

ŽIVOT V ÚSTAVNÍM ZAŘÍZENÍ POHLEDEM UŽIVATELŮ

Jitka Sobolová

Bakalářská práce
2012/2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jitka SOBOLOVÁ**
Osobní číslo: **H10761**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Život v ústavním zařízení pohledem uživatelů**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti mentální retardace a života v ústavním zařízení.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4717-333.

PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-6.

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

ŠVARCOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

TITZL, Boris. Postižený člověk ve společnosti. Praha: PedF UK, 2000. ISBN 80-86039-90-0.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80247-1369-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. května 2013**

Ve Zlíně dne 19. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 15.3.2013

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídáne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Podstatou předkládané bakalářské práce je nastínit, jakou úlohu v životě člověka s mentálním postižením sehraává role „ústavního“ zařízení, kde takto handicapovaný člověk prožívá v mnoha případech nejdelší etapu svého života.

Svým obsahem práce objasňuje specifčnost „ústavního“ zařízení, seznamuje s neméně zajímavými postoji jeho klientů ke způsobu svého života v prostředí, které je většinou jejich jediným zázemím. Hlavním východiskem pro naše poznání jsou osobní rozhovory s uživateli *Domova pro osoby se zdravotním postižením*.

V úvodu bakalářská práce podává vysvětlení a deskripci teoretických podkladů zvoleného námětu, v teoretické části otvírá náhled do světa lidí s mentálním postižením. Na základě vymezení teoretických východisek zkoumané problematiky nám objasňuje informace o dělení, intenzitě a příčinách mentální retardace. Následující kapitoly poukazují na problematiku posuzovaných, mnohdy nehumánních postojů naší společnosti k člověku s mentálním postižením. Následně bakalářská práce podává ucelený přehled vývoje a současných nových trendů v péči o jedince s mentálním postižením a umožňuje nám přístup k nahlédnutí do nabídky speciálních služeb, které jsou ukotveny v zákoně o sociálních službách.

V empirické části práce předkládá kvalitativní studii, jejímž cílem je zjistit, jak uživatelé sociální služby Domova pro osoby se zdravotním postižením vidí svůj život. Interpretační výsledky a závěr bakalářské práce jsou věnovány souhrnu a zamyšlení nad získanými a interpretovanými skutečnostmi.

Klíčová slova:

Sociální služby, domov pro osoby se zdravotním postižením, osoba s mentálním postižením, deinstitutionalizace sociálních služeb.

ABSTRACT

The principle of my thesis is to show how big role is played by institutional facilities for people with mental disability in their lives. In many cases these people live there for the longest stage of their lives.

The thesis clarifies the specificity of the institutional facilities and familiarizes with interesting attitudes of the clients to the way of their lives in the place which is mostly their only base. The personal interviews with the clients of "The Home for Disabled People" are the main points of the cognition.

At the beginning of my thesis I would like to explain and describe the theory of this topic. In the theoretical part there is the view into the world of mentally handicapped people, into their different lives and into the history of the providing care. Based on the theory I would like to clarify information about the division, intensity and causes of mental retardation. Following chapters show the problems of handicapped people in the society which is often very cruel to them.

The thesis provides a comprehensive overview of current development of new trends of the issue mentioned above and allows us to access to the offer of special services, which are mentioned in the Act of Social Services.

In the empiric part of the thesis I tried to make a qualitative study, whose aim is to discover how the clients of "The Home for Disabled People" see their lives.

The interpretive results and final part of my thesis are devoted to summary and reflection on the gathered and interpreted facts.

Keywords: social services, home for people with disabilities, person with mental disabilities, deinstitutionalisation of social services.

Na tomto místě děkuji paní Mgr. Soni Vávrové, PhD. za vstřícnou pomoc, odborné vedení, trpělivý přístup, inspiraci i cenné připomínky při zpracování předkládané bakalářské práce. Děkuji také pracovníkům a vedení Domova pro osoby se zdravotním postižením v Uherském Brodě za ochotu k umožnění výzkumu.

Velké poděkování patří také mojí dceři Adéle a nejbližší rodině za podporu, trpělivý přístup a toleranci během celého studia.

Motto:

„Kvalita lidské společnosti se může měnit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená“.

Iva Švarcová

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ČLOVĚK S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	14
1.1 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE	15
1.2 KLASIFIKACE A CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ MENTÁLNÍ RETARDACE	17
2 ČLOVĚK S HANDICAPEM A SPOLEČNOST	20
2.1 VÝVOJ POSTOJŮ SPOLEČNOSTI K JEDINCŮM S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	20
2.2 POSTOJE SPOLEČNOSTI K OSOBÁM S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	21
2.3 ČLOVĚK S MENTÁLNÍ RETARDACÍ VERSUS PACIENT	23
3 PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	25
3.1 HISTORIE PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	25
3.2 NOVÉ TRENDY V PÉČI O JEDINCE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	26
3.3 INTEGRACE, NORMALIZACE, HUMANIZACE A DEINSTITUCIONALIZACE JAKO NOVÉ PŘÍSTUPY SPOLEČNOSTI VŮČI OSOBÁM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	37
4.1 CÍL VÝZKUMU	38
4.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, VÝZKUMNÁ OTÁZKA	38
4.3 VOLBA VÝZKUMNÉ STRATEGIE A TECHNIK SBĚRU DAT	38
4.4 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU	39
4.5 ČASOVÝ PLÁN REALIZOVANÉHO VÝZKUMU	40
5 POPIS MÍSTA REALIZACE VÝZKUMU	42
5.1 VSTUP VÝZKUMNÍKA DO TERÉNU	43
5.2 ETIKA VÝZKUMU	43
6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	44
6.1 ANALÝZA DAT.....	44
6.2 INTERPRETACE DAT A SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	46
6.2.1 Kategorie „Mezilidské vztahy“	46
6.2.2 Kategorie „Náš všední den - každodenní činnosti“	47
6.2.3 Kategorie „Naše bydlení, naše prostředí“	48
6.2.4 Kategorie „Realizace našich přání“	48
7 ZÁVĚR.....	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	55
SEZNAM OBRÁZKŮ	56
SEZNAM TABULEK.....	57
SEZNAM PŘÍLOH.....	58

ÚVOD

Lidé s mentálním postižením jsou naši spoluobčané, sousedé, známí, děti našich přátel, příbuzní. Potkávají se s lidmi, kteří sebe řadí mezi zdravé a je mezi nemocné. Ve skutečnosti tomu však takto není. To, že i oni patří mezi zdravou populaci, od které jsou odlišní, jsme se rozhodli nastínit v bakalářské práci.

K výběru tématu nás přivedla skutečnost velmi složitého života kamarádky se synem s mentálním postižením, který je ve stejném věku jako dcera, s níž prožíváme všechny aspekty rané dospělosti, dosahování osobní zralosti. Tyto projevy dospělosti jsou u osob s mentálním postižením zcela odlišné, jsou determinovány prostředím, ve kterém vyrůstají a stupněm mentálního postižení.

Práce obsahuje základní pojmy týkající se zde zkoumané problematiky a je koncipována do dvou hlavních okruhů - teoretické a empirické části.

Uvádíme zde členění mentálního postižení a stručný popis typických projevů patrných u většiny jedinců s pravděpodobností individuálních rozdílů. Tato klasifikace je shrnuta do bulky. Charakterizujeme postoje společnosti k lidem s handicapem, dříve odmítavé přístupy, nadřazenost zdravého člověka a mentální postižení coby střed pozornosti a ironických úsměvů. Úskalí nehumánního přístupu spatřujeme v tom, že člověk s mentálním postižením je v první řadě člověkem a pak teprve člověkem s postižením.

Popisujeme průběh péče o osoby s mentálním postižením od dob antiky po současnost s přehledem dobových proměn a nových trendů jako integrace, humanizace, normalizace a deinstitucionalizace.

Zmiňujeme zde také ústavní standardy sociální péče z r. 2002, zdůrazňující naplnění práv, důstojnosti a smysluplnosti života postižených osob, včetně zabezpečení jejich ochrany ukotvené v Listině základních práv a svobod.

Prioritní cílem práce je charakterizovat sociální službu, která vychází z myšlenky, že přispívá ke všeobecnému rozvoji mentálně retardovaného člověka. Cílem práce je rovněž co nejstručněji a nejprehledněji seznámit čtenáře s teorií vztahující se k této problematice.

Zásadní část práce tvoří popisy, zpracování a výsledky provedené kvalitativní heuristické studie. Jedná se o kvalitativní komunikaci s klienty ústavu a jejich pozorováními a komuni-

kací se zúčastněnými pozorovateli – zaměstnanci Domova pro osoby se zdravotním postižením.

V teoretické části práce přibližujeme postavení člověka s mentální retardací v naší společnosti, ústavní péče, její historie a nové trendy. Dále čtenáři umožňujeme náhled na odlišnosti v životě mentálně retardovaných jedinců v ústavní péči.

Praktickou část zaměřujeme na to, zda a jaký vliv má ústavní péče na osobnost a další rozvoj jedinců s mentálním postižením, jaký vliv má modernizace „ústavních“ zařízení, jaké jsou změny koncepce v péči o mentálně retardovaného jedince, na kvalitu jeho života a zda je ve schopnostech jeho myšlení si tyto vlivy uvědomovat.

Výzkum v praktické části stavíme na předpokladu, že modernizace koncepce sociální péče mentálně retardovaných jedinců kladně ovlivňuje a podporuje rozvoj jejich osobnosti.

Ve výzkumné části popisujeme výzkumnou strategii a techniku sběru dat, kterou jsme uskutečnili formou polostrukturovaných rozhovorů mezi jedinci s mentálním postižením a výzkumnou osobou, tedy kvalitativní výzkum.

Po technice sběru dat následuje výběr výzkumného vzorku, rozpis časového plánu realizovaného výzkumu. Pokračujeme popisem místa realizace výzkumu a popisem vstupu výzkumníka do terénu. Jádro praktické části práce tvoří analýza odpovědí na předem stanovené otázky a interpretace dat. Transkripci rozhovorů a otevřené kódování zaznamenáváme v deníku výzkumníka.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ČLOVĚK S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. Přesto se však u většiny těchto osob projevují společné znaky. Individuální modifikace těchto znaků závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na míře postižení jednotlivých funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace. Za mentálně retardované se považují takoví jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám adaptačního chování. Hladina a míra postižení některých funkcí je u nich individuálně odlišná.

Jak uvádí Pipeková (2006, s. 112), zdravotní omezení, která jsme zvyklí označovat jako postižení, provázejí lidstvo od samého začátku jeho existence a přes veškeré úsilí budou existovat i nadále. Tato realita prostupující každou společnost je i akčním polem, na němž se řeší nelehký vztah k osobám slabším, nemocným, postiženým, kteří jsou v postavení minoritním.

V naší odborné literatuře se vyskytovalo v období let 1952 až 1989 více než 20 různých označení stavu nazývaného mentální postižení či mentální retardace: např. duševně postižení, duševně defektní, duševně úchylní, duševně abnormální, atp.

„Způsob uvažování o pojmu postižení se vyvíjel již od roku 1980, kdy se tímto pojmem zabývala Světová zdravotnická organizace WHO. V mezinárodní klasifikaci postižení z roku 1980 jsou uvedeny termíny *poškození*, *omezení* a *postižení*. Výhoda této diferenciaci spočívá především v oddělení těchto tří dílčích procesů“ (Pipeková, 2006, s. 113)

Termín mentální retardace je odvozen ze slov latinského původu *mens* (2p. *mentis*), což v českém překladu znamená *mysl* a *retardatio* s významem *opožďovat*, *zaostávat*.

Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk či abnormálního vývoje mozku.

„Mentální retardace (dříve byl užíván termín oligofrenie nebo slabomyslnost) je závažné postižení rozumových schopností je prenatalní, perinatální nebo postnatální etiologie, která vede i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého člověka v jeho sociálním prostředí“ (Říčan, Krejčířová a kol. 2000, s. 151)

„Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnost myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí, k němuž dochází v průběhu

vývoje jedince. Jde o stav trvalý, který je buď vrozený, nebo dočasně získaný (do dvou let života dítěte). Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit“ (Vágnerová, 2004, s. 109).

Obě definice popisují podstatu mentální retardace, přikláníme se však spíše k definici Vágnerové, která lépe vystihuje původ mentální retardace, více vysvětluje její působení na jedince s postižením a je výstižnější v tom, že charakterizuje také důležitý aspekt nenávratnosti stavu jedince s mentální retardací. Abychom si více přiblížili výše popsané aspekty, v další kapitole se budeme věnovat etiologii mentální retardace podrobněji.

1.1 Etiologie mentální retardace

Mentální retardace vzniká nejčastěji součinností více faktorů. Většinou tedy nemá jednotnou příčinu.

„Příčinou vzniku mentální retardace je postižení CNS. Tato porucha může vzniknout různými způsoby, její etiologie se projeví kvantitativně a kvalitativně v klinickém obrazu, tj. závažností postižení a převažujícími symptomy. Jde multifaktoriální postižení, ne jeho vzniku se může podílet jak porucha genetických dispozic, které vedou k narušení rozvoje CNS, tak nejrůznější *exogenní faktory*, které poškozují mozek v rané fázi jeho vývoje. Obě složky působí ve vzájemné interakci“ (Vágnerová, 2004, s. 110)

Mentální retardace bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností, odlišností ve struktuře osobnosti.

Dle Bartoňové a Bazalové (2007, s. 145) existuje i sociálně podmíněná mentální retardace neboli zdánlivá mentální retardace. Ta je podmíněna nedostatečnou stimulací dítěte a mentální retardací jen připomíná. Projevuje se opožděným vývojem řeči, opožděným myšlením a nedostatečnou sociální adaptací. Tento deficit lze napravit změnou stimulujících podmínek – podnětností prostředí.

Lehká mentální retardace vzniká zpravidla důsledkem zděděné inteligence a vlivů rodinného prostředí. Můžeme ji sledovat v souvislosti s výchovou v nižších sociálních

vrstvách, kde se vyskytují nestabilní rodinné vztahy nebo špatné materiální či bytové podmínky. Tyto příčiny vzniku se řadí mezi *sociální faktory*.

„Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku“ (Švarcová, 2006, s. 24). Mezi poškození tohoto typu patří např. abnormality ve vývoji mozku, strukturální poškození mozkových buněk po druhém roce života dítěte.

Příčiny *genetické* (endogenní, dědičné):

- způsobené spontánní reakcí v zárodečných buňkách,
- způsobené spontánní mutací.

Příčiny vzniklé *vlivem prostředí* (exogenní):

- poškozením oplodněného vajíčka,
- infekce (intrauterinní) v těhotenství, špatná výživa v těhotenství,
- intranatální abnormální porod,
- postnatální nemoci či úrazy v dětství, nepříznivé vlivy výchovy.

Podle Valenty a Müllera (2007, s. 93) vzniká MR v období prenatálním, perinatálním a postnatálním.

Období prenatální:

- a) dědičné vlivy metabolické poruchy, nedostatek zděděných vloh k určité činnosti po rodičích
- b) genetické příčiny - mutace genů, aberace chromozomů či změny v jejich počtu
- c) environmentální vlivy - onemocnění matky v těhotenství (např. zarděnky, kongenitální syfilis, ozáření dělohy, otrava olovem, alkoholismus)

Období perinatální:

- a) předčasný porod
- b) mechanické poškození mozku při porodu
- c) hypoxie
- d) perinatální encefalopatie

e) nefyziologická novorozenecká žloutenka (hyperbilirubinémie)

Období postnatální: mechanické vlivy (mozkové léze při nádorovém onemocnění, traumata, Alzheimerova a Parkinsonova choroba), citová, sociokulturní či senzorická deprivace.

Mezi další faktory patří např. různá onemocnění matky v průběhu těhotenství, infekční onemocnění dítěte v novorozeneckém období, úrazy spojené s nitrolebním krvácením či porodní traumata. Mnohdy je velmi obtížné příčiny vzniku mentální retardace určit.

„K zaostání v celkovém vývoji může vést i nedostatečná a nepodnětná výchova. Ne vždy lze zjistit pravou příčinu onemocnění“ (Černá, Kvapilík, 1990, s. 7).

Tyto a sociální příčiny označujeme společným názvem *environmentální faktory*.

1.2 Klasifikace a charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Mentálně retardovaný člověk má sníženou úroveň rozumových schopností, v psychologii označovaných jako mentální inteligence. Tento velmi často definovaný pojem však nebyl přesně definován a psychologové se snaží již dlouho o jeho vymezení.

„Rozlišuje se inteligence emoční - což je emocionální a volní charakteristika osobnosti, uvědomění si sebe samého, sebmotivace, vytrvalost, kontrola impulzů, regulace nálad, empatie, naděje a optimismus“ (Ruisel, 2000, s. 146) Inteligence morální zahrnuje schopnost morálně uvažovat a jednat a může směřovat ke dvěma hlavním cílům: uspokojení potřeby sebeúcty a projevu respektu k ostatním lidem. Nejznámějšíma nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajícím určitému vývojovému stupni, nazývanému mentální věk a mezi chronologickým věkem:

Obr. č. 1: Matematické vyjádření vztahu dosaženého výkonu a chronologického věku

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

„Význam stanovení inteligenčního kvocientu spočívá v tom, že informuje o celkové rozumové inteligenci jedince. Nenapovídá však nic o kvantitativních zvláštlostech inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu pro poznání osoby nelze přeceňovat“. (Švarcová, 2006 cit. podle Svoboda, 1999, s. 48-49)

Švarcová uvádí (2006), že pro klasifikaci úrovně rozumových schopností existují různá pojetí.

Mezi nejuznávanější patří klasifikace podle Wechslera:

Tabulka č. 1: **Klasifikace mentální úrovně dle Wechslera**

IQ	Klasifikace inteligence
130 a výše	Značně nadprůměrná
120 – 129	Nadprůměrná
110 – 119	mírně nadprůměrná
90 – 109	Průměrná
80 – 89	Podprůměrná
70 – 79	hraniční inferiorita
69 a níže	Slabomyslnost (mentální retardace)

Zdroj: (Švarcová, 2006, s. 28)

Mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992.

Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do *šesti základních kategorií*:

Tabulka č. 2 : Klasifikace mentální úrovně dle zdravotnické organizace

IQ	mentální retardace	Diagnóza
50 – 69	Lehká mentální retardace	Slabomyslnost
35 – 49	středně těžká mentální retardace	
20 – 34	Těžká mentální retardace	
nižší než 20	Hluboká mentální retardace	
	Jiná mentální retardace s přidruženým somatickým nebo sensorickým poškozením (nevidomí, neslyšící, autisté a nemluvící)	
	Nespecifikovaná mentální retardace	

Zdroj: (Švarcová, 2006, s. 33)

„Symptomatologická klasifikace se zabývá typickými příznaky vzhledu, osobnostních rysů, somatických zvláštností, motorického, psychického vybavení mentálně postižení“ (Vítková, 2004, s. 296).

V první kapitole definujeme v rámci vymezení pojmu samotný pojem mentální retardace, přičemž v textu se vzhledem k nevyřešenému ustálení výrazu objevuje více názvosloví. Pozornost věnujeme rovněž etiologii, kterou přibližujeme prostřednictvím výroků Švarcové, Vágnerové, Valenty, Müllera, Bartoňové, Bazalové. Klasifikaci MR nám objasňuje také Švarcová v tabulce č. 1 a č. 2, kde charakterizuje jednotlivé stupně mentální retardace. Podle mého názoru nejdůležitěji popisuje podstatu MR Vágnerová, s jejímž tvrzením se totožňujeme nejvíce.

2 ČLOVĚK S HANDICAPEM A SPOLEČNOST

V textu předešlé kapitoly jsme srovnávali několik existujících definic MR, pokusili jsme se nalézt jejich společné charakteristické rysy. Ve druhé kapitole se zaměříme na postoje a vnímání handicapovaných jedinců v naší společnosti.

Ve vědomí značné části společnosti jsou neustále živé silně zažitá mýty, které negativně ovlivňují postoje a vztahy mnoha lidí bez postižení ke znevýhodněným jedincům a skupinám. Každý z nás může být v postoji k osobám s postižením do určité míry ovlivněn řadou předsudků, které se tradují. Většinou společnost žije neustále v domnění, že postižení lidé např. nejsou schopni mít smysl pro humor a že jakýkoliv úspěch, radost či zábava jsou pro ně nedostižné životní smyslnosti. Kdo chce mít pravdivější náhled na život jedinců s handicapem, musí se od tradovaných mýtů oprostit. Museli tím projít i zdraví lidé, kteří se rozhodli zasvětit svůj čas pomoci handicapovanému člověku v jeho obtížné situaci, což znamená nebýt lhostejný a navázat přijatelný vztah.

2.1 Vývoj postojů společnosti k jedincům s mentální retardací

Pohled na vývoj postojů společnosti se odráží na počátku 20. stol. v uplatňování lidských práv osob s mentální retardací.

V šedesátých letech si v oblasti mezinárodních lidských práv prolomil cestu nový dokument – Evropská liga společnosti mentálně handicapovaných. Jejím cílem bylo zabezpečení dostatečné péče v oblasti léčebné, vzdělávací, v oblasti zaměstnávání a bydlení. V roce 1971 byla Valným shromážděním Spojených národů přijata Deklarace práv mentálně postižených osob pod názvem Sunbergova. V jejím prohlášení stojí, že osobám s handicapem musí být zpřístupněno vzdělání, profesní příprava, a přístup ke kultuře v rámci světového systému celoživotního vzdělávání. V roce 1982 byl přijat Valným shromážděním OSN Celosvětový akční program, ve kterém byly zformulovány tři oblasti politiky handicapu: prevence, rehabilitace a zrovnoprávnění příležitostí.

2.2 Postoje společnosti k osobám s mentální retardací

U člověka s mentálním postižením hovoříme o jisté odlišnosti, která je při osobním setkání prvotně vizuálně patrná.

„Odlišnost, kterou v lidské společnosti disponuje člověk s viditelnou vadou, postižením, či znevýhodněním, je vždy spojena se specifickými problémy“ (Titzl, 2000, s. 163). Může být příčinou strachu či odporu u druhých lidí, např. v případě, že se jedná o silně zohyzďující či silně esteticky rušivé postižení. Přináší nejistotu, přičemž lidé nemohou nalézt způsob, jak s takto postiženým člověkem komunikovat, jak se k němu chovat, natož jak mu porozumět. Vzhledem k těmto negativním aspektům, kterými postižený jedinec disponuje, nemůže naplňovat společenské normy. Skutečností je také to, že výrazná odlišnost těchto jedinců vždy přitahovala pozornost jako magnet. Když potkáme na ulici člověka s neobvyklým a zřetelným postižením, můžeme pozorovat, kolik lidí se za ním nenápadně ohlédne. Blažek (1988) používá v této souvislosti termín „*fascinace monstrem*“ která je podle něho zcela přirozeným důsledkem silného zážitku při setkání se zřejmou negativní odlišností druhého jedince.

Slowík (2007, s. 127) uvádí tzv. ambivalentní postoj, pro který jsou příznačné různé formy současného přijetí i odmítání postižených lidí (zavržení, strpění, uctívání) přetrvává ve společnosti dodnes a zcela jistě bude ve společnosti přirozeným projevem určité nejistoty ve vztahu k těmto osobám. Už z tohoto důvodu budou lidé s handicapem vždy vytvářet v každé lidské populaci různě strukturovanou minoritu, jejíž vztah s většinovou společností bude charakterizovat permanentní hledání a řešení.

Přístup společnosti k lidem s MP se v průběhu let měnil. Vznik specializovaných zařízení měl ve své době jisté opodstatnění, ale prohlubující se segregace osob s MP od většinové společnosti se stávala stále více nežádoucí.

„Kvalita života osob s postižením je do velké míry ovlivněna postoji a převažujícími hodnotami, které společnost sdílí.“ (Šiška 2005, s. 4)

Neznámé vzbuzuje v lidech mnohem více strachu než běžné a poznané. Proto zde důležitou roli hraje informovanost. V této oblasti nám ji zprostředkovává jednak medicína a pak také ne vždy objektivní mínění laické veřejnosti. Postoje v různých společnostech se mohou lišit podle politického, kulturního a náboženského pojetí. Pro člověka s postižením je jeho stav určitou odchylkou sociální identity, společenským handicapem, který svému

nositeli zaručuje i určitá privilegia, jako např. sympatie, ohledy, trpělivost a ochotu tolerovat jisté nedostatky. Mentální postižení představuje určitý stabilní znak organismu a jedinec tak získává roli člověka s mentálním postižením včetně všech pozitivních i negativních znaků, které tato role pro společnost představuje.

Zajímavý je poznatek Vágnerové (1999, s. 100), dle které jsou obecné postoje k lidem s MP spojeny s pocitem potencionálního ohrožení vlastní přijatelné existence. Zdravý člověk si při setkání s postiženým uvědomuje svou zranitelnost, a tak se v jeho postoji projevuje i obava z možných potíží. Každý člověk ví, že i on může onemocnět, utrpět úraz a zůstat natrvalo postižený.

Osoby s MP bývají často veřejností posuzovány na základě předsudků, které jsou pro ně určitým laickým diagnostickým kritériem. Jedinci s MP jsou vystaveni zafixovaným negativním a odmítavým postojům ze strany intaktní společnosti. Tento jev tvoří bariéru ve vytváření uspokojivé integrace lidí s MP do společnosti lidí bez postižení.

Nakonečný (1997, s. 46) definuje obecně tato stereotypní mínění o třídách individuů, skupinách a objektech jako šablonovité způsoby vnímání a posuzování toho, k čemu se vztahují. Nejsou přímou zkušeností člověka, člověk je přebírá a udržuje na základě tradic. Z uvedeného tady vyplývá, že postoje k lidem postižením jsou závislé na platných zkušenostech a stereotypech. Každá společnost se snažila vyrovnat s odlišností svých členů různým způsobem, který se lišil podle toho, jaké normy a hodnoty byly v dané společnosti a v dané době. Je potřeba ze strany společnosti působit na změnu těchto zafixovaných tradic. Neboť společnost, která dopustí diskriminaci svých občanů s postižením, můžeme označit jako společnost postiženou.

V současnosti se společnost o problematiku osob s postižením zajímá stále více. Provádějí se výzkumy, kterými se zjišťují postoje společnosti k lidem s postižením. Z těchto výsledků je patrné, že postoje společnosti se mění s jejím vývojem. Výsledkem výzkumů o dopadech života v „ústavním“ zařízení bylo zavedení dvou pojmů: sociální deprivace a naučená bezmocnost. Oba pojmy dostatečně reflektují závěry, ke kterým tyto výzkumy dospěly.

2.3 Člověk s mentální retardací versus pacient

Rozdíl mezi pacientem a jedincem postižením je v tom, že pacient se snaží svůj stav zlepšit, změnit, kdežto jedinec s postižením se nachází většinou ve stavu trvalého postižení, který změnit nelze, neboť má nevratný charakter.

„Pozůstatkem nedávné minulosti je stále přetrvávající *mediace* postižení, které se projevuje především pohledem na postiženého člověka jako na pacienta.“ (Slowík, 2007, s. 192) Přičemž postižení není vždy slučitelné s nemocí. Tito lidé jsou přesto odhodláni prožívat svůj odlišný život plnohodnotně a kvalitně, nestojí o lítost, soucit a neočekávají zázraky na poli uzdravení.

Jak uvádí Slowík, člověk v naší společnosti nemůže ani očekávat různá privilegia a úlevy jako člověk nemocný – pacient, např. nemůže pracovat po dobu nemoci.

Důležitým výrazem postojů společnosti ke znevýhodněným osobám je škála termínů používaných k jejich označování. O lidech s jakýmkoliv druhem postižení se u nás nejčastěji hovoří a píše jako o osobách zdravotně postižených.

Ačkoliv zdaleka není sjednocena a ustálena nejvhodnější terminologie pro označování znevýhodněných osob, doporučuje se používat takové pojmy, které jsou jasné, výstižné, neurážející. Na prvním místě máme co dočinění s člověkem, teprve potom s jeho případnou vadou a postižením.

„Je lépe proto používat *člověk s postižením* než postižený člověk. Vhodné je hovořit a psát o osobách s *handicapem*. V pracovně právní oblasti se můžeme stále ještě setkat s výrazem *invalida*, který bývá v současnosti často nahrazováno pojmy *osoba se změněnou zdravotní schopností*, *občan s těžším zdravotním postižením* atd. Stejně tak v oblasti vzdělávání se terminologie dynamicky mění a posouvá namísto problémových nebo integrovaných žáků se užívá standardně označení děti, žáci, studenti se speciálními vzdělávacími potřebami“ (Slowík, 2007, s. 121)

V historii byli zejména vrozené vady a poruchy často spojovány se sociálními, metafyzickými, až tajemnými důvody (chování rodičů, zásah nadpřirozených sil, trest za hříchy předků, osudová znamení, apod.). Představy „normálních lidí“ o jedincích s mentálním postižením bývají opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami, předsudky a často neopodstatněnými obavami. Z toho vyplývá mnohdy rozpačitý, v některých případech i nepřátelský

postoj společnosti k lidem s MP. Jsou dokonce lidé, kteří se ve své mysli domnívají, že kategorie lidí s mentálním postižením by se neměla zúčastňovat žádného společenského života, naopak - měli by „být odklizeni“ do specializovaných zařízení, aby se na ně zdraví lidé nemuseli dívat a uvádět se do rozpaků. Výjimkou nejsou ani zdravotníci - lékaři a ostatní, jejichž pohled na tyto jedince je negativní, zrazují rodiče jedinců s MP, aby si s nimi nekomplikovali život a „dali“ je do ústavu. Tyto postoje představují zásadní nepochopení potřeb lidí s mentálním postižením a hlavně jejich nedostatečnou diferenciací. Vždyť rozdíly v mentální úrovni jedinců s mentální retardací jsou ve skutečnosti větší než rozdíly mezi nepostiženou populací. V některých odborných diskuzích se hovoří dokonce o mentální retardaci jako o samostatném biologickém druhu, jehož jedinci jsou téměř bez rozdílů.

„Toto pojetí přináší mnoho nesnází v dorozumívání i ve formulaci skutečných práv lidí s mentální retardací. Lidé s lehkou mentální retardací by měli mít nezpochybnitelné právo na samostatný život, jsou-li takového života schopni, a lidé s těžkou mentální retardací by měli mít nezadatelné právo na všestrannou ochranu a pomoc, pokud je vzhledem k závažnosti svého postižení potřebují“ (Švarcová, 2006, s. 165)

Ve druhé kapitole práce jsme vysvětlili ukotvené postoje lidí bez postižení k jedincům s mentálním postižením, coby k pacientům a mezi lidmi používanou nepřesnou a mnohdy nevhodnou terminologii výrazů pro jedince s MP. Zřejmě ještě potrvá nějakou dobu, než větší část zdravé populace bude chápat, že určitá její skupina je specificky odlišná od společenského průměru. V kultuře společnosti se musí dosáhnout toho, že existence odlišných jedinců je trvalou záležitostí a pro nekomplikovanost vzájemných vztahů je nutné naučit se s nimi komunikovat a žít.

K výše uvedenému závěru jsme v této kapitole dospěli prostřednictvím poznatků Nakonečného (1997), Blažka (1988), Vágnerové (1999), Titzla (2000), Šišky (2005), (Slowíka (2007). Je zde patrný vývoj jejich názorů vyjádřených v průběhu deseti let. S jejich myšlenkami se plně ztotožňujeme, nejvíce sympatizujeme s tvrzením Vágnerové a Nakonečného. Zastáváme názor, že vnímat druhého člověka a respektovat jeho individualitu – v případě člověka s postižením vnímat jeho postižení jako součást lidství - značí úroveň a kvalitu jedince i celé společnosti. Následující, třetí kapitola, nám napoví o zajímavých skutečnostech z oblasti péče o jedince s MP.

3 PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

O péči můžeme hovořit jako o jisté formě napojení se na druhé osoby. Tím získáváme přehled, jak ostatní lidé vnímají svůj okolní svět.

„Péče je asistence (pomoc) jedincům, u kterých dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností, k poruchám v adaptačním chování“. (Švarcová, 2006, s. 79) Péče je poskytována dvěma způsoby: humanistickým a empatickým.

V jednotlivých etapách společenského vývoje se odehrávala péče o jedince s MP v úzkém sepětí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní příslušné doby. Nelze říci, že by přístupy v péči o handicapované jedince byly od starověku až do 19. stol. humaní. Moderní trendy v péči o jedince s mentálním postižením jsou pokrokové v tom, že klientům je zabezpečovaná péče v míře, v jaké je pro ně potřebná.

3.1 Historie péče o osoby s mentálním postižením

Počátky péče o lidi s mentální retardací (dále jen MR) můžeme najít již v egyptských papírových svitcích, nalezených v Thébách kolem r. 1500 př. Kr. Postižení hlavy a těla se připisovaly úrazům hlavy a mozku. Z doby Antiky se datují tzv. *iatria*. Byly to malé nemocnice, ve kterých byli nemocní ošetřováni a léčeni lékařem s pomocí otroků. V Římě a Řecku byla obvyklá dětská infanticida, děti s postižením byly s krutostí zabíjeny vhozením do řeky Tibery či vrženy dolů se skály. Počátkem 2. stol. po Kr. byl rozšířen zvyk prodávat děti s postižením pro zábavné účely kočovníkům. Handicapovaným lidem péče poskytována nebyla. Naopak, rodiče se takových dětí snažili zbavit ihned poté, co se narodily. V jiném případě byly tyto děti prodávány coby otroci na těžké práce. Platón doporučuje klidné jedince s postižením ponechat v péči rodinného prostředí a ostatní „zuřivé“ zahubit. Lepší časy pro osoby s handicapem nastaly až v době feudalismu. S rozvojem křesťanství přicházelo i zakládání špitálů a sirotčinců. K tomuto účelu sloužily prostory klášterů, ovšem z chudoby mentálně postiženým nepomohly. Žebrota vymizela u handicapovaných až v období renesance, kdy humánnější přístup k těmto lidem a vysvětlování jevů pomocí vědy pomohly zanechat v pozadí středověké charitativní způsoby „péče“ i náboženský a démonologický výklad etiologie MR.

První ústavy pro duševně nemocné se objevovaly v 17. století. O dvě století později jsou zaznamenány nové pečovatelské praktiky jako rehabilitace, léčba a uspokojování existenčních potřeb.

V socialistické společnosti byla péče o lidi s MP v rukou státu, ovšem tito lidé byli většinou zbaveni svých práv.

3.2 Nové trendy v péči o jedince s mentálním postižením

Moderní trendy v péči o jedince s mentálním postižením jsou pokrokové v tom, že klientům je zabezpečovaná péče v míře, v jaké je pro ně potřebná. Péče se v současné době ubírá směrem, který má vést k vyproštění osob s MP z velkých neosobních ústavů a nabídnout alternativy, kde by mohli zažívat pocit „normálního života“ a zapojení do společnosti. Ještě nedávno byl v našich podmínkách okruh možností v péči o jedince s postižením stále poněkud omezený. V zahraničí se posledních dvaceti letech rozvíjely různé alternativní formy péče. Jsou zajišťované státními organizacemi, agenturami, občanskými sdruženími. Zkušenosti z těchto druhů péče jsou rozličné a to jak pozitivní tak negativní.

Velké změny v oblasti poskytování sociálních služeb přinesl nový sociální zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tyto změny se týkají všech poskytovatelů sociálních služeb včetně pobytových zařízení, kterými jsou i ústavy a domovy sociální péče poskytující služby mentálně postiženým osobám. V § 1 je vymezena působnost tohoto zákona: „Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.“ (zákon o sociálních službách, 2006)

Jak uvádí Švarcová (2006, s. 164), charakteristika služeb sociální péče má v zákoně za hlavní cíl zabezpečování základních životních potřeb osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci a nemohou si tyto životní potřeby zabezpečit sami, bez pomoci druhé osoby. Jednotlivé druhy sociálních služeb napomáhají osobám s postižením zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost a umožňují jim zapojit se do běžného života v naší společnosti. Jsou také případy, kdy stav těchto jedinců toto nedovoluje, z čehož vyplývá snaha zajistit jim důstojné zacházení a k tomu vhodné prostředí.

Prostředí sociálních služeb je charakterizované množstvím vztahů mezi lidmi a institucemi, které mají vliv na kvalitu života osob s handicapem. Jedná se vždy o vztahy, které vyžadují zákonnou oporu z důvodu ochrany práv a oprávněných zájmů těch, kteří mají sníženou schopnost je prosazovat.

Mezi základní sociální služby patří osobní asistence (terénní služba), pečovatelská služba, tísňová péče, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby (respitní), chráněné bydlení. Švarcová (2006, s. 208) uvádí, že dle zákona o sociálních službách je terénní služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Osobní asistence je terénní služba, která osobám s MP bez časového omezení, v jejich přirozeném sociálním prostředí a při činnostech, které potřebují, poskytuje dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tyto úkony:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

tostí (§ 39, zákon o sociálních službách, 2006).

Role osobního asistenta člověka s mentálním postižením je velmi složitá a náročná, a to především v tom že neustále rozhoduje o dění v životě člověka s mentálním postižením.

Pokud je člověk s mentálním postižením zbavený způsobilosti k právním úkonům, jeho rodiče plní funkci opatrovníka. Mohou tedy z tohoto titulu vystupovat v roli zaměstnavatele osobního asistenta a ovlivňovat jeho činnost, což je další specifický rys osobní asistence mentálně postižených. Osobní asistence je také velmi složitá práce v tom, že ukládá osobnímu asistentovi také roli pomocníka, advokáta svého klienta a blízkého člověka v jedné osobě. Služby osobní asistence jsou vymezené a řízené uživatelem. U osob s mentálním postižením se nepředpokládá, že by dokázalo definovat své vlastní potřeby a organizovat jejich uspokojování jinými osobami. Proto je u nás, jako je v jiných zemích péče prostřednictvím osobní asistence málo rozvinutá. Více se upřednostňuje při potřebě intenzivní pomoci odkázat občany s mentálním postižením na ústavní či jinou sociální péči. Přesto se osobní asistence jeví jednou z progresivních forem v péči o osoby s mentálním postižením. Specifická role osobního asistenta handicapovaných spočívá v tom, že svojí činností nesupluje roli některého z fyzických orgánů člověka s postižením či funkce některého z jeho smyslů (zrak, sluch), ale pomáhá kompenzovat některé nedostatky z jeho psychiky, která je někdy poškozena. do té míry, že činnost některých orgánů je nedostatečně koordinována. Tato zvláštní role osobního asistenta lidí s mentálním postižením je charakteristická mimořádnou mírou odpovědnosti. Není totiž pravděpodobné, že jeho klient bude schopen adekvátně vyjadřovat své potřeby a zájmy. Naopak, člověk s mentálním postižením je naprosto bezbranný vůči možnosti rozporuplného počínání osobního asistenta.

Pokud žije dospělý člověk nebo dítě s mentálním postižením ve své nebo náhradní rodině, může tato rodina využívat v některých případech *pečovatelskou službu*. Jedná se o terénní nebo ambulantní pečovatelskou službu, která se poskytuje ve vymezeném čase jak v domácnostech, tak v zařízeních sociálních služeb. V rodinách je tato služba využívána poměrně málo, přesto je považována za jednu z cest, jak rodině usnadnit náročnou péči zejména o člověka s těžkým mentálním postižením, spojeným se závažným omezením mobility.

Pečovatelská služba je rovněž terénní služba, jež dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytuje jedincům s MP v jejich domácnostech nebo v zařízeních sociálních služeb ve vymezeném čase tyto úkony:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- d) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (§ 40, zákon o sociálních službách, 2006)

Tisňová péče je terénní služba, která poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikací osobám vystaveným vysokému riziku ohrožení zdraví či života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, se jedná o tyto služby:

- a) poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci,
- b) sociální poradenství,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- e) pomoc při prosazování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (§ 41, zákon o sociálních službách, 2006).

Podpora samostatného bydlení: je terénní služba, která osobám s MP, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, napomáhá dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, následujícími úkony:

- a) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- b) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (§ 43, zákon o sociálních službách, 2006).

Odlehčovací služby: jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby. Jejich cílem je umožnit osobě s MP nezbytný odpočinek. Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (§ 44, zákon o sociálních službách, 2006).

Mezi novější formy péče pro mentálně postižené patří *pěstounská péče*. Některé rodiny se starají o mentálně postižené jedince za úplatu, jiné jen za nutné provozní náklady. V některých zemích se péče o lidi s postižením považuje za vysoce společensky hodnocenou aktivitu, která zvyšuje společenskou prestiž rodiny či člověka. V některých zemích probíhá i neformální komunitní péče, která vyplývá ze zájmu komunity o pomoc rodině v péči o jedince s mentálním postižením. Zapojují se do ní sousedé, přátelé či spolupracovníci rodiny člověka s postižením. Některé tyto pečovatelské aktivity bývají zprostředkovány a řízeny různými agenturami, jiné probíhají neformálně, například z pozice přátelských či sousedských vztahů. Tyto pomáhající aktivity jsou obvyklé například v Dánsku, kde se můžeme dovídat o víkendových nebo delších pobytech dětí s mentálním postižením.

„Tito jedinci jsou považováni za členy komunity, za něž nesou ostatní členové společenskou odpovědnost. Negativní stránkou je určitá závislost rodičů dětí s mentálním postižením na těch, kdo o ně pečují“. (Švarcová, 2006, s. 192)

Z pozice jedinců s mentálním postižením toto „předávání si“ handicapovaných osob není přijímáno vždy souhlasně. Pobyt handicapovaných u pečující rodiny nemusí být pro

ně příjemný, ale své pocity nedokážou ani sami vyjádřit a jsou prakticky bezbranní vlastními silami fungování tohoto druhu péče jakkoli ovlivnit.

Může nastat i situace, kdy rodiče nemohou například finančně péči o dítě s mentálním postižením nadále zvládat. Důvodem může být onemocnění rodiče, úraz atp.

„Tyto náročné situace jsou vnímány jako krizové a jsou řešeny poskytnutím tzv. služeb dočasné výpomoci a služeb osobní asistence přímo ve vlastním domově člověka s mentálním postižením“ (Švarcová, 2006, s. 198).

3.3 Integrace, normalizace, humanizace a deinstitucionalizace jako nové přístupy společnosti vůči osobám s mentálním postižením

Kapitola „Člověk s handicapem a společnost“ nás upozorňuje na to, že s lidmi s mentálním postižením se musíme naučit žít. V posledních letech zájem o naše spoluobčany se zdravotním postižením vzrostl. Novým přístupem se stala *integrace*, která je přínosem pro zvýšení všestranného rozvoje osobnosti a zlepšuje životní prožitky osob s postižením.

Jak uvádí Vítková (2006, s. 173), tento trend bývá nejčastěji označován pojmem *integrace*. Je to postoj, který handicapované jedince neodmítá, nesegreguje, ale vytváří vhodné podmínky pro jejich začlenění do všech oblastí společenského života.

Bartoňová, Pipeková a Vítková (2005 cit. podle Hoffman, 1973, s. 24) poukazuje na to, že se „ústavní“ zařízení coby „totální“ instituce stává překážkou integrace do společnosti a znemožňuje jakoukoli „normalizační strategii“, neboť pokud trvá pobyt klientů v instituci dlouho, může dojít k diskulturaci, tzn. proces zapominání naučeného. Člověku s MP je tak po čase znemožněno vypořádat se s určitými událostmi vnějšího světa.

Mezi nové prosazující trendy patří i jev zvaný *normalizace*. Zásadní myšlenkou normalizace je, že děti, mládež a dospělí s postižením by měli mít přístup k životním podmínkám a každodenním činnostem, které jsou co nejvíce podobné těm, ve kterých žijí běžní občané. Tento způsob začleňování lidí s mentálním postižením mezi nás vyjadřuje skutečnost, že tito lidé mají žít pokud možno normálním životem, jako žijí lidé bez postižení, jejich spoluobčané. Tím je míněno žít v rodině a nikoli v „ústavním“ zařízení, aby mohly být uspokojovány základní psychické potřeby člověka, jako je láska, pozornost, bezpečí, zájem,

možnost získávat vzdělání, rozvoj schopností, získávat přátele, mít možnost projevat své názory a provozovat zájmovou činnost v oblasti kulturních a sportovních činností, mít také možnost vyjádřit případnou nespokojenost se způsobem života. Vždyť kdo z běžné populace by si zvolil život v odloučení od svých blízkých a mimo přízeň otevřené společnosti, a kdo by chtěl trávit život v závislosti na lidech, které si sám nezvolil?

Bartoňová, Pipeková a Vítková (2005 cit. podle Feyerer, 2000, s. 251) vnímají prosazování normalizace nejprve ve změně našeho vědomí. Z toho vyplývá, že je nutné tento pojem rozšířit tak, aby v budoucnu zahrnoval i osoby s MP jako „normální lidi“. Až tehdy, kdy bude „normální“ znamenat zároveň jiný, odlišný, bude moci integrace fungovat.

S oběma popsanými trendy úzce souvisí tzv. *humanizace*. To znamená humanizace celé společnosti, která ve svých handicapovaných spoluobčanech dokáže spatřovat a respektovat rovnoprávné členy společnosti s tím rozdílem, že potřebují více péče a pozornosti. Tímto způsobem jim bude umožněna kompenzace jejich odlišností. Humanizace se projevuje především pozitivním přístupem k těmto jedincům, tedy v jednání, zacházení s nimi a snahou o zlepšování podmínek pro jejich život. To znamená například zajímat se o jejich zájmy a potřeby, a jestliže jsou o sobě schopni rozhodovat, dát jim k tomu možnost.

V situacích, kde se zájmy handicapovaných a zdravých rozcházejí, měl by být mentálně retardovaný jedinec upřednostněn.

Lidem s mentální retardací je zajištěna ochrana prostřednictvím Listiny základních práv a svobod. Lidská svoboda a důstojnost by měly být respektovány v každém sociálním systému jak v případě zdravých, tak handicapovaných lidí.

Humanizační trendy se vztahují také k úplnému potlačení nehumánních prostředků v oblasti výchovy, vzdělávání, v oblasti psychického a fyzického týrání či zesměšňování jejich stavu.

„Při posuzování prognózy vývojových možností lidí s mentální retardací je zapotřebí vycházet nejen ze schopností postiženého člověka a jeho osobních vlastností, ale i z podmínek jeho výchovy, rehabilitace a možností zlepšení jeho celkového stavu. Je nutno též přihlížet k měnícím se sociálně-ekonomickým podmínkám péče o mentálně retardované, k sociálním postojům a míře humanizace společnosti a v neposlední řadě k úrovni školství, která významně spolupůsobí v procesu začleňování každého člověka s mentální retardací do společnosti“. (Švarcová, 2006, s. 205)

I člověk s mentálním postižením je ve své podstatě svobodná bytost, a proto by měl mít možnost a právo spolurozhodovat o svém vlastním životě. Přání klienta je možné respektovat, pokud to není v rozporu s jeho bezpečím a bezpečím jiných osob, pokud tak není ohrožen jeho zdravotní stav a veřejný majetek.

V dnešní době můžeme pozorovat změny přístupu k lidem s mentálním postižením v tom, že se projevuje zájem o jejich potřeby, přičemž se respektuje jejich postižení, umožňuje se jim aktivní spoluúčast na koncepci péče v rámci jejich schopností.

V „ústavních“ zařízeních se přizpůsobují prostory klientům, například jsou poskytovány podmínky pro učení se dovednostem, vedení domácnosti atp. a také se jim umožňuje při navázání známosti partnerské soužití na půdě „ústavu“. Zvyšování standardů služeb přesto nenahradí člověku s MP normální způsob života mimo prostory „ústavního“ zařízení. Spousta názorů dnes hodnotí kriticky dopad velkých „ústavů“ na život lidí s MP. Týkají se toho, jak lidé s MP v segregovaných a velkých „ústavech“, které vyplňují jejich každodenní život, sociálně strádají. Jejich život je zde disciplinován a zcela odloučen od života mimo „ústavní“ zdi.

Bartoňová, Pipeková a Vítková (2005 cit. podle Goffman, 1973, s. 29) odhalují v „ústavních“ zařízeních coby tzv. „totálních“ institucích systematickou diskriminaci lidí s MP založenou na segregaci a strachu z nerozumu. Je zřejmé, že mezi „ústavními“ zdi dochází k omezování osobního a rodinného života, soukromí jednotlivce je omezeno řádem instituce, povinnostmi, příkazy a potřebami instituce. Důležitou otázkou je, zda lze považovat „ústavní“ život za „dobrovolný“, když systém v ČR je založen na podivné fikci dobrovolné smlouvy o sociálních službách mezi institucí a jedinci ve většině případů zbavenými způsobilosti k právním úkonům. Tyto aspekty mají výrazný právní rozměr.

V ČR jsou od roku 2002 vypracovány ústavní standardy sociální péče, které zahrnují všechny aspekty péče o jedince s mentálním postižením, přičemž je kladen důraz na naplnění jejich práv a na důstojnost a smysl jejich života. V roce 2004 byly postupně uvedeny do praxe. Je zde patrná změna v přístupu ke klientům, mění se také náhled na jeho přání, práva, a cílenou péči. Cílená péče je založena na individuálním plánu a jeho cílech. Plán je vypracován klíčovým pracovníkem, přičemž je zohledněna klientova spolupráce a přihlíží se k individuálním zvláštnostem postižení i k přání klienta. Respektováno je i právo na soukromí klientů, na jejich intimní život, dokonce i na volbu zařízení, do kterého má být

umístěn. Velký posun je patrný v tom, že ze strany personálu jsou vykonávané služby klientům chápány i jako služby, které si klient sám hradí. Nový přístup můžeme zaznamenat také ve zkvalitnění péče o klienty v oblasti zájmových aktivit a v obohacování mentálního rozvoje ve volném čase.

V roce 2009 byl v ČR zveřejněn závazný dokument „Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče“ na základě individuálně určených potřeb uživatelů. Pojem deinstitucionalizace neznamena okamžité zrušení „ústavních“ zařízení, ale systematickou přeměnu způsobu poskytování péče pro lidi s postižením, kteří se pak mohou přestěhovat z velkokapacitních „ústavů“ do běžných bytů či rodinných domů, kde by chtěli žít. Transformace sociálních služeb pro osoby s postižením představuje velkokapacitní péče na bydlení a podporu v běžném prostředí. Lidé s MP tak mohou žít v běžných domácnostech a vést život, kterým žijí jejich vrstevníci bez postižení. Nejedná se o rušení péče o lidi s MP, ale o změnu způsobu a podmínek jejího poskytování.

Zatímco v západoevropských zemích pojem „transformace sociálních služeb“ je ve společnosti již pevně ukotven několik desetiletí, v naší zemi probíhá proces teprve krátce a pomaleji. Směřování k transformaci velkých „ústavů“ na malá pečující rezidenční zařízení za účelem nezávislého způsobu života v nejméně omezujícím prostředí, života v komunitě, života se zapojením do společnosti představuje promyšlenou a profesionálně prováděnou transformaci služeb s ohledem na důstojnost lidí s MP, kterým má pomáhat.

Bazalová (2003, s. 209) hodnotí stav transformace institucionalizované péče tak, že jsme stále ovlivněni minulým režimem, který proklamoval segregaci a institucionalizaci jedinců s mentálním postižením a bude trvat ještě několik let, než dosáhneme plné integrace jedinců s MP do společnosti a budeme schopni jim poskytnout vše potřebné k dosažení vysokého životního standardu jejich životů.

Třetí kapitola nám umožnila nahlédnout do historie a současnosti v oblasti péče o osoby s mentálním postižením, umožnila nám dospět ke srovnání proměn péče v průběhu let od dob Antiky až po současnost. V této kapitole jsme se pokusili objasnit také spojitosti péče s novými trendy jako je integrace, normalizace, humanizace a deinstitucionalizace – tedy postoje a přístupy k handicapovaným, jako k rovnoprávným spoluobčanům. Můžeme říci, že přístup k jedincům s postižením byl vždy výrazně ovlivněn duchem doby a převládají-

cími dobovými názory. Sympatizujeme s uplatňováním humanizace a rozvojem deinstitucionalizace a jsou nám velmi blízké názory Bartoňové, Pipekové a Vítkové.

Další podrobný výčet všech navazujících principů a poznatků k danému tématu převyšuje rozsah teoretické části bakalářské práce. Následující stránky práce nás uvedou do její druhé - praktické části, kde prostřednictvím popsání kvalitativního výzkumu najdeme odpovědi na hlavní a vedlejší výzkumné otázky a následně také vyvozené důsledky a doporučení.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Pro realizaci výzkumu použijeme techniky a metody *kvalitativního výzkumu*, neboť se domníváme, že z hlediska přístupu k subjektivním interpretacím zkoumaných osob se tento typ výzkumu jeví pro výzkumníka vhodnějším než metody kvantitativní.

Hendl (2005, s. 49) vychází z poznatků, že kvalitativní výzkum zahrnuje popis a interpretaci sociálních nebo individuálních problémů a jeho podstatou je vytvoření komplexního holistického obrazu o zkoumaném jevu. Snaží se zejména o porozumění, ale nezříká se ani vysvětlení jevu, který zkoumá.

Právě kvalitativní výzkum umožňuje popis a interpretaci ať již sociálních nebo individuálních lidských problémů. Jde o způsob, který nás může dovést k detailním informacím, které se týkají života lidí.

„Kvalitativní výzkum se sice vyznačuje nízkou variabilitou, ale má vysokou validitu. Je to pružný typ výzkumu, kdy výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoli informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry“ (Hendl, 2005, s. 50).

Strauss a Corbinová (1999, s. 11) uvádí, že kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho moc nevíme. Mohou být použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme. V poslední řadě mohou kvalitativní metody pomoci získat o jevu detailní informace, které se kvantitativní metodou podchycují obtížně.

Realizace našeho výzkumu spočívá v tom, že prozkoumáme život lidí s mentálním postižením v pobytovém zařízení, popíšeme jejich pohled na svůj život, rozšíříme tak poznatky a umožníme veřejnosti pohled do „ústavního“ zařízení. Pro úspěšnost realizace výzkumu nejprve stanovíme cíl výzkumu, výzkumnou otázku a poté, na základě formulace výzkumného problému, zvolíme vhodný druh výzkumu a výzkumné strategie. Popíšeme realizaci výzkumu s následnou analýzou, přejdeme k interpretaci dat a v závěru zhodnotíme přínos pro praxi.

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem realizovaného výzkumu je zjistit, jak uživatelé sociální služby domova pro osoby se zdravotním postižením vnímají svůj život v „ústavním“ zařízení.

Jako *dílčí výzkumné cíle stanovíme* např., jak lidé s MP vidí prostředí, denní režim a přístup vychovatelů uvnitř a vně „ústavního“ zařízení a jak je hodnotí.

4.2 Výzkumný problém, výzkumná otázka

Výzkumný problém jsme formulovali do hlavní výzkumné otázky: Jak uživatelé sociální služby - osoby s mentálním postižením (dále jen MP), domova pro osoby se zdravotním postižením, vnímají svůj život v „ústavním“ zařízení? Při sestavování výzkumných otázek jsme vycházeli z definovaného cíle výzkumné části. Výzkumné otázky mají být jasné a mají vystihovat podstatu problému, který je ve výzkumu řešen. K hlavní výzkumné otázce jsme naformulovali vedlejší výzkumné otázky, které se stanou nosnými otázkami pro připravované rozhovory:

1. Jak osoby s MP žijící v „ústavním“ zařízení hodnotí své vztahy s druhými lidmi uvnitř i vně „ústavního“ zařízení?
2. Jak hodnotí svůj běžný den?
3. Jak hodnotí kvalitu svého bydlení?
4. Jaká jsou přání osob s MP žijících v „ústavním“ zařízení?

4.3 Volba výzkumné strategie a technik sběru dat

Jako *výzkumnou strategii* jsme zvolili kvalitativní výzkum, neboť tento druh výzkumu považujeme na základě vydefinovaného výzkumného problému za optimální a relevantní nástroj ke zpracování zvoleného tématu.

„Kvalitativním výzkumem rozumíme pružný typ výzkumu, kdy výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry“ (Hendl, 2005, s. 53).

Pro zjišťování údajů jsme použili jako *techniku sběru dat* polostrukturované interview, neboť, jak uvádí Chráska (2007, s. 232), takto lze všem respondentům poskytnout stejné podmínky k odpovědím a zvýšit úspěšnost rozhovoru za účelem dosažení výzkumného cíle. Vzhledem ke skutečnosti, že výsledky výzkumu se budou opírat o názory a postoje samotných respondentů, domníváme se, že tímto typem výzkumu lze nejlépe sledovat výzkumný cíl. Realizovaná struktura otázek pro rozhovory navazuje na sestavené výzkumné otázky. Jedná se o předem připravené otevřené otázky, které se vztahují k danému tématu předkládané BP. Otázky (viz Příloha P III), umožňovaly dostatečný prostor pro přirozené plynutí dialogu. Mezi nevýhody rozhovoru v našem případě patří ta skutečnost, že odpovědi na dané otázky jsou u jedinců s MP poněkud neúplné a méně srozumitelné. S přihlédnutím k nižší úrovni chápání respondentů je při rozhovoru důležitá formulace jednoduchých otázek za účelem dosažení optimálnějšího výsledku.

4.4 Výběr výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek (respondenty) jsme vybrali na základě kvótního výběru.

„Postupuje se tak, že se zvolí určité kontrolní znaky, podle nichž se výběr orientuje“ (Chráska, 2007, s. 48).

Jako výzkumný vzorek jsme zvolili pět klientů, kteří jsou v „ústavním“ zařízení Domov pro osoby se zdravotním postižením v Uherském Brodě po dobu nejméně pěti let a komunikují verbálně s drobnými nepřesnostmi. Z tohoto základního výběru pěti osob jsme provedli losováním užší výběr dle určených kritérií tak, abychom k realizaci rozhovorů získali z pěti osob tři, které jsou schopny komunikace s cizí osobou – výzkumníkem - a jejichž úroveň komunikačních schopností je pro potřebné účely nejvhodnější. Vylosované tři účastníky jsme informovali o termínu dalšího rozhovoru v průběhu dalších dvou dnů a se dvěma z pěti účastníků losování jsme v rámci dodržení etického hlediska pokračovali ve volném rozhovoru.

Z tohoto pohledu se technika rozhovoru jeví jako nejvhodnější pro zkoumání uvedeného výzkumného problému. Využití získaných poznatků může být přínosné pro lepší porozumění tématu. Pro vystižení podstaty je nezbytný postoj zkoumaných jednotlivců k prostředí, kde žijí.

4.5 Časový plán realizovaného výzkumu

Zahájení výzkumu plánujeme dne 12. 11. 2012, kdy s vrchní sestrou Domova pro zdravotně postižené v Uherském Brodě vybereme z klientů účastníky pro výzkum v počtu pěti osob, které se zúčastní losování. Rovněž naplánujeme termín uskutečnění rozhovorů (o dva dny později) s již užším výběrem respondentů včetně provedení nahrávky rozhovoru a získání demografických údajů klientů (viz PŘÍLOHA P I – záznamový arch).

Tabulka č. 3 : Časový plán realizace výzkumu

Činnost	Termín (2012)	Čas (hod.)	Popis činnosti
Zahájení výzkumu	12.11.	9.00	výběr respondentů, losování, zápis demo-údajů
Předběžný výzkum	14.11.	8.15 - 10.30	pilotní ověření otázek
Vlastní výzkum	17.11.	8.15 - 11.30	výzkumné šetření-dotazování
Transkripce rozhovorů	18.12 – 29.12.		přepis do záznamového archu
Analýza I	30. 12. - 5.1.		kódování rozhovorů
Analýza II	6.1 - 9.1.		kategorizování rozhovorů

Zdroj: Vlastní sestavení časového plánu pro realizaci výzkumu

Místo výzkumu: Domov pro osoby se zdravotním postižením v Uherském Brodě (dále jen DZP-UB), ul. Okružní 1519.

Vrchní sestra oslovila pět mužů, z nichž jsme losováním provedli užší výběr (popisujeme v kapitole 4.4. - Výběr výzkumného vzorku). Společné setkání s respondenty se uskutečnilo ve společenské místnosti, kde probíhal rozhovor s každým respondentem samostatně a trval přibližně hodinu.

Úvodem jsme se vzájemně představili a stručně vysvětlili účely rozhovoru. Respondenti byli vyrozuměni o nahrávce rozhovoru, poté jsme získali souhlas respondentů s podpisem na formuláři (předně jsme uskutečnili telefonát opatrovnici klientů ohledně nahrávky rozhovorů a získali její ústní souhlas. Opatrovnice dostala moje potvrzení o anonymitě klientů DZP-UB, že nahrávka a jména respondentů ponecháme v diskrétnosti (jeden výtisk formuláře je uložen v DZP-UB a jeden jsem si ponechala). Jména účastníků výzkumu jsme vzhledem k anonymitě výzkumu pozměnili.

Nejdříve jsme respondentům položili několik vedlejších, tzv. sondujících otázek, které tvořili kratší rozhovor (mimo nahrávání) pro vytvoření přátelské atmosféry. Další čtyři hlavní otázky mají vést k objasnění výzkumného problému.

V první fázi výzkumu se nepodařilo od respondentů získat potřebné údaje. Zjistili jsme, že připravené výzkumné otázky je nutné upravit tak, aby jejich znění bylo pro respondenty s MP méně složité a mohly tak být lépe pochopeny. Tuto první realizaci výzkumu proto považujeme za **pilotní výzkum**, který popisujeme podrobněji (viz PŘÍLOHA P II), a který nám umožnil získat patřičné zkušenosti pro vlastní výzkum. Vlastní výzkum jsme uskutečnili o tři dny později, přičemž výzkumný vzorek (respondenty) jsme ponechali beze změny. Tentokrát jsme otázky zakomponovali do delšího dialogu formou, která svojí jednoduchostí přizpůsobuje jejich smysl pro osoby s MP (viz PŘÍLOHA P III).

5 POPIS MÍSTA REALIZACE VÝZKUMU

Výzkum jsme realizovali v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Uherském Brodě (dále jen DZP). Toto zařízení zřizuje Krajský úřad Zlínského kraje a poskytovatelem jsou Sociální služby p. o., Uherské Hradiště. DZP zajišťuje celoroční a týdenní pobyt pro osoby se zdravotním postižením. DZP-UB je koedukované zařízení pro dospělé jedince s mentálním postižením a jeho celková kapacita je 64 uživatelů.

Všechny služby v DZP jsou přizpůsobeny potřebám uživatelů a realizují se na základě písemné smlouvy o poskytnutí sociální služby. Druh a rozsah služby je stanoven zákonem č. 108/2006 Sb., kde jsou rovněž uvedeny základní činnosti, které je domov povinen poskytnout uživateli ve výši přiznaného příspěvku na péči. Na základě požadavků uživatele jsou nad rámec základních činností poskytovány fakultativní činnosti za úhradu dle platného sazebníku sociálních služeb. DZP UH poskytuje služby zejména zájemcům ze zlínského regionu, ale uspokojuje požadavky žadatelů i z jiných částí republiky. Uživatelé jsou ubytováni po dvou osobách v místnosti, sociální zařízení je společné. Je zde poskytována celodenní strava, zdravotní péče.

Činnost s uživateli probíhá dle individuálních plánů na jednotlivých odděleních pobyt venku, v tělocvičně, v sauně, v RHB místnosti, na kulturních akcích pořádaných DZP. V nabídce je také pracovní terapie (keramická a šicí dílna, zahraniční i tuzemské pobyty), výchovné a vzdělávací činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Cílová skupina:

- osoby s postižením lehkého a středního stupně ve věku 18 - 64 let,
- osoby svéprávné, částečně či úplně zbavené způsobilosti k právním úkonům,
- osoby s nutnou podporou pro zabezpečení životních a osobních potřeb.

(Zdroj: Základní informace. Dostupné z: [http:// www.ouss – uh.cz](http://www.ouss – uh.cz))

5.1 Vstup výzkumníka do terénu

Získávání potřebných informací narazilo zpočátku na nesouhlas u vedení Domova pro osoby se zdravotním postižením Uherský Brod (dále jen DZP). Přes složitost průniku do zákulisí DZP po oslovení jeho vedení jsme cestu ke vstupu do DZP nakonec našli. Povolení ke vstupu jsme docílili prostřednictvím dohody uzavřené s Dobrovolnickým centrem v Uherském Hradišti. Tuto dohodu jsme ztvdili písemnou smlouvou, která je ochranou jak ze strany organizace, tak ze strany výzkumníka před možnými komplikacemi plynoucími z případného nežádoucího vývoje situace v DZP v průběhu výzkumu. V roli dobrovolného pracovníka „ústavního“ zařízení se nám otevírá možnost realizace připraveného výzkumného šetření se souhlasem pracovníků a respondentů i za pravděpodobného mírného narušení chodu denního režimu tohoto zařízení.

Shromážděný materiál, tedy data, která získáme prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů následně vyhodnotíme.

5.2 Etika výzkumu

Vzhledem k dodržení správné etiky v procesu realizace výzkumu navodíme vhodnou atmosféru pomocí vedlejších otázek směřujících k přátelské atmosféře při komunikaci jako např. zahájení rozhovoru formou vzájemného představení komunikujících osob. Následně informujeme respondenty o výzkumném záměru, o dodržení diskrétních podmínek vzájemné komunikace a o anonymitě zapsaných údajů, aby nebyla umožněna jejich případná identifikace. Respondenty rovněž vyrozumíme o možnosti odmítnutí participace na výzkumu či poskytování odpovědí na otázky, ke kterým by se vyjadřovat nechtěli. Předem uskutečněných rozhovorů jsme od respondentů získali písemný souhlas s nahráváním hlasového záznamu rozhovoru a se zápisem potřebných poznámek ohledně získaných dat.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Po realizaci výzkumného šetření, kdy jsme získali důležitá výzkumná data, jsme pokročili k další fázi výzkumu a tím je zpracování výsledků. Nahrané rozhovory jsme nejprve transkribovali (viz PŘÍLOHA P IV) a poté podrobili analýze. Získané informace o průběhu každodenního života klientů ústavního zařízení jsme rozložili, analyzovali na jednotlivé složky a po zpracování a interpretaci výsledků došlo zpětně ke složení – syntéze nově zjištěných skutečností. Hlavní a nejdůležitější rolí obsahové analýzy je vytváření kategorií. Informace z rozhovorů jsme tedy pomocí analýzy zpracovávali tak, že u jednotlivých dat, které jsme získali, jsme se zaměřili na vyhledávání pravidelností a zachycení vztahů. Nahrané rozhovory jsme si nejprve několikrát poslechli, provedli jsme jejich transkripci a následně jsme data popsali pomocí otevřeného kódování pro každého respondenta samostatně. Po pročitání rozhovorů jsme v jednotlivých slovech, větách či odstavcích, vyhledali významové jednotky podle jednotlivých událostí (jevy, pocity, soudy), které ve své charakteristice vykazovaly jistou podobnost a opatřili je příslušnými kódy.

6.1 Analýza dat

Kódy jsme vypsali s barevným rozlišením na papír a očíslovali. Čísla kódů jsme doplnili ke kódům v rozhovorech. Abychom kódy rozlišili, vzájemným porovnáváním jsme provedli jejich selekci dle společných a odlišných znaků a rozřadili je do skupin - kategorií. Poté jsme sestavili tabulku s přehledem kódů, kategorií a čísel kódů (viz. Tab. č. 3). Následně jsme přistoupili k axiálnímu kódování, kdy jsme ve vytvořených kategoriích nacházeli vazby, systematicky je uvedli do vztahu s ostatními kategoriemi a sestavili kódovací schéma (viz. Obr. č. 1).

Při sestavování tabulky (viz. Tab. č. 3) jsme vycházeli ze čtyř vytvořených kategorií (viz 1. sloupec tabulky). K jednotlivým kategoriím jsme provedli výčet příslušných kódů (viz. 2. sloupec tabulky). Pro názornost a přehled jsme dle posloupnosti kódů seřadili příslušná čísla kódů (viz. 3. sloupec tabulky).

Tabulka č. 4 : Přehled výsledků otevřeného kódování

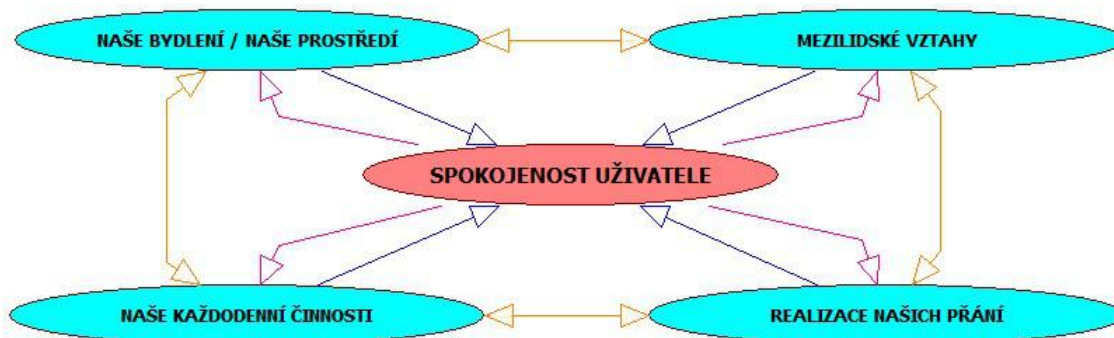
Kategorie	Kódy	čísla kódů
MEZILIDSKÉ VZTAHY	Vděčnost, Kamarádi-přátelé, Touha po setkání, Pomoc druhým, Ocenění vychovatele, Pouto lásky, Vychovatel ochránce, Potřeba partnera, Obdarovat blízké.	20, 9, 21, 30, 8, 25, 2, 12, 4.
NÁŠ VŠEDNÍ DEN - NAŠE ČINNOSTI	Spokojenost se sebou, Radost z úspěchu, Nadšení z činnosti, Hurá do dílny, Pěstujeme cibuli, Komu se nelení, Hrdý šéfkuchař, Tvoříme v dílně, Zvelebíme prostředí, Vaříme dobroty, Zdokonalíme se, Nákup pro radost, Cvičení je mučení, Fitko je náš styl.	3, 29, 28, 17, 27, 6, 7, 10, 13, 19, 24, 14, 31, 18.
NAŠE BYDLENÍ – NAŠE PROSTŘEDÍ	Pokoj naše království, Zahrada je ráj, III oddělení - za děvčaty!, Dáme přednost cvičení, Hurá do dílny, Oblíbené prostředí, Muži, ženy – odděleně, Vaříme dobroty, Fitko je náš styl.	15, 16, 5, 22, 17, 1, 23, 19, 18.
REALIZACE NAŠICH PŘÁNÍ	Víkend s rodinou, Hurá do dílny, III oddělení – za děvčaty!, Vytoužené přání, Touha po setkání.	26, 31, 17, 5, 11, 21.

Zdroj: vlastní výzkum, realizovaný dne 17. 11. 2012

6.2 Interpretace dat a shrnutí výsledků výzkumu

V následující kapitole se seznámíme s interpretací kategorií vzniklých při analýze rozhovorů, což je přínosné pro zodpovězení vedlejších výzkumných otázek a poté pro nalezení odpovědi na hlavní výzkumnou otázku. Seskupením množství kódů jsme dospěli k vytvoření následujících čtyř kategorií:

Obr. 1: Grafické schéma axiálního kódování – vztahy mezi kategoriemi



6.2.1. Kategorie „Mezilidské vztahy“

Tuto kategorii jsme vytvořili na základě pojmů, které vypovídají o pocitech respondentů při jejich vzájemném kontaktu v „ústavním“ zařízení jednak s ostatními klienty a také s vychovateli. Kategorie obsahuje následující kódy:

Vděčnost /20, Kamarádi, přátelé / 9, Touha po setkání /21, Pomoc druhým /30;, Ocenění vychovatele /8, Obdarovat blízké /4, Vychovatel – ochránce /2, Potřeba partnera /12, Pouto lásky /25

Shrnutí: Tato kategorie nám poskytuje odpověď na první vedlejší výzkumnou otázku: „**Jak klienti hodnotí své vztahy s druhými lidmi uvnitř i vně ústavního zařízení a s kým se přátelí?**“

Ze zjištěných dat při rozhovorech respondentů vyplývá, že mezi sebou mají velmi přátelské vztahy, běžným jevem mezi nimi je každodenní spolupráce a vzájemná pomoc. Naše poznání směřuje také k tomu, že v prostředí ústavu se vytvářejí rovněž partnerské vztahy mezi opačným pohlavím a jsou dokonce dlouhodobé, trvající několik let. Naopak jsme během kvalitativního výzkumu zaznamenali, že klienti „ústavního zařízení“ nemají povoleno udržovat kontakty a vztahy s lidmi mimo „ústavní“ zařízení a tento řád bez negativních pocitů plně respektují. Jak vyplývá z uvedených skutečností a kategorizace dat, respondenti jsou na půdě „ústavního“ zařízení s existujícími mezilidskými vztahy velmi spokojeni, a to jak mezi sebou, tak mezi nimi a vychovateli. Jejich vysloveným přáním je realizace dosud absentujících vztahů a kontaktů s rodinou, pokud nějakou mají, pro mnohé však zůstává tato touha nedostižným snem. Důvodem je většinou ta smutná skutečnost, že ze strany příbuzných zájem o kontakt schází.

6.2.2. Kategorie „Náš všední den - každodenní činnosti“

Druhou kategorii jsme vytvořili seskupením množství pojmů vyskytujících se ve větách, které se týkají oblasti běžných každodenních činností klientů v „ústavním“ zařízení. Zaznamenaná data o činnosti klientů v průběhu denního režimu nám mohou pomoci objasnit kvalitu jejich života prostřednictvím jejich úhlu pohledu. Kategorie vznikla seskupením následujících kódů:

Spokojenost se sebou /3, Radost z úspěchu /29, Nadšení z činnosti /28, Hurá do dílny /17, Pěstujeme cibuli /27, Komu se nelení.../6, Hrdý šéfkuchař /7, Tvoříme v dílně /10, Zvelebíme prostředí /13, Vaříme dobroty /19, Zdokonalíme se /24, Nákupy pro radost /14, Cvičení je mučení /31.

Shrnutí: Z popsané kategorie nám vyplývá odpověď na druhou vedlejší otázku: **Jak osoby s MP žijící v „ústavním“ zařízení hodnotí svůj běžný den, co dělají a co by si přáli dělat?“**

Naše zjištění se opírá o skutečnosti, že klienti tohoto zařízení projevují nadšení a elán ve sdílení nabídky denního programu, nabízených organizovaných činností v oblasti sportu i kultury, rádi jezdí na zájezdy a na sportovní akce v každém ročním období, není jim pře-

kázkou ani žádná zadaná práce v prostředí budovy a jejího okolí. Mají rádi práci na zahradě, těší se velmi z práce v dílnách a rádi také dokazují svoji samostatnost a nápady při vaření či přípravě jednoduchých jídel., o které se po zhotovení společně rozdělí. Taktéž, co se týká dostatečného množství odpočinku, relaxace a spánku, je zřejmě vyvážené úměrně k zátěži a na straně klientů je patrná spokojenost. Výzkumné šetření nás tedy přivádí k poznání, že klienti jsou s denním režimem spokojeni, běžné, zavedené každodenní činnosti provozují bez výhrad a nepřejí si žádné změny.

6.2.3. Kategorie „Naše bydlení, naše prostředí“

Ke vzniku této kategorie jsme dospěli prostřednictvím kódů odvozených z částí vět se společným motivem, který se týká okolností kolem vnitřního a vnějšího prostředí „ústavního“ zařízení, kde klienti s LMP žijí. Úseky těchto vět byly opatřeny následujícími kódy:

Pokoj - naše království /15, Zahrada je ráj /16, „Fitko“ je náš styl /18, Třetí oddělení – za děvčaty! /5, Vaříme dobroty /19, Dáme přednost cvičení/22, Hurá do dílny/17, Oblíbené prostředí /1, Muži, ženy – odděleně /23.

Shrnutí: Třetí kategorie nám umožňuje najít odpověď na třetí vedlejší výzkumnou otázku:

„Jak osoby s MP žijící v „ústavním“ zařízení hodnotí kvalitu svého bydlení?“

Z dialogů tedy vyvozujeme pravděpodobnou spokojenost s úrovní poskytovaného bydlení, nabízených služeb v oblasti stravování, hygieny, zdravotnické péče, sestavení programu, denního režimu a celkového vybavení prostor uvnitř i vně „ústavního“ zařízení. Z názorů klientů je zřejmé, že na svém způsobu bydlení nejsou potřební nic zásadního měnit, že v jejich životě se ustálili stereotypní návyky a pohodlí „ústavního“ způsobu života. V jejich zájmu není patrná potřeba osamostatnění se a potřeba deinstitucionalizace.

6.2.4. Kategorie „Realizace našich přání“

Čtvrtou kategorii jsme vyselektovali ze skupiny kódů, které se vztahovaly k určitým přáním klientů „ústavního“ zařízení. Jedná se o následující výčet kódů:

Víkend s rodinou /26, Hurá do dílny /17, III oddělení – za děvčaty /5, Vytoužené přání /11, Touha po setkání /21.

Shrnutí: Pomocí čtvrté kategorie můžeme zodpovědět na poslední výzkumnou otázku: **Jaká jsou jejich přání?** Zaznamenaná data z dialogů nás směřují k tomu, že přání klientů „ústavu“ pro osoby s MP se v největší míře týkají touhy po kontaktech s rodinnými členy, ale také častějších kontaktů s klientkami „ústavního“ zařízení, které bydlí v odděleném pavilonu. Zde je mohou občas s doprovodem vychovatele navštěvovat. Na této skutečnosti můžeme sledovat u klientů přítomnost přirozených lidských emocí a orientace na opačné pohlaví. Další přání jsou zaměřena do oblasti sportovního vyžití, konkrétně touha zúčastnit se sportovních závodů, což souvisí s přítomností zdravých lidských vlastností jako touha po seberealizaci, soutěživosti a touha po dosažení uspokojujících cílů, jako jsou výhra, úspěch, uznání a odměna. Z analýzy záznamu rozhovorů jsou pro nás překvapivé a směrodatné poznatky o výše uvedených přáních klientů, která se týkají vytoužených kontaktů s příbuznými – např. víkendové návštěvy rodinných členů, ale zároveň zde sledujeme zřetelnou touhu po návratu z víkendu zpět do „ústavního“ zařízení. Z tohoto hlediska můžeme u klientů „ústavního“ zařízení pozorovat, jak vysoká je intenzita závislosti na péči druhých po mnoha letech institucionalizovaného života.

Výsledkem zpracování dat jsou závěry šetření, které obsahují popis pravidelností a odlišností, které jsme objevili ve výzkumném vzorku.

Vyhodnocením dat jsme dosáhli výsledku, který nám umožňuje zodpovědět výzkumnou otázku, která zní: „jak uživatelé s MP vidí svůj život v „ústavním“ zařízení?“ Na základě těchto výsledků lze říci, že zkoumaný vzorek vykazuje relativní spokojenost se způsobem svého života - tedy života v „ústavním“ zařízení.

7 ZÁVĚR

Dle mého názoru by se osoby s MP žijící v „ústavním“ zařízení měly postupně navracet do společnosti a zapojit se do života vedle ostatních spoluobčanů. Důležitými kroky na této cestě jsou strategická jednání, která popisujeme v paradigmatickém modelu, tedy činnosti rozvíjející samostatnost a dovednosti uživatelů „ústavního“ zařízení, dále budování sociálních návyků a zdokonalování sebeobsluhy, získávání nových zkušeností a poznávání jiného způsobu života, než jim bylo dosud umožněno. Zásadním a nesnadným krokem této cesty je převzetí zodpovědnosti sám za sebe, kterou člověk s mentálním postižením může, ale nemusí přijmout.

Stále častěji se tak hovoří o integraci postižených osob do běžné společnosti, kde by mohli prožívat svůj život plnohodnotně a důstojně ve středu komunity a ne na jejím okraji, jak tomu bývalo v minulosti. Z těchto důvodů je však třeba přizpůsobit prostředí a služby potřebám osob s postižením a především rozvíjet jejich kompetence pro zvládnutí samostatného života. Pokud osoby s MP prožily svůj dosavadní život v „ústavní“ péči, kde jim byla poskytována maximální podpora a nemusely samostatně řešit žádné složitější problémy, stává se tato příprava náročnější ve všech oblastech. V teoretické části této práce, jsme popsali nové možnosti a přístupy, které umožňují lidem s MP, aby mohli žít ve vlastních domovech. Tento přístup, který nazýváme *podporovaný způsob života*, má lidem s postižením umožnit to, co chtějí a potřebují. Tedy žít vlastní rodinný život ve své domácnosti, udržovat styk s původní rodinou, užívat služby a aktivity jako lidé bez postižení, žít v bezpečí, mít své přítomné a budoucí volby, které ovlivňují jejich život. Výzkumy zobrazují, že lidé s postižením nepotřebují žít v „ústavním“ zařízení, ať už je jejich postižení jakkoli závažné, neboť život v otevřené společnosti vede k větší míře nezávislosti a k osobnímu rozvoji jednotlivce.

Současný vývoj demokratické společnosti neustále přináší mnohé problémy, se kterými se musí člověk ve svém životě potýkat, zejména patologické či nežádoucí chování jedinců, skupin, popřípadě celé společnosti. Toto představuje pro naše spoluobčany s MP velmi nebezpečné nástrahy, před kterými je potřeba, aby byli ochraňováni.

Za dosud přetrvávající problém v této oblasti však považuji přístup některých občanů naší společnosti, kteří se k lidem s MP staví tak, že je přehlížejí a oddělují. Důvod spatřuji

v neznalosti, neinformovanosti. Proto navrhuji prostřednictvím médií větší osvětu o našich spoluobčanech s MP, o tom, že i když jsou od nás odlišní, jsou přesto neoddelitelnou součástí naší společnosti a oblast mentálního postižení se, byť jen nepřímo, dotýká každého z nás. Vždyť prubířským kamenem každé společnosti je úroveň jejího zájmu o občany, kteří jsou na ní závislí. Lidé s MP představují jednu z nejpočetnějších skupin handicapovaných občanů, a přesto se o nich ví poměrně málo. Jejich zvláštní životy se proto staly klíčovým tématem bakalářské práce.

Odpověď na položené výzkumné otázky nebyla jednoznačná, neboť se jedná o problematiku dotýkající se lidských bytostí coby individualit. Vždyť člověk ve své podstatě a ve svém chování a prožívání je velmi originální.

Obecná doporučení:

Domnívám se, že z výsledků empirického výzkumu lze odvodit i obecná doporučení platná pro větší spokojenost klientů se svým životem v „ústavním“ zařízení, kde žijí:

- ❖ přiblížit současný životní režim klientů v „ústavní“ péči v maximální možné míře životnímu režimu intaktní společnosti a běžnému chodu domácnosti, rodiny,
- ❖ rozvíjet kompetence klientů pro samostatné zvládnání běžných úkonů, jako je nakupování, nakládání s finančními prostředky, jednání na úřadech, zvládnání samostatného pohybu a cestování,
- ❖ rozvíjení kompetencí pro zvládnání určitého povolání,
- ❖ přehodnocování způsobilosti k právním úkonům u klientů v „ústavní“ péči, alespoň do takové míry, aby mohli činit základní právní úkony, jako je nakládání s finanční částkou, nákupy a další základní činnosti,

- ❖ příprava intaktní společnosti na společné soužití s mentálně postiženými jedinci z „ústavního“ zařízení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTOŇOVÁ, M., B. BAZALOVÁ a J. PIPEKOVÁ. *Psychopedie*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007, 150 s. ISBN 978-80-7315-144-7.
2. BARTOŇOVÁ, M, J. PIPEKOVÁ a M. VÍTKOVÁ. cit. podle GOFFMAN Erving, 1973 a FEYERER Ewald, 2000. *Integrace handicapovaných na trhu práce*. 1. vyd. Brno: MSD, 2005, 102 s., 107 s., 251 s. ISBN 80-86633-31-4.
3. BLAŽEK, Bohuslav a Jiřina OLMEROVÁ. *Světy postižených*. Praha: Avicenum, 1988, 255 s. ISBN 08-083-88.
4. ČERNÁ, Marie a Josef KVAPILÍK. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum, 1990, 134 s. ISBN 80-201-0019-9.
5. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008, 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
6. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
7. MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011, 440 s. ISBN 978-80-73-67-859-3.
8. PIPEKOVÁ, Jarmila et al., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
9. RUISEL, Imrich. *Základy psychologie inteligence*. Praha: Portál, 2000, 184 s. ISBN 80-7178-425-7.
10. ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. Brno: Paido, 1998, 268 s. ISBN 80-85931-48-6.
11. ŘÍČAN Pavel, Dana KREJČÍŘOVÁ a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006, 608 s. ISBN 978-80-247-1049-5.
12. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
13. ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum 2005, 100 s. ISBN 80-246-0992-4.

-
14. ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2006, 224 s. ISBN 80-7367-060-7.
 15. TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: PedF UK, 2000, 250 s. ISBN 80-86039-90-0.
 16. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
 17. VALENTA Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie, teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 80-7320-039.

Internetové zdroje

Internetový odkaz:

1. zákon č. 108/ 2006 Sb. o sociálních službách. Dostupné z: [http:// www.mpsv.cz/cs/9](http://www.mpsv.cz/cs/9)
[Cit. 2. 11. 2012]
2. Základní informace. Dostupné z: [www. ouss – uh.cz](http://www.ouss-uh.cz)

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MP	Mentální postižení
MR	Mentální retardace
tzv.	Tak zvaný
s	Strana
BP	Bakalářská práce
ČR	Česká republika
č.	Číslo
apod.	A podobně
atd.	A tak dále
Sb.	Sbírký
R1	Respondent 1
R2	Respondent 2
R3	Respondent 3
Tab.	Tabulka
Obr.	Obrázek
Cit.	Citace
Vyd.	Vydání
CNS	Centrální nervová soustava
IQ	Intelligenční kvocient

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1: Matematické vyjádření vztahu dosaženého výkonu a chronologie věku.....s. 16

Obr. č. 2: Grafické schéma axiálního kódovánís. 44

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1: Klasifikace mentální úrovně podle Weschleras.16

Tab. č. 2: Klasifikace mentální úrovně dle zdravotnické organizaces.17

Tab. č. 3: Časový plán realizovaného výzkumus.38

Tab. č. 4: Přehled výsledků otevřeného kódovánís.43

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Záznamový arch s demografickými údaji

PŘÍLOHA P II: Pilotní ověření otázek pro dotazování

PŘÍLOHA P III: Dotazování – výzkumné šetření

PŘÍLOHA P IV: Transkripce rozhovorů z výzkumného šetření

**PŘÍLOHA P I: ZÁZNAMOVÝ ARCH S DEMOGRAFICKÝMI ÚDAJI
RESPONDENTŮ**

Respondent 1 (R1)

Pohlaví: muž

Věk: 37 let

Vzdělání: osvobozen od povinné školní docházky

Doba pobytu v současném ústavním zařízení: 21 let

Místo, odkud přišel do současného zařízení: ÚSPM Velehrad

Úroveň MP: Středně těžké mentální postižení

Počet sourozenců: 2

Rodiče: matka: 65 let, otec 68 let, oba nejeví o syna zájem

Rodinné vazby: jezdí asi 2-3x ročně na 1 týden k tetě na Slovensko

Respondent 2 (R2)

Pohlaví: muž

Věk: 33 let

Vzdělání: ukončená školní docházka na PŠI Vřesovice

Úroveň MR: Lehké mentální postižení

Počet sourozenců: 1

Rodiče: matka a otec nejeví o syna zájem

Rodinné vazby: rodina nejeví zájem

Respondent 3 (R3)

Pohlaví: muž

Věk: 31

Vzdělání: Zbaven povinné školní docházky

Doba pobytu v současném ÚZ: 25 let

Místo, odkud přišel do současném ÚZ: ÚSPM Velehrad

Počet sourozenců: 1

Rodiče: zemřeli

Rodinné vazby: navštěvuje se asi 2x ročně se svou sestrou, která je rovněž s MP

PŘÍLOHA P II: PILOTNÍ OVĚŘENÍ OTÁZEK PRO DOTAZOVÁNÍ

Termín: 14. 11. 2012

Čas: 8.15 - 10.30

Místo realizace: Domov pro osoby se zdravotním postižením v Uherském Brodě (dále jen DZP-UB), ul. Okružní 1519

Otázky pro rozhovory:

1. V kolik hodin jsi dnes vstával?
2. Byl jsi buzen budíkem či sestrou nebo sám?
3. Měl jsi rozsvičku a bývá rozsvička i v jiných dnech?
4. Připravoval jsi sám snídani?
5. Jaký máš plán po našem rozhovoru?
6. Jsi v prostředí, kde bydlíš, spokojen?
7. Trávíš víkendy jinde a kde?
8. Navštěvuješ příbuzné nebo oni tebe?
9. Kolik vás bydlí společně na pokoji?
10. Rozumíš si se spolubydlicími a pomáháte si?

Respondent R1 :

- 1.) Ehm....nevím....třebas.....v sedum.
- 2.) Sám.Ano.
- 3.) Nevím...né.
- 4.) Éhm...nó..né ,haha.
- 5.) Nevím...na pokoji asi.....á....nevím, no ...
- 6.) Ehm... ano.
- 7.) U tety .
- 8.) Tetu.... Néé..
- 9.)Dva jsme , dva..
- 10.) To ,ano, jó....hm..

Respondent R2:

- 1.) okolo sedum .
- 2.) sam, hmm.. sam se budím.jo.
- 3.) to ne.
- 4.) to ne....pomáhám,jo, já pomáhám.
- 5.) posilovna, hmm - tam cvičím,.....v posilovně.
- 6.) Jo... ,líbí se mi, ..líbí,jsem,...jo.
- 7.) na pokoji. Nó-jo.... tady.
- 8.) Né...to ne.
- 9.) Dvá.
- 10.) nó.... my si dycky pomáháme aji si vykládáme...spolu.

Respondent R3:

- 1.) Já vstanu dycky v sedum a umyju si zuby
- 2.) Já už nespím
- 3.) Tó, to necvičím
- 4.) Ano,ano já zalévám čaj
- 5.) To nevím ještě
- 6.) Já jsem tu moc moc spokojený. ...Jsem rád.
- 7.) Jásá ..půjdu do města ...asi
- 8.) Jo,..jáá mám sestru.....v Hodoníně.Ano.
- 9.) My sme dva....jóó...dva sme.
- 10.) My si tóó...no...rozumíme si....Ano.

PŘÍLOHA P III: DOTAZOVÁNÍ – VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Termín realizace výzkumu: 17. 11. 2012

Čas: 8.15 - 11.30

Místo realizace výzkumu: Domov pro osoby se zdravotním postižením v Uherském Brodě (dále jen DZP-UB), ul. Okružní 1519.

Otázky pro rozhovory:

- 1.) Co nejraději přes den děláš, a co z toho bys třeba dělat nechtěl? Např. chtěl bys dělat raději něco jiného, než ti vychovatelé určí?
- 2.) Máš tady kamarády, třeba na svém pokoji nebo z jiných pokojů? S kým se nejraději kamarádíš nebo si vzájemně pomáháš?
- 3.) Jak se ti líbí tady v domě všechny prostory, např. tvůj pokoj a jiné místnosti, do kterých chodíš, jejich vybavení - zařízení místností, zahrada? Do kterých chodíš nejraději?
- 4.) Navštěvuješ svoje příbuzné, např. rodiče, sourozence, o víkendu nebo na delší dobu, nebo mi pověz, zda oni navštěvují tebe tady v domě? Chtěl by s nimi bydlet raději než tady v domě?

PŘÍLOHA P IV: TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ Z VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

ROZHOVOR 1:

Respondent R1: (Ondra)

KÓDY:

Ot. : Ondro, jak se ti tady v domě líbí, a co všechno děláš přes den?

R1 : Nó...já...mně se tu líbí...třebas na zahradě se mně líbí...a tak.

1/Oblíbené prostředí

Ot. : A co se ti líbí na zahradě, pracovat nebo ta příroda v zahradě?

R1 : Příroda...potom...hrabu třeba listy

13/Zvelebení okolí

A někdy se mně to nechce už ...umím aji zalévat. Třebas u toho stromu to dycky zalévám.

16/ Zahrada je ráj

Ot. : Děláš ještě nějaké jiné práce na zahradě?

R1 : nedělám.

Ot. : Chtěl by ses nějaké nové práce naučit dělat?

R1 : nó...to jo.

Ot. : Kdo by tě, Ondro ty nové práce naučil?

R1 : Mě...no...já se to dycky naučím...sám a taky s vychovatelema. Oni mě učí aji dycky všechno...lepší.

Ot. : Ondro, co ještě během dne děláváš tady v domě?

R1 : Já dělám rád třeba vystřihování. Chodím třeba do dílny a mám nůžky...aji vychovatelka. Mám rád dílnu.

10/Tvoříme v dílně

Ot. : Umiš sám něco vystřihnout, nebo ti někdo pomáhá? Z papíru stříháš, že?

R1 : Sám stříhám...sám...To je moc barev...moc.

3/Spokojenost se sebou

28/Nadšení z činností

Ot. : Poznáš ty všechny barvy?

R1 : Třebas modrou...žlutou taky.

Ot : Co bys vystřihnul ze žlutého papíru, znáš něco venku v přírodě, co má žlutou barvu?

R1 : Nóó...kytičku...tu třebaš vystřihnou.

Ot. : A co ještě je v přírodě žluté?

R1: Nevim.

Ot. : Sluníčko. Uměl bys to vystřihnout?

R1 : To ne.

Ot. : Chtěl by ses naučit poznávat i další barvy a vystřihnout slunce?

R1 : Nó...to jo. To se třebaš já dycky naučím s vychovatelema.

24/Zdokonalíme se

Ot. : Máš rád nějaké jiné sportování, cvičení, pohyb, abys byl zdravý?

R 1 : Já necvičím...radši.

Ot.: Tebe to nebaví, nebo tě něco bolí při cvičení, nebo máš rád jiný pohyb – sport?

R1 : No třebaš jdu na procházku...s vychovatelema. Aji na zahradu.

22/ Dáme přednost procházce

Ot. : Máte tady fitcentrum, ty do něho nechodíš?

R1 : Né. To ne.

31/Cvičení je mučení

Ot. : Chodíváte taky na plavání a do sauny. Chodíš tam rád?

R1 : Do sauny né...ale umim plavat...to jo. Chodime tam s vychvatelema.

Ot.: Ondro, máš nějaké přání? Co by sis rád přál?

R1 : To nevim.

Ot. : Co by sis přál vidět, nebo dělat nebo někam jet, a tak podobně?

R1 : Soutěž...třebaš.

11/Vytoužené přání

Ot. : V čem bys rád soutěžil, co dobře umíš?

R1 : Už nevím.

Ot. : Chtěl bys něco vyhrát, třeba medaili nebo jinou odměnu?

R1 : Jo...hihi...autíčko třeba.

Ot. : Myslíš, že bys mohl soutěžit ve vaření? Co umíš vařit?

R1 : Brambory

19/Vaříme dobrotu

Ot. : ... a ještě něco? K bramborám na talíř ještě něco patří.

R1: Kompot třeba.

Ot. : Je, Ondro, ještě něco, co by sis přál?

R1 : Třeba se podívat na Trojku. Tam je Maruška.

Ot. : Chceš se vidět s Maruškou?

R1 : Jo a dám jí bonbóny...z obchodu.

4/ Obdarovat blízké

Ot. : Ty kupuješ v obchodě pro Marušku bonbóny? To je dárek? A máš na ně penízky?

R1 : Jó...mám kapesné a v obchodě to koupím...ve městě...a nějaký výlet...autobusem.

14/ Nákupy pro radost

Ot. : Ondro, kam bys rád jel?

R1 : Třeba k tetě. Mám rád tetu. Ona někdy přijede.

Ot. : Teta si tě odveze na víkend, nebo na delší dobu?

R1 : Nó...na víkend.

26/Víkend s rodinou

Ot. : Chtěl bys zůstat bydlet u tety bydlet?

R 1 : Né...to nemožu !...musím se dycky vrátit.

Ot. : Ondro, jaké tu máš kamarády, můžeš mi říct něco o tom, s kým se kamarádíš?

R1 : Já mám kamarády aji na pokoji a na jiných pokojích taky,...to je blízko. A Marušku.

Ot. : Maruška je tvoje přítelkyně? Máš ji rád?

9/ Kamarádi- přátelé

R1 : Jó... mám...Ona vyšívá ubrus...to je barevné.

Ot. : Ondro chtěl bys s Maruškou bydlet na pokoji raději než s kamarády?

R1 : Né...to ona musí byt na Trojce...tam bydlí holky.

23/Muži, ženy odděleně

Ot. : Jsi spokojený na pokoji se svým spolubydlícím?

R1 : Jó...to jo.

Ot. : Rozumíte si spolu, nezlobíte se na sebe?

15/Pokoj naše království

R1 : Né...my se ani nehádáme...skládáme věci a uklidíme, aji si něco říkáme třeba.

Ot. : Vychovatelka vám to zkontroluje nebo vám pomůže a poradí?

R1 : Jó...ona nám to dycky ...třebas poradí, co chceme.

30/Pomoc druhým

Ot. : Ondro, jsi tu se vším spokojený a nic ti neschází? Máš se dobře?

R1 : Nó...já su spokojený.

ROZHOVOR 2:

KÓDY:

Respondent R2: (Michal)

Ot. : Míšo, jak jsi spokojený tady v domě, líbí se ti tady

1/ Oblíbené prostředí

R2: Hm...mně se tu líbí ... dílna se mně líbí...a tak.

Ot. : Jsi spokojený se svým pokojem, nebo bys chtěl raději nějaký jiný pokoj?

R2 : Spokojený.

Ot. : Jsi spokojený i se svým spolubydlícím, rozumíte si a jste na sebe hodní?

R2: Jó... on je hodný na mě... A já taky, mu aj pomáhám, ...aj uklizení a tak.

Ot.: Nevadí ti, že musíš každý den uklízet?

R2: Nevadí.

Ot.: Uklízíte si pokoj spolu a a pomáháte si, nebo každý uklízíte jen to svoje?

R2: Spolu...si ...pomáháme si taky. Já uklidím prach a ustelu posel.

30/ Pomoc druhým

Ot. : Máš tu v domě své kamarády?

R2: Jó...mám několik moc kamarádů.

9/ Kamarádi- přátelé

Ot. : Co třeba spolu děláte, jak často se vidíte?

R2: Hmm... oni bydlí taky na pokoji...taky...tady.

15/ Pokoj naše království

Ot.: Děláte spolu ještě kromě úklidu nějaké jiné práce?

22/ Přednost procházce

R2: Jo...nó...my jdeme taky spolu do města. V pátek.

Ot.: Tam nakupujete, nebo se jen tak procházíte?

R2: Koupím si bombóny. Kamarád taky si koupí... My se rozdělíme...aj si vyměníme ty bombóny.

14/ Nákupy pro radost

Ot : A v jiném dnu než pátek nemůžete jít do města? To je podle toho, jak vám to

vychovatelé dovolí?

R2: Né...v pátek já dostanu kapesné...aj kamarádi.

Já jsem aj ve městě spadl.

Ot.: A stalo se ti něco?

R2: Jo.Vychovatelé jsou hodní. Aj kamarádi...pomohli mně ...jako zvedli.

2/ Vychovatel ochránce

30/ Pomoc druhým

Ot.: Míšo, máš tu hodně vychovatelů? Pomáhají ti a poradí se vším, co potřebuješ? Jsi spokojený, jak se ti věnují?

R2: Nó...ono mě něco třeba ukážou...hmm...nebo poradí mně...taky...a něco mě dost nedovolí.

8/ Ocenění vychovatele

Ot.: Míšo, co děláš přes den, můžeš mi to povyprávět?

R2: No...hmm...já někdy dívám na film.

Ot.: Jaké filmy máš rád a do kdy se večer můžeš dívat na televizi?

R2: Já mám rád pohádku ...to mám rád moc.

Ot.: Do kdy se díváš a v kolik chodíš spát?

Ot.: Míšo, máš nějaké přání, co bys chtěl, aby se ti povedlo?

R2: Nóó...já...spat bych chtěl. Já nemůžu spat...no.

11/ Vytoužené přání

Ot.: A proč nemůžeš spát, něco tě bolí?

R2: Nebolí.

Ot.: Něco tě vyrušuje, a proto nespíš?

R2: Nevyrůšuje. Já se budím furt sám a mě nebolí nic.

Ot.: A máš ještě nějaké jiné přání?

R2: Zhubnout....bych chtěl. Už jsem zhubnul...3 kila.

18/ Fitko je náš styl

Ot.: Ty držíš dietu?

R2: Né, já cvičím...ve fitku.

Ot: Míšo, chtěl bys aby se tady v domě něco změnilo?

R2 : Né... nechtěl. Stejně.

ROZHOVOR 3:

Respondent R3: (Vítek)

Ot.: Vítku, jak se ti tady v domě líbí a co všechno děláš přes den ?

R3: ...líbí se mně tady všechno, ...Ano. Všecko. Ají práca , třeba...se mně líbí,

nó?

28/Nadšení z činností

Ot.: Jaká práce se ti tu líbí?

R3. : nó – třeba – v tom...na zahradě, nó? Ají v dílně, třeba...v dílně – keramické,

potom ještě v tom ...skleník ...tam tó...pomáham, víš?

16/Zahrada je ráj

Ot. : A co jsi ve skleníku vypěstoval?

R3.: Nó...tó... cibulu, nó? mrkev ají, nó ? A... ináč , ináčku já třeba stanu, umyju si

zubý, postírám si prach... na pokojí, víš?

27/Pěstujeme cibuli

Ot. : A co jídlo, chystáš někdy také nějaké jídlo? chystáš například snídani ?

R3.: Nó...ají, nó- ají...dělám!

Ot. : A také třeba sám namažeš chleby, nebo něco jiného k jídlu umíš připravit?

R3: Já třeba tó...třeba dělám salát...ovocný – sám ale ! sám! dávám tam třeba pome-

ranč, kiwi, jó? Nó? Pak tam dám třeba...tó,...třeba meruňký, ají, nó? a pak to já

třeba promíchám..jo?...pořádně, a pak tam dám to...tó...ten...cukr tam dám... a

pak já to třebaš tó... promíchám , viš ?...v rukách, viš? nó?

aby to bylo sladké a pak to já dám já do ledničky a nechám to... vychladit , no a pak

už to...rozdělím, viš? s mojima tó ...kámošema,viš?

7 /Hrdý šéfkuchař

A potom máme tó...různé akce. Já chodím na všelijaké akce, viš? Třeba plavání

...plavecké závody...

Ot. : A umíš dobře plavat?

29/Radost z úspěchu

R3.: Umím! Já plavu moc dobře.

Ot. : A kde ses naučil plavat?

R3: Tady! Tady sem se naučil...S vychovatelema.

24/ Zdokonalíme se

Ot. : A co nejraději plaveš - kraula nebo prsa?

R3 : Spíš toho kraula. To umím, nó? A vychovatelé mě tó, viš...naučili to, viš... sa

motného všecho dělat, viš? Abysem já to... viš? Byl ají schopný, viš? A potom

se já můžu pochlubit, že vychovatelé jsou to...na mě opravdu hodní ...a já su

úplně to...spokojený a oni si pro mě vymýšleju pořád všelijaké tó- tý...

činnosti...viš, třebaš hrabání listů, viš, nebo sauna, posilovna ...nó.

20/ Vděčnost

Ot. : Kolikrát za týden chodíš třeba do sauny?

R3: Když je tó... škaredě.

Ot. : Takže když je škaredé počasí, tak chodíváš do sauny a posilovny?

18 /Fitko je náš styl

R3: Přesně tak. A ináč se já tu mám moc dobře, no? A potom já chodím na všelijak

ké brigádý,...třebaš do Adonisu. A to je firma - tam já dělám tó. Přijede kont'as

viš,...se zbožím...viš...a on přiveze třebaš tý...šampóny, viš?...a třebaš

ty...sprchové gely, nó? Nebo třebaš masážní hubký...tak že tak nějak. A to já

vyložím.

6 /Komu se nelení,...

No...á... potom já mám tu... galánku..ona se menuje.....Jana ...a
ona má tak kolem dvacetidevítilet,..... zhruba.Ona je mladší než já. A já mám
tak zhruba třicetjedna...let,z hruba. Mám. Nó? A chodíme spolu už čtyři roky,
už. Čtyři roky.

25 / Potřeba partnera

Ot. : Tak to je opravdu láska a to se máte opravdu moc rádi...?

R3: Nó? Ale někdy se aji tó...tó...pohádáme, víš? A potom si zas udobříme, víš?
A potom si sobě omluvíme, víš? A pak si dáme pusinký, podáme si ruký, víš?
No, a já jí pak kupím třeba nějakú bomboškú, no. Viš? Takže to já tady
dělám takové hezké věci. A můžu já říct tó, že ona je úplně moc šikovná, ona
šije...zástěry a kdybys chtěla tó...tak si můžeš koupi tó...a ona ti to ušije.

25 /Pouto lásky

Ot.: Máš tady v domě nějaké kamarády?

R3 : Spoustu, nó? Mám ! třeba..... pozn.:(respondent vyjmenoval jména pěti
klientů ústav.zaříz./

A já tady moc rád jim pomáham ...všem.

30/Pomoc druhým

Ot.: A oni ti také pomáhají?

R3 : ano, přesně tak...Všichni mně pomáhajú. A já su moc spokojený...když
to...když tu oni taky bydlí, víš?

Ot. : Máš také nějaké přátele mimo tento dům, kteří tu s tebou v domě nežijí/

(bydlí třeba někde ve městě)?

R3 : To né...to nemožu!...viš? Tó by mě nepustili.

**Ot. : A jak se ti líbí tady v domě prostory? Do jakých místností chodíš nejraději,
které nejvíc potřebuješ?**

R3 : Líbí se mně všude, nó, ehmm, ano. Nejvíc na třetím oddělení, a tam

tó...Janka šije, víš? Tó... jména...vyšívá a šije zástěry. Aji dílny – to mam rád

a...tó...posilovna...nó ...fitko.

Mně se tady líbí...ají všechno...ají když Janka v pondělí přijede.

Z Vlčnova...Do...až do pátku.

5 / III oddělení –za děvčaty!

21/ Touha po setkání

Ot. : A máš nějaké přání, co by sis chtěl splnit?

R3: Chtěl bych toó...montovat takové ty rámečky...nó...ze dřeva.

11/Vytoužené přání

R3 : Ano. A taky jsem byl ve Varšavě...závodil sem v běhu...tó...no...400 metrů.

Dva sme tam byli dva. Viš? A vyhrál sem. A taky mám moc rád běžkování

...třebas na Malé Úpě. A to bych sem si zase přál, viš?

29 /radost z úspěchu

28/Nadšení z činností