáková, Pastieriková, Krejčířová, 2013). Ohledně pozornosti u osob s MP hovoří Kysučan (1982 in Lečbych, 2008) o tom, že je charakteristická nízkým rozsahem sledovaného pole, snadnou unavitelností a rozptýlitelností a zároveň je snížena i schopnost distribuce pozornosti mezi více činností. Taktéž Kysučan (1982 in Valenta, Müller, 2013) uvádí, že pro pozornost osob s MP je charakteristické, že s nárůstem kvality výkonů vzrůstá i počet chyb. S tím souhlasí i Procházka (in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012) a uvádí, že tento problém je markantní v případě, že člověk s MP má svou pozornost rozdělit na více činností najednou. S narůstající zátěží pozornost významně klesá a zvyšuje se počet chyb. Nastává tomu i v případě, že jedinec má činnosti, které vykonává dobře zafixované a jednu po druhé by dělal automaticky. Například by velice dobře zvládl rozhovor na nějaké téma a zároveň by zvládl bez problémů kresbu postavy. Pokud by však měl realizovat obě činnosti najednou nastane problém a ve většině případů zvládne jedinec buď jednu, nebo druhou aktivitu.

Paměť osob s MP také má svá specifika. Valenta, Müller (2013) uvádějí, že osoby s MP si vše nové osvojují velmi pomalu a často až po mnohačetném opakování. Naučené poznatky rychle zapomínají, anebo si je vybavují nepřesně, nabyté vědomosti neumí správně uplatnit. Zároveň uvádějí, že *„Všechny nedostatky opět vycházejí ze zvláštností vyšší nervové činnosti jedinců s mentálním postižením, z tendence podmíněných zdrojů vyhasínat rychleji než u běžné populace.“* (Valenta, Müller, 2013, s. 51). Paměť dospělých osob s MP je velmi ovlivněna již samotným vnímáním. Tato složitá funkce má zodpovědnost za vstřípení, podržení a pozdější vybavení informací, proto záleží na tom, v jaké podobě se k osobě tyto informace dostanou. Paměť u těchto osob je ovlivněna poruchou myšlení, právě proto jsou narušeny takové vlastnosti, které jsou u intaktní populace fungující, jsou jimi výběrovost a logika. Z toho důvodu osoby s MP využívají mechanickou paměť, kdy jsou informace ukládány bez výraznějších souvislostí. U osob s lehkým stupněm MP se lze někdy setkat i s logickou pamětí nižší výkonnosti, nemusí tomu tak být vždy. Tyto nedostatky vycházejí ze zvláštností vyšší nervové

činnosti při MP – malý rozsah a pomalé tempo vytváření nových podmíněných spojů. (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013)

U **myšlení** osob s MP je charakteristická konkrétnost, většinou jsou schopni logicky operovat jen se známým a konkrétním materiálem (Lečbych, 2008). Nejsou schopni vyšší abstrakce a generalizace. Myšlení je nedůsledné, typická je slabá řídicí funkce a značná nekritičnost. Myšlenky tvoříme pomocí slov, tedy řečí, která bývá u jedinců s MP nejvíce deformovaná (Valenta, Müller, 2013). „*U osob s mentálním postižením tedy obecně platí, že vykazují výrazné nedostatky ve všech myšlenkových operacích a úrovních (a to podle náročnosti s přímo úměrně narůstajícím deficitem), což výrazně negativně ovlivňuje veškeré schopnosti adaptace.*“ (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013, s. 20).

Komunikace patří k nejvýznamnějším prostředkům socializace člověka. Avšak jedním z nejcharakterističtějších příznaků MP bývá narušená komunikační schopnost, která je vždy značným psychosociálním problémem jedince i jeho prostředí. Obecně platí, že vývoj řeči bývá opožděn až omezen. Kulíšková (in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 230) dokonce říká, že „*Vývoj řeči je v důsledku narušení vnitřních podmínek postižen do té míry, že nedosáhne normy*“. Z podstaty MP plyne nedostatečná schopnost porozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči. U těchto osob je zřejmá malá slovní zásoba, nedokonalá gramatika, vyjadřování se v jednoduchých větách nebo vynechání části věty. (Kozáková, Pastieriková, Krejčířová, 2013). Lečbych (2008) navazuje na proces myšlení, jelikož myšlení je velmi úzce spojeno s řečí a vychází z Dolejšího (1973), který popisuje fatické funkce podle etiologie MP. „*V případě geneticky podmíněné mentální retardace se vyskytuje rovnoměrné opoždění vývoje řeči ve všech jejích složkách, přičemž řeč připomíná řeč mladšího dítěte. Mentální retardace prenatální či perinatální etiologie, které vznikly například úrazem, hypoxií, infekcí atd., jsou charakteristické postiženou artikulací, častá je dysartrie, ale porozumění obsahu a slovní zásoba je obvykle přiměřená věku. V případě mentální retardace spolu s emoční derivací je pro řeč charakteristický chudý slovník a dyslálie multiplex.*“ (Dolejší, 1973 in Lečbych, 2008, s. 31-32)

Po **emoční stránce** dochází u lidí s MP k velké citové otevřenosti a spontánnímu projevu emocí. Emoce jsou projevovány bezprostředně (Lečbych, 2008). „*Citová otevřenost tedy souvisí s malou řídicí funkcí rozumu, kterým lze prožitky tlumit či dokonce přehodnocovat.*“ (Valenta, Müller, 2013, s.52). Situaci, kterou jedinec s MP už opakovaně úspěšně zvládl, reaguje kladnými emocemi. Pokud se však nějakou situací nenaučil zvládnout, mohou se

později objevit neurotické či psychopatické symptomy ve formě poruch citového vývoje (Valenta, Müller, 2013).

Ve **volních projevech** lze označit, že u jedinců s MP je zřejmá zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulzivita, agresivita, v některých případech i úzkost a pasivita. Charakteristická je porucha vůle (dysbulie) nebo nerozhodnost, neschopnost zahájit určitou činnost, nedostatek vůle (abulie) (Valenta, Müller, 2013).

1.4 Dospělost osob s mentálním postižením

Jednoznačná definice dospělosti však neexistuje. Často se říká, že člověk je dospělý tehdy, pokud dosáhne 18. narozenin, může pít alkohol, řídit auto, neznamená to však, že by byl plně vyzrálým (Thorová, 2015). Adolescence je posledním, ale zároveň významným obdobím, z etapy dospívání, uvádí se mezi 15.-20. rokem života jedince, kdy se jedinec z mnoha pohledů stane dospělým, jelikož dovrší 18. let. Vágnerová (2004, in Lečbych, 2008) tvrdí, že vývoj kognitivních funkcí u osob s MP se zastavuje již před 15. rokem života a dál už nepokračuje ani přes všechnu projevenou snahu a zároveň varuje před nebezpečím úbytku a postupného zhoršování kognitivních funkcí z důvodu nečinnosti. Zdůrazňuje, že je nutná celoživotní podpora, aby se udržely již získané kognitivní schopnosti. Objevují se zde problémy, které se u jedince projeví již v období pubescence, ve větší míře se stává důležitější vrstevnická skupina, do které by se jedinec s MP rád začlenil, ale často se při zapojení do skupiny intaktních jedinců vyskytují zejména problémy z důvodu šikany, ponižování a vyčleňování. Největší problémy při začleňování do skupiny mají osoby s těžším a kombinovaným postižením. Zijlstra a Vlaskamp (2001, in Lečbych, 2008) uvádějí, že osoby s MP jsou často integrovány do skupin mladých osob, často se ale aktivně projevují. Problémy jsou způsobeny nepříznivým zdravotním stavem, častou nemocností, hospitalizací a snadnou unavitelností. K dalším častým problémům se řadí osamostatnění, které je jedním z klíčových úkolů v období adolescence, jedinec nejčastěji zůstává v rodině, která je pro něho bezpečným zázemím, nastává fixace sociálních rolí a často zůstává v pozici závislého dítěte a není lehké se z toho vymanit, právě pro tyto příležitosti se doporučuje využívání sociálních služeb jako je chráněné bydlení nebo sociální rehabilitace, kde se jedinec může do určité míry osamostatnit (Lečbych, 2008).

Pro další členění dospělosti použijeme model od Vágnerové (2000):

- raná (mladá) dospělost (20-30/35 let) – řešení vývojových úkolů, mezi nejdůležitější patří například: získání stálého zaměstnání, nalezení životního partnera, založení rodiny, ekonomické zajištění;
- střední dospělost (30/35-45 let) – období práce, péče o děti, která se může stát smyslem života. Člověk v těchto letech už dosáhl úspěchů v pracovním i osobním životě a někdy může nastat krize životního středu, kdy se člověk ptá, co bude dál;
- pozdní (starší) dospělost (45-60/65 let) – klesá tělesná výkonnost, člověk začíná mít více zdravotních problémů, děti se osamostatňují a odchází od rodiny. Blíží se odchod do důchodu. Objevují se i manželské problémy. Přínosem se může stát nová role prarodiče.

V psychopedii ale pojetí dospělosti vychází z vlastní praxe, neboť se od obecných andragogických zkušeností liší. Z toho důvodu Kozáková, Krejčířová, Müller (2013) popisují, že dospělý je ten, kdo:

- ukončil vzdělávání ve formálním vzdělávacím systému, převzal sociální roli dospělého a byla mu přiznána odpovídající práva a povinnosti;
- neukončil vzdělání ve formálním vzdělávacím systému, ale převzal některé sociální role charakteristické pro dospělost (zaměstnanec, rodič, manžel, manželka) a byla mu přiznána některá odpovídající práva a povinnosti.

Autoři zároveň uvádějí, že člověk s MP je kvůli svým deficitům méně schopný řešit běžné sociální situace (orientace v hromadné dopravě, zaměstnání), dále se objevuje snížená schopnost zobecňování, rozlišování, slovního pojmenování, mají často problémy využívat minulé zkušenosti při každodenních aktivitách. Jak již bylo zmíněno, některé problémy osob s MP mohou nastávat již během dospívání, ve formě segregace z vrstevnických skupin, následně se mohou objevit problémy při vstupu na volný trh práce, v navazování partnerských vztahů, schopnosti zajistit a spravovat bydlení, v trávení volného času a dalších běžných aktivitách. Mezi velké problémy patří narůstající civilizační požadavky, stále novější a složitější technické vymoženosti, se kterými bývají v nesnázích i intaktní jedinci (Vágnerová, 2008 in Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

I přesto, že lidé s MP nebudou pravděpodobně plně schopni zvládat jednotlivé úkoly, které jsou charakteristické pro daná vývojová období, je nutné připomenout, že při pojetí a charakterizaci dané osoby s MP musíme vycházet z konkrétní zkušenosti a práce s danou osobou a tím se vyvarovat nepodložené paušalizaci. Záleží však nejenom na stupni MP, ale také na dalších

faktorech, kterými může být například přidružené postižení, osobnostní charakteristika daného člověka s MP nebo sociální zázemí (srov. Lečbych, 2008, Vágnerová a kol., 2004).

1.5 Sociální práce s osobami s mentálním postižením

Možnosti dosahování profesní, partnerské a rodičovské role jsou u osob s MP značně omezené, a proto potřebují velkou míru podpory (Vágnerová, 2004). S tím souhlasí i Kozáková, Krejčířová, Müller (2013, s. 87) říkají, že *„Lidé s mentálním postižením potřebují intenzivní pomoc ze strany společnosti, aby mohli rozvinout své schopnosti a zapojit se do normálního života.“*. Stále sledovaným problémem je otázka kvality života osob s MP. Není tak dávno, kdy se osoby s MP dělily do dvou skupin, na ty, které má smysl vzdělávat a na ty, které nemá smysl vzdělávat, toto rozhodnutí, je provázelo od dětství až do dospělosti. (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Autoři také tvrdí, že definovat samotnou kvalitu života není snadné, protože jde často o subjektivní posouzení svojí vlastní životní situace. Kvalitu života pak ovlivňuje spousta faktorů, jsou jimi fyzický, psychický a sociální stav jedince. K rozdělení kvality života na objektivní a subjektivní přihlíží i Vymětal (2003), uvádí, že objektivní kvalita života je ovlivněna materiálním zabezpečením, sociálním statutem a sociálními podmínkami života, na rozdíl od subjektivní kvality života, kterou vnímá jedinec sám, jeho postavení vůči společnosti, jeho hodnotový systém. Jeho kvalita je založena na osobních cílech, zájmech jedince a jeho očekávání. Kozáková, Krejčířová, Müller (2013) vyjmenovávají oblasti, které hrají v životě člověka důležité role, čímž mají vliv na kvalitu života. Vycházíme-li ze základních životních potřeb člověka, hovoříme o zdravotním stavu a úrovni soběstačnosti, o vztazích, jak v rodině, tak v oblasti partnerství, manželství a rodičovství, dále hovoříme o bydlení, vzdělávání, pracovním uplatnění, volném čase a zájmových činnostech lidí s MP. Pro snadnější začlenění těchto osob do společnosti mohou využívat různé sociální služby jim určené. Budeme se bavit zejména o sociální oblasti, kam řadíme služby, vedoucí právě k začlenění jedinců s postižením do společnosti a podporující jejich samostatnost a sebeurčení, jsou to například služby osobní asistence, sociální rehabilitace, chráněné bydlení, podporované bydlení nebo tréninkové bydlení (Müller, Vymazalová, Krejčířová, 2013). Všechny sociální služby, které legislativně ukotvuje zákon o sociálních službách, musí vycházet z přístupu práce zaměřeného na každého uživatele zvlášť, který Pörtner (2009) definuje tak, že práce se zaměřením na osobu znamená pracovat s člověkem takovým, jakým je a jaké jsou jeho možnosti, nikoli z toho, jaký by měl být. K tomu, aby se zjistilo o uživateli služby více

informací a nehodnotil se pouze na základě běžných posuzovacích metod, kde se stanovuje míra závislosti, jaké má uživatel IQ a zdravotní diagnózu, jelikož v tomto případě se pracuje s nedostatky jedince, vznikl nástroj, který posuzuje míru nezbytné podpory uživatelů. Tento nástroj pomáhá určit, jakou podporu uživatel potřebuje v každodenních situacích. Získaná data neslouží jako náhrada individuálního plánu stanoveného pro klienta, je zaměřena na to, aby se dala lépe odhadnout časová náročnost péče o osobu. Nástrojem pro posuzování míry nezbytné podpory je systém dvou na sebe navazujících formulářů, jedním z nich je dotazník, kterým se zjišťuje míra nezbytné podpory klienta, dotazník vyplňuje klient sám, popřípadě s dopomocí klíčového pracovníka, je sebehodnotící. Dotazník je postaven na deseti oblastech, které jsou nezbytné pro lidský život. Patří tam komunikace, péče o sebe a o domácnost, zdraví, bydlení, bezpečí a rizika, vztahy, osobní uplatnění a spokojený život, finance a úřady, pravidla a povinnosti. V každé oblasti nalezneme krátký popis toho, co si pod tím má klient představit. Ve druhé části se vyhodnocuje míra nezbytné podpory, vychází se z informací získaných v dotazníku, tento formulář je určen pro osoby, které klienta důvěrně znají. Je zde možnost zpřesnit odpovědi získané v sebehodnotícím dotazníku. Výsledkem je tabulka s jednotlivými kategoriemi míry nezbytné podpory, je rozdělena do tří stupňů: nízká, středně vysoká a vysoká (Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2013).

Využití přístupu zaměřeného na osobu nalezneme ve spoustě sociálních služeb. Jednou z nich je právě služba sociální rehabilitace, o které pojednává tato bakalářská práce. Sociální rehabilitaci bude věnována následující kapitola.

2 Sociální rehabilitace pro osoby s mentálním postižením

Služba sociální rehabilitace patří pod služby sociální prevence, to jsou takové služby, které pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto způsobem života ohroženy. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám v překonání jejich nepříznivé životní situace, zároveň je cílem chránit společnost před vznikem a rozšířením nežádoucích společenských jevů (Krejčířová, Treznerová, 2013). Sociální rehabilitace je součástí systému ucelené rehabilitace, spolu s dalšími složkami napomáhají maximálnímu začlenění osob s postižením do společnosti (Jesenský, 1995).

2.1 Sociální rehabilitace jako součást ucelené rehabilitace

Pojem ucelená rehabilitace se z anglického jazyka překládá jako *comprehensive rehabilitation*, výraz *comprehensive*, který se někdy počešťuje na výraz komprehenzivní, dle slovníku se překládá jako úplný, ucelený nebo celkový. O ucelené rehabilitaci mluvíme tehdy, když na řešení důsledků nemoci či postižení nestačí čistě zdravotnické prostředky a stav je trvalý či dlouhodobý, tudíž nemoc nebo postižení není možné léčbou zcela odstranit (Votava, 2003). Dle definice Světové zdravotnické organizace z roku 1969 (in Votava, 2003, s. 14) je rehabilitace „*včasně, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků*“. Z této definice je patrné, že rehabilitace by měla být sama o sobě brána jako ucelená, avšak přesto se rehabilitace chápe spíše jako součást léčebných programů, a z toho důvodu je kladen zvláštní zřetel na vyjádření označení ucelená, neboť krom zdravotní péče zasahuje i do dalších oblastí (Votava, 2003).

Jesenský (1995) rozlišuje rehabilitaci na přechodnou a permanentní. Říká, že přechodná neboli krátkodobá rehabilitace je následná péče bezprostředně navazující na léčebnou, která vede k upevnění úplného obnovení zdraví a kvality života, která je považována za normální. Na rozdíl od ní se rehabilitace permanentní neboli dlouhodobá, týká osob s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním poškozením. Většinou bývá spojována s trvalým narušením kvality života, zčásti se řeší léčením, ale velmi důležitou roli zde hrají prostředky sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace.

2.2 Sociální rehabilitace jako sociální služba

Sociální rehabilitace jako sociální služba byla legislativně ukotvená až s příchodem zákona o sociálních službách, který vstoupil v platnost k 1. 1. 2007 (Michalík, 2013). Sociální

rehabilitace tvořila důležitou složku ucelené rehabilitace už mnohem dříve. Rissanen (1983 in Jesenský, 1995, s. 39) říká, že sociální rehabilitace „*znamená rozvíjet schopnosti postiženého člověka existovat v různých společenských situacích tak, aby byly uspokojeny jeho potřeby a práva i maximální účast na společenském životě*“. Tato definice pochází z roku 1983 a je nutno ji chápat v souvislosti se třemi klauzulemi známé ze zprávy o schůzi národních tajemníků v Londýně v roce 1986. Mezi zmíněné klauzule patří:

1. zrovnoprávnění příležitostí osobám s postižením;
2. umožnění osobám s postižením plné účasti na společenském životě;
3. určení rehabilitačních programů osobám s postižením a má jim být daná stejná možnost výběru jako ostatním (Jesenský, 1995).

Pokud bychom srovnávali výše uvedené přístupy, můžeme usoudit, že se od současného pojetí sociální rehabilitace jako sociální služby poskytované podle zákona o sociálních službách, moc neliší.

Krejčířová, Treznerová (2013, s. 83) definují službu sociální rehabilitace, jako „*soubor specifických činností orientovaných na dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti jedinců*“. Mezi základní činnosti služby patří nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu. Nácvik soběstačnosti a takových činností, které vedou k sociálnímu začlenění. Další činností je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti. Mezi hlavní cíle služby patří podpora pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením a napomáhání k tomu, aby mohly žít běžným životem (Krejčířová, Treznerová, 2011). Zvyšování míry samostatnosti a soběstačnosti, posilování osobních kompetencí a schopností a dovedností osob se zdravotním postižením, vedoucím k využívání běžných společenských zdrojů s ohledem na pracovní uplatnění. Služba se poskytuje zejména dle osobních cílů, přání, individuálních potřeb a schopnostech klienta (Krejčířová, Treznerová, 2013). V zákoně o sociálních službách nalezneme ukotvení sociální rehabilitace pod § 70, je zde popsáno, že služba sociální rehabilitace je poskytována jak formou ambulantní, tak formou terénní, v sociálně rehabilitačních centrech dokonce nalezneme formu pobytovou, která je však zpoplatněna. Terénní a ambulantní forma poskytování služby je zdarma. Částky k úhradě pobytové formy služby uvádí prováděcí vyhláška č.505/2006 Sb. Z důvodu, že v Královéhradeckém kraji, ve kterém je prováděno výzkumné šetření zaměřené na služby sociální rehabilitace pro osoby s MP podle registru poskytovatelů sociálních služeb (2017), pobytová forma není, nebudeme ji zde blíže specifikovat.

Sociální rehabilitace, která je poskytována terénní nebo ambulantní formou obsahuje podle zákona o sociálních službách § 70, tyto základní činnosti, které prováděcí vyhláška č. 505/2006 § 35 specifikuje detailněji:

- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění – nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů, nácvik péče o domácnost, kam patří i nakupování, nácvik péče o děti a další členy domácnosti, nácvik samostatného pohybu a orientace ve vnitřních i venkovních prostorech, nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, například podpis;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – doprovázení dospělých na místa jimi určená a doprovázení zpět, nácvik schopností využívání dopravních prostředků, nácvik chování v různých společenských situacích, nácvik komunikace, jak běžné, tak i různých alternativních způsobů, práce s informacemi;
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti-upevňování již získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí – podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, informační servis a zprostředkování služeb.

Zároveň jako každá registrovaná sociální služba musí i sociální rehabilitace poskytovat základní sociální poradenství.

Cílová skupina osob, kterým je určena sociální rehabilitace není zákonem o sociálních službách jednoznačně definována. Z charakteru služby však vyplývá, že cílovou skupinou jsou zejména osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení. Jak je zmíněno výše, stojí opět zdůraznění, že základní činnosti služby musí dokázat odpovídat potřebám člověka, patřícího do cílové skupiny. Tato schopnost je klíčovým kritériem pro určení cílové skupiny osob, jimž bude daná sociální služba poskytována (Odbor sociálních služeb a sociální práce MPSV, 2012).

Dle internetového portálu Ministerstva práce a sociálních věcí, dále jen MPSV (Odbor sociálních služeb a sociální práce MPSV, 2012) je služba sociální rehabilitace jakýmsi předstupněm sociálně pracovní terapie, která je poskytována v rámci sociální služby sociálně terapeutické dílny dle zákona o sociálních službách přesnou definici sociálně terapeutické dílny nalezneme pod §67. MPSV zároveň tvrdí, že pokud by se uživatel sociální rehabilitace stal více samostatným a soběstačným v běžném životě a projevil by zájem o další rozvíjení svého

potenciálu ve směru zdokonalování pracovních návyků a dovedností, měl by poskytovatel ukončit poskytování služby a nabídnout uživateli možnost návazné sociální služby, tedy sociálně terapeutické dílny, kde uživatel může bezpečně dále rozvíjet své kompetence v oblasti pracovních dovedností a návyků, nebo může poskytovatel zprostředkovat nabídku na pracovní místo na chráněném či otevřeném trhu práce, kde zaměstnávání osob se zdravotním postižením upravuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Aby byla pomoc uživateli efektivní a smysluplná, zmiňuje MPSV (Odbor sociálních služeb a sociální práce MPSV, 2012) metodu case managementu jako nepostradatelný nástroj při práci s uživateli. Neboli propojenost a vzájemná znalost činností jednotlivých subjektů zainteresovaných na řešení situace jednotlivých uživatelů je nezbytným předpokladem pro účinnou pomoc. Právě metoda case managementu umožňuje koordinaci a kooperaci všech subjektů, to přispívá ke zkvalitnění služeb poskytovaných uživatelům, kteří jsou vtaženi do řešení své nepříznivé životní situace a zároveň mají podíl na plánování služeb, tím se aktivizují vlastní zdroje uživatele.

V České republice je podle údajů registru poskytovatelů sociálních služeb (2017) celkem 94 služeb sociální rehabilitace poskytovaných pro osoby s MP, z toho v Královéhradeckém kraji jich je 10. Těmto službám se budeme věnovat v praktické části bakalářské práce.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je rozdělena na tři části – cíl práce a výzkumný design, výsledky a interpretace výzkumného šetření a diskuse, doporučení pro praxi a limity výzkumného šetření. Autorka zvolila kvantitativně orientované výzkumné šetření, jednalo se o strukturovaný dotazník. Autorka vymezila cíle práce, ke kterým se váží 2 výzkumné otázky, první výzkumnou otázku saturují vymezené indikátory, druhá výzkumná otázka je saturována návrhem přehledové brožury o vybraných službách (Příloha 2).

3 Cíl práce a výzkumný design

Bakalářská práce se zaměřuje na oblast služeb sociální rehabilitace pro osoby s MP na území Královéhradeckého kraje. V kontextu tohoto tématu se autorka zaměřuje na identifikaci, analýzu a popis jednotlivých služeb. Cílem kvantitativně orientovaného výzkumného šetření bylo vyhledat, analyzovat a následně interpretovat získaná výzkumná zjištění. Autorka se ve výzkumném šetření zaměřila na deskripci jednotlivých služeb sociální rehabilitace, dle předem určených kritérií, poskytované cílové skupině – dospělé osoby s MP. Cílem je také usilovat o zvýšení povědomosti případných zájemců, jejich rodinných příslušníků i veřejnosti o těchto službách po celém Královéhradeckém kraji, a to prostřednictvím návrhu přehledové brožury (Příloha 2).

Při konceptualizaci bakalářské práce byly tedy stanoveny následující cíle:

- 1. Cíl výzkumného šetření:** *Identifikovat, analyzovat, popsat a evaluovat specifika obsahu služeb sociální rehabilitace poskytovaných osobám s MP v Královéhradeckém kraji*
- 2. Cíl výzkumného šetření:** *Na základě zjištěných údajů vytvořit návrh přehledové brožury, která bude sloužit k rozšíření povědomí o službách sociální rehabilitace pro osoby s MP v Královéhradeckém kraji.*

K cíli výzkumného šetření č. 1 autorka vymezila tyto indikátory:

- A. Jaké služby sociální rehabilitace v daném kraji aktuálně existují?*
- B. Jaké je geografické rozložení služeb sociální rehabilitace v daném kraji?*
- C. Pro jakou cílovou skupinu osob jsou poskytovány a jaká je jejich současná obsazenost?*
- D. Jaké konkrétní činnosti služby nabízejí?*
- E. Jakým způsobem probíhá samotné přijetí žadatele do služby a jakým způsobem je s ním následně pracováno?*

3.1 Metodický rámec výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření byla použita kvantitativní metodologie, kterou Chráska (2016, s.11) vymezuje jako „*záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy*“. Švaříček, Šedřová a kol. (2007) uvádějí, že kvantitativně orientovaný výzkum je takový, který se soustřeďuje na ověřování vztahů mezi proměnnými nebo na zjištění vztahu mezi nimi. Mezi metody kvantitativně orientovaného výzkumného šetření patří například pozorování, dotazník nebo interview, které bylo využito právě v této bakalářské práci. Chráska (2016) popisuje interview jako metodu shromažďování dat spočívající v bezprostřední komunikaci tazatele a respondenta, to je právě velkou výhodou interview, jelikož na rozdíl od jiných výzkumných metod je navázán osobní kontakt, který umožňuje sledování reakcí respondenta, usměrnění dalšího průběhu a hlubší proniknutí do motivů a postojů respondenta. Chráska (2016) uvádí, že v podobném významu se využívá obsahově širší český termín „rozhovor“, který budeme pro účely této bakalářské práce používat. Rozhovor se dále dělí na strukturovaný, polostrukturovaný a nestrukturovaný. Pro tuto bakalářskou práci autorka zvolila strukturovaný rozhovor, který Chráska (2016) popisuje jako takový, při němž tazatel postupuje podle přesně připraveného textu, jsou zde přesně určeny formulace otázek i jejich pořadí. Tazatel zde nepřidává vlastní komentář, pouze čte otázky a zapisuje odpovědi respondenta. V některých případech, zejména v takových, kdy je rozhovor důsledně strukturovaný, se může podobat dotazníku, od kterého se liší pouze tím, že odpovědi zapisuje tazatel, nikoliv respondent. Výhodou strukturovaného rozhovoru je, že poskytuje všem respondentům stejné podmínky k odpovědím. Nevýhodou je to, že téměř vždy působí strojeně a je zde obtížnější navázání kontaktu mezi tazatelem a respondentem.

3.2 Etické aspekty výzkumného šetření

Data byla získána prostřednictvím osobní schůzky a podstoupením rozhovoru s pracovníkem, na kterého byl uveden kontakt v registru poskytovatelů sociálních služeb (2017), jehož prostřednictvím byly dané sociální služby vybírány. Všichni pracovníci dali ústní souhlas k uvedení jejich jména a příjmení do bakalářské práce pro potřebu charakteristiky služby a uvedení jména kontaktní osoby pro případné zájemce. Tento vyjádřený souhlas zároveň podporuje požadavek, kterým je jedním z cílů výzkumného šetření – vytvořit návrh letáku všech uvedených služeb sociální rehabilitace pro osoby s MP v Královéhradeckém kraji, a tím se pokusit o zvýšení povědomosti osob s MP, jejich rodinných příslušníků i veřejnosti o těchto službách.

Někteří účastníci výzkumného šetření zároveň požádali o reflektování zjištěných dat, doporučení pro praxi, poskytnutí návrhu letáku pro vlastní potřeby služby a o jejich případnou propagaci veřejnosti.

3.3 Volba a výběr výzkumného souboru

S ohledem na výše uvedené výzkumné cíle a vymezené indikátory výzkumného šetření byla autorkou stanovená následující kritéria volby výzkumného souboru:

1. Místo poskytování služby: Královéhradecký kraj
2. Druh sociální služby: Sociální rehabilitace
3. Klientela sociální služby: Osoby s MP/ popř. v kombinaci s jiným zdravotním postižením
4. Věk uživatelů: dospělý věk

3.4 Metody a postup získávání dat

Informace o vybraných sociálních službách byly získávány postupně. Po určení kritérií odpovídajících záměru bakalářské práce vyhledala autorka jednotlivé služby prostřednictvím registru poskytovatelů sociálních služeb (2017), bylo nalezeno 10 služeb. Následně vyhledala kontakt na adekvátního pracovníka a všechny služby, splňující určená kritéria oslovila za pomoci emailové adresy. Pokud do následujících 3 týdnů autorka neobdržela písemnou odpověď ze strany osloveného pracovníka dané sociální služby, uskutečnila autorka telefonické oslovení.

Následně si autorka postupně sjednala osobní schůzky s příslušnými pracovníky a podstoupila s nimi strukturovaný rozhovor. Tímto způsobem, v časovém rozmezí říjen–listopad 2017, bylo navštíveno všech 10 vybraných služeb sociální rehabilitace.

3.5 Zpracování a analýza dat

V této fázi výzkumného šetření bylo nutné získaná data analyzovat, směrem ke stanoveným cílům a vymezeným indikátorům (saturace cíle výzkumného šetření č. 1). Data byla získávána prostřednictvím strukturovaného rozhovoru s adekvátním pracovníkem v každé službě sociální rehabilitace pro osoby s MP v Královéhradeckém kraji. Jako způsob zpracování dat zvolila autorka kvantitativní obsahovou analýzu v kombinaci s metodou kontrastů a srovnávání. Obsahovou analýzu lze chápat jako široké spektrum dílčích metod a postupů sloužících k analýze jakéhokoli textového dokumentu s cílem objasnit jeho význam a určit jeho strukturu

(Plichtová, 1996 in Miovský, 2006). Plichtová (1996 in Miovský, 2006) rozděluje základní postup při aplikaci obsahové analýzy do následujících několika fází:

- definice a identifikace dokumentů pro obsahovou analýzu, data zde vytváříme například prostřednictvím interview;
- fáze shromažďování údajů, případně přepis údajů do písemné podoby a jejich třídění;
- definování základních jednotek a tvorba systému kategorií.

Plichtová (1996 in Miovský, 2006) zároveň uvádí různé přístupy k obsahové analýze, a to přístup teoretický, který je vhodný k ověřování již existujících teorií a přístup deskriptivní, který je vhodný po vytvoření nových teorií. S ohledem na koncepci výzkumného šetření autorka zvolila teoretický přístup, při kterém vytváříme kategorie na základě teoretických konceptů, které následně využíváme při analýze textu, hovoříme zde o analytické dedukci.

Metoda kontrastování je důležitá technika, pokud od sebe potřebujeme odlišit dvě identifikované kategorie a upozornit na rozdíly mezi nimi, i přesto, že mají mnoho společného, stejně tak je kontrastování užitečné při zdůraznění určitých kontextuálních odlišností fenoménu, který může mít vlivem některých vztahů různý charakter (Čermák, Štěpáníková, 1998 in Miovský, 2006). Data budou prezentována metodou prostého výčtu.

4 Výsledky a interpretace výzkumného šetření

V této kapitole se budeme zabývat jednotlivými indikátory (A-E) vztaženými k cíli č. 1. Pro přehlednost budou jednotlivé indikátory rozčleněny do podkapitol a za každým indikátorem bude následovat interpretace získaných dat.

Indikátor A

První indikátor se týkal přehledu oslovených služeb, byl stanoven ve znění: *Jaké služby sociální rehabilitace v daném kraji aktuálně existují?* Výčet zjištěných služeb odpovídající daným kritériím (tj. sociální rehabilitace), zobrazuje níže uvedená Tabulka 1.

Tabulka 1 Přehled oslovených služeb a jejich identifikace

Sociální rehabilitace	Adresa zařízení	Webová stránka	Účastník dané organizace	Realizace rozhovoru
Apropo Jičín	Vrchlického 823/824, Jičín	apropojicin.cz	Bc. Alice Grohmanová	2. 11. 2017
Barevné domky Hajnice	Žižkova 277, Trutnov	barevnedomky.cz	Mgr. Lucie Schmiedtová	26. 10. 2017
Diakonie ČCE – středisko Světlo ve Vrchlabí, sociální rehabilitace SPIRÁLA	Lánovská 580, Vrchlabí	vrchlabi.diakonie.cz	Mgr. Adéla Cupáková	26. 10. 2017
KAMARÁD Jičín	Textilní 965, Jičín	kamarad-jicin.cz	Mgr. Kateřina Rekirschová	2. 11. 2017
Péče o duševní zdraví Jičín	17. listopadu 1074, Jičín	pdz.cz	Mgr. Marek Fiala	2. 11. 2017
PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry v Rychnově nad Kněžnou	Panská 79, Rychnov nad Kněžnou	pferda.cz	Mgr. Kateřina Dostálová	30. 11. 2017
PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry 2 v Náchodě	Hurdálkova 371, Náchod	pferda.cz	Mgr. Kateřina Dostálová	30. 11. 2017
PFERDA-Tréninkový byt v Rychnově nad Kněžnou	Staré náměstí 53, Rychnov nad Kněžnou	pferda.cz	Mgr. Nina Mertová	30. 11. 2017
SKOK do života, Hradec Králové	Brožíkova 451, Hradec Králové	skokdozivota.cz	Bc. Denisa Bulvová	2. 11. 2017
Život bez bariér, Nová Paka	Opolského 148, Nová Paka	zbb.cz	Jitka Fučíková	27. 10. 2017

Interpretace získaných dat

Výše uvedená tabulka (Tabulka 1) nám zobrazuje výčet všech služeb sociální rehabilitace, které v Královéhradeckém kraji poskytují své služby osobám s MP. Jsou zde uvedeny jejich identifikační údaje, tedy adresa a webová stránka, zároveň je zde uvedeno jméno pracovníka, se kterým byl podstoupen strukturovaný rozhovor a datum realizace rozhovoru, pro validitu

získaných dat k uvedenému datu. Z výše uvedené tabulky si lze povšimnout, že většina služeb jsou samostatnými subjekty, z hlediska zřizovatele poskytovatele, služba Péče o duševní zdraví Jičín je jednou z poboček služby Péče o duševní zdraví, která působí na území Královéhradeckého a Pardubického kraje, dále služba sociální rehabilitace SPIRÁLA je zřizována Diakonií ČCE, která po celé České republice zřizuje mnoho dalších sociálních služeb pro různé cílové skupiny osob. Dále je zde zařízení PFERDA, které působí v Královéhradeckém kraji na území okresu Náchod a Rychnov nad Kněžnou, PFERDA zřizuje 3 služby sociální rehabilitace.

Z hlediska účastníků výzkumného šetření, tedy pracovníků, se kterými byl realizován strukturovaný rozhovor si můžeme povšimnout, že téměř všichni pracovníci mají magisterské vzdělání, dvě pracovnice mají bakalářské vzdělání a jedna pracovnice nemá vysokoškolské vzdělání. Zároveň, téměř všichni pracovníci jsou vedoucími pracovníky služby sociální rehabilitace v daném zařízení, není tomu tak u služby Život bez bariér, kde byl rozhovor podstoupen s ředitelkou zařízení Jitkou Fučíkovou a u služby SKOK do života Hradec Králové, kde vedoucí pracovnice služby sociální rehabilitace nereagovala na emailové ani telefonické oslovení, proto byl rozhovor domluven a následně realizován se sociální pracovnicí Bc. Denisou Bulvovou.

Indikátor B

Druhý indikátor navazuje na indikátor A, který zobrazuje výčet všech vybraných služeb v daném kraji, indikátor B se týká rozložení těchto služeb a byl definován: *Jaké je geografické rozložení služeb sociální rehabilitace v daném kraji?* Pro přehlednost v rámci geografického rozložení v daném kraji přikládá autorka obrázek (Obr. 1), který ilustruje Královéhradecký kraj, rozdělený na jednotlivé okresy a v nich města, ve kterých se nacházejí popisované služby sociální rehabilitace.



Obr. 1 – Rozložení služeb sociální rehabilitace v Královéhradeckém kraji

(Zdroj: google.com, dále upraveno autorkou)

Z výše uvedené tabulky (Tabulka 1) a obrázku (Obr. 1), lze usoudit, že služby sociální rehabilitace poskytované osobám s MP jsou v Královéhradeckém kraji z hlediska jednotlivých okresů ne zcela rovnoměrně rozmístěné, následující tabulka ukazuje statistiku počtu obyvatel jednotlivých okresů a počtu služeb sociální rehabilitace poskytovaných osobám s MP v Královéhradeckém kraji.

Tabulka 2 Počty obyvatel a služeb sociální rehabilitace v jednotlivých okresech

Okres	Počet obyvatel	Služby sociální rehabilitace
Hradec Králové	163 159	1
Jičín	79 490	4
Náchod	110 869	1
Rychnov nad Kněžnou	78 861	2
Trutnov	119 042	2

Uvedené informace o počtech obyvatel jsou dostupné z webové stránky Regionálního informačního servisu (Ministerstvo pro místní rozvoj, 2016) vybrané geografické údaje okresů k 1.1.2016.

Interpretace získaných dat

V rámci poměrového zastoupení, počet služeb sociální rehabilitace na počet obyvatel v Královéhradeckém kraji lze usuzovat, že služby sociální rehabilitace jsou dle názoru autorky nerovnoměrně rozmístěné, například okres Jičín, který má téměř o 80 tisíc obyvatel méně než okres Hradec Králové má 4 služby sociální rehabilitace, z toho 3 jsou na území okresního města Jičína a celý okres Hradec Králové, který je nejobydlenějším, má pouze jednu službu sociální rehabilitace, která je poskytovaná osobám s MP. Dle názoru autorky je ukázkou ideálního rozložení služeb v rámci kraje, okres Trutnov, který má na přibližně 119 tisíc obyvatel dvě služby sociální rehabilitace, každou v jiném městě. Avšak tabulka zobrazuje počet všech obyvatel Královéhradeckého kraje, dle slov vedoucího odboru sociálních věcí Královéhradeckého kraje, údaj o počtu osob s MP v daném kraji pravděpodobně není veden, z toho důvodu nelze soudit, zda je v jednotlivých okresech služeb poskytovaných osobám s MP „dostatečně“ či nikoliv, tímto se dále zabývá indikátor C, který je zaměřený na míru obsazenosti vybraných služeb (Tabulka 3).

Indikátor C

Třetí vymezený indikátor se týká cílové skupiny a obsazenosti jednotlivých služeb sociální rehabilitace, byl stanoven takto: *Pro jakou cílovou skupinu osob jsou poskytovány a jaká je jejich současná obsazenost?* Zabývá se tedy věkovou hranicí uživatelů a typech zdravotních postižení, kterým je služba poskytována. Zároveň zde byly zjišťovány informace týkající se

celkové kapacity služeb a jejímu skutečnému stavu kapacity k datům konání jednotlivých rozhovorů (viz Tabulka 1). Následuje interpretace autorky.

Tabulka 3 charakteristika klientely služby a její kapacita

Sociální rehabilitace	Věková hranice	Typy zdravotního postižení	Kapacita	Naplňená kapacita?
Apropo Jičín	18-55 let	Mentální, tělesné, zrakové a kombinované postižení	19 uživatelů	Ano
Barevné domky Hajnice	18-64 let	Mentální a kombinované postižení	18 uživatelů	Ne
Diakonie ČCE – Středisko Světlo ve Vrchlabí, sociální rehabilitace SPIRÁLA	16-64 let	Mentální, tělesné, kombinované a jiné zdravotní postižení, chronické onemocnění	12 uživatelů	Ano
KAMARÁD Jičín	18-45 let	Mentální a tělesné postižení	9 uživatelů	Ne
Péče o duševní zdraví Jičín	Od 18 let	Mentální postižení, chronické duševní onemocnění	100 uživatelů za 1 rok	Ne
PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry v Rychnově nad Kněžnou	18-64 let	Lehké a střední mentální postižení, duševní onemocnění	20 uživatelů	Ne
PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry 2 v Náchodě	18-64 let	Lehké a střední mentální postižení, duševní onemocnění	20 uživatelů	Ne
PFERDA – Tréninkový byt v Rychnově nad Kněžnou	18-64 let	Lehké mentální postižení a duševní onemocnění	6 uživatelů	Ne
SKOK do života, Hradec Králové	19-64 let	Lehké mentální postižení	30 uživatelů	Ne
Život bez bariér, Nová Paka	18-80 let	Mentální, tělesné a kombinované postižení, chronické duševní onemocnění	20 uživatelů	Ne

Interpretace získaných dat

Z výše uvedené tabulky (Tabulka 3) je patrné, že služby sociální rehabilitace jsou v Královéhradeckém kraji poskytovány především osobám zletilým, tedy od 18 let. Pouze jedna sociální služba – sociální rehabilitace SPIRÁLA ve Vrchlabí, poskytuje své služby již dospívajícím osobám od 16 let. Některé služby, přesněji SKOK do života Hradec Králové a KAMARÁD Jičín mají v podmínkách, že zájemce o službu musí mít ukončenou povinnou školní docházku, tím je daná i spodní věková hranice. Většina služeb má omezenou horní věkovou hranici na 64 let, tedy služby nejsou poskytovány seniorům, ale například KAMARÁD Jičín má omezenou horní věkovou hranici na 45 let, Apropo Jičín na 55 let, Život bez bariér Nová Paka má horní věkovou hranici 80 let, své služby tedy může poskytovat i seniorům. Služba Péče o duševní zdraví Jičín horní věkovou hranici omezenou vůbec nemá, tudíž poskytuje své služby všem lidem, kteří dosáhli zletilosti a splňují jiné podmínky klientely.

Z hlediska typů zdravotních postižení, kterým jednotlivá zařízení poskytují své služby je možné konstatovat shodu v rámci cílové skupiny, tedy osoby s MP. Dále pak jsou konkrétní služby variabilní, jak z hlediska cílové skupiny v rámci jednotlivých stupňů MP či v kombinaci MP a chronické duševní onemocnění. Některé služby také poskytují podporu osobám se zrakovým postižením (Apropo Jičín) nebo osobám, které získaly tělesné postižení v průběhu života, například v důsledku úrazu (sociální rehabilitace SPIRÁLA ve Vrchlabí).

Zároveň stojí za zmínku sociální rehabilitace v rámci služby Péče o duševní zdraví v Jičíně, která svou pozornost směřuje zejména k osobám s psychiatrickým onemocněním, spolupracuje s ambulancí psychiatrických lékařů, kde se osoby dozvídají právě o zmíněné službě, z toho důvodu, i díky formou poskytování služby, poskytne služba pomoc a podporu více než 100 lidem za 1 rok. Tyto služby, které jsou určené širšímu okruhu osob doprovázejí služby určené pouze osobám s MP, často i jen lehkému nebo střednímu stupni daného postižení.

Zároveň je z tvrzení pracovníků zřejmé, že kapacita většiny služeb není naplněná, toto může být zapříčiněno v první řadě nízkou povědomostí potenciálních zájemců o daných službách, což někteří pracovníci potvrzují, zároveň ale může být důvodem nezájem o službu, vyhledávání jiných aktivit uživateli než takových, jaké služba nabízí nebo diagnóza potenciálního zájemce nemusí vždy korespondovat s cílovou skupinou služby.

V souvislosti s indikátorem B, který se týká rozložení služeb sociální rehabilitace v Královéhradeckém kraji, můžeme zde usoudit, že ze zjištěných údajů o kapacitě služeb vidíme, že například město Jičín, které má 3 služby sociální rehabilitace, má v jedné z nich – v sociální rehabilitaci Apropo naplněnou kapacitu. Ostatní služby naplněnou kapacitu nemají, tudíž můžeme soudit, že v okrese Jičín je příliš mnoho služeb sociální rehabilitace, které dle získaných údajů a názoru autorky nejsou dostatečně využívány. Tento fakt mj. potvrzuje Bc. Alice Grohmanová z Apropa Jičín, která dodává, že v okrese chybí návazné služby, například služba chráněného bydlení, která je podle registru poskytovatelů sociálních služeb (2017) v celém okrese Jičín pouze jedna. Pracovnice Grohmanová tvrdí, že s ohledem na zaměření jejich služby, kterým se bude zabývat indikátor D (viz níže), nemají klienti kde využít a aplikovat získané kompetence.

Indikátor D

Indikátorem D je stanoven: *Jaké konkrétní činnosti služby nabízejí?* Z registru poskytovatelů sociálních služeb (2017) víme, že v Královéhradeckém kraji není žádná služba sociální rehabilitace, která by byla osobám s mentálním postižením poskytována pobytovou formou,

z toho důvodu nebude tato forma poskytování sociální služby uvedena v níže uvedené tabulce (Tabulka 4), která zobrazuje činnosti, které služby poskytují ambulantní nebo terénní formou a další služby, které daná zařízení zároveň poskytují.

Tabulka 4 specifikace nabízených činností vybraných služeb sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace	Ambulantní forma	Terénní forma	Další služby, které zařízení poskytuje
Apropo Jičín	Tréninkový byt – péče o domácnost, vaření	Orientace v okolí, obstarávání vlastních záležitostí	Denní stacionář, osobní asistence
Barevné domky Hajnice	Práce a bydlení: Tréninková kavárna – péče o domácnost, vytváření pracovních návyků	Obstarávání osobních záležitostí, nácviky nakupování, doprovody	Domov pro osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutická dílna, chráněné bydlení
Diakonie ČCE – Středisko Světlo ve Vrchlabí, sociální rehabilitace SPIRÁLA	Práce a život	Obstarávání osobních záležitostí, orientace v okolí, nácviky každodenních situací	Raná péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, osobní asistence, centrum denních služeb
KAMARÁD Jičín	Cvičný byt – péče o domácnost, nakupování, vaření	Probíhá v přirozeném prostředí podle potřeb uživatele	Denní stacionář
Péče o duševní zdraví Jičín	Individuální schůzky, Kluby	Obstarávání osobních záležitostí, nácviky nakupování, orientace	X
PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry v Rychnově nad Kněžnou	Tréninková kavárna – získávání pracovních návyků, nácvik péče o domácnost – příprava pokrmů, úklid	X	Sociálně terapeutická dílna (tréninková pekárna), podpora samostatného bydlení, sociální podnik (pekárna na plechu, úklidová firma), sociální rehabilitace (tréninkový byt)
PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry 2 v Náchodě	Tréninková kavárna – získávání pracovních návyků, nácvik péče o domácnost – příprava pokrmů, úklid	X	Sociálně terapeutická dílna (tréninková pekárna), podpora samostatného bydlení, sociální podnik (pekárna na plechu, úklidová firma), sociální rehabilitace (tréninkový byt)
PFERDA – Tréninkový byt v Rychnově nad Kněžnou	Tréninkový byt – nácvik péče o domácnost – vaření, úklid	Nácvik činností v terénu – vyřizování osobních záležitostí, orientace v okolí, nácvik nakupování	Sociálně terapeutická dílna (tréninková pekárna), podpora samostatného bydlení, sociální podnik (pekárna na plechu, úklidová firma), sociální rehabilitace (tréninková kavárna)

SKOK do života, Hradec Králové	Práce, život, bydlení	Nácviky orientace v okolí, nakupování, obstarávání osobních záležitostí	Podpora samostatného bydlení, sociální podnik (bistro, dílna)
Život bez bariér, Nová Paka	První krok k získání bydlení a práce – nácviky pracovních návyků, práce na počítači, vaření, zahradničení, péče o domácnost	X	Denní stacionář, odborné sociální poradenství, zřizují pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením v dílnách, bezbariérový byt a půjčovnu kompenzačních pomůcek

Interpretace získaných dat

Výše uvedená tabulka (Tabulka 4) nám zobrazuje, že většina vybraných služeb sociální rehabilitace je poskytována jak ambulantní, tak terénní formou. Pouze tři služby, a to PFERDA-Tréninková kavárna Láry Fáry v Rychnově nad Kněžnou, PFERDA-Tréninková kavárna Láry Fáry 2 v Náchodě a Život bez bariér Nová Paka jsou poskytovány pouze ambulantně v prostorách zařízení sociální služby.

Pojetí poskytování terénních služeb je však různé, například činnost nácvik nakupování považuje většina služeb na terénní formu poskytování služby, jelikož je poskytována mimo prostory zařízení, tedy v terénu, ale například sociální rehabilitace, kterou poskytuje KAMARÁD Jičín považuje nácvik nakupování za ambulantní službu, jelikož je součástí cvičného bytu a uživatelé musí nejprve dojít do prostor zařízení, kde je ambulantně poskytovaná služba ve formě již zmíněného cvičného bytu a společně vyrazí do terénu na nákup surovin na přípravu stravy. Toto pojetí, zda je to ambulantní forma služby nebo spíše terénní, je dle názoru autorky sporné.

Ostatní služby, které poskytují terénní formu služby, se v činnostech poskytování této formy výrazně neliší, jejich zájmem jsou zejména:

- podpora nácviku orientace v okolí – například nácvik cesty domů, na autobus, k lékaři, do zařízení, některé služby v rámci nácviku orientace v okolí nabízejí i doprovod uživatele na předem určené místo;
- nácvik vyřizování osobních záležitostí – tzn. aby si uživatel sám dokázal dojít k lékaři, na úřad, na poštu apod.

V rámci oblasti nácviku nakupování, je sporné, zda se jedná o potřebu uživatele jako jedince pro své osobní účely, to by autorka označila za terénní formu poskytování služby, nebo nácvik

nakupování skupiny uživatelů pro potřeby činnosti služby, jako například zmíněný nákup surovin pro potřebu přípravy oběda v rámci cvičného bytu. Toto by se, dle autorky, dalo považovat za ambulantní formu poskytování sociální služby.

Za zmínku stojí služba Diakonie ČCE – Středisko světlo ve Vrchlabí, která provozuje sociální rehabilitaci SPIRÁLA, poskytuje své služby osobám, které získaly zdravotní postižení v průběhu života. Tato služba má pod terénní formu služby zařazen nácvik každodenních situací, kdy učí uživatele různé činnosti, které se musí naučit znovu a jinak, kvůli svému získanému zdravotnímu postižení nebo znevýhodnění.

Pokud budeme porovnávat činnosti, které služby poskytují prostřednictvím ambulantní formy služby, najdeme zde celkem široké spektrum pojetí služby sociální rehabilitace. Ve stručnosti by se většina služeb dala zařadit pod kategorie:

- Život – nácvik každodenních činností, společenské chování, učení se, komunikace
- Práce – vytváření pracovních návyků, hledání zaměstnání na otevřeném trhu práce
- Bydlení – nácvik péče o domácnost, úklid, vaření, nakupování, hospodaření s penězi

Tyto oblasti jsou nezbytně nutné k vedení samostatného života. Jednotlivé služby nabízejí často jednu nebo více činností z daných oblastí.

K oblasti **život**, poskytuje služby například sociální rehabilitace SPIRÁLA ve Vrchlabí, která jak je řečeno výše, nacvičuje s osobami se zdravotním postižením, ať získaným, tak vrozeným, činnosti každodenního života. Dále by se do této oblasti dala zařadit služba Péče o duševní zdraví Jičín, která pořádá různé kluby pro skupiny uživatel a zároveň individuální schůzky pro osoby s duševním onemocněním a MP, kde jim pomáhají žít s duševní nemocí. Zároveň by se zde dala zařadit služba SKOK do života Hradec Králové, která se zabývá cvičením učení osob s MP, nacvičují s nimi komunikaci, čtení, psaní a počítání a jejich užití v praxi, usilují o to, aby uživatelé ztratili co nejméně nabytých vědomostí a zkušeností, které potřebují pro činnosti každodenního života.

Další oblastí je **práce**, kde jednotlivé služby prostřednictvím svých činností učí uživatele nácviku pracovních návyků a dovedností. V této oblasti nalezneme 3 služby, které jsou poskytovány podobným způsobem, jsou to tréninkové kavárny, které poskytují Barevné domky Hajnice a PFERDA, který poskytuje Tréninkovou kavárnu Láry Fáry v Rychnově nad Kněžnou a pobočku Láry Fáry 2 v Náchodě. Dále do této oblasti spadá služba SKOK do života Hradec Králové, kde je smyslem získání a prohloubení pracovních dovedností v oblastech jednoduchých ručních, dílenských a úklidových prací. Služba sociální rehabilitace SPIRÁLA

ve Vrchlabí, kde si uživatelé mohou nacvičit pracovní návyky formou úklidových prací prostor domu dětí a mládeže, ve kterém zařízení sídlí. Poslední služba, která patří do této oblasti je Život bez bariér Nová Paka, kde si uživatelé prostřednictvím služby mohou vyzkoušet různé pracovní činnosti a zjistit, kterou práci by zvládali a kterou ne.

Poslední oblast je **bydlení**, která má za cíl vytvořit nebo prohloubit u uživatelů takové dovednosti, aby z tréninkového bytu mohli postoupit do služby například chráněného bydlení nebo podpory samostatného bydlení, které jsou poskytovány dle zákona o sociálních službách, nebo vést úplně samostatný život. Většina služeb, které spadají do této oblasti poskytují služby ve formě tréninkového nebo cvičného bytu, kde si uživatelé nacvičují péči o domácnost, vaření, úklid. Patří sem služba Apropo Jičín, Kamarád Jičín, PFERDA – Tréninkový byt v Rychnově nad Kněžnou dále sem prostřednictvím svých programů patří i služba Barevné domky Hajnice, SKOK do života Hradec Králové a Život bez bariér Nová Paka.

Z hlediska návaznosti služeb je dle názoru autorky dobře komplexně řešená sociální služba PFERDA, která má v návazných službách na tréninkový byt sociální službu podpora samostatného bydlení, kde uživatel žije ve svém nebo v pronajatém bytě a potřebuje pomoc jen v některých činnostech, dále poskytuje sociálně terapeutickou dílnu – tréninkovou pekárnu. PFERDA je zároveň zřizovatelem sociálních podniků, kde uživatelé mohou využít své získané dovednosti. Sociálním podnikem je Pekárna na Plechu a Úklidová firma. Zároveň Tréninkové kavárny Láry Fáry vytvářejí pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením uživatelům, kteří zlepšili své pracovní kompetence natolik, že už nepotřebují velkou pomoc v pracovních dovednostech, ale ještě se necítí dostatečně připravení na to, aby si našli zaměstnání na otevřeném trhu práce.

Dobrá návaznost služeb je i ve službě SKOK do života Hradec Králové, kde uživatelé mohou získané kompetence v oblasti bydlení využít ve službě podpora samostatného bydlení a kompetence v oblasti práce v sociálních podnicích, kterým je SKOK do života zřizovatelem. Jsou jimi Bistro u dvou přátel a LADÍLNA. Ne zcela ideální návaznost služeb je dle názoru autorky u služeb Apropo a KAMARÁD z Jičína, které si jsou jistým způsobem konkurující na území jednoho města, obě dvě poskytují služby ve formě nácviku bydlení, avšak získané kompetence prostřednictvím těchto služeb již uživatelé nemohou dále rozvíjet, jelikož je ve městě Jičín pouze jedno chráněné bydlení, které má velmi malou kapacitu. Žádná jiná služba pro osoby s MP, která by podporovala uživatele v samostatném bydlení v okolí není.

Indikátor E

Poslední indikátor byl stanoven takto: *Jakým způsobem probíhá samotné přijetí žadatele do služby a jakým způsobem je s ním následně pracováno?* V níže uvedené tabulce (Tabulka 5) je zobrazeno, jak se zájemce o službu může stát uživatelem dané sociální služby, jak dlouho může službu využívat, jak často se hodnotí individuální plán a jaké informace o svém zdravotním stavu musí uživatel zařízení, v době podepisování smlouvy o poskytování sociálních služeb, poskytnout.

Tabulka 5 – Práce s uživateli služby

Sociální rehabilitace	Jak se stát uživatelem?	Doba využívání služby	Hodnocení individuálního plánu	Informace o zdravotním stavu
Apropo Jičín	Kontaktovat službu, uzavření smlouvy	Smlouva na 1 rok, neomezeně se prodlužuje	Jednou za 3 měsíce, pokud uživatel splní cíle, tak dříve	Zdravotní omezení – alergie, epilepsie, agresivní chování
Barevné domky Hajnice	Kontaktovat službu, poslat žádost, jednání se zájemcem o službu, uzavření smlouvy.	Smlouva na 2 roky, může se jednou prodloužit, maximálně 4 roky	Minimálně jednou za 6 měsíců, pokud uživatel splní cíle, tak dříve	Zdravotní omezení – alergie, epilepsie, diabetes mellitus
Diakonie ČCE – Středisko Světlo ve Vrchlabí, sociální rehabilitace SPIRÁLA	Kontaktovat službu, poslat žádost, jednání se zájemcem o službu, uzavření smlouvy	Smlouva na 1 rok, může se dvakrát prodloužit, maximálně 3 roky	Minimálně jednou za 6 měsíců, po 1,5 roce zpětné ohlédnutí	Žádné, pouze informace o tom, co zvládá a co ho omezuje
KAMARÁD Jičín	Absolvovaná školní docházka. Kontaktovat službu, provede se sociální šetření, uzavření smlouvy	Smlouva na 1 rok, neomezeně se prodlužuje	Minimálně jednou za 6 měsíců	Zdravotní omezení – alergie, epilepsie
Péče o duševní zdraví Jičín	Doporučení na službu z ambulance psychiatrie, schůzka u lékaře, jednání se zájemcem o službu, uzavření smlouvy	Smlouva na 1 rok, může se prodloužit	Minimálně jednou za rok, u některých uživatelů i jednou za 3 měsíce	Se souhlasem uživatele základní diagnóza
PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry v Rychnově nad Kněžnou	Kontaktovat koordinátora, jednání se zájemcem o službu, tvorba IP, uzavření smlouvy	Smlouva na 1 rok, neomezeně se prodlužuje	Minimálně jednou za 6 měsíců, pokud uživatel splní cíle, tak dříve	Zdravotní omezení – alergie, epilepsie
PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry 2 v Náchodě	Kontaktovat koordinátora, jednání se zájemcem o službu, tvorba IP, uzavření smlouvy	Smlouva na 1 rok, neomezeně se prodlužuje	Minimálně jednou za 6 měsíců, pokud uživatel splní cíle, tak dříve	Zdravotní omezení – alergie, epilepsie

PFERDA – Tréninkový byt v Rychnově nad Kněžnou	Kontaktovat službu, jednání se zájemcem o službu, tvorba IP, uzavření smlouvy	Smlouva na 1 rok, neomezeně se prodlužuje	Minimálně jednou za 6 měsíců, pokud uživatel splní cíle, tak dříve	Základní diagnóza pro potřebu splnění cílové skupiny, zdravotní omezení
SKOK do života Hradec Králové	Absolvovaná školní docházka, kontaktovat službu, jednání se zájemcem o službu, uzavření smlouvy	Minimálně na 4 měsíce, maximálně na 10 let	Jednou za 3 měsíce, hodnocení jednotlivých cílů na konci každého týdne	Základní diagnózu, pro potřebu splnění cílové skupiny
Život bez bariér Nová Paka	Kontaktovat službu, provede se osobní sociální šetření, uzavření smlouvy	Smlouva na 1 rok, může se prodloužit	Jednou za 6 měsíců, po roce ohlédnutí zpět	Zdravotní omezení – alergie, epilepsie

Interpretace autorky

Z výše uvedené tabulky (Tabulka 5) je patrné, že pojetí indikátoru E se u většiny poskytovatelů výrazně neliší. Aby se zájemce mohl stát uživatelem služby, musí samozřejmě splňovat cílovou skupinu služby, a služba nesmí mít naplněnou kapacitu, většina ze služeb více podmínek nemá, pouze služba KAMARÁD Jičín a SKOK do života Hradec Králové mají v podmínkách přijetí uživatele do služby to, že zájemce musí mít absolvovanou školní docházku. Tréninkové kavárny – Barevné domky Hajnice, PFERDA Tréninková kavárna Láry Fáry v Rychnově nad Kněžnou a Láry Fáry 2 v Náchodě mají v podmínkách, že při nástupu do služby musí mít uživatel zajištěný platný zdravotní průkaz pracovníka v potravinářství z hygienických důvodů, jelikož při poskytování služby přijdou do styku s potravinami a nápoji, které podávají návštěvníkům. U všech služeb jinak stačí kontaktovat službu či koordinátora ve službě, u některých služeb musí žadatel poslat žádost. Následně proběhne buď sociální šetření, kde sociální pracovníci prověří nepříznivou sociální situaci žadatele nebo jednání se zájemcem o službu, kde obě strany, jak poskytovatel, tak žadatel představí, jak si představují poskytování služby, pokud zájem ze strany žadatele dál přetrvává uzavírá se následně smlouva o poskytování sociální služby. Odmítnutí uzavření smlouvy je možné pouze v případech, které uvádí zákon o sociálních službách. Většina služeb při uzavírání smlouvy vytváří se zájemcem individuální plán, u tohoto procesu je přítomný klíčový pracovník. Individuální plán bývá součástí smlouvy o poskytování sociální služby. Služba Péče o duševní zdraví Jičín přijímá uživatele na základě doporučení z ambulance psychiatrie, kde probíhá počáteční jednání se zájemcem již v ordinaci lékaře společně s osobou s duševním onemocněním nebo MP, která by mělo o poskytování služby zájem.

Co se smlouvy o poskytování sociální služby týče, většina služeb má standartní dobu poskytování sociální služby podle smlouvy 1 rok, výjimkou je služba Barevné domky Hajnice, kde je smlouva uzavíraná na období 2 let a služba SKOK do života Hradec Králové, kde je uzavírání smlouvy individuální. Otázkou je spíše celková doba poskytování sociální služby, mnoho služeb ji omezenou nemá, jelikož se smlouva může neomezeně prodlužovat, pouze služba Barevné domky Hajnice má maximální dobu, po kterou poskytuje službu jednomu uživateli období 4 let, služba sociální rehabilitace SPIRÁLA ve Vrchlabí má maximální dobu poskytování služby 3 roky a SKOK do života Hradec Králové má lhůtu 10 let. Toto pojetí, omezení doby poskytování sociální služby je dle autorky logické, jelikož v případě naplněné kapacity služby umožní dalším zájemcům využít danou sociální službu.

Z hlediska hodnocení individuálních plánů se většina služeb shoduje na intervale minimálně jednou za 6 měsíců se skutečností, že pokud uživatel splní některý z cílů nebo všechny cíle dříve, tak může proběhnou dřívější vyhodnocení individuálního plánu. Při hodnocení je vždy přítomný klíčový pracovník. Služba Apropo Jičín a SKOK do života Hradec Králové mají určenou dobu hodnocení individuálního plánu minimálně jednou za 3 měsíce. Služba Péče o duševní zdraví Jičín vyhodnocuje individuální plány podle potřeb jednotlivých uživatelů, minimálně však jednou za 1 rok, pokud má uživatel více dílčích plánů, potom se individuální plán může hodnotit i každé tři měsíce. Některé služby mají i po určité době ohlédnutí zpět, aby se ukázaly posuny uživatele v delším časovém úseku. Dle autorčina zjištění například služby PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry v Rychnově nad Kněžnou a Láry Fáry 2 v Náchodě hodnotí dílčí cíle uživatele po každé směně, aby bylo patrné, jak si uživatel dané cíle osvojuje. Tuto metodu využívá i služba SKOK do života Hradec Králové, kde jednotlivé cíle hodnotí na konci každého týdne. Dle názoru autorky je ideální doba na hodnocení individuálního plánu jednou za 6 měsíců, jelikož uživatel má během dané doby možnost zlepšení nebo naučení se zvolené činnosti, zároveň lze poznat, zda jsou zvolené cíle pro uživatele splnitelné a přínosné.

Z pohledu informovanosti služby o zdravotním stavu uživatele chce základní diagnózu znát pouze služba Péče o duševní zdraví Jičín, se souhlasem uživatele, jelikož první schůzky probíhají u psychiatrického lékaře. Dále to jsou služby PFERDA – Tréninkový byt v Rychnově nad Kněžnou a SKOK do života Hradec Králové, jelikož tyto zařízení poskytují své služby pouze osobám s lehkým MP, tak tyto informace potřebují pro účely, zda uživatel spadá do cílové skupiny služby. Ostatní služby nepracují s diagnózou uživatele, potřebují znát pouze jeho zdravotní omezení, jako je alergie, epilepsie, diabetes mellitus, aby byli pracovníci připraveni na případné komplikace, věděli, jak s daným typem omezení pracovat a jak v případě

potřeby zachránit uživateli život. Služba sociální rehabilitace SPIRÁLA ve Vrchlabí pracuje pouze se skutečností, co daný uživatel zvládá a co ho omezuje.

5 Diskuse, doporučení pro praxi a limity výzkumného šetření

Z hlediska zjištěných informací, teoretických i praktických je pro osoby s MP důležité, aby se kompetence získané prostřednictvím sociální služby mohly stále prohlubovat a rozvíjet, aby nedošlo k jejich úbytku, proto je dle názoru autorky velmi podstatné, aby služby sociální rehabilitace, které jsou osobám s MP poskytovány, měly zajištěný vyhovující typ návazné služby, kterou může poskytovat stejné zařízení nebo i jiné v blízkém okolí. Toto a další autorka níže diskutuje, zejména pak s odkazem na jednotlivé služby sociální rehabilitace. Následuje část zaměřená na definování možných limitů, které v průběhu výzkumného šetření mohly nastat.

5.1 Diskuse a doporučení pro praxi

V pojetí zajištění návazných služeb dle zjištěných informací plně sytí tyto potřeby zařízení PFERDA, které svými službami napomáhá uživateli k maximálnímu přiblížení se samostatnému životu, může to však být obrazně řečeno během na dlouhou trať, avšak provázanost těchto služeb je na velmi dobré úrovni, od poskytování služby sociální rehabilitace, která nabízí nácviky činností z oblasti práce i bydlení, přes návaznou sociálně terapeutickou dílnu, sociální podnik až k uplatnění uživatele na chráněném nebo volném trhu práce, nebo v oblasti bydlení návaznou službu podpory samostatného bydlení až k úplnému osamostatnění se. Na Náchodsku a Rychnovsku je však zároveň plně rozvinuta služba chráněného bydlení zařízení Domov Dědina, se kterou PFERDA spolupracuje. Stejně tak i zařízení SKOK do života má prostřednictvím svých poskytovaných služeb zajištěn maximální možný posun uživatele k co nejvyšší míře podpory. Zároveň služba Život bez bariér Nová Paka nabízí uživatelům další návazné služby nebo činnosti. Na rozdíl od toho, sociální rehabilitace nacházející se na území města Jičína, přesněji Apropo Jičín a KAMARÁD Jičín poskytují své služby ve formě tréninkového/ cvičného bytu, získané kompetence však uživatelé nemají dále kde rozvíjet, jelikož v celém okrese je nedostatek služeb chráněného nebo podporovaného bydlení. Tím by autorka dala doporučení službám pro jejich rozvoj v těchto oblastech. Samotnými pracovníky však bylo reflektováno, že v rozvoji služeb jim brání kraj. V pojetí služby sociální rehabilitace SPIRÁLA ve Vrchlabí je dle autorky velmi tenká hranice v terénním poskytování bezplatné služby sociální rehabilitace a hrazené osobní asistence, kterou zařízení také poskytuje, nachází se zde jistá duplicita poskytovaných činností, může to však být pouze subjektivní názor autorky.

V níže uvedených tabulkách autorka uvede souhrn zjištěných informací o jednotlivých službách včetně jejich identifikace, bude následovat diskuse a doporučení pro praxi směrem ke každé službě, v rámci této problematiky obecně.

Tabulka 6 – souhrn informací a doporučení pro praxi služby Apropo Jičín

Název zařízení: Apropo
Adresa: Vrchlického 823/824, Jičín Webová stránka: www.apropojicin.cz
<p>Sumarizace zjištěných informací:</p> <p>Apropo Jičín nabízí službu sociální rehabilitace, která je poskytována osobám s mentálním, tělesným, zrakovým a kombinovaným postižením ve věku 18-55 let. Kapacita služby je 19 uživatelů, v den konání rozhovoru byla kapacita naplněná. Své služby poskytuje ambulantní a terénní formou. Ambulantní forma služby je zaměřená na nácvik samostatného bydlení, poskytuje tréninkový byt, kde uživatelé získávají kompetence z oblasti péče o domácnost, vaření a jiné. Terénní služba je zajišťována individuálními schůzkami uživatele a pracovníka, při kterých se nacvičuje například orientace v okolí či obstarávání osobních záležitostí. Služba Apropo zároveň zřizuje denní stacionář a osobní asistenci. Pokud se zájemce o službu chce stát uživatelem, musí službu kontaktovat, následně proběhne jednání se zájemcem o službu a pokud spolu obě strany souhlasí a zařízení nemá naplněnou kapacitu, uzavře se se zájemcem smlouva o poskytování sociální služby, která se uzavírá na 1 rok, po vypršení se však může neomezeně prodlužovat. S každým uživatelem se vytváří individuální plán, který se v případě Apropa hodnotí jednou za 3 měsíce, pokud však uživatel splní vytyčené cíle, tak hodnocení probíhá dříve. Ohledně informovanosti o zdravotním stavu musí uživatel uvést pouze svá zdravotní omezení, jako jsou alergie, epilepsie a další.</p>
<p>Diskuse a doporučení pro praxi:</p> <p>Jak již bylo uvedeno výše, sociální rehabilitace Apropo Jičín poskytuje ambulantní formu služby prostřednictvím tréninkového bytu, kompetence, které uživatelé získají v této oblasti však nemají kde dále využít, jelikož v okrese Jičín je pouze jedna návazná služba chráněného bydlení, avšak s velmi nízkou kapacitou, žádná další služba zde není. Autorka by doporučila zřízení služby chráněného bydlení nebo podpory samostatného bydlení, jelikož dle názoru autorky by tyto služby zajistě našly své využití.</p>

Tabulka 7 – souhrn informací a doporučení pro praxi služby Barevné domky Hajnice

Název zařízení: Barevné domky
Adresa: Žižkova 277, Trutnov Webová stránka: www.barevnedomky.cz
<p>Sumarizace zjištěných informací:</p> <p>Barevné domky Hajnice nabízejí službu sociální rehabilitace, která je poskytována osobám s mentálním a kombinovaným postižením ve věku 18-64 let. Kapacita služby je 18 uživatelů a v den konání rozhovoru nebyla naplněná. Své služby poskytuje ambulantní a terénní formou. Ambulantní forma je zaměřená na oblasti práce a bydlení, zřizuje tréninkovou kavárnu, kde si uživatelé vytvářejí pracovní návyky a nacvičují si péči o domácnost</p>

prostřednictvím přípravy pokrmů či úklidu. Terénní služba pomáhá uživatelům v obstarávání osobních záležitostí, nácvičku nakupování nebo pracovníci doprovázejí uživatele na jimi zvolená místa, například domů, do zařízení, na autobus, k lékaři, na úřad a podobně. Služba barevné domky zároveň zřizuje domov pro osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutickou dílnu a chráněné bydlení. Pokud se zájemce o službu chce stát uživatelem, musí službu kontaktovat a poslat žádost. Následně proběhne jednání se zájemcem o službu a pokud spolu obě strany souhlasí a zařízení nemá naplněnou kapacitu, uzavře se se zájemcem smlouva o poskytování sociální služby, která se uzavírá na 2 roky, po vypršení se smlouva může jednou prodloužit, maximální doba využívání služby je tedy 4 roky. Při nástupu do služby musí mít uživatel platný průkaz pracovníka v potravinářství. S každým uživatelem se vytváří individuální plán, který se v případě Barevných domků hodnotí jednou za 6 měsíců, pokud však uživatel splní vytyčené cíle, tak hodnocení probíhá dříve. Ohledně informovanosti o zdravotním stavu musí uživatel uvést pouze svá zdravotní omezení, jako jsou alergie, epilepsie a další.

Diskuse a doporučení pro praxi:

Tato služba se od ostatních výrazně liší v době poskytování služby, jelikož uživatelé mohou službu využívat maximálně 4 roky, což může být projevem prevence vzniku závislosti uživatele na sociální službě. Služba má tímto zaručeno, že se klientela bude vždy po vypršení smlouvy obměňovat. Otázkou však je, zda po čtyřech letech budou všichni uživatelé schopni vést samostatný život a budou schopni vykonávat určité zaměstnání na otevřeném trhu práce nebo začnou využívat jinou sociální službu.

Tabulka 8 – souhrn informací a doporučení pro praxi služby Diakonie ČCE – Středisko Světlo ve Vrchlabí – sociální rehabilitace SPIRÁLA

Název zařízení: sociální rehabilitace SPIRÁLA
Adresa: Lánovská 580, Vrchlabí Webová stránka: www.vrchlabi.diakonie.cz
Sumarizace zjištěných informací: Diakonie ČCE – Středisko Světlo ve Vrchlabí nabízí službu sociální rehabilitace, která se nazývá SPIRÁLA, která je poskytována osobám s mentálním, tělesným, kombinovaným a jiným zdravotním postižením a chronickým onemocněním ve věku 16-64 let. Kapacita služby je 12 uživatelů a v den konání rozhovoru byla kapacita naplněná. Své služby poskytuje ambulantní a terénní formou. Ambulantní forma je zaměřená na oblasti práce a život, nacvičují s uživateli s vrozeným či získaným postižením činnosti každodenního života. Zároveň si uživatelé vytvářejí pracovní návyky formou úklidových prací. Terénní služba napomáhá uživatelům v obstarávání osobních záležitostí, v orientaci v okolí a v nácvičku každodenních situací v terénu. Středisko Světlo ve Vrchlabí zároveň zřizuje službu rané péče, sociálně aktivizační službu pro rodiny s dětmi, osobní asistenci a centrum denních služeb. Pokud se zájemce o službu chce stát uživatelem, musí službu kontaktovat a poslat žádost. Následně proběhne jednání se zájemcem o službu a pokud spolu obě strany souhlasí a zařízení nemá naplněnou kapacitu, uzavře se se zájemcem smlouva o poskytování sociální služby, která se uzavírá na 1 rok, po vypršení se smlouva může dvakrát prodloužit, maximální

doba využívání služby je tedy 3 roky. S každým uživatelem se vytváří individuální plán, který se v případě sociální rehabilitace SPIRÁLA hodnotí jednou za 6 měsíců, po roce a půl probíhá zpětné ohlednutí. Ohledně informovanosti o zdravotním stavu nemusí uživatel uvádět žádná data, pouze informace o tom, co zvládá a co ho omezuje.

Diskuse a doporučení pro praxi:

Tato služba se od ostatních služeb odlišuje tím, že poskytuje své služby primárně osobám, které získaly zdravotní postižení v průběhu života například následkem úrazu. Služba tyto osoby učí přijmout své postižení a zvládat každodenní situace tak jako dříve. V poskytování této služby se nabízí stejná otázka jako u služby Barevné domky Hajnice ohledně doby poskytování sociální služby, v případě sociální rehabilitace SPIRÁLA je však doba poskytování ještě nižší, tedy maximálně 3 roky. Právě proto by se dalo diskutovat, zda uživatelé služeb budou po vypršení smlouvy schopni vést samostatný život nebo zda budou schopni nalezení a udržení zaměstnání na otevřeném trhu práce nebo budou nadále využívat jinou sociální službu.

Tabulka 9 – souhrn informací a doporučení pro praxi služby KAMARÁD Jičín

Název zařízení: KAMARÁD
Adresa: Textilní 965, Jičín Webová stránka: www.kamarad-jicin.cz
Sumarizace zjištěných informací: KAMARÁD Jičín nabízí službu sociální rehabilitace, která je poskytována osobám s mentálním a tělesným postižením ve věku 18-45 let. Kapacita služby je 9 uživatelů, v den konání rozhovoru nebyla kapacita naplněná. Své služby poskytuje ambulantní a terénní formou. Ambulantní forma služby je zaměřená na nácvik samostatného bydlení, poskytuje cvičný byt, kde uživatelé získávají kompetence z oblasti péče o domácnost, vaření, nakupování a jiné. Terénní služba je zajišťována individuálními schůzkami uživatele a pracovníka, které probíhají v přirozeném prostředí uživatele dle jeho potřeb. Služba KAMARÁD zároveň zřizuje denní stacionář. Pokud se zájemce o službu chce stát uživatelem, musí splňovat podmínku absolvované školní docházky, musí službu kontaktovat, následně se provede sociální šetření. Pokud spolu obě strany souhlasí a zařízení nemá naplněnou kapacitu, uzavře se se zájemcem smlouva o poskytování sociální služby, která se uzavírá na 1 rok, po vypršení se však může neomezeně prodlužovat. S každým uživatelem se vytváří individuální plán, který se v případě KAMARÁDA hodnotí jednou za 6 měsíců. Ohledně informovanosti o zdravotním stavu musí uživatel uvést pouze svá zdravotní omezení, jako jsou alergie, epilepsie a další.
Diskuse a doporučení pro praxi: U této služby se objevuje stejný problém jako u služby Apropos Jičín, a to ten, že kompetence, které uživatelé získají prostřednictvím ambulantní formy služby, tedy prostřednictvím cvičného bytu nemají dále kde využít, neboť v Jičíně ani v okolí je pouze jedna návazná služba chráněného bydlení s nízkou a beznadějně naplněnou kapacitou, jiné návazné služby jako chráněné bydlení nebo podpora samostatného bydlení v daném regionu není. Navíc služby KAMARÁD a Apropos jsou do jisté míry konkurující služby, jelikož poskytují na území jednoho města dvě podobné služby. Autorka by tedy doporučila zřízení návazné

služby, kterou by jistě využívali uživatelé Apropa i KAMARÁDA. Zároveň lze u služby KAMARÁD diskutovat poskytování činnosti nakupování v rámci ambulantní služby, jelikož tato činnost se provozuje v terénu. Je tedy sporné, zda je pojetí služby KAMARÁD správné. Pracovnice Rekerschová toto argumentovala tak, že uživatelé služby se musí nejprve dostavit do zařízení, následně vyráží s pracovníkem na nákup, proto činnost nakupování považují za ambulantní formu. Dle názoru autorky by činnost nakupování měla patřit spíše pod terénní formu poskytování sociální služby, jelikož je poskytována mimo prostory daného zařízení.

Tabulka 10 – souhrn informací a doporučení pro praxi služby Péče o duševní zdraví Jičín

Název zařízení: Péče o duševní zdraví
Adresa: 17. listopadu 1074, Jičín
Webová stránka: www.pdz.cz
<p>Sumarizace zjištěných informací:</p> <p>Péče o duševní zdraví Jičín nabízí službu sociální rehabilitace, která je poskytována osobám s MP a osobám s chronickým duševním onemocněním ve věku od 18 let. Kapacita služby je jiná než u ostatních služeb, jelikož službu mohou využívat i osoby, které se zařízením neuzavřely smlouvu o poskytování sociální služby. Průměrně službu využije asi 100 uživatelů za 1 rok. Své služby poskytuje ambulantní a terénní formou. Ambulantní forma služby probíhá formou individuálních schůzek a klubů. Terénní služba probíhá formou nácviků orientace v okolí, obstarávání osobních záležitostí či nakupování. Zájemci se nejčastěji stávají uživateli služby na základě doporučení na službu z ambulance psychiatrie, nejprve proběhne schůzka u lékaře, následně proběhne jednání se zájemcem o službu a uzavře se smlouva o poskytování sociální služby, která se uzavírá na 1 rok, po vypršení se může dále prodlužovat. S každým uživatelem se vytváří individuální plán, který se v případě Péče o duševní zdraví hodnotí minimálně jednou za rok, je to však individuální, u některých uživatelů probíhá hodnocení i jednou za 3 měsíce. Ohledně informovanosti o zdravotním stavu sděluje uživatel službě základní diagnózu, pokud s tím však souhlasí, pro potřeby splnění cílové skupiny.</p>
<p>Diskuse a doporučení pro praxi:</p> <p>Služba Péče o duševní zdraví Jičín se svým pojetím od ostatních služeb sociální rehabilitace do velké míry liší. Zařízení poskytuje pouze službu sociální rehabilitace a jako jediná z poboček zařízení Péče o duševní zdraví, které se nacházejí po celém Královéhradeckém kraji, poskytuje své služby i osobám s MP, dle slov pana Fialy je však zastoupení této klientely malé, největší procento tvoří osoby s chronickým duševním onemocněním. Fakt, že zastoupení osob s MP je v této službě malé, může ovlivňovat i skutečnost, že na území města Jičína jsou 3 služby sociální rehabilitace, které jsou poskytovány osobám s MP. Autorka zde přináší doporučení opuštění od cílové skupiny osob s MP a větší důraz na osoby s chronickým duševním onemocněním, jelikož počet služeb sociální rehabilitace pro osoby s MP je dle názoru autorky na jedno město zbytečně velký.</p>

Tabulka 11 – souhrn informací a doporučení pro praxi služby PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry v Rychnově nad Kněžnou

Název zařízení: PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry
Adresa: Panská 79, Rychnov nad Kněžnou Webová stránka: www.pferda.cz
<p>Sumarizace zjištěných informací:</p> <p>PFERDA nabízí službu sociální rehabilitace, tréninkovou kavárnu Láry Fáry v Rychnově nad Kněžnou, která je poskytována osobám s lehkým a středním MP a osobám a duševním onemocněním ve věku 18-64 let. Kapacita služby je 20 uživatelů, v den konání rozhovoru nebyla kapacita naplněná. Své služby poskytuje pouze ambulantní formou. Ambulantní forma služby je zaměřená na oblast práce, PFERDA zřizuje tréninkovou kavárnu, kde si uživatelé vytvářejí pracovní návyky, nacvičují si péči o domácnost prostřednictvím přípravy pokrmů či úklidem prostor kavárny, zároveň se zde učí hodnotě peněz a zlepšují si komunikaci. Služba PFERDA zároveň zřizuje sociálně terapeutickou dílnu (tréninkovou pekárnu), podporu samostatného bydlení, sociální rehabilitaci (tréninkový byt) a sociální podnik (pekárna na plechu, úklidová firma). Pokud se zájemce o službu chce stát uživatelem, musí službu kontaktovat, následně proběhne jednání se zájemcem o službu a pokud spolu obě strany souhlasí a zařízení nemá naplněnou kapacitu, uzavře se se zájemcem smlouva o poskytování sociální služby, která se uzavírá na 1 rok, po vypršení se však může neomezeně prodlužovat. Při nástupu do služby musí mít uživatel platný průkaz pracovníka v potravinářství. S každým uživatelem se vytváří individuální plán, který se v případě tréninkové kavárny Láry Fáry hodnotí jednou za 6 měsíců, pokud však uživatel splní vytyčené cíle, tak hodnocení probíhá dříve. Ohledně informovanosti o zdravotním stavu musí uživatel uvést pouze svá zdravotní omezení, jako jsou alergie, epilepsie a další.</p>
<p>Diskuse a doporučení pro praxi:</p> <p>Zařízení PFERDA nabízí ucelenou nabídku služeb, které napomáhají osobám s MP v dosažení co nejvyšší míry samostatnosti. Pro sociální rehabilitaci nabízí návazné služby ve formě podpory samostatného bydlení jako návaznou službu na tréninkový byt či formou sociálních podniků. V tréninkových kavárnách se postupně i vytvářejí pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením, kde mohou uživatelé rozvíjet kompetence získané právě prostřednictvím sociální rehabilitace, následně s uživateli diskutují i o pracovních nabídkách na otevřeném trhu práce, učí je psát životopis a připravují je na přijímací pohovor.</p>

Tabulka 12 – souhrn informací a doporučení pro praxi služby PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry 2 v Náchodě

Název zařízení: PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry 2
Adresa: Hurdálkova 371, Náchod Webová stránka: www.pferda.cz
<p>Sumarizace zjištěných informací:</p> <p>PFERDA nabízí druhou službu sociální rehabilitace, tréninkovou kavárnu Láry Fáry 2 v Náchodě, která je poskytována osobám s lehkým a středním MP a osobám a duševním onemocněním ve věku 18-64 let. Kapacita služby je 20 uživatelů, v den konání rozhovoru</p>

nebyla kapacita naplněná. Své služby poskytuje pouze ambulantní formou. Ambulantní forma služby je zaměřená na oblast práce, PFERDA zřizuje tréninkovou kavárnu, kde si uživatelé vytvářejí pracovní návyky, nacvičují si péči o domácnost prostřednictvím přípravy pokrmů či úklidem prostor kavárny, zároveň se zde učí hodnotě peněz a zlepšují si komunikaci. Služba PFERDA zároveň zřizuje sociálně terapeutickou dílnu (tréninkovou pekárnu), podporu samostatného bydlení, sociální rehabilitaci (tréninkový byt) a sociální podnik (pekárna na plechu, úklidová firma). Pokud se zájemce o službu chce stát uživatelem, musí službu kontaktovat, následně proběhne jednání se zájemcem o službu a pokud spolu obě strany souhlasí a zařízení nemá naplněnou kapacitu, uzavře se se zájemcem smlouva o poskytování sociální služby, která se uzavírá na 1 rok, po vypršení se však může neomezeně prodlužovat. Při nástupu do služby musí mít uživatel platný průkaz pracovníka v potravinářství. S každým uživatelem se vytváří individuální plán, který se v případě tréninkové kavárny Láry Fáry 2 hodnotí jednou za 6 měsíců, pokud však uživatel splní vytyčené cíle, tak hodnocení probíhá dříve. Ohledně informovanosti o zdravotním stavu musí uživatel uvést pouze svá zdravotní omezení, jako jsou alergie, epilepsie a další.

Diskuse a doporučení pro praxi:

Jelikož je Tréninková kavárna Láry Fáry 2 pobočkou tréninkové kavárny Láry Fáry, diskuse a doporučení pro praxi zde nebude detailněji rozvedena. Obě kavárny mají stejný přístup k uživatelům ze strany pracovníků. Zařízení PFERDA nabízí komplexní nabídku služeb k dosažení co nejvyšší míry samostatnosti uživatele, jak již bylo zmíněno v diskusi a doporučení pro praxi u Tréninkové kavárny Láry Fáry a obě kavárny Láry Fáry a Láry Fáry 2 jsou nedílnou součástí této nabídky.

Tabulka 13 – souhrn informací a doporučení pro praxi služby PFERDA – Tréninkový byt v Rychnově nad Kněžnou

Název zařízení: PFERDA – Tréninkový byt
Adresa: Staré náměstí 53, Rychnov nad Kněžnou Webová stránka: www.pferda.cz
Sumarizace zjištěných informací: Poslední služba sociální rehabilitace zařízení PFERDA je tréninkový byt, který je poskytován osobám s lehkým MP a duševním onemocněním ve věku 18-64 let. Kapacita služby je 6 uživatelů, v den konání rozhovoru nebyla kapacita naplněná. Své služby poskytuje ambulantní a terénní formou. Ambulantní forma služby je zaměřená na nácvik samostatného bydlení, poskytuje tréninkový byt, kde uživatelé získávají kompetence z oblasti péče o domácnost, vaření, úklid a jiné. Terénní služba probíhá formou nácviků činností v terénu, jako je vyřizování osobních záležitostí, orientace v okolí nebo nácvik nakupování. Služba PFERDA zároveň zřizuje sociálně terapeutickou dílnu (tréninkovou pekárnu), podporu samostatného bydlení, sociální rehabilitaci (tréninkové kavárny) a sociální podnik (pekárna na plechu, úklidová firma). Pokud se zájemce o službu chce stát uživatelem, musí službu kontaktovat, následně proběhne jednání se zájemcem o službu a pokud spolu obě strany souhlasí a zařízení nemá naplněnou kapacitu, uzavře se se zájemcem smlouva o poskytování sociální služby, která se uzavírá na 1 rok, po vypršení se však může neomezeně prodlužovat.

S každým uživatelem se vytváří individuální plán, který se v případě tréninkového bytu hodnotí jednou za 6 měsíců, pokud však uživatel splní vytyčené cíle, tak hodnocení probíhá dříve. Ohledně informovanosti o zdravotním stavu musí uživatel uvést svá zdravotní omezení, jako jsou alergie, epilepsie a další a základní diagnózu pro potřeby splnění cílové skupiny služby.

Diskuse a doporučení pro praxi:

Tréninkový byt v Rychnově nad Kněžnou patří spolu s kavárnami Láry Fáry a Láry Fáry 2 pod komplexní nabídku služeb zařízení PFERDA, která usiluje o maximální míru samostatnosti uživatele. Zařízení PFERDA poskytuje návaznou službu na sociální rehabilitaci Tréninkového bytu, a to službu podporu samostatného bydlení, která je poskytována v Rychnově nad Kněžnou i v Náchodě. Zařízení PFERDA zároveň spolupracuje se sociální službou chráněného bydlení – Domov Dědina, která působí v okrese Náchod a Rychnov nad Kněžnou, tato služba by mohla být mezi krokem Tréninkového bytu a podpory samostatného bydlení.

Tabulka 14 – souhrn informací a doporučení pro praxi služby SKOK do života Hradec Králové

Název zařízení: SKOK do života
Adresa: Brožíkova 451, Hradec Králové Webová stránka: www.skokdozivota.cz
Sumarizace zjištěných informací: SKOK do života nabízí službu sociální rehabilitace, která je poskytována osobám s lehkým MP ve věku 19-64 let. Kapacita služby je 30 uživatelů, v den konání rozhovoru nebyla kapacita naplněná. Své služby poskytuje ambulantní a terénní formou. Ambulantní forma služby je zaměřená na oblasti práce, kde je smyslem získání a prohloubení pracovních dovedností v oblastech jednoduchých ručních, dílenských a úklidových prací, další oblast je život, kde s uživateli nacvičují komunikaci, čtení, psaní, počítání a jejich využití v praxi. Zároveň se zaměřují na oblast bydlení, kde si uživatelé nacvičují péči o domácnost. Terénní služba probíhá formou nácviků činností v terénu, jako je vyřizování osobních záležitostí, orientace v okolí nebo nácvik nakupování. Služba SKOK do života zároveň zřizuje sociální službu podpora samostatného bydlení a sociální podnik (Bistro u dvou přátel a LADÍLNA). Pokud se zájemce o službu chce stát uživatelem, musí splnit podmínku absolvované školní docházky, musí službu kontaktovat, následně proběhne jednání se zájemcem o službu a pokud spolu obě strany souhlasí a zařízení nemá naplněnou kapacitu, uzavře se se zájemcem smlouva o poskytování sociální služby. Uživatel může službu využívat minimálně 4 měsíce, maximálně 10 let. S každým uživatelem se vytváří individuální plán, který se v případě SKOKU do života hodnotí jednou za 3 měsíce, jednotlivé cíle se však hodnotí na konci každého týdne. Ohledně informovanosti o zdravotním stavu musí uživatel uvést svou základní diagnózu pro potřeby splnění cílové skupiny.
Diskuse a doporučení pro praxi: Služba SKOK do života zároveň představuje komplexní pojetí služeb k dosažení co nejvyšší míry nezávislosti uživatel, jelikož poskytuje i návazné služby, kde mohou uživatelé sociální

rehabilitace dále rozvíjet své kompetence, které získaly například v programu cvičení bydlení, mohou dále využívat službu podpory samostatného bydlení, nebo z programu cvičení práce mohou dále své pracovní návyky prohlubovat v sociálních podnicích, které SKOK do života zřizuje. SKOK do života má na rozdíl od ostatních služeb rozvrh činností na celý rok, které uživatele navštěvují, zároveň stojí za zmínku velmi přehledně zpracovaný manuál pro uživatele (průvodce skokana), dostupný na webových stránkách služby.

Tabulka 15 – souhrn informací a doporučení pro praxi služby Život bez bariér Nová Paka

Název zařízení: Život bez bariér
Adresa: Opolského 148, Nová Paka Webová stránka: www.zbb.cz
<p>Sumarizace zjištěných informací:</p> <p>Život bez bariér nabízí službu sociální rehabilitace, která je poskytována osobám s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením a osobám s chronickým duševním onemocněním ve věku 18-80 let. Kapacita služby je 20 uživatelů, v den konání rozhovoru nebyla kapacita naplněná. Své služby poskytuje pouze ambulantní formou, která je zaměřena na oblast práce, kde si uživatelé vytváří pracovní návyky, učí se pracovat na počítači, a na oblast bydlení, kde si nacvičují péči o domácnost, vaření zahradičení a jiné činnosti s tímto spojené. Služba Život bez bariér zároveň zřizuje denní stacionář, odborné sociální poradenství, zároveň jsou zřizovateli míst pro osoby se zdravotním postižením v dílnách, dále nabízejí bezbariérový byt a půjčovnu kompenzačních pomůcek. Pokud se zájemce o službu chce stát uživatelem, musí službu kontaktovat, následně se provede osobní sociální šetření a pokud spolu obě strany souhlasí a zařízení nemá naplněnou kapacitu, uzavře se se zájemcem smlouva o poskytování sociální služby, která se uzavírá na 1 rok, po vypršení se však může prodlužovat. S každým uživatelem se vytváří individuální plán, který se v případě Života bez bariér hodnotí jednou za 6 měsíců, po roce probíhá ohlednutí zpět. Ohledně informovanosti o zdravotním stavu musí uživatel uvést pouze svá zdravotní omezení, jako jsou alergie, epilepsie a další.</p>
<p>Diskuse a doporučení pro praxi:</p> <p>Služba Život bez bariér vytváří pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením, kde mohou nalézt osoby s MP uplatnění, je to forma návazné činnosti na službu sociální rehabilitace. Zařízení je jediné, které zároveň provozuje odborné sociální poradenství, týkající se zároveň problematiky zaměstnávání a bydlení osob s postižením, dále zřizuje půjčovnu kompenzačních pomůcek. Jako návaznou činnost na oblast bydlení zřizuje služba bezbariérové ubytování na přechodnou dobu, které však není registrované jako sociální služba. Jelikož se služba nachází v okrese Jičín, je zde stejný problém s nedostatkem služeb chráněného bydlení nebo podpory samostatného bydlení, které by v daném okrese jistě našly využití. Tím by autorka doporučila zřízení služby chráněného bydlení nebo podpory samostatného bydlení v okrese Jičín.</p>

5.2 Limity výzkumného šetření

Při realizaci výzkumného šetření byly objeveny některé limity výzkumného šetření, ke kterým mohlo vzhledem k charakteru výzkumného šetření dojít, jak ze strany výzkumníka a respondentů, tak na straně metodiky výzkumného šetření a na straně zkoumané reality.

Limity ze strany výzkumníka

Kvantitativně orientované výzkumné šetření bylo pro autorku první zkušeností s výzkumným šetřením vůbec, zároveň autorka poprvé realizovala strukturovaný rozhovor. Jelikož autorka podstupovala více rozhovorů za jeden den, mohlo zde dojít ke snížení koncentrace pozornosti, únavě a zkreslení odpovědí. Zároveň z důvodu písemného zaznamenávání odpovědí mohlo dojít k nejasnému přepisu, a ne zcela přesnému následnému vyložení získaných odpovědí.

Limity ze strany respondentů

Limity ze strany respondentů mohly nastat zejména v odlišném pojetí jednotlivých otázek rozhovoru respondenty či v neochotě k jejich zodpovězení. Zároveň mohla být limitem délka rozhovoru, únava ze strany respondenta, či časová tíseň, z důvodu jiných činností. Každý respondent si pro rozhovor musel vyhradit určitý čas v rámci své pracovní doby, limitem proto mohl být spěch či nedostatek času pro rozhovor. Limitující mohla být i motivace pro podstoupení rozhovoru ze strany respondenta.

Limity na straně metodiky výzkumného šetření

Ke sběru dat byl použit strukturovaný rozhovor, limitujícím tedy mohlo být, že se respondenti museli držet zadaných otázek a nebylo zde dostatek prostoru pro jejich další vyjádření a doplnění informací, které se ne vždy přesně týkaly dané oblasti. Zároveň zde může být limitem tenká hranice mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem v pojetí výzkumného šetření. Jelikož autorka předem věděla, co bude zjišťovat a získaná data následně komparovala, byl zvolen kvantitativní přístup, z důvodu absence hypotéz se však může jevit jako kvalitativní.

Limity na straně zkoumané reality

V této oblasti může být limitem, že výzkumné šetření je validní pouze pro oblast Královéhradeckého kraje, kde autorka výzkumně působila.

ZÁVĚR

Podpora osob s MP k tomu, aby jednou mohly vést co nejvíce samostatný, plnohodnotný život a myšlenka toho, že mohou chodit do práce, vydělat si peníze, bydlet sami a svůj volný čas si plánovat sami nebo alespoň s co nejmenší mírou podpory od okolí by pro dnešní dobu měla být samozřejmostí. Osoby s MP však mohou být mnohdy nejistí a k úplnému nebo alespoň částečnému dosažení samostatnosti často potřebují pomoc a podporu sociální služby. Z tohoto důvodu existuje v České republice mnoho sociálních služeb, které se je snaží podporovat v co největším začlenění do společnosti. Bakalářská práce se zaměřuje právě na jednu z těchto služeb, a to službu sociální rehabilitace.

Teoretická část práce se zabývá problematikou mentální retardace a MP, vymezuje tyto pojmy, porovnává klasifikaci mentální retardace z hlediska MKN-10 a DSM-5, dále je zaměřena na popis psychologických aspektů osobnosti člověka s MP, jejich dospělosti a sociální práci s touto skupinou. Druhá část teoretické části se zabývá službou sociální rehabilitace. První podkapitola je zaměřená na sociální rehabilitaci jako součást ucelené rehabilitace, druhá podkapitola popisuje sociální rehabilitaci jako sociální službu.

Z hlediska realizace výzkumného šetření si autorka vybrala služby sociální rehabilitace, které jsou poskytovány osobám s MP na území Královéhradeckého kraje, ze kterého autorka pochází. Z toho důvodu právě tento kraj zvolila jako vhodný pro výzkumné šetření, jelikož autorka tento kraj dobře zná a bylo zde reálné všechny služby osobně navštívit. Kvantitativně orientované výzkumné šetření probíhalo formou strukturovaného rozhovoru s adekvátním pracovníkem ze všech vybraných služeb v kraji. Výzkumného šetření se účastnily všechny služby (celkem 10) splňující předem určená kritéria. Účast byla, v rámci vybraného vzorku ze základního souboru, úplná. Prostřednictvím rozhovorů autorka zjišťovala ty oblasti, které byly předmětem výzkumného šetření, nejprve obecné informace, dále informace z oblasti klientely a zaměření služby. Poslední oblast se týkala přijetí uživatele do služby a následné práce s ním. Tyto oblasti byly určeny v souladu se stanovenými indikátory, tak aby saturovaly cíle výzkumného šetření. Jako způsob zpracování dat zvolila autorka kvantitativní obsahovou analýzu v kombinaci s metodou kontrastů a srovnávání. Data jsou prezentována metodou prostého výčtu.

Účastníky výzkumného šetření tedy bylo deset služeb sociální rehabilitace – Apropos Jičín, Barevné domky Hajnice, Diakonie ČCE – Středisko Světlo ve Vrchlabí – sociální rehabilitace SPIRÁLA, KAMARÁD Jičín, Péče o duševní zdraví Jičín, PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry v Rychnově nad Kněžnou, PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry 2 v Náchodě,

PFERDA – Tréninkový byt v Rychnově nad Kněžnou, SKOK do života Hradec Králové a Život bez bariér Nová Paka. Tyto služby autorka deskribuje a diskutuje v kapitole 5 – Diskuse, doporučení pro praxi a limity výzkumného šetření.

Druhým cílem výzkumného šetření bylo vytvoření návrhu přehledové brožury, která bude sloužit ke zvýšení povědomosti potenciálních zájemců, jejich rodinných příslušníků či veřejnosti o službách sociální rehabilitace v Královéhradeckém kraji, která poskytuje své služby osobám s MP. Grafická verze (Příloha 2) je součástí bakalářské práce, tištěná verze je také součástí v kroužkové vazbě formátu A6. Tištěná verze přehledové brožury by mohla být propagována buď jednotlivými službami, které požádaly o její zaslání pro své účely. Zároveň by mohla být propagována na Úřadech práce ČR, na školách, kde se dospívající osoby s MP vzdělávají, na odboru sociálních služeb Královéhradeckého kraje, či dalších místech, které jsou běžně navštěvovány osobami s MP a jejich rodinnými příslušníky. Naplnění tohoto cíle je, v kontextu předkládané bakalářské práce možné považovat za splněné.

Pro autorku znamená zpracování této práce zejména seznámení se s celou problematikou. Autorka prohloubila své znalosti v oblasti pojetí MP, dále v oblasti poskytování služeb sociální rehabilitace osobám s MP, a to na teoretické úrovni a zároveň na praktické úrovni, prostřednictvím výzkumného šetření. Jelikož autorka v jednom ze zařízení – PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry 2 v Náchodě vykonávala v období listopadu 2017 souvislou třítydenní praxi v rámci svých studií na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, Ústavu speciálněpedagogických studií, mohla do problematiky poskytování těchto služeb proniknout hlouběji. Osobní přínos autorka spatřuje v uvědomění si důležitosti tohoto typu služeb pro podporu samostatnosti osob s MP v oblasti práce, život a bydlení. Zároveň si autorka uvědomuje potřebu návazných služeb na služby sociální rehabilitace, z důvodu, aby uživatelé měli po ukončení služby sociální rehabilitace možnost dále prohlubovat své dovednosti a kompetence prostřednictvím dalších, návazných služeb, podporujících samostatnost a soběstačnost osob s MP.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Literární zdroje

1. BARTOŇOVÁ, Miroslava, BAZALOVÁ, Barbora, PIPEKOVÁ, Jarmila, 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělání*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.
2. ČERNÁ, Marie, 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1565-3.
3. CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
4. JESENSKÝ, Ján, 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-941-1.
5. KOZÁKOVÁ, Zdeňka, KREJČÍŘOVÁ, Olga, MÜLLER, Oldřich, 2013. *Charakteristika dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením*. 1. vydání. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3712-5.
6. KOZÁKOVÁ, Zdeňka, KREJČÍŘOVÁ, Olga, MÜLLER, Oldřich, 2013. *Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením*. 1. vydání. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3716-3.
7. KOZÁKOVÁ, Zdeňka, PASTIERIKOVÁ, Lucia, KREJČÍŘOVÁ, Olga, 2013. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením*. 1. vydání. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3714-9.
8. KREJČÍŘOVÁ, Olga, TREZNEROVÁ Ivana, 2011. *Malý lexikon sociálních služeb*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2754-6.
9. KREJČÍŘOVÁ, Olga, TREZNEROVÁ, Ivana, 2013. *Sociální služby*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3692-0.
10. KŘÍŽKOVSKÁ, Petra, TOMALOVÁ, Petra, a kolektiv, 2012. *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3375-2.
11. LEČBYCH, Martin, 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2071-4.
12. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

13. MÜLLER, Oldřich, VYMAZALOVÁ, Eliška, KREJČÍŘOVÁ, Olga, 2013. *Speciálněpedagogická andragogika – metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3689-0.
14. PÖRTNER, Marlis, 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-582-0.
15. RABOCH, Jiří, HRDLIČKA, Michal, MOHR, Pavel, PAVLOVSKÝ, Pavel, PTÁČEK, Radek, a kolektiv, 2015 *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.
16. ŠVARCOVÁ, Iva, 2000. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-506-7.
17. ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ Klára, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
18. THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
19. VÁGNEROVÁ, Marie. 2000. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
20. VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
21. VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan, LEČBYCH, Martin, a kolektiv, 2012. *MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3829-1.
22. VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich, 2013. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*, 5. doplněné a upravené vydání. Praha: PARTA. ISBN 978-80-7320-187-6.
23. VOTAVA, Jiří, 2003 *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0708-5.
24. VYMĚTAL, Jan, 2003 *Úvod do psychoterapie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0253-3.

Elektronické zdroje

1. MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ, 2016, *Okresy Královéhradeckého kraje*. [online]. Dostupné z: <http://www.risy.cz/cs/krajske-ris/kralovehradecky-kraj/okresy/> [cit. 2018-02-12].

2. NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, 2013, *Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů*. [online]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/vyhodnocovani-nezbytné-miry-podpory.pdf> [cit. 2017-11-23].
3. ODBOR SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A SOCIÁLNÍ PRÁCE. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012, *Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67)*. [online]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/13929> [cit. 2017-12-05].
4. REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, 2017. [online]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/> [cit. 2017-09-29].
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008, *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize*. 2. akt. Vydání k 1. 4. 2014. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-904259-0-3. [online]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> [cit. 2017-05-11].

Legislativa

1. Provděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
2. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších přepisů

SEZNAM ZKRATEK

DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. Revize

MP – Mentální postižení

Zákon o sociálních službách – Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Tabulky

Tabulka 1 – Přehled oslovených služeb a jejich identifikace

Tabulka 2 – Počty obyvatel a služeb sociální rehabilitace v jednotlivých okresech

Tabulka 3 – Charakteristika klientely služby a její kapacita

Tabulka 4 - Specifikace nabízených činností vybraných služeb sociální rehabilitace

Tabulka 5 – Práce s uživateli služby

Tabulka 6 – Souhrn informací a doporučení pro praxi služby Apropos Jičín

Tabulka 7 – Souhrn informací a doporučení pro praxi služby Barevné domky Hajnice

Tabulka 8 – Souhrn informací a doporučení pro praxi služby Diakonie ČCE – Středisko Světlo ve Vrchlabí – sociální rehabilitace SPIRÁLA

Tabulka 9 – Souhrn informací a doporučení pro praxi služby KAMARÁD Jičín

Tabulka 10 – Souhrn informací a doporučení pro praxi služby Péče o duševní zdraví Jičín

Tabulka 11 – Souhrn informací a doporučení pro praxi služby PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry v Rychnově nad Kněžnou

Tabulka 12 – Souhrn informací a doporučení pro praxi služby PFERDA – Tréninková kavárna Láry Fáry 2 v Náchodě

Tabulka 13 – Souhrn informací a doporučení pro praxi služby PFERDA – Tréninkový byt v Rychnově nad Kněžnou

Tabulka 14 – Souhrn informací a doporučení pro praxi služby SKOK do života Hradec Králové

Tabulka 15 – Souhrn informací a doporučení pro praxi služby Život bez bariér Nová Paka

Obrázky

Obr. 1 – Rozložení služeb sociální rehabilitace v Královéhradeckém kraji

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Seznam otázek k rozhovoru

Příloha 2 – Přehledová brožura

Příloha 1 – Seznam otázek k rozhovoru

1. Obecné informace

- Název zařízení
- Adresa zařízení
- Webová stránka

2. Klientela

- Jaká je věková hranice klientů?
- Jaké typy postižení jsou v oblasti vašeho zájmu?
- Jaká je kapacita vaší služby?
- Je naplněná?

3. Zaměření služby

- Jakou formou je služba poskytována?
- Co služba nabízí a jakými způsoby?
- Nabízí vaše zařízení ještě další sociální služby, které napomáhají v podpoře samostatnosti klienta?

4. Přijímací proces klienta a následná práce s ním

- Co musí člověk udělat, aby se mohl stát vaším klientem?
- Jaké informace o zdravotním stavu musí žadatel zařízení poskytnout?
- Má každý klient svůj individuální plán? Spolupracuje na jeho tvorbě? Jak často a jakým způsobem se hodnotí, popřípadě mění?
- Jak dlouho může klient službu využívat?

Příloha 2 – Přehledová brožura

V této části je zobrazena grafická verze přehledové brožury služeb sociální rehabilitace v Královéhradeckém kraji. Tištěná verze je součástí bakalářské práce v kroužkové vazbě, ve formátu A6.

Sociální rehabilitace

pro
osoby s mentálním
postižením



v Královehradeckém kraji

Co je služba sociální rehabilitace?

Sociální služba patří pod kategorii služeb sociální prevence, poskytovaná podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zahrnuje více specifických činností, které se zaměřují na dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob.

Sociální rehabilitace rozvíjí specifické schopnosti a dovednosti uživatelů této služby, posiluje návyky a umožňuje nácvik výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností a pracovních návyků.

(zdroj: www.slovník.mpsv.cz/socialni-rehabilitace)

Strana 1

Strana 2

Okres Jičín

Přehled služeb:

1. Apropo
2. Kamarád
3. Péče o duševní zdraví
4. Život bez bariér



APROPO JIČÍN

Komu je služba poskytována?

Osobám s mentálním, tělesným, zrakovým a kombinovaným postižením.

Jaká je věková hranice služby?

Služba je poskytována osobám ve věku 18-55 let

Co služba nabízí?

Prostřednictvím asistenta mohou klienti nacvičovat ve cvičném bytě, venku nebo v domácím prostředí schopnosti a dovednosti, které pak mohou využít ve svém budoucím životě.

Jaké jsou cíle služby?

Pomoci zkvalitňovat život klienta tím, že bude v rámci svých možností co nejvíce samostatný a soběstačný. Zprostředkovávat nové možnosti, rozšiřovat obzory a pomoci nalézt klientovi jeho potenciál a využít ho.

Více informací:

Na adrese Vrchlického 823/824 Jičín
Na webových stránkách www.apropojicin.cz

Strana 3

Strana 4



KAMARÁD

JIČÍN

Komu je služba poskytována?

Osobám s lehkým nebo středním mentálním, tělesným a kombinovaným postižením.

Jaká je věková hranice služby?

Služba je poskytována osobám ve věku 18-45 let

Co služba nabízí?

Klient si sám může (s ohledem na denní kapacitu služby) zvolit rozsah služeb podle svých potřeb. V rámci služby klienti nacvičují běžné denní činnosti a posilují již nabyté návyky a kompetence, které jsou nezbytné pro samostatný život, prostřednictvím cvičného bytu.

Jaké jsou cíle služby?

Podporovat u cílové skupiny samostatnost, soběstačnost a nezávislost na rodině, dalších osobách, či institucích. Vést klienta ke zvládnutí samostatného života.

Více informací:

Na adrese Textilní 965 Jičín
Na webových stránkách www.kamarad-jicin.cz



PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Jičín

Komu je služba poskytována?

Osobám s mentálním postižením a s chronickým duševním onemocněním

Jaká je věková hranice služby?

Služba je poskytována osobám ve věku od 18 let

Co služba nabízí?

Pomáhá duševně nemocným lidem rozvíjet jejich dovednosti a vztahy s jejich okolím, aby mohli žít spokojeně a samostatně ve svém prostředí, s co nejmenší mírou profesionální podpory. Nabízí s mentálním postižením pomoc a podporu, kterou potřebují.

Jaké jsou cíle služby?

Cílem je dosáhnout u klienta schopnosti běžného sociálního fungování a maximálně se účastnit společenského života.

Více informací:

Na adrese 17. listopadu 1074 Jičín
Na webových stránkách www.pdz.cz

Strana 5

Strana 6



ŽIVOT BEZ BARIÉR

Nová Paka

Komu je služba poskytována?

Osobám s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením a s chronickým duševním onemocněním.

Jaká je věková hranice služby?

Služba je poskytována osobám ve věku 18-80 let

Co služba nabízí?

Činnosti zaměřené na první krok k získání zaměstnání a k samostatnému bydlení.

Jaké jsou cíle služby?

Posílení schopnosti klientů uplatnit se na trhu práce. Zvyšování samostatnosti v oblasti péče o vlastní osobu a péče o domácnost.

Více informací:

Na adrese Opolského 148 Nová Paka
Na webových stránkách www.zbb.cz

Strana 7

Okres Trutnov

Přehled služeb:

1. Barevné domky
2. sociální rehabilitace SPIRÁLA

Strana 8



BAREVNÉ DOMKY

Hajnice

Komu je služba poskytována?

Osobám s mentálním a kombinovaným postižením.

Jaká je věková hranice služby?

Služba je poskytována osobám ve věku 18-64 let

Co služba nabízí?

Rozvíjení zvládání běžné sebeobsluhy bez pomoci dalšího člověka, zvládání komunikace v osobních i pracovních vztazích. Samostatné zvládání a nácvik cestování, nakupování, hospodaření s peněží a dalších dovednostech potřebných k samostatnému životu, prostřednictvím tréninkové kavárny.

Jaké jsou cíle služby?

Cílem je naučit klienty, kteří chtějí pracovat na otevřeném trhu práce způsobu, jak efektivně hledat zaměstnání, připravit se na pracovní pohovor a následně si práci udržet.

Více informací:

Na adrese Žižkova 277 Trutnov
Na webových stránkách www.barevnedomky.cz

Strana 9



DIAKONIE ČCE

středisko Světlo ve Vrchlabí,

sociální rehabilitace SPIRÁLA

Komu je služba poskytována?

Osobám s mentálním, tělesným, kombinovaným a jiným zdravotním postižením a chronickým onemocněním.

Jaká je věková hranice služby?

Služba je poskytována osobám ve věku 16-64 let

Co služba nabízí?

Pomáhá lidem se zdravotním postižením obnovit nebo získat schopnosti a dovednosti pro samostatný život. Služba připravuje klienty na to, aby co nejsamostatněji zvládli práci, život a bydlení.

Jaké jsou cíle služby?

Obnovení nebo získání schopnosti a dovednosti potřebných pro samostatný život.

Více informací:

Na adrese Lánovská 580 Vrchlabí
Na webových stránkách www.vrchlabi.diakonie.cz

Strana 10

Okres Hradec Králové

Přehled služeb:

1. SKOK do života



SKOK DO ŽIVOTA

Hradec Králové

Komu je služba poskytována?

Osobám s lehkým mentálním postižením.

Jaká je věková hranice služby?

Služba je poskytována osobám ve věku 19-64 let

Co služba nabízí?

Nácvik dovedností a získání vědomostí potřebných pro bydlení, pracovní uplatnění a kvalitní život mimo vlastní rodinu.

Jaké jsou cíle služby?

Podpora osob s mentálním postižením v dosažení co nejvyšší míry samostatnosti v oblasti bydlení a práce.

Více informací:

Na adrese Brožíkova 451 Hradec Králové
Na webových stránkách www.skokdozivota.cz

Strana 11

Strana 12

Okres Rychnov nad Kněžnou a Náchod

Přehled služeb:

1. PFERDA - Tréninkový byt
2. PFERDA - Tréninková kavárna
Láry Fáry
3. PFERDA - Tréninková kavárna
Láry Fáry 2



Tréninkový byt v Rychnově nad
Kněžnou

PFERDA TRÉNINKOVÝ BYT v Rychnově nad Kněžnou

Komu je služba poskytována?

Osobám s lehkým mentálním postižením a duševním onemocněním.

Jaká je věková hranice služby?

Služba je poskytována osobám ve věku 18-64 let

Co služba nabízí?

V tréninkovém bytě se klienti učí uklízet, vařit, hospodařit s penězi, orientovat se v okolí a mnoho dalších činností, které budou potřebovat, až jednou budou bydlet sami, nebo které využijí ve své nynější domácnosti.

Jaké jsou cíle služby?

Mezi cíle tréninkového bytu patří posilování pracovních a sociálních dovedností a návyků formou celoživotního učení, posilování soběstačnosti, samostatnosti a sebevědomí uživatelů.

Více informací:

Na adrese Staré náměstí 53 Rychnov nad Kněžnou
Na webových stránkách www.pferda.cz

Strana 13

Strana 14



Tréninková kavárna Láry Fáry
Rychnov nad Kněžnou

PFERDA TRÉNINKOVÁ KAVÁRNA LÁRY FÁRY v Rychnově nad Kněžnou

Komu je služba poskytována?

Osobám s lehkým a středním mentálním postižením a osobám s duševním onemocněním

Jaká je věková hranice služby?

Služba je poskytována osobám ve věku 18-64 let

Co služba nabízí?

PFERDA nabízí ambulantní službu ve formě Tréninkové kavárny, která je určena lidem, kteří chtějí získat nebo zlepšit své dosavadní dovednosti v oblastech komunikace, úklidových prací, nakupování a přípravy nápojů a pokrmů.

Jaké jsou cíle služby?

Mezi cíle kavárny patří posilování pracovních a sociálních dovedností a návyků formou celoživotního učení, posilování soběstačnosti, samostatnosti a sebevědomí uživatelů.

Více informací:

Na adrese Panská 79 Rychnov nad Kněžnou
Na webových stránkách www.pferda.cz



Tréninková kavárna Láry Fáry 2
Náchod

PFERDA TRÉNINKOVÁ KAVÁRNA LÁRY FÁRY 2 v Náchodě

Komu je služba poskytována?

Osobám s lehkým a středním mentálním postižením a osobám s duševním onemocněním

Jaká je věková hranice služby?

Služba je poskytována osobám ve věku 18-64 let

Co služba nabízí?

PFERDA nabízí ambulantní službu ve formě Tréninkové kavárny, která je určena lidem, kteří chtějí získat nebo zlepšit své dosavadní dovednosti v oblastech komunikace, úklidových prací, nakupování a přípravy nápojů a pokrmů.

Jaké jsou cíle služby?

Mezi cíle kavárny patří posilování pracovních a sociálních dovedností a návyků formou celoživotního učení, posilování soběstačnosti, samostatnosti a sebevědomí uživatelů.

Více informací:

Na adrese Hurdálkova 371 Náchod
Na webových stránkách www.pferda.cz

Strana 15

Strana 16

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Karolína Hnyková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Jaromír Maštaliř, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Možnosti služeb sociální rehabilitace pro osoby s mentálním postižením v Královéhradeckém kraji
Název práce v angličtině:	The Possibilities of social rehabilitation services for people with learning disabilities in the Hradec Kralove region
Anotace práce:	<p>Úvod: Sociální rehabilitace je služba sociální prevence, která napomáhá osobám s postižením k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, rozvojem jejich specifických schopností a dovedností a posilování návyků nácvikem běžných, ale pro samostatný život nezbytných činností. V rámci výzkumného šetření se setkáváme s přehledem všech služeb sociální rehabilitace, která je poskytovaná osobám s mentálním postižením na území Královéhradeckého kraje.</p> <p>Cíl: Identifikovat, analyzovat, popsat a evaluovat specifika obsahu služeb sociální rehabilitace poskytovaných osobám s mentálním postižením v Královéhradeckém kraji. Na základě zjištěných údajů vytvořit návrh přehledové brožury, která bude sloužit k rozšíření povědomí o službách sociální rehabilitace pro osoby s mentálním postižením v Královéhradeckém kraji.</p> <p>Metodika: Pro zpracování autorského výzkumného šetření byl využit kvantitativní přístup. Pro sběr dat byl využit strukturovaný rozhovor. Jako způsob zpracování dat zvolila autorka kvantitativní obsahovou analýzu v kombinaci s metodou kontrastů a srovnávání. Výzkumného šetření se zúčastnilo 10 služeb sociální rehabilitace, které musely splňovat předem stanovená kritéria. Data jsou prezentována metodou prostého výčtu.</p> <p>Výsledky: Autorka si pro bakalářskou práci zvolila 2 výzkumné cíle, první cíl, tedy identifikace, analýza, popis a evaluace služeb sociální rehabilitace pro osoby s mentálním postižením v Královéhradeckém kraji považuje autorka za splněný. Druhým cílem bylo vytvoření návrhu přehledové brožury, která bude sloužit ke zvýšení povědomí o</p>

	<p>službách sociální rehabilitace, tento cíl autorka taktéž považuje za splněný.</p> <p>Závěr: Získané výsledky lze pro potřeby bakalářské práce považovat za dostačující. Autorka si je vědoma možných limitů, které mohly v průběhu šetření ovlivnit výsledky výzkumného šetření.</p>
<p>Klíčová slova:</p>	<p>Mentální postižení, mentální retardace, sociální služby, sociální rehabilitace, Královéhradecký kraj, přehledová brožura</p>
<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>Introduction: Social rehabilitation is a part of social prevention services and helps people with disabilities to achieve autonomy, independence and self-sufficiency, by developing their specific abilities and skills, and enhancing their habits by practicing common, but vital activities for independent life. In the framework of the research, an overview of all social rehabilitation services provided to people with learning disabilities in the Hradec Kralove region can be found.</p> <p>Aim: To identify, describe, analyse and evaluate the specifics of the contents of social rehabilitation services provided to people with learning disabilities in the Hradec Kralove region. To create a brochure that is based on the findings and provides an overview of the various services to increase the awareness of social rehabilitation services for people with learning disabilities in the Hradec Kralove region.</p> <p>Methodology: In this bachelor thesis, the author used a quantitative approach to research. A structured interview was used to collect the data. As a method of data processing, the author chose quantitative content analysis in combination with the contrast and comparison methodologies as a method of data processing. Ten social rehabilitation services, which had to meet predefined criteria, took part in the research survey. The data is presented in a simple enumeration.</p> <p>Results: The author has chosen 2 research objectives for the bachelor thesis, the first objective – the identification, description, analysis and evaluate social rehabilitation services for people with learning disabilities in the Hradec Kralove region, which was accomplished. The second objective was to create a brochure, which will serve to increase awareness of social rehabilitation services, which was also accomplished.</p> <p>Conclusion: The results obtained can be considered satisfactory for the demands of a bachelor thesis. The author is aware of the possible limitations, that could influence research results during the survey.</p>

Klíčová slova v angličtině:	Learning disability, mental retardation, social services, social rehabilitation, Hradec Kralove region, overview brochure
Rozsah práce:	58
Jazyk práce:	Český jazyk