

# Kvalita života osob s tělesným postižením v ústavu sociální péče

Lenka Všetická, DiS.

---

Bakalářská práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Lenka VŠETIČKOVÁ, DiS.  
Osobní číslo: H108343  
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Kvalita života osob s tělesným postižením v ústavu sociální péče

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucí bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na hledání odpovědí na otázku, jak vnímají osoby s tělesným postižením kvalitu svého současného života ve vztahu k pobytu v ústavu sociální péče.
- na zjišťování představ klientů o potenciální kvalitě života, které by chtěli v budoucnu dosáhnout.

Součástí práce budou polostrukturované rozhovory, jehož otázky budou orientovat na několik zvolených hledisek kvality života, kterými jsou oblast mezilidských vztahů, sociální inkluze a "sebe naplnění".

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Dvořáková, Z., Václavková, L., Svobodová, L. Svět práce a kvalita života: vliv změn světa práce na kvalitu života: výzkumný projekt v rámci programu Moderní společnost a její proměny. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006.

Mühlpachr, P., Vaňurová, H. Kvalita života. Brno: MU, 2006.

Palčová, A. Dotazník kvality života (Q-LES-Q): kvalita prožívání radosti a spokojenosti ze života. Praha: Academia Medica Pragensis – Amepra, 2003.

Strnadová, I. Rodiny osob s mentálním postižením. Praha: UK, 2008.

Švarcová, I. Mentální retardace. Praha: Portál, 2001.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Petra Votoupalová**  
Institut mezinárodních studií

Datum zadání bakalářské práce:

**16. března 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**30. dubna 2013**

V Brně dne 16. března 2012

  
prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.  
*vedoucí ústavu*

L.S.

  
PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
*vedoucí katedry*

## 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 <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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.

*Lenka Křetílková*

Jméno, příjmení studenta

V Brně 19.4.2013

Podpis

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 jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Cílem práce bylo hledání odpovědi na otázku, jak vnímají osoby s tělesným postižením kvalitu života v oblasti mezilidských vztahů a sebenaplnění. V první kapitole se snažím uvést teoretické základy související s tělesným a kombinovaným postižením a zároveň zmínit rozdíly mezi zdravými jedinci a lidmi s postižením. Dále pak nastínit vývojové období zkoumaného vzorku, kterým je adolescence a mladší dospělost. Tématem druhé kapitoly je vymezení pojmu kvality života a její provázanost s kvalitou života tělesně postiženého ve sledovaných dimenzích. V třetí kapitole popisuji zvolené ústavní zařízení Kociánka Brno v Králově Poli společně s poskytovanými sociálními službami a intervencí ze strany zaměstnanců. Klíčovými pojmy se v praktické části stala samostatnost a pomoc v různých dimenzích, které hrají zásadní roli v kvalitě života klientů.

Klíčová slova:

tělesné postižení, kvalita života, mezilidské vztahy, sebenaplnění, ústav sociální péče, individuální plán, samostatnost

## **ABSTRACT**

The thesis aims at answering the question how physically disabled people perceive quality of their lives with regards to their interpersonal relationships and self-fulfilment. In the first chapter, I try to give theoretical foundations associated with physical and multiple disabilities and at the same time to mention differences between healthy individuals and disabled people. Then I try to outline the developmental period of the examined sample, which is adolescence and young adulthood. The subject of the second chapter is to define quality of life and its interconnection with the quality of life of a physically disabled person in studied dimensions. In the third chapter, I describe the selected social care facility Kociánka Brno in Královo Pole together with provided social services and interventions of its staff. Independence and aid in various dimensions, that play a vital role in the clients' quality of life, became key concepts in the practical section.

Keywords:

physical disability, quality of life interpersonal relationships, self-fulfilment, social care facility, individual plan, independence

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Petře Votoupalové a jejímu manželovi Mgr. Miloši Votoupalovi za odborné rady, konzultace a čas, který mi věnovali při sestavování této bakalářské práce. Děkuji také svým rodičům, svému manželovi a přátelům za jejich podporu po celou dobu mého studia. Poděkování patří i všem zaměstnancům a klientům Centra Kociánka za jejich ochotu a vstřícnost.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Motto: „Život má takovou cenu, jakou mu člověk přikládá.“

Honoré de Balzac

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA</b> .....	<b>11</b>
1.1 CHARAKTERISTIKA POSTIŽENÍ.....	11
1.2 ETIOLOGIE A DIAGNOSTIKA POSTIŽENÍ .....	12
1.3 TĚLESNÉ A KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ .....	13
1.4 VLIV POSTIŽENÍ NA VÝVOJ A FORMOVÁNÍ OSOBNOSTI POSTIŽENÉHO.....	15
1.5 LIDI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V OBDOBÍ ADOLESCENCE A MLADŠÍ DOSPĚLOSTI .....	15
<b>2 VÝVOJ POHLEDU NA KVALITU ŽIVOTA</b> .....	<b>20</b>
2.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITY ŽIVOTA .....	20
2.2 ROZSAH POJETÍ KVALITY ŽIVOTA .....	22
2.3 VLIV TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ NA KVALITU ŽIVOTA .....	23
2.4 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA.....	24
2.4.1 Volba průzkumných dimenzí kvality života .....	25
2.4.2 Mezilidské vztahy .....	26
2.4.3 Sebenaplnění .....	28
<b>3 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ</b> .....	<b>29</b>
3.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	29
3.1.1 Typy poskytovaných soc. služeb.....	30
3.2 PROCES INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ.....	31
3.2.1 Způsoby individuálního plánování.....	33
3.2.2 Individuální plánování v Centru Kociánka .....	34
3.3 MOŽNOSTI SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY U DOSPÍVAJÍCÍCH KLIENTŮ S POSTIŽENÍM .....	35
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>4 VLASTNÍ PRŮZKUM</b> .....	<b>38</b>
4.1 CÍL PRŮZKUMU .....	38
4.1.1 Dílčí průzkumné otázky .....	38
4.2 POPIS VÝZKUMNÉ STRATEGIE.....	38
4.2.1 Tématická analýza.....	39
4.2.2 Metoda sněhové koule.....	39
4.2.3 Metoda kontrastu.....	39
4.2.4 Rozhovor .....	40
4.3 HARMONOGRAM POSTUPU PRÁCE.....	40
4.3.1 Přípravná fáze.....	40
4.3.2 Realizační fáze .....	41
4.3.3 Vyhodnocovací fáze.....	41

4.4	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO SOUBORU.....	42
4.5	ANALÝZA DAT.....	43
4.6	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	53
<b>ZÁVĚR.....</b>		<b>55</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>		<b>57</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>		<b>60</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>		<b>61</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>		<b>62</b>



## ÚVOD

Přestože fenomén kvality života je v běžné populaci stále užívanějším, nelze jej striktně definovat. V dnešní době představuje kvalitu života vše, co přispívá k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Především jsou jimi sociální, ekonomické, zdravotní a environmentální podmínky, které lze vnímat z objektivního i subjektivního pohledu (Payne, 2005).

Impulsem pro zvolení tématu mé bakalářské práce byl téměř tříměsíční pobyt na táboře ve Spojených státech, kde jsem se spolu s dalšími členy týmu starala o celodenní program a celkovou péči lidí s různým typem handicapu. Nutno říct, že do té doby jsem neměla žádné zkušenosti s těmito lidmi. Práce s klienty jednotlivých turnusů však ve mně zanechala velmi působivé zážitky a řadu podnětů pro můj osobní život. Jejich spontánní projevy a vnitřní svoboda mě naplňovaly obrovským pocitem radosti a volnosti. Pomohly mi uvědomit si sílu okamžiku. Žít tady a teď.

Svoji bakalářskou práci jsem orientovala na zjišťování kvality života lidí pobývajících v ústavu sociální péče Kociánka v Brně – Králově Poli. Práci jsem zaměřila na sledování dvou dimenzí kvality života a to oblast mezilidských vztahů a sebenaplnění.

V první kapitole se snažím uvést teoretické základy související s tělesným a kombinovaným postižením a zároveň zmínit rozdíly mezi zdravými jedinci a lidmi s postižením z psychologického pohledu. V neposlední řadě pak nastínit vývojové období zkoumaného vzorku, kterým je adolescence a mladší dospělost. Tématem druhé kapitoly je vymezení pojmu kvality života a její provázanost s kvalitou života tělesně postiženého ve sledovaných dimenzích. V třetí kapitole popisuji zvolené ústavní zařízení společně s poskytovanými sociálními službami a intervencí ze strany zaměstnanců. Snažím se nalézt možnosti uplatnění sociální pedagogiky u jedinců s různým typem postižením.

Zvolené téma jsem se rozhodla zpracovat kvalitativní formou pomocí tématické analýzy, pro niž jsem získala podklady a materiál na základě polostrukturovaných rozhovorů s respondenty.

Domnívám se, že přiblížení pohledu, jakým klienti zařízení vnímají svoji kvalitu života, může přispět k případným změnám v přístupu personálu. Doufám, že díky rozhovorům jsem přiměla klienty nad danými tématy se zamyslet a říct si nahlas svoje plány do budoucna.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

## 1.1 Charakteristika postižení

Jak uvádí E. Reitmanová a D. Buřvalová (2007) označení „lidé s postižením“, či „lidé s handicapem“ užíváme při různých okolnostech. V anglickém jazyce existuje velmi dobré lingvistické rozdělení vymezující poměrně přesně, co znamená význam slova handicap pro společnosti.

*Tab. 1. (J. Křivohlavý - přednáška z Psychologie zdraví, in: Reitmayerová, Buřvalová, 2007, s. 5)*

NEMOC (DYSFUNKCE)	KRÁTKODOBĚ	DLOUHODOBĚ
BIOLOGICKÉ HLEDISKO	disease (nemoc)	impairment (fyzicky nemocný)
PSYCHOLOGICKÉ HLEDISKO	illness (špatně, nesvůj)	disability (cítící se špatně)
SOCIÁLNÍ HLEDISKO (ROLE)	sickness (působící ne-duživě)	handicapped (handicapovaný, znevýhodněný)

Na základě této tabulky si je možné vytvořit představu o sousloví „člověk s handicapem“. Nejedná se o člověka s nemocí či o rozlišení jedince od zdravé populace na podkladě normalit a defektivit. Především se jedná o dysfunkci sociální role, kterou získává člověk díky své odlišnosti od okolí a na základě postojů ostatních lidí vůči němu (Reitmayerová, Buřvalová, 2007).

Odkud se vzal pojem handicap? Jaký je jeho původní význam? Poprvé se toto slovo vyskytlo v Anglii při dostihových závodech. Hand in cap v překladu znamená ruka v klobouku a v souvislosti s dostihovým prostředím to byl los tahaný z klobouku, jež určoval koni míru zátěže při závodu. Tento termín se později začal v přeneseném významu užívat u lidí nesoucí „zátěž“ v podobě nějaké tělesné vady, postižení, onemocnění atd. Jde tedy o znevýhodnění jistých osob vůči dalším lidem ve společnosti. Zahrnuje osoby s tělesným, mentálním, smyslovým a jiným postižením. Tento termín se rozšířil v posledních

desetiletí i do sociální oblasti. Mezi sociálně znevýhodněné jedince řadíme například děti přistěhovalců, etnických menšin, z nižších sociálních vrstev, z málo podnětného rodinného prostředí apod. (Vágnerová, 2004).

Zdravotní postižení je jistá odlišnost ve zdravotním stavu člověka limitující ho v určité činnosti jako je například kvalita života, pohyb, uplatnění ve společnosti. Podle § 3 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se rozumí zdravotním postižením „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“. § 67 zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti definuje osoby se zdravotním postižením jako fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány jako invalidní ve třetím stupni (tj. osoby s těžším zdravotním postižením) nebo v prvním či druhém stupni. Mezi osoby se zdravotně znevýhodněné se řadí i fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení posouzeny, že již nejsou invalidní, a to po dobu 12 měsíců ode dne tohoto posouzení. Naopak osobami se zdravotním postižením již nejsou fyzické osoby, které byly podle předchozí a nyní už neúčinné právní úpravy rozhodnutím úřadu práce uznány jako zdravotně znevýhodněné.

## 1.2 Etiologie a diagnostika postižení

Na vzniku postižení se mohou podílet různé příčiny. Ať už to jsou genetické dispozice, působení vnějších vlivů v období těhotenství (např. vliv léků, špatná strava, alkohol, drogy, rentgenové záření, nepříznivé sociální prostředí, infekce aj.) nebo během porodu či krátce po porodu (Reitmayerová, Buřvalová, 2007).

I když fyzické i psychické zákonitosti vývoje dítěte jsou stejné jako u zdravých dětí, jedinec se vyvíjí jinak už od samého počátku.

Vrozené postižení mění zpravidla podmínky vývoje a sociální vztahy. Vyčleňuje některé druhy podnětů, zatímco jiné podněcuje, a tak limitují některé možnosti dítěte již od počátku. Ustavičně je nucen přizpůsobovat se nové životní situaci. Vrozené postižení značně ovlivňuje podmínky vývoje i sociální vztahy. Řadu podnětů vyčleňuje a jiné posiluje. V důsledku toho není dítě schopné získat určité zkušenost. Schází mu vlastní empirie, porovnání dvou světů (zdraví a nemoci). Postižení však nebývá tolik traumatizující, poněvadž se na něj adaptuje již od narození.

U získaných postižení, ať už vlivem nemoci či úrazu je velkým problémem přijetí nově vzniklé identity, na které se podílí nejen míra frustrační tolerance jedince, ale i postoje celé společnosti. Člověk si uvědomuje, co pozbyl a musí hledat nové cesty ve svém životě. Mnohdy zakotví na určité úrovni adaptace, neakceptuje další pomoc a uzavírat se před světem. Na druhou stranu může být výhodou zachování předchozích zkušeností, které může využít i v dalším životě (Reitmayerová, Buřvalová, 2007).

Nejčastější rozdělení zdravotního postižení je podle typu handicapu, které u jedince převládá a to na tělesné, mentální postižení (sem řadíme i poruchy autistického spektra), sluchové, zrakové a řečové (narušení komunikačních schopností), dále postižení kombinované a onemocnění civilizačními chorobami. Podle rozsahu zdravotního postižení je lze rozdělit na „mírné, středně těžké a těžké postižení“ (Michalík, 2011).

Vzhledem k tématu práce se budu dále podrobněji zabývat popisem tělesného a kombinovaného postižení, které je zastoupeno ve sledovaném ústavu sociální péče Kociánka nejčastěji.

### **1.3 Tělesné a kombinované postižení**

#### **Tělesné postižení**

Postižení je možno vnímat jako pohybový defekt, tedy funkční omezení, nebo jako tělesnou deformaci ve významu estetického postižení (Reitmayerová, Buřvalová, 2007).

Jak uvádí Michalík (2011), dnes je tělesné postižení považováno za dlouhodobý eventuálně trvalý stav charakteristický funkční či orgánovou poruchou, jenž nelze léčebnou péčí ani vakcínami zcela odstranit anebo alespoň výrazně zmírnit. Ať už se jedná o postižení některé či více oblastí standartního fungování člověka, vždy to přináší značnou redukci jeho životních šancí a reálných možností. Omezena je jeho práceschopnost, což negativně zasahuje do řady stránek kvality života handicapovaného. V souvislosti na toto pojetí jsou občané s tělesným postižením řazeni do dvou základních, mnohdy se prolínajících podskupin.

Chronická onemocnění, nebo-li dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je takové oslabení či poškození fyziologických funkcí lidského organismu, které vyžaduje stanovenou životosprávu, dodržování určitých léčebných opatření a životní styl. Výrazně ovlivňuje kvalitu života nemocného i okruh jeho blízkých, snižuje výkonnost jedince i jeho rezistenci vůči

zátěži a námaze. Tyto změny mohou vést k nechtěnému potlačení fyzických aktivit a sekundárně k omezení pohybu. Druhou podskupinou je tělesné nebo lokomoční či pohybové postižení, kdy je omezena hybnost, až znemožněn pohyb a objevují se dysfunkce motorické koordinace. Takové dysfunkce či vady jsou patrné na první pohled a mají také charakter trvalého snížení výkonnosti a deficit schopnosti v některé či více oblastech lokomoce. Primárně dochází k redukci pohybových aktivit až k úplné imobilitě, což má opět zásadní vliv na kvalitu života, přístup k životním příležitostem u těchto občanů a soběstačnost. Kvalita života handicapovaného je ovlivněna mírou jeho omezení či postižení, jeho subjektivním zvládnutím a sociální pozicí ve společnosti.

### **Kombinované postižení**

Existuje velké množství tělesných postižení, které se mohou mezi sebou kombinovat. Nejfrekventovanějším tělesným postižením je dětská mozková obrna (DMO). „Dětská mozková obrna je primárně centrální poruchou regulace hybnosti, často však kombinovaná s jinými poruchami např. zraku, sluchu, řeči, rozumových schopností.“ (Reitmayerová, Buřvalová, 2007, s. 8) Mnohdy ji doprovází i poškození dalších funkcí centrální nervové soustavy, které mají za následek epileptické záchvaty, poruchy chování a další. Příčin vzniku DMO je více. Mezi nejvíce se vyskytující případy patří nedonošenost dítěte v rané fázi vývoje, dále také infekce matky v prvním trimestru nebo vážná infekce dítěte po porodu.

DMO má několik základních forem. Spastická forma se projevuje trvale zvýšeným svalovým napětím omezující nebo zcela znemožňující určitý pohyb. Lokomoční postižení způsobené DMO se člení na úplnou obrnu (plegii) a částečnou obrnu (parézu). Dále se dělí na postižení dolních končetin tzv. diparézu, jednostranné postižení dolní a horní končetiny (hemiparézu) a postižení dolních a horních končetin (kvadruparézu). Další forma se nazývá dyskyneticko-dystonická. Typické jsou mimovolní projevy, šukavé až krouživé pohyby svalů. Aktická forma představuje postižení pohybové koordinace a zároveň dochází k problémům s udržení rovnováhy při rychlejšímu pohybu. Nápadný je i opožděný pohybový vývoj jedince. Mezi kombinovaná postižení patří i poúrazové stavy nezpůsobené pouze jen lokalizovaným poškozením, ale často se k nim připojují vzniklá generalizovaná postižení zasahující do několika oblastí. Změny se promítají v emočním prožívání, v poruchách kognitivních funkcí, v oblasti chování, motorických dovednostech a v osobnosti (Reitmayerová, Buřvalová, 2007).

Jak už jsem uvedla výše, může být tělesné postižení způsobené DMO doprovázeno snížením intelektu jedince.

Michalík (2011) popisuje lidi s mentální retardací jako jedince, u kterých je mála přizpůsobitelnost ke školním a sociálním požadavkům, se sklony osobnosti k infantilnosti a pohotovosti k úzkosti. Vyskytuje se zvýšená závislost na rodičích, opožděný psychosexuální vývoj, nerovnováha aspirace a výkonu. Objevuje se u nich snížená logická a mechanická paměť, porucha pohybové koordinace a pozornosti, neurastenické reakce, rigidita chování, potřeba bezpečí apod. Tyto charakteristické rysy se projevují u klientů v nejrůznější proměnlivosti a hierarchii.

#### **1.4 Vliv postižení na vývoj a formování osobnosti postiženého**

Do jisté míry je handicap určitým psychickým stresem. Životní podmínky a situace jsou pro jedince mnohem složitější a náročnější. Z dlouhodobého hlediska je tato situace zátěží, která zvyšuje stres, zhoršuje každodenní situaci a vytváří řadu vnitřních konfliktů a zdá se pro handicapované neřešitelná. Dosti značnou roli hraje i fakt, jak jedinec svoje postižení přijímá, jak jej prožívá a jak působí zpětně postižení na něj. Taktéž způsoby, kterými řeší svoje náročné situace, to vše působí na utváření osobnosti člověka. Podstatnými reakcemi, pomocí níž se člověk vyrovnává s náročnými životními situacemi je agrese a únik. Častější způsoby je agresivní řešení, kam patří verbální agrese, agresivita vůči sobě, předmětům a jiným lidem, egoistické upoutávání pozornosti na sebe, negativismus, potlačení svého já a vynikání v jedné oblasti, hledání viníka vlastní situace a tím přenášení vlastních problémů na okolí. Únikovým řešením těžce zvladatelných životních období je například sáhnutí po alkoholu, drogách, sebevražedném chování nebo izolace jedince před okolním světem a uzavírání se do sebe, racionalizace či únik do nemoci a potlačení nebo popření nepříjemné skutečnosti (Reitmayerová, Buřvalová, 2007).

#### **1.5 Lidi s tělesným postižením v období adolescence a mladší dospělosti**

Dospívání je časové období, které vymezuje každý autor jinak. Adolescence je často dělena na dvě části. První polovinu ještě dále člení Langmaier a Krejčířová (1998) na fázi prepuberty (u dívek v rozmezí 11.-13. roku a u chlapců nastává toto období o 1–2 roky pozdě-

ji) a následující fázi tzv. vlastní puberty, která je lokalizována do časového horizontu 13–15 let. Druhá polovina je adolescence, která trvá od 15. do 20. roku života, někdy se uvádí až do 22 let. Pro období dospívání je patrná rozdílnost v oblasti sociální a psychické, popřípadě somatické.

U zdravých jedinců je to období, kdy přehodnocují své vztahy, osamostatňují se od rodiny, mění se jim životní postoje a hodnoty, utváří si vlastní názor na svět i sebe sama. Dospívající už nevěnuje takovou pozornost přítomnosti, ale soustředí se více na budoucnost. Vnější motivaci nahrazuje vnitřní. Objevuje se potřeba intimnějšího přátelství a vztahy s protějším pohlavím. S ostatními vrstevníky vznikají pevná přátelská pouta, přetrvávající po celý život. Zdraví a vnější vzhled a tělesná kondice patří u adolescentů k vysokým hodnotám promítajících se do sebehodnocení a sebepožívání (Vágnerová, 1999).

Handicapované děti se potýkají s běžnými problémy dospívání stejně, a však musí řešit současně i problémy spojené s jejich postižením. Protože jejich fyzický i psychický vývoj bývá často opožděný, může nastupovat období dospívání pozvolněji. Například u tělesného postižení spojeného s mentální retardací může být fyzický vývoj oproti intelektovému výrazně v popředí, a tím je rozpor mezi oběma složkami ještě markantnější.

Řešení vztahů s rodiči a potřeba osamostatňování se projevuje u postižených stejně jako u většiny populace. Zde se dostávají adolescenti do obtížné situace, protože přetrvává reálná závislost na pomoci druhé osoby. Záleží na schopnosti postarat se o sebe a možnostech okolí uzpůsobit prostředí pro co nejméně závislé žití (Vágnerová, 2004).

V období adolescence se úročí dlouhodobá úroveň vzájemných vztahů, celková rodinná atmosféra, postoje k jiným lidem, k práci, ke vzdělání. Promítnou se do chování člověka materiální a kulturní potřeby, podnikavost i aspirace výchozí rodiny, stejně tak způsob trávení volného času (Čačka, 2000).

Pokud však dítě pobývá ve speciálním zařízení internátního typu již od mateřské školky, probíhá vztah k rodičům v období puberty odlišně vzhledem k nucenému odpoutání se od nich (Vágnerová, 2004). Vztah mezi rodiči a dětmi je výrazně narušen. Někteří nemají naprosto zájem o kontakt s rodiči. Jejich „setkání“ je nucené. Dobře vnímají, že je rodiče do ústavu odložili. Další skupina klientů si tuto skutečnost nechce připustit. Jsou to pořád rodiče, které má každý jen jedny a nesmírně je zraňuje fakt, že rodiče o ně ve skutečnosti nemají zájem. Malé procento je pak dospívajících, u kterých vzájemný vztah relativně fun-



guje, ale vlivem umístění v ústavním zařízení chybí získání zkušeností, postojů a všech výše uvedených podnětů.

I samotný výběr skupiny je dosti obtížný. V internátním zařízení jsou jeho kontakty omezeny na vrstevníky s podobným postižením. Případně, že handicapovaný žije v rodině, jeho kontakty s vrstevníky jsou většinou omezovány až někdy úplně izolovány úzkostnou výchovou rodičů. Chybí jim tolik cenné zkušenosti. Přijetí do vrstevnické skupiny se odvíjí od osobních rysů a sebehodnocení postiženého (Vágnerová, 2004).

Dospívající se tak nachází na ostré hraně mezi světem institucionální péče a realitou. Jsou málo připraveni na kontakty s lidmi a zároveň se potýkají s problémy, jako je nezájem o ně a ochota vyjít jim vstříc.

### **Období mladší dospělosti**

Vágnerová (2000) přiřazuje období mladší dospělosti osobám ve věku 20-35 let, kdy tito lidé jsou schopni a ochotni akceptovat určité vývojové úkoly. Je to doba naplňování životních úkolů, kterými jsou profesní role, stabilní partnerství (manželství) a rodičovství.

Dospělost bývá slučována s nezávislostí a samostatností, která je vnímána jako výhoda, ekonomickou soběstačností a možností svobodně hospodařit se svými penězi, i když finančních prostředků nebývá mnoho. Dalším rysem mladší dospělosti je svoboda volby přátel a partnerů, kteří by zajišťovali potřebu citového zázemí a intimních vztahů.

Profesní obor a práce hrají významnou roli v životě každého člověka. Opatřilová a Zámečnicková (2005) ji považují za tělesnou či duševní činnost zaměřenou na výdělek, obstarání stravy a uspokojení potřeb. Směřuje k určitému cíli a vytváření hodnot, jenž má význam pro jedince i společnost.

Pro tělesně postižené je volba povolání a možnost profesního uplatnění velmi omezena druhem a stupněm postižení a dalšími okolnostmi spojenými s možností dopravy, dostupností školy, zaměstnání, nabídky studijních oborů, poptávky po práci atd.

Každý, zdravě smýšlející člověk, má potřebu cítit se nějakým způsobem prospěšný. Jestliže tato potřeba není naplněna, dochází k narušení sebepojetí člověka. (To však může být narušeno i z malého množství sociálních zkušeností a sociálních podnětů.)

### Partnerské vztahy

Jsou pokládány za dovršení sociálních vztahů mladých lidí vedoucí k založení rodiny. U lidí s handicapem to považováno za důkaz úspěšného začlenění do společnosti, stvrzení rovnocennosti s ostatními a potvrzení vlastní hodnoty. I zde se setkávají postižení s problémem, jak vztahy navazovat a realizovat. Představy o vzhledově přitažlivém, zdravém partnerovi se postupem času mění k partnerovi s pochopením pro jejich problémy, i když bude mít také postižení. Občas se stane, že vytvoření rodiny se stane ve své podstatě útekem před svojí neschopností žít samostatně. Dva handicapovaní pak řeší své problémy tak, že sloučí svoji slabost. Místo začlenění do společnosti se tak rodina uzavře před styky s okolím (Vágnerová 2004).

### Manželství

Zastávat roli manžela nebo manželky je významnou součástí osobní identity. Dochází v něm k naplnění psychických potřeb z předchozího partnerství a otevírají se nové obzory. Důležitou funkcí manželství je vytvoření zázemí, které by umožňovalo jistotu soudržnosti a podpory. Každý z partnerů vstupuje do manželství s určitými představami. Čím větší je neshoda skutečnosti s původním očekáváním, tím menší je spokojenost v uzavřeném manželství. V manželství se vyskytují protichůdné potřeby. Na jedné straně potřeba vzájemného vztahu, sdílení, sounáležitosti a intimity a na druhé straně potřeba uspokojení individuálních potřeb, sebeprosazení, sebepotvrzení vlastní osobnosti a autonomie. Má-li být manželský vztah harmonický, je nutné objevit optimální rovnováhu těchto potřeb, aby byla každá z nich uspokojována přijatelným způsobem (Vágnerová 2000).

### Rodičovská role

Narození dítěte vnáší do rodiny určitý emoční a sociální zisk. Získání rodičovské role je společností hodnoceno pozitivně, a však pro rodiče to znamená ztrátu relativní volnosti a jejich novou zodpovědnost. Status rodiče může naplňovat všechny základní psychické potřeby, ale stejně tak jejich uspokojování bránit (Vágnerová 2000).

Každý dospělý jedinec si vytváří představu o své budoucnosti. Pro některé je však velmi náročné nalézt své místo v životě v souvislosti se závažností postižení. Mnohdy se setkávají se skutečností, že jejich omezené uplatnění nikdo nemá zájem. Musí se vyrovnávat s problémem smyslu jejich vlastního postižení a s přijutím tohoto těžkého životního údělu. Leckdy hledají odpověď v náboženství, sektách či patologických závislostech. Zlepšení

situace by mohlo nastat, pokud by došlo ke změně vztahu společnosti k handicapovaným a k jejich chápání.

## 2 VÝVOJ POHLEDU NA KVALITU ŽIVOTA

### 2.1 Vymezení pojmu kvality života

Kvalita života se v posledních dvaceti letech stává často zkoumaným fenoménem, jehož kořeny můžeme naléznout už ve 20. letech 20. století. „Kategorie kvality života nespočívá kvůli svému multidimenzionálnímu, kulturně podmíněnému, dynamickému a značně subjektivnímu charakteru na jednoznačném teoretickém základu. Spíše bychom mohli tvrdit, že leží na průsečíku mnoha soudobých tendencí a směrů, což má za následek velkou rozmanitost snah ji definičně vymezit.“ (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 103) V pojetí Světové zdravotnické organizace (WHO) je zdraví vnímáno jako stav komplexní fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze jako nepřítomnost nemoci nebo neduživosti. „WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 11)

Každopádně je nutné vnímat kvalitu života celistvě. Tedy z pohledu biopsychosociálního společně v souvislosti s environmentálním přístupem a ve vztahu ke kultuře a osobnímu vyznání. Posuzovat kvalitu života lze také z medicínského, psychologického, psychiatrického či sociologického hlediska. Sociologie vnímá kvalitu života ze čtyř různých rovin. Za prvé jako odborný pojem, ke kterému se přistupuje kvalitativně a hodnotí se kritéria a životní procesy. Touto charakteristikou se blíží vymezení z pohledu ekonomie a medicíny, poněvadž jejich indikátory jsou například sociální jistoty, občanská svoboda, zdraví, nemoc, životní prostředí, úroveň bydlení, volný čas, mezilidské vztahy. V druhém rovině lze vnímat kvalitu života jako programové politické heslo. V 60. letech tento koncept zavedli do politiky J. F. Kennedy a L. B. Johnson. Snažili se poukázat na skutečnost, že život může přesahovat vojenskou sílu a materiální úroveň. Dále je možní přistupovat ke kvalitě života jako sociálnímu hnutí („za kvalitu života“) objevující se na popud protikonzumentních, ekologických a protirasových hnutí. Posledním sociologickým pohledem je vnímání kvality života, co by bezobsažný reklamní slogan vyzdvihující především bydlení, volný čas, cestování a směřující spotřebitele na oblast prestižní, okázalé spotřeby (Vařurová, Mühlpachr, 2005).

Veenhovenová (in: Dragomerická, Bartoňová, 2006) uvádí čtyři kvality života a těmi jsou vhodnost prostředí, životaschopnost jedince, užitečnost života a vlastní hodnocení. Zásadním způsobem tak přispěla ke klasifikaci, kterými se zabývá sociologie, sociálně-politické vědy, ekologie či architektura. Do kvadrantu B patří schopnosti a umění života, fyzické a duševní zdraví. Tyto aspekty jsou středem zájmu lékařství, pedagogiky a psychologie. Kvadrant C sleduje užitečnost člověka pro společnost, své blízké okolí, osuzuje jeho vnitřní cenu a morální vývoj a je tradičně objektem zájmu filozofie. Kvadrant D znázorňuje to, co je v poslední době nejvíce sledováno a to je hodnocení vlastní spokojenosti v jednotlivých oblastech života.

Tab. 2. Čtyři kvality života podle Veenhovenové (in: Dragomerická, Bartoňová, 2006, s. 9)

	vnější kvality	vnitřní kvality
předpoklady	<b>A. vhodnost prostředí</b> životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň	<b>B. životaschopnost jedince</b> psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost
výsledky	<b>C. užitečnost života</b> vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce	<b>D. vlastní hodnocení života</b> subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti

Jaké by měly být cíle kvality života, prostředky vedoucí k jejich naplnění a způsoby, jak těchto cílů dosáhnout velice dobře zpracovali ve své knize *Kvalita života a postižení* v pojetí Společenství lékařů angličtí autoři Ivan Brown a Roy I. Brown (Brown and Brown, 2003, str. 103). Uvádí, jaké jsou nebo jaké by člověk měl mít cíle, aby jeho život byl kvalitní a jakým způsobem těchto cílů dosáhnout.

**„Cíle kvality života:**

- Dosažení stavu fyzické, emocionální a materiální pohody
- Dosažení spokojenosti se životem
- Budování pozitivního sebeobrazu
- Posilování důležitosti osoby
- Posilování různých oblastí (domén) života
- Důraz na dobrý pocit ze života (užívat si život)

Zlepšování sociálních a environmentálních podmínek

Naplnění potřeb

### **Cesta k naplnění těchto cílů:**

Citlivost k potřebám jedince

Rozpoznání pocitů jedince k tomu, co jsou pro něj „dobré věci v životě“

Rozpoznání životních cílů jedince a toho, jak jich chce dosáhnout

Odpovídání na to, co je v životě pro jedince podstatné

Zajištění příležitostí, které jsou k dispozici

Zvyšování míry sociální inkluze a angažovanosti jedince ve společnosti

### **Způsob fungování kvality života jako konceptu:**

Jedná se o koncept zvyšující sebeuvědomění

Jedná se o interakci mezi člověkem a jeho životním prostředím

Jedná se o komplex objektivních a subjektivních hodnot

Je to rozdíl mezi současnou situací jedince a stavem, kterého by jedinec rád dosáhl “

## **2.2 Rozsah pojetí kvality života**

Pokud se mluví o kvalitě života z pohledu jednotlivce, zkoumá se pouze jedna její oblast. Engel a Bergsma (Engel a Bergsma in Křivohlavý, 2002) celou problematiku vyjadřují ve třech základních úrovních.

V makro-rovině hovoříme o otázkách kvality života z pohledu větších společenských celků, jako je jednotlivý stát, kontinent. V tomto zamyšlení jde o podstatu smyslu života. Fenomén kvality života se tak stává součástí primárních politických úvah (např. problematika boje s chudobou, epidemiemi, genocidou, terorismem atp.)

Z pohledu mezo-roviny jde o zjišťování kvality života, která popisuje zejména malé sociální skupiny jako např. nemocnice, škola, pečovatelský dům. V této úrovni jde o otázky sociálního klimatu, mezilidských vztahů, uspokojování základních potřeb, sdílených hodnot členů v těchto skupinách.

Osobní rovinu představuje jedinec. Při posuzování kvality života je hodnocen subjektivní pohled jedince na spokojenost, bolest, jeho zdravotní stav atd.

### 2.3 Vliv tělesného postižení na kvalitu života

Redukce hybnosti či u některých jedinců absolutní neschopnost pohybu – imobilita je společným rysem handicapovaných dětí, mládeže i dospělých. Pohyb lze rozdělit do dvou základních úrovní. Na rovinu nezbytných pohybů, jejichž hlavním smyslem je zabezpečení lidské existence. Druhou rovinou jsou ostatní pohyby směřující k ovlivňování vývoje a života člověka, a to především po stránce duševní a tělesné. Pohyb umožňuje fakticky obstarání základních fyziologických potřeb, zajištění existence, včetně pracovního uplatnění vykonávání občanských práv a svobod. Dále přísun informací, poznatků, podnětů a celkové působení sociokulturních činitelů. Schopnost pohybu přispívá ke zdraví a utužuje kondici, stejně tak umožňuje navazování sociálních kontaktů a získávání celé řady prožitků. Omezení samostatnosti pohybu znamená problém v přirozeném poznávání skutečností, ale i v nabývání nezbytných zkušeností. Člověk může pak trpět podnětovou deprivací. Izolovanost od běžného světa možnosti setkávání se se zdravými vrstevníky je u internátního pobytu, charakteristického například právě pro Kociánku, dalším problémem. Takto se lidé umístění v zařízeních odcizují přátelům v místě bydliště, ale hlavně členům rodiny (Novosad, 2000).

Jak uvádí Renotierová (2002), absence soběstačnosti směřuje k hodnocení člověka jako jednoznačně závislého i v případech, v nichž závislý být nemusí. Vlivem pohybového postižení dochází k restrikci zkušeností sociálního charakteru a k nedostatečným empiriím s odlišným sociálním prostředím. Omezení sociálních zkušeností vede často k určité úrovni infantilismu a to hlavně u osob s vrozeným postižením. Mnohdy se lze také setkat s jinými, většinou nižšími očekáváními ostatních vůči jedincům s tělesným postižením.

Celkové zajištění služeb, péče a podpory si stále větší měrou žádá překonávání hranic jednotlivých oblastí podílejících se na něm. V této péči se uplatňují různé metody, tendence a formy postupů a opatření. V poslední době je snahou propojit práci všech odborníků podílejících se na péči osob s tělesným postižením. Umožnit zdravotně znevýhodněným lidem zažít pocit radosti z pohybu, aby mohli žít co nejvíce samostatně a rovnocenně se začlenit do společnosti.

## 2.4 Dimenze kvality života

Koncept kvality života lze hodnotit ze dvou pohledů, objektivního a subjektivního a rozlišit dimenze ovlivňující kvalitu života na vnitřní a vnější činitele. Obsahově však spolu vnitřní činitele korespondují se subjektivní dimenzí a vnější činitele s objektivní dimenzí. V dnešní době se větší váha přisuzuje subjektivnímu pohledu. Mohu-li to sumarizovat, tak objektivní neboli vnější faktory ovlivňující kvalitu života jsou životní, zdravotní, výchovně vzdělávací, společensko-kulturní, materiálně-technické, pracovní a ekonomické podmínky působící na jedince.

Subjektivní neboli vnitřní faktory kvalita života naopak sledují, jak vnímá jedinec svou pozici ve společnosti v souvislosti s kulturou a hodnotovým systémem a jak je jeho fyzické i psychické zdraví ovlivněné onemocněním, defektem či poruchou. Patří sem vše, co ovlivňuje rozvoj a integritu osobnosti zdravotně znevýhodněného člověka (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Hodnotit kvalitu života je možné z medicínského, psychologického, psychiatrického či sociologického hlediska. Každá vědní disciplína má rozmanitý soubor domén (v širší sféře určená oblast života) a jejich indikátorů (v užší sféře vymezený ukazatel domény). Mezi základní domény řadíme tělesnou pohodu (zdraví), materiální pohodu, sociální začlenění, psychickou oblast (emocionální pohodu), interpersonální vztahy, sebeurčení, spiritualita, nezávislost, osobní růst a vývoj (Gurková, 2011).

Pro příklad uvádím dimenze a jejich indikátory, které stanovila Světová zdravotnická organizace, jež nezávisí na pohlaví, věku, etniku či postižení:

Fyzické zdraví a stupeň nezávislosti – bolest, odpočinek, posuzování energie a únavy, každodenní život, mobilita, schopnost pracovat a uvolnit se, závislost na lékařské pomoci.

Psychické zdraví a duchovní rovina – sebehodnocení, pozitivní a negativní emoce, sebezpečí, koncentrace, spiritualita, schopnost učit se, myšlení, paměť.

Sociální vztahy – sociální podpora, osobní vztahy, sexuální aktivita.

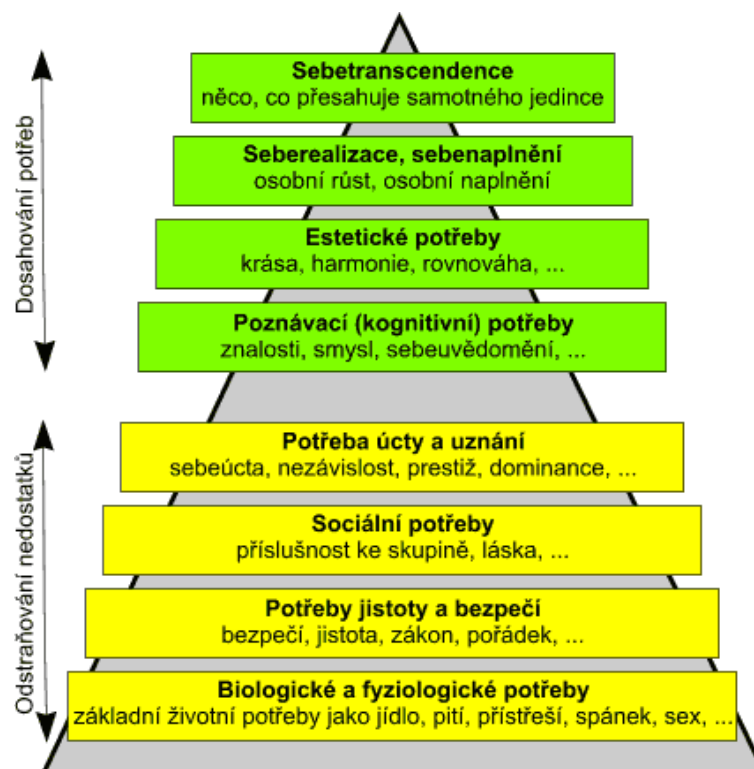
Prostředí - pocit bezpečí, domácí a fyzikální prostředí, dostupnost sociální a zdravotnické péče, příležitost pro rozvoj nových znalostí a dovedností (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Kvalitu života tělesně postižených a lidí s kombinovanými vadami jsem sledovala ve dvou dimenzích a to vztahy s ostatními lidmi a sebenaplnění.



### 2.4.1 Volba průzkumných dimenzí kvality života

Pro výběr níže uvedených dimenzí kvality života, které jsem se rozhodla prozkoumat, jsem se rozhodla na základě prostudování Příručky pro uživatele české verze dotazníku kvality života WHO, jež napsaly E. Dragomerická a J. Bartoňová (2006). Zvolila jsem si jednu oblast, kterou mohu prozkoumávat z objektivního hlediska, a tou jsou mezilidské vztahy. Druhou sledovanou oblastí je sebenaplnění, kdy se jedná o subjektivní pohled klienta na svoji kvalitu života. Podíváme-li se na Maslowovu pyramidu potřeb nalezneme obě sledované dimenze i zde. Americký psycholog Abraham Maslow rozdělil z počátku svého vědeckého působení potřeby do 5 skupin. Posléze ji rozvedl do 8 rovin, které můžeme vidět na obrázku č. 1. a postupně i on sám upustil od své původní teorie, že níže položené potřeby jsou podstatnější a jejich alespoň částečná satisfakce je předpokladem pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Je dokázáno, že uspokojování estetických, duchovních (vyšších) potřeb může napomoci v krajních situacích lidského života jako je např. nouze, strádání, nedostatek.



Obr. 1. Maslowova pyramida hierarchie potřeb

<<http://www.vedeme.cz/pro-vedeni/kapitoly-vedeni/65-teorie-motivace/85-teorie-motivace.html>>

Zvolila jsem pro svůj průzkum oblast mezilidských vztahů, protože je vnímám jako nejdůležitějších vzhledem ke kvalitě života. Bez nich nemůže být uspokojována většina lidských potřeb. Přece jen, člověk je společenský tvor a lidé se vzájemně potřebují. Oblast sebena- plnění jsem si vybrala proto, že mne zajímalo, jak k této oblasti přistupují lidé s handicapem. Co je pro ně podstatně, aby byli se svým životem spokojeni a mohli říct, prožil jsem život tak, jak jsem chtěl.

#### 2.4.2 Mezilidské vztahy

Plně se ztotožňuji s myšlenkou, kterou kdysi vyřkl Exupéry a tou bylo, že lidské vztahy jsou největším bohatstvím člověka. V interpersonálním vztahu se jedná o oboustranné působení mezi dvěma lidmi nebo více osobami, jenž trvá určitou dobu a během něhož se vyvíjí a mění. Typickým znakem je jistá míra emocionální vazby mezi nimi (Vízdal, 2010). Mít dobré vztahy v rodině, mezi přáteli či s partnerem, je základem pohody, jenž blahodárně působí na tělesné i duševní zdraví. A právě pohoda (well-being) je jedním z principů kvality života. Jde o dlouho trvající emoční stav, ve které se odráží spokojenost člověka se svým životem (Václavková, Svobodová, 2006).

Typickými znaky mezilidských vztahů jsou podle R. A. Hindeho (Hayesová, 2003 in: Vízdal, 2010) společná aktivita a jak je jejich společné zájmy a práce jsou rozmanité. V kvalitě vztahu se odráží postoj aktérů k obsahu společné činnosti. Mezi další charakteristické rysy interpersonálních vztahů lze řadit frekvenci četnost a plánování společných činností, také to zda mezi jedinci probíhá střídání rolí a jaká je míra intimity (například, zda mezi s sebou hovoří o osobních záležitostech), jak se účastníci vztahu vnímají navzájem. V poslední řadě je to míra závazku, který jeden vůči druhému má a jak ho intenzivně vnímá.

Druhy mezilidských vztahů se rozlišují na základě délky trvání a mírou emocionální vazby mezi jedinci, podle způsobu vzniku a místa vzniku. Vztahy lze rozdělit dle délky trvání na primární, které jsou dlouhodobé a spojené emocionální vazbou a sekundární, jež jsou povrchnější, krátkodobější, bez emocionální vazby. Ty jsou méně časté. Podle vzniku lze členit vztahy na neformální, založené na vzájemných sympatiích, vedené osobním zájmem. Základem těchto vztahů je osobní pomoc druhého člověka. Formálním vztahem se rozumí vztah, který je dán normami určitého společenství nebo sociální skupiny – například vyplývají z vykonávané pracovní pozice. K dalším druhům vztahů podle místa vzniku se řadí vztahy přátelské, partnerské, osobní, rodinné, pracovní. Interpersonální vztahy plní především funkci informační, jak o světě, tak i o samotném člověku a dále slouží jako zdroj

uspokojení různých psychosociálních potřeb. Například potřeby bezpečí a citové jistoty, potřeby někam patřit, potřeby pomáhat, seberealizace, uznání atd. (Vízdal, 2010).

Právě interpersonální vztahy jsou původcem většiny radostí a strastí v lidském životě, jež se promítají do kvality života. Pro posuzování vztahů ve své bakalářské práci jsem si zvolila vztahy, které jsem na základě svých předchozích zkušeností vyhodnotila jako nejvíce frekventované u sledovaného vzorku respondentů.

### **Rodinné vztahy**

Člověk vstupuje do rodiny bez vlastního přičinění. Nemůže ovlivnit svůj genetický profil ani nejbližší okolí. Rodina je původní a nejdůležitější sociální skupinou a tvoří základní stavební jednotkou státu, ale především dobré vztahy v ní mezi sourozenci a rodiči jsou podstatou zdravého psychického vývoje každého člověka. Pro lidi se zdravotním postižením je velmi důležité mít dobře fungující a vzájemně se podporující rodinné vztahy. Život s handicapovaným členem v rodině bývá často velkou zátěží. Navíc řada rodičů se nezvládne psychicky vyrovnat s tělesně postiženým dítěte, díky čemu se rodina rozpadne nebo z ní jedince vytěsní.

### **Přátelství**

Jedním z nejsilnějších svazků mezi lidmi je přátelství. Vytváří se v průběhu celého života, avšak nejvíce v dětství. Člověku přináší radost a uspokojení. Prioritně je to orientace pozornosti jednoho jedince na druhého, které se projevuje pochopením, zájmem o toho druhého, porozuměním jeho myšlení a oceňováním jeho kvalit a chování. Přátelství je pro mnoho klientů jediným způsobem navozování vzájemné důvěry.

### **Partnerství, manželství**

Jde o soužití dvou lidí, založené na trvalém citovém vztahu. Pro klienty je často velmi obtížné najít si vhodného partnera či založit rodinu a mít děti. Rodinu mohou tvořit i manželé bez dětí. Předpokladem dobře fungujícího svazku dvou lidí je jejich vzájemná opora, pomoc a porozumění.

### **Vztahy s personálem**

Pracovníky ústavu dělíme na ošetřovatelský a výchovný personál. Ošetřovatelé dbají o fyziologické potřeby klientů a jejich prostředí. Činností vychovatelů je klienty motivovat, vést je k samostatnosti a směřovat jejich aktivitu k individuálnímu rozvoji. Jsou jejich psychickou oporou a někdy jedinými blízkými osobami, s kterým jsou klienti v kontaktu.

Napomáhají klientům nalézt rovnováhu mezi tělesným zdravím, duševním štěstím a duchovním smyslem života.

### **Vztahy s ostatními lidmi**

Pro handicapované jedince je velmi důležitá interakce s okolním světem a druhými lidmi. Učí se pohybovat v různých společenských situacích a podílet se na společenském životě. Na jedné straně se setkávají s neochotou a lhostejností a na druhé straně s přílišnou pomocí, protože lidé nevědí, jak mají vůči nim reagovat. Klienti v nich vyvolávají lítost a myslí si o nich, že jsou absolutně bezmocní. Takovou pomoc klienti vnímají negativně a nestojí o ni. Proto je vzájemný kontakt důležitý i pro zdravé lidi, aby se zbavili svých předsudků. Například jsem se setkala s nározem, jehož autor automaticky předpokládal, že lidé s tělesným postižením mají nižší kvalitu života, než zdraví jedinci.

### **2.4.3 Sebenaplnění**

Sebenaplnění lze vnímat jako naplnění svých cílů a přání, to čeho by chtěl člověk v životě dosáhnout. Aktivita jedince, která vede k uspokojení jeho potřeb, které mohou mít různý charakter. Někdo má pocit sebenaplnění např. z dobrých výsledků své práce, nebo zanechá-li na základě své činnosti odkaz dalším lidem. Jiné lidi naplňuje intelektový rozvoj na základě neustálého doplňování informací atp. Můžeme se s tímto pojmem setkat i v Maslowově pyramidě potřeb, kterou uvádím na straně 26, kde je sebenaplnění vnímáno jako osobní růst a naplnění svých představ, které je důsledkem seberealizace.

### 3 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ

Ústav sociální péče (ÚSP) Kociánka se sídlem v Brně – Králově Poli je jedním z největších zařízení pro mládež s tělesným a druhotným mentálním postižením v Jihomoravském kraji. Jejím zřizovatelem je Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (MPSV ČR). Od 1. 1. 2013 se změnila její právní forma z organizační složky státu na státní příspěvkovou organizaci s názvem Centrum Kociánka. Nabízí komplexní péči a podporu zaměřenou na léčebnou, pedagogickou, sociální a pracovní rehabilitaci dětem od mateřské školy až do dospělosti. Jedná se o zařízení s denním, týdenním a celoročním pobytem klientů, které poskytuje péči zhruba 300 klientům. Těm jsou nabídnuty v rámci zdravotnické péče fyzioterapie, hipoterapie dále arteterapie, muzikoterapie a různé volnočasové aktivity.

Kociánka je od roku 2011–2021 začleněna do tzv. „měkké části“ projektu s názvem Podpora transformace sociálních služeb, kterou organizuje MPSV ČR. Hlavním úkolem je ucelená rehabilitace lidí se zdravotním postižením a zavádění zásad deinstitucionalizace a humanizace v pobytových službách. Je zřejmé, že určité procento klientů bude vždy odkázáno na péči pobytových služeb. Tyto služby by se měli co nejvíce blížit přirozenému prostředí.

Deinstitucionalizací je myšlena změna systému a přechodu zaměřených na poskytování sociálních služeb orientované na individuální podporu každého klienta. Pod pojmem humanizace chápeme vedení uživatele k samostatnému způsobu života, snižování kapacity instituce jako celku i samotných pokojů a umístění hygienického zařízení do obytných jednotek. V přístupu ke klientovi se mění poměr mezi péčí a podporou a to směrem k podpůrným činnostem ([www.kocianka.cz](http://www.kocianka.cz)).

#### 3.1 Sociální služby

Služby sociální péče jsou orientované na podporu osobám v nepříznivé sociální situaci. Jejich snahou je zajistit fyzickou i psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v co nejvyšší možné míře zapojení se do běžného života společnosti. Účelem je zabezpečit důstojné prostředí a zacházení. Pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se v § 3

uvádí: „Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností, zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“ Státní správu podle tohoto zákona vykonává Ministerstvo práce a sociálních věcí, krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, okresní správy sociálního zabezpečení a Úřady práce České republiky - krajské pobočky a pobočka pro hlavní město Prahu (dále jen „krajská pobočka Úřadu práce“).

Sociální služby rozdělujeme na tři základní oblasti, mezi které patří sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Sociální poradenstvím se rozumí poskytování potřebných informací napomáhajících lidem řešit jejich nepříznivou sociální situaci. Základní sociální poradenství povinně poskytují všichni poskytovatelé sociálních služeb, odborné poradenství je nutné vyhledat ve specializovaných poradnách, které jsou zaměřeny na určitou cílovou skupinu.

Služby sociální péče směřují svoji činnost především k pomoci a podpoře při zvládnání jednotlivých úkonů péče o vlastní osobu. K zabezpečení takovéto služby je možné využít příspěvek na péči.

Služby sociální prevence se zaměřují na negativní jevy společnosti, které mohou vést k sociálnímu vyloučení jedinců nebo způsobit neschopnost pečovat o sebe ať už z důvodu zdravotního nebo z důvodu věku. Prevence se uplatňuje například v oblasti zneužívání návykových látek, kriminality, bezdomovectví, krize v rodině (Muselíková a spol., 2006).

### **3.1.1 Typy poskytovaných soc. služeb**

V případě Centra Kociánka se sociální služby týkají prioritně oblasti sociální péče, jejichž zastoupení jsou denní, týdenní a celoroční stacionáře, odlehčovací služba, chráněné bydlení a sociálně terapeutické dílny.

Denní stacionář poskytuje ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností a s druhotným mentálním postižením. Jde o výchovu a vzdělávání, které má klienty připravit k začlenění do společnosti. Zahrnuje služby jako: pomoc při uplatňování práv, sociální terapeutické činnosti, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně atd.

Sociálně terapeutické dílny vedou klienty k jednodušším pracovním činnostem a podporují v nich tak sociálně pracovní návyky.

Týdenního stacionáře jsou pobytovou službou, která klienty se s tělesným případně mentálním postižením vede k soběstačnosti a poskytuje potřebnou míru podpory v každodenních činnostech a běžných aktivitách.

Odlehčovací služba je soborem různých činností péče, jejímž posláním je umožnit pečujícím osobám potřebný odpočinek a vést handicapované k samostatnosti. Může být terénní, ambulantní nebo pobytová.

Chráněného bydlení je novějším typem pobytové služby určeného pro handicapované osoby, které potřebují pomoc jiné osoby, ale jsou schopni žít samostatně v prostředí, které je svým typem identické s běžným bytem. Snahou je vést lidi se specifickými potřebami životem, aby jej mohli prožít dle svých přání a potřeb uvnitř společnosti. Posilovat jejich sociální začleňování alespoň touto cestou, když není možné zajistit potřebnou pomoc v přirozeném sociálním prostředí. Jedním z posláním je rozšíření osobních možností uživatelů a zároveň zapojit uživatele do místního společenství ([www.kociánka.cz](http://www.kociánka.cz)).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením neboli celoroční stacionáře zajišťují handicapovaným komplexní péči a pravidelnou pomoc z důvodu jejich snížené soběstačnosti.

Tuto službu využívají především lidé, kterým nelze z objektivních důvodů zabezpečit pomoc v jejich přirozeném prostředí (Muselíková a spol., 2006).

Pro kompletní výčet služeb sociální péče uvádím ještě další: osobní asistence, pečovatelská služba tísňová péče, průvodcovské, předčitatelské služby, domovy pro seniory a sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče a centra denních služeb.

### **3.2 Proces individuálního plánování**

V dnešní době je součástí většiny sociálních služeb a sociální práce individuální plánování, jehož úkolem je vycházet vstříc individuálním přáním a potřebám jedinců a zároveň je motivovat, vést a napomoci k dosažení jejich cílů, a tak jim umožnit rozvoj a posun v životě.

Tvorbou individuálního plánu (IP) se má na mysli naplňování standardu č. 5 s názvem Individuální plánování, které se řídí zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách a je zmí-

ně v § 88. V souvislosti s individuálním plánováním se uvádí ještě vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Ve standardu č. 5 je uvedeno, jak se vytváří cíl plánování služeb, zapojení uživatele do sociální služby, jaké má funkce klíčový pracovník. Dále jak se zaznamenávají osobní cíle, individuální plánování, hodnocení individuálního plánu a průběh služby.

Uživatel služby, případně jeho zákonný zástupce společně s klíčovým pracovníkem plánují poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a přání uživatele a na základě jeho možností a schopností. Na podkladu IP bychom měli nalézt vhodná východiska pro řešení nepříznivé situace uživatele. Pomocí něj předcházet rizikovým situacím, naplňovat potřeby a cíle uživatelů a tím tak pomáhat v kontrole kvality služeb.

Na sestavování IP by se měl podílet celý tým, který pracuje s klientem včetně uživatele. Tým tvoří klíčový pracovník (člověk, který je v nejužším kontaktu s klientem a měl by iniciativně reagovat na potřeby svěřeného jedince), dále sociální pracovník, vedoucí pečovatelské služby, lékař popřípadě fyzioterapeut, psycholog či psychiatr.

Klíčový pracovník má na starost nejen plánování a průběh poskytované služby, ale i vytváření plánu, jeho hodnocení a aktualizaci. Seznamuje klienta s aktivitami probíhajícími v zařízení, snaží se jej motivovat k účasti. S uživateli zachází s pochopením a taktem a respektuje jejich intimitu a soukromí.

Na základě rozhovoru je stanoven osobní cíl klienta, který si klient zvolí sám. Součástí IP je uvedení postupu a zdrojů, které použije, popřípadě období, během kterého chce cíle dosáhnout. IP je určitá forma ujednání mezi poskytovatelem a uživatelem služby. Vzájemné působení a komunikace, stejně tak přihlídnutí k možnostem klienta a organizace, jsou důležitým předpokladem k úspěšnému realizování plánu.

Mezi zásady individuálního plánování by měla patřit snaha o zvyšování a udržování dovedností a schopností klienta, taktéž vyhnout se nadměrné pomoci, respektive nevykonávat za uživatele věci, jež je schopný zastat sám či s naší podporou. Klient je považován za partnera a při navrhovaných řešeních je nutné se jej neustále dotazovat, zda předkládaný návrh mu takto vyhovuje a zda s ním souhlasí.

Cílem individuálního plánování je vedení uživatele k větší samostatnosti a omezení závislosti na druhých, zapojení do běžných denních činností, podpora samostatného myšlení, rozhodování a uplatňování vlastní vůle ([www.szss-cheb.cz](http://www.szss-cheb.cz)).



### 3.2.1 Způsoby individuálního plánování

Dlouho mi pojem individuální plán a jeho význam zůstával utajen. Samozřejmě, měla jsem určitou představu a ta se až tak moc od reality nelišila. Nutnost vyplnit nějaké formuláře a sem tam snaha klienty nasměrovat k nějaké činnosti. Často sami klienti nemají zájem a tak není divu, že i klíčový pracovníci časem ztrácejí energii a chuť do práce. A pak se setkáváme s přístupem rychle nějak formuláře vyplnit, ať to máme za sebou. Plány se tak stávají plytké a samoúčelné ([www.streetwork.cz/content/view](http://www.streetwork.cz/content/view)).

Existuje řada přístupů, jak vypracovávat IP, stejně tak se vyskytují přímo i počítačové programy určené k vytváření IP s klienty.

Hledala jsem informace o zpracovávání individuálního plánu především na internetových stránkách, protože v knihovnách je k tomuto tématu velmi málo literatury. Objevila jsem několik kurzů, přednášek a seminářů jak vypracovávat IP. Nejvíce mne oslovil přístup pana A. Herzoga, který uvádí několik zásad pro plánování IP.

Zásadní je u individuálního plánování přemýšlet, nikoliv pouze vyplňovat formuláře. Stěžejní je vnitřní logika IP, kterou si neustále ověřujeme pomocí otázek. Důležité je identifikovat nepříznivé sociální situace a vytyčit si cíle spolupráce. Naplánovat kroky k dosažení cílů tak, aby bylo patrné, co udělá klient, co pracovník a po určitém čase zhodnotit, co se podařilo a co ne. Na začátku je potřeba uvědomit si, kdo je náš klient, jaký je, a jak mu můžeme být užiteční. Na základě IP si lze vytvořit představu o zařízení, o tom, jak daleko se dostali klíčoví pracovníci ke klientům a jak jsou jim užiteční (Herzog, 2010).

Při tvoření IP je na jedné straně pohled klienta – jeho přání, sny a motivace k využití nabízené pomoci, na druhé straně pohled pracovníka, který by měl poskytnout odborný názor a mít na vědomí cíle zařízení, kterým je v našem případě snaha o co největší samostatnost. Nejlépe je vnímat osobní cíl jako tzv. cíl spolupráce, tedy osobní cíl upravený vzhledem k možnostem sociální služby. Základním postupem je vyjednávání – „kontraktování, jak uvádí Krutilová a spol. (2010).

Aleš Herzog společně s kolegyní Hanou Laurentovou (in: [www.streetwork.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3025](http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=3025)) uvádí tři přístupy k vypracovávání IP s názvem „Příběh“, „Úkol“ a Tady a teď“.

Styl „Příběh“ připomíná svým způsobem tvorbu kazuistiky. Snahou je zachytit co nejvíce komplexní obraz o klientově životě a zachycení důležitých názorů a stanovisek klienta

k danému problému. Využívá se popis nastalých situací místo hodnocení, což vede k zajištění transparentnosti pro klienta. V tomto případě jde o větší rozsah textu, nicméně dobře formulovaný plán vydrží na delší období. Tento způsob je možný použít tehdy, pokud má pracovník navázaný vztah s klientem a zároveň chce-li si klient o svém životě povídat. Danou metodu je vhodné volit tehdy, pokud se jedná o cíle dlouhodobějšího charakteru či rozsah intervencí zasahuje do různých oblastí života klienta. Zaměstnanec si tak vytvoří dobrý podklad pro další možné přemýšlení o klientovi. Hlavně s ním komunikuje a v průběhu rozhovoru jej motivuje. V neposlední řadě je to dokladem o dobrém vztahu s klientem. Uvedený styl je vhodný pro zařízení, jakým je právě Centrum Kociánka. Klienti zde tráví celé dny a jsou rádi za každou chvíli strávenou s někým, kdo má o ně zájem. Samozřejmě jako u všech IP, i zde se vypíší cíle krátkodobé, které směřují k těm dlouhodobějším a rozepíše se postup a jednotlivé kroky v jejich naplňování tak, aby byly srozumitelné pro klienta.

Styl „Úkol“ lze využít v případě, pokud klient má jednoznačnou „zakázku“, s kterou lze pracovat a strukturovat ji. Úkol by měl být dosažitelný v krátkodobém či dlouhodobém časovém pásmu. Například vyříditi si brigádu, hledat si vlastní bydlení.

V úkolovém pojetí by měl být plán časově vymezen. Pokud ale klient nebude dostatečně motivován, plán se rozpadne už při nesplnění prvního kroku a může tak vytvářet bariéru mezi klientem a pracovníkem. Dobře zpracovaný plán je v podstatě takový návod s instrukcemi co, kdy, kde a jak má klient přesně udělat.

Při stylu „Tady a teď“ je nejprve situace zanalyzována a pak zkrácena. Jde o záznam jednorázového individuálního plánu, který již proběhnul. Použijeme tuto metodu, pokud byl odveden zajímavý kus práce s klientem a chceme si jej zaznamenat. Zároveň je to důkaz o tom, že s klientem plánujeme, ale nedaří se nám s ním navázat intenzivnější vztah a kontakt. Tato forma se užívá v případě, kdy klient nemá moc zájem s pracovníkem komunikovat. Taktéž pokud navazujeme na potenciální problém (např. nápis na pouzdře smrt Sparťanům) či nadneseme nějaké téma a čekáme, zda se klient k němu vyjádří. A to je jediné místo pro intervenci.

### **3.2.2 Individuální plánování v Centru Kociánka**

Na Kociánce jsem se setkala s velmi příjemným, ochotným a vstřícným personálem na všech odděleních. I klienti uváděli, že jsou velmi spokojeni s jejich péčí. K otázce, jak

je to vlastně s individuálním plánem, se nikdo příliš nevyjadřoval. Cítila jsem, že je to věc, kterou vnímají spíše jako nutnost, nařízení „z vrchu“, než jako přínos pro klienty. Samozřejmě člověk od člověka se liší, stejně tak míra handicapu a ochota spolupráce jednotlivých klientů. A tak klíčový pracovník balancuje mezi potřebami klienta, svými potřebami a tím, co musí.

V duchu jsem si říkala, jak bych asi vypracovávala IP s klienty já teď (bez zkušeností) a po několika letech praxe.

Na jednotlivých odděleních využívají k individuálnímu plánování program v počítači, kde jsou předvoleny následující kategorie: přání a potřeby klienta (vychází z jeho osobních představ a potřeb), zdroje a metody zjištění (např. rozhovor s klientem, s rodinou, pozorováním apod.) datum, kdy byl plán sestaven, možnost naplánování kontroly, osobní cíl klienta a klíčového pracovníka, kroky k naplnění osobního cíle, klientovy zdroje, kde se uvádí aktivita klienta, kterou by měl vyvinout pro splnění vytyčeného cíle a jejich četnost a osoby se kterými uživatel spolupracuje.

Na základě souhlasu klienta jsem nahlédla do jednoho z individuálních plánů. Byl vypracován velmi stručně. Postrádala jsem v něm dílčí cíle, které by klienta směřovali k dosažení cíle hlavního. Nejedná se mi o kritiku. Spíše se zamýšlím, jak to s přáními a cíli klientů a zaměstnanců doopravdy je. Zde bych viděla potenciální prostor pro další práci.

Z rozhovorů, které jsem s klienty provedla, vyplynulo, že je pro ně velmi důležitá samostatnost. Větší samostatnost je pro většinu z nich jejich životním cílem a dosažením lepší kvality života. Mnohdy uváděli, že začlenit se do společnosti budou moci, až se dokáží více osamostatnit. Velmi se mi líbí formulace cílů Kociánky uvedené na jejich internetových stránkách. Korespondují s přáními a cíli klientů. Jen uvádění těchto cílů do praxe nemusí jít vždy jednoduše a troufám si napsat, že v některých případech by se mohly více rozvinout. Zaměstnanci podstupují různá školení. Přínosem bych pro Centrum Kociánka viděla absolvování kurzu o individuálním plánování.

### **3.3 Možnosti sociální pedagogiky u dospívajících klientů s postižením**

Jak uvádí Laca (2011, s. 34) „sociální pedagogika se soustředí na problematiku výchovných procesů v sociálním prostředí a na analýzu podmínek, které umožňují uspokojování potřeb člověka (lidských skupin) v různých etapách jeho života a v různých životních situ-

acích (v práci, studiu, volném čase, v místě bydliště, rodině a jiných oblastech lidské činnosti).

Snahou sociálního pedagoga je výchovně působit na jedince sociálně znevýhodněné skupiny. V případě tématu mé bakalářské práce nabídnout klientovi takovou míru podpory, aby se jeho kvalita života co nejvíce přiblížila lidem v běžné společnosti, nebo aby se dokázal osamostatnit a začlenit se do každodenního života. Právě na pozici vychovatele (klíčového pracovníka) se propojuje pedagogická činnost s podporou a vedením klientů v nesnadných životních situacích a pomocí při hledání východiska. Pracovník se snaží vést jedince k optimálnímu rozvoji a žádoucím cílům. Je mu nejen učitelem, ale i životním průvodcem, který ho směřuje k socializaci – tedy učí jej přijímat sociální normy, hodnoty a sociální role svého kulturního a společenského okolí.

Klíčový pracovník, sociální pedagog, by se měl pokusit vhodnou motivací a svým zájmem o klienta otevírat společně témata, kterou jsou typické právě pro dané období životního vývoje a snažit se je v rámci možností klienta přijatelným způsobem zpracovat. Jen připomenou, témata charakteristickými pro toto období je například partnerství, sounáležitost s lidmi, osobní identita, potřeba být prospěšný společnosti a cítit se potřebný a další. Samozřejmě velkou roli hraje vhodný přístup ke klientovi, kapacita vědomostí (z psychologie, pedagogiky, didaktiky) a sociální inteligence pracovníka.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 VLASTNÍ PRŮZKUM

### 4.1 Cíl průzkumu

Cílem práce bylo hledání odpovědí na otázku, jak vnímají osoby s tělesným postižením žijící v ÚSP Kociánka vybrané aspekty kvality života.

#### 4.1.1 Dílčí průzkumné otázky

Průzkum byl zaměřen na oblast mezilidských vztahů a sebenaplnění. Snahou bylo nalézt odpovědi na otázky:

Jaké nejčastější mezilidské vztahy klienti upřednostňují?

Využívají pro navázání mezilidských vztahů informační technologie?

Jaká je představa klientů o své budoucí rodině?

Jaké mají klienti cíle?

Jaké mají klienti plány do budoucna?

Z jakých činností má klient dobrý pocit, co jej naplňuje?

### 4.2 Popis výzkumné strategie

Zvolené téma jsem se rozhodla zpracovat kvalitativní formou pomocí tématické analýzy, pro niž jsem získala podklady a materiál na základě polostrukturovaných rozhovorů s respondenty, při čemž jednotlivá témata s hlavní otázkou byla doplňována dalšími podotázkami dle situace a asociací. Pro výběr průzkumného vzorku jsem zvolila metodu sněhové koule a metodu kontrastu. Kritériem pro výběr účastníků byl věk 18–27 let, kteří měli zájem spolupracovat a jež měli kombinované vady od narození. Na základě přepsaných rozhovorů 12 respondentů jsem hledala odpovědi na dílčí otázky.

#### 4.2.1 Tématická analýza

Tématickou analýzou rozumíme metodu, která zkoumá dané téma rozložením na jednotlivé jednodušší subkategorie. Na základě detailního poznání konkrétních případů lze dospět k určitým závěrům. O' Leary (2004, s. 193) říká, že tématická analýza je: „Proces vedoucí k porozumění zkoumané problematiky na základě získaných dat, které jsou závislá na stanovení a prozkoumání relevantních témat a jejich analýze. Zdrojem této analýzy témat může být jak induktivní analýza dat, tak i studium literatury a předchozí zkušenost výzkumníka.“ Jednotlivé pojmy jsem následně seřazovala na základě podobností do kategorií, které jsem mezi jednotlivými klienty porovnávala a zjišťovala jejich analogie vzhledem ke kvalitě života.

#### 4.2.2 Metoda sněhové koule

„Metoda sněhové koule je určena k získávání nových případů na základě procesu postupného nominování dalších osob již známými případy. Vlastní proces výběru začíná u jednoho nebo více jedinců, o nichž se ví, že splňují daná kritéria (např. mnou stanovený věkový interval, atd.). Je s nimi provedeno interview, při němž jsou požádáni, aby „nominovali“ další osoby, které znají a které rovněž splňují příslušná kritéria, a zprostředkovali s těmito osobami kontakt. S těmito „kandidáty“ je následně provedeno interview a celý proces se opakuje. Jednotlivé fáze se označují jako „vlny“ sněhové koule.“ (HARTNOLL, 2003, s. 19)

Zmíněnou metodu jsem si vybrala z důvodů snadnějšího výběru a oslovování klientů ústavu. Přínosem pro mne byla i časová úspora, protože jednotliví klienti přesně věděli, zda je potenciální respondent aktuálně přítomný na Kociánce a kde se nachází a umožnili mi k němu přístup, neboť jednotlivé části oddělení se otevírají na čipové karty, které vlastní pouze klienti zařízení.

#### 4.2.3 Metoda kontrastu

„Kontrastování je velmi důležitá technika potřebujeme-li od sebe lépe odlišit například dvě identifikované kategorie a upozornit na rozdíly mezi nimi, přestože mají zároveň mnoho společného. Stejně tak může být kontrastování velmi užitečné při zdůraznění některých

kontextuálních odlišností určitého fenoménu, který vlivem právě některých kontextuálních vztahů může mít různý charakter.“ (Miovský, 2006, s. 222)

Porovnáním dvou odlišných vzorků respondentů se snažím poukázat na rozdíly v přístupu ke kvalitě života a zároveň srovnat kvalitu života respondentů.

#### **4.2.4 Rozhovor**

Rozhovor (interview) je jednou z nejpoužívanějších metod, pomocí níž lze získat informace o poznávaných osobách. Šlo mi především o zjišťování potřeb klientů, jejich přístupu k životu, o jejich názory, motivy, vnitřní prožitky a postoje vztahující se ke kvalitě života. Zvolila jsem typ polostrukturovaného rozhovoru, jehož struktura není přesně určena jako u strukturovaného rozhovoru, tudíž sled otázek lze měnit dle aktuální situace, či je případně poupravit nebo se doptat a upřesnit si informace, které nejsou jasné. Výhodou je možnost okamžitá reakce, zpětná vazba a zjištění subjektivního pohledu respondenta. Nevýhodou je, že informace, které nám jedinec o sobě sděluje, mohou podléhat subjektivnímu zkreslení, které může být úmyslné či neúmyslné. Dále se do rozhovoru promítne i osobnost tazatele (Vízdal, 2005).

Snažila jsem se o neutrální a pokaždé stejný přístup k respondentům. Struktura rozhovoru byla stejná, jen se lišil jeho průběh. Mnohdy vznikaly nové otázky, které rozvinuly moje šetření, jindy bylo nutné se vrátit k tématu, od kterého jsme se s respondentem odklonili. Používala jsem otázky otevřené, které umožňují respondentovi libovolný směr a volbu odpovědi.

### **4.3 Harmonogram postupu práce**

#### **4.3.1 Přípravná fáze**

Na konci března roku 2012 jsem oslovila vedení Ústavu pro tělesně postižené a domluvila podmínky a průběh výzkumného šetření. Vedení mě odkázalo na lékařku, která s klienty pracuje. S ní jsem se snažila vybrat sourodou skupinu. Z rodinných důvodů jsem byla nucena práci na čas přerušit. Při návratu na oddělení téměř po čtvrt roční pauze již někteří klienti v ústavu nepobývali a jeden se přestěhoval do jiného pavilonu. Jeden z možných respondentů náhle zemřel a se dvěma se nedařilo navázat spolupráci.



### 4.3.2 Realizační fáze

První kontakt s novými účastníky výzkumného šetření proběhl přes pracovníky zařízení během měsíce ledna a února roku 2013. Na základě jejich souhlasu následovala individuální domluva termínů a setkání. Na zbylé klienty z původního seznamu jsem se obrátila s prosbou, zda by mě nasměrovali na lidi, kteří by byli ochotní se mnou spolupracovat a jsou na tom po zdravotní stránce podobně.

Během každé návštěvy jsem uskutečnila 1-3 rozhovory. Každý trval v rozmezí 45 min–1,5 hodiny. Celkem jsem podstoupila 5 návštěv Centra Kociánka. Po prvním zpracování audio záznamů proběhla ještě jedna návštěva a doplnění informací s některými respondenty. Z časových důvodů, jsem pak následné dotazy a potřebné upřesnění informací řešila s klienty i zaměstnanci telefonicky.

Rozhovory probíhaly v prostorách areálu, nejčastěji na pokoji klienta nebo ve společné kuchyňce. Vždy bylo snahou zajistit si maximální klid a soukromí. Všichni dotazovaní souhlasili s pořízením audio záznamu. Ubezpečila jsem je, že nikde nebudu zveřejňovat získané materiály a že jejich pořízení je pouze za účelem zpracování informací a sepsáním diplomové práce. U některých klientů probíhal rozhovor z počátku lehce rozpačitě, ale během krátké chvíle a úvodního seznámení, obavy opadly a dále už plynul přirozeně.

Respondenti byli během rozhovoru motivováni v jejich projevu verbálně, vyjádřením akceptace, parafrázováním, uznáním a ujišťováním s občasným proložením odlehčovacích témat. Neverbální komunikace se odvíjela zcela spontánně (pokyvování hlavou, přiměřený pohled do očí, úsměv atd.) Místy bylo nutné upřesnit informace sdělované klientem. V závěru proběhlo poděkování za jejich ochotu a čas. Ke konci jsem se vždy zeptala, zda je ještě něco, o čem by klienti chtěli mluvit, nebo mají-li nějakou otázku. Takto byl ošetřen každý rozhovor pro případnou další spolupráci (Lazarová, 2007).

### 4.3.3 Vyhodnocovací fáze

Každý audiozáznam rozhovoru jsem převedla do psaného textu. Všem respondentům jsem přidělila krycí jméno, aby jsem zachovala jejich anonymitu. Text jsem následně strukturovala do tematických celků a zaznamenávala odpovědi na dílčí otázky výzkumu. V rámci témat jsem provedla komparaci odpovědí dotazovaných. Na základě shody

určitých pojmů a významů jsem vytvořila určitá hesla, která jsem se snažila dále uvádět do souvislostí s daným tématickými celky a hlavním tématem mé bakalářské práce, kterým je kvalitou života respondentů v ÚSP Kociánka.

#### 4.4 Charakteristika průzkumného souboru

Oslovení respondenti jsou klienty Centra Kociánka 6 a více let (mnohdy od mateřské školy). Tělesný handicap je u řady z nich doprovázen lehkým nebo středním stupněm mentální retardace.

Průzkumný vzorek koresponduje s níže uvedenými kritérii.

Kritéria průzkumného šetření:

- Věk účastníka průzkumného šetření musí být v rozmezí od 18 do 27 let.
- Zájem o účast na průzkumném šetření.
- Skupina, v níž jsou společným znakem kombinované vady od narození.

Výběr klientů, jak jsem již uvedla v předchozím oddíle v přípravné fázi, byl téměř celý stavěn na metodě sněhové koule.

Přes veškerou snahu se objevuje jistá nesourodost vzorku a to především ve stupni mentální retardace. Já ji však vnímám jako přínos a možnost podrobněji porovnat vybrané oblasti mezi s sebou. Jsem si vědoma skutečnosti, že se jedná o malý vzorek a nepředpokládám, že by výsledky byly typické pro celou populaci. Osobní kontakt a spolupráce s jednotlivými klienty mně umožnil lépe interpretovat jejich prožívání, přání a cíle a detailněji nahlédnout do jejich představ o kvalitě života.

Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 12 respondentů, kteří splňovali výše uvedené podmínky, které jsem rozdělila do 2 skupin.

Skupinu A tvořilo 11 respondentů, kteří splňují výše uvedená měřítká. Liší se mezi s sebou mírou samostatnosti a mentální úrovní.

Do skupiny B byl začleněn jedinec splňující pouze první dvě kritéria. Nejedná se o kombinované postižení, ale o tělesné postižení získané před 8 lety po úrazu. V tomto případě, ač se jedná o člověka na vozíku, je klient maximálně soběstačný. Rozhodla jsem se tohoto respondenta uvést z důvodu použití metody kontrastu.

## 4.5 Analýza dat

Při vedení rozhovorů jsem neustále myslela na cíl své práce, kterým bylo zjištění kvality života tělesně postižených v ÚSP Kociánka se zaměřením na mezilidské vztahy a oblast sebenaplnění. Aby se mi lépe dařilo uchopit pojem kvalita života a dobře jsem jej přiblížila klientům výše uvedeného zařízení, vycházela jsem z této formulace:

Kvalita života je vnímána jako osobní pohoda, k níž je přístupováno jako k dlouhodobému emočnímu stavu, ve kterém se odráží spokojenost člověka s vlastním životem (Dvořáková a kol., 2006).

Sebenaplnění vnímám tak, že člověk žije život podle svých představ, tak jak chce.

Mezilidské vztahy, pod kterými si všichni představí vztahy s rodiči, sourozenci, přáteli, partnerem atd. a sebenaplnění jsou dvě z řady dimenzí, které ovlivňují kvalitu života. Následující text dělím do jednotlivých odstavců v níž se věnuji porovnávání odpovědí jednotlivých respondentů na dílčí otázky.

### Jaké mezilidské vztahy klienti upřednostňují

Mezilidské vztahy jsou podstatou bytí ve společnosti. Všichni lidé touží k někomu patřit či se o někoho starat. Pro spoustu z nich je to naplněním života. Mezilidské vztahy přitom nic nestojí, může je mít každý. Přesto dobrých, trvalých vztahů o které se člověk může opřít není v životě až tak mnoho. Vznikají pomalu a velice rychle jdou zničit. Vztah, který je dán každému do vínku hned při svém narození je ten se svými rodiči. Patří mezi nejintenzivnější vztahy, které vůbec člověk může mít. Ne náhodou, když jsem se klientů ptala, co si vybaví pod pojmem mezilidské vztahy uváděli: rodina, přátelé, přítel a tak. Například Marta odpověděla na otázku, který ze vztahů je pro tebe nejdůležitější: „*Já myslím, že každý je důležitý – rodina, přátelé i partner. Třeba vztahy tady mezi lidima.*” Tak nějak podvědomě rodinu stavíme na první místo. Lev Nikolajevič Tolstoj řekl: „Rodina je jednou z nevyhnutelných podmínek štěstí.” Ovšem všichni to štěstí nemají.

Pouze u dvou případů se klienti setkávali se svou rodinou 1x za 14 dní. U ostatních pak kontakt s rodinou nebyl žádný nebo v podobě oboustraně trpěných návštěv v době Vánoc a přes letní prázdniny. Častokrát ani klienti o takový kontakt už nemají zájem. Jitka řekla: „*Hodně mi pomáhá pomocná výchova. Když mám jet domů, tak mě třeba podrží, mívám hrůzný stavy. Víím, jaký to bude doma. Když mamce řeknu, co třeba dělám, co mě baví, tak mě řekne, že ji ne. Takže když přijedu domů, jsem tam 2 dny a stačí.*” Mnohdy se s těle-

sným znevýhodněním jeden z rodičů nedokáže smířit a z rodiny odejde, nebo zůstane, ale v rodině je pak při každém společném střetu napětí. Helča: „*Nebýt mamči, tak jsem už podle něho jsem (táty) od 10 let v ústavu. Podle mě se vůbec nesmířil s mým handicapem. ... mám radši, když je v rodině klid a ne takové nepříjemné napětí.*” V jiném případě dítě prostě odloží do ústavu a začnou žít nový život, buď s původním nebo novým partnerem a věnují se sourozencům. Klienti toto chování často omlouvají slovy, mají hodně práce, nestihli by se starat o mě a o sourozence, bydlí moc daleko, aby jezdili často. Třeba Norbert mi sdělil na otázku, jak často jezdíš domů toto: „*Jen na prázdniny v létě. Ne, že bych nechtěl, ale bohužel oni by to nezvládli, když mám 2 ségry.*” To ti řekli? ... mlčení. Když jsi doma, jak to probíhá? „*Poslouchám si radio, jinak nic moc.*” Jako že si s nima nepovídáš? „*Tak s mamkou jo, ale se ségrama ne.*“ A tvůj taťka? „*Strejda chodí do práce, já ho vůbec nevidím.*“

Já se ptám na taťku. „*Tak to byl můj taťka, on mě učil na záchod a tak.*“ Svýho taťku neznáš? „*Ne.*“ Každopádně moc dobře vnímají, že je rodiče do ústavu odložili a poměrně často je jim z toho smutno. Na dotaz kvůli čemu býváš nejčastěji smutný(á) odpověděl(a) Norbert: „*No mě to přijde líto, že mě tady rodiče nechávají, tak proto jsem našťvaném a bývá to hodně často.*“ Dita: „*Chybí mi mazlení. Mamka chodí do práce i o víkend, tak jsem pořád tady. Jezdím domů jen v létě na prázdniny.*“ Marta: „*Ta ségra (nyní hospitalizovaná), vždycky když za ní jdeme, tak to nějak nedávám. No a pak mi nedávno umřel hodně dobrý kamarád, tak to mě taky vzalo. Spíš jsem ho vídala každý den a chodil mě opruzovat a teď už mě nikdo opruzovat nechodí.*“ Matouš: „*Z táty, posledně jsme se pohádali kvůli té jeho fúrii (po smrti manželky, nová přítelkyně) nebo když mi nadává, že jsem postiženější a že si za to můžu.*“ Marek: „*Kvůli holce, když mi dala kopačky. Nejčastěji kvůli partnerským vztahům.*“

Mezilidské vztahy byly, jsou a budou kořením života. Jsou důvodem k radosti i smutku. Příčinou smutku byly ve všech případech členové rodiny a nebo lidé z blízkého okolí. Klienty trápí vztahy s nimi nebo jejich smrt. Naopak radost zažívají v případě, když pro ně někdo něco udělá nebo si na ně vzpomene či naopak oni mohou někomu s čímkoliv pomoci. Tedy upřednostňují vztahové záležitosti nad materiálními hodnotami.

V případě partnerských vztahů se časem smutek elimenuje a s příchodem nového partnera vymizí úplně. Jenže vztah s rodinou je pouze jeden. A ten když se naruší nebo úplně přeruší, zbyde jen spousta otázek, smutek, samota a prázdnota.

Ptala jsem se sama sebe proč je to tak. Možná právě z důvodu, že se rodiče nedokáží naladit na emoční a psychické potřeby dětí. V dnešní době není moc rozšířena solidarita společnosti a blízkého okolí.

Tázala jsem se klientů, zda jsou oni a rodiče věřící. Helča: *“No, já to řeknu tak. My, jako rodina nejsme věřící, ale kdyby člověk nevěřil vůbec ničemu, tak se nikam nedostane, víš – třeba nedoufal v to, že ho ten život posune dál, že ho nikdo nepodpoří, tak by se nedostal nikam. Člověk musí hlavně vědět, co chce.”* Lukáš: *“U nás nikdo nevěří. Já jsem křesťan poslední 3 roky. Kamarád mě vzal do spolča a já tam teď chodím 2-3x za týden. Mám tam mnoho přátel.”* Radka: *“Z naší rodiny jsem věřící jenom já. Protože se nedalo prokázat, že jsem byla pokřtěná, tak mi pan biskup Cikrle povolil, že jsem mohla být znovu pokřtěná ...”* Nina: *“Já v Boha nevěřím, ani nikdo od nás z rodiny.”* Marta: *“Naši nevěří a já? No nevím. Jak jsem jednou byla s kamarádama na dovolené, tak tam jsem nějak začala. Bylo to takový, že tě tam nikdo nenutil, že to bylo dobrovolné.”* Jitka: *“Když jsem byla menší, tak jsem tomu věřila a chodila do náboženství, ale teď už ne. Rodiče měli jiný názor a potom co mi ho řekli, tak už jsem přestala věřit.”*

Právě víra je jedním ze způsobů, jak zvládnout náročné životní situace. Podrží člověka v těžkých chvílích a komunita věřících zastane sociální podporu.

Rodiče se nedokáží vnitřně srovnat s realitou, která je brzdí v jejich “naplánovaném”, konzumním životě.

Rodina představuje jistotu, pokud však nefunguje nebo v podstatě už pro klienta neexistuje, upřednostňují přátele a kamarády před partnerem. Byť s ním mohou mít mnohem užší vztah, tak mají zkušenost, kamarádi tu budou pro něj vždy a za všech okolností.

S prací personálu jsou v obecné rovině spokojení, za jejich práci je obdivují a nesmírně si jejich pomoci váží.

Všichni respondenti se uvědoměle shodují na tom, že personál má opravdu náročnou práci. Každý z nich si pochopitelně rozumí lépe s někým jiným, ale v obecné rovině jsou s nimi spokojení. Helena: *„Fyzicky to jo - některé sestřičky a co se týče výchovy, tak i psychická podpora. Celkově se fakt snaží.“* *Když něco dělám, tak u sestřiček i výchovy oceňuji, že tě nechají, aspoň to zkusit. Až už vidí, že to nezvládneš, tak teprve pak ti pomůžou.“*

Ve vztazích s ostatními lidmi mimo areál převládají dobré zkušenosti, ale samozřejmě najdou se i ty méně příjemné. Některým se vybavili pouze negativní zážitky. U všech špatných zkušeností převládala neochota různého typu.

### **Jaká je představa klientů o své budoucí rodině**

Představy klientů o vlastní rodině v budoucnu se téměř shodují. Do přání se promítá z velké části to, co nezažili doma ve své nukleární rodině (pohoda, vzájemnou komunikace, pomoc atd.).

Na otázku, jak by měl vypadat takový pohodový partnerský život Helča odpověděla: *„Abychom, když už se něco stane, si to uměli říct co nás trápí, co nám vadí na druhém. Nemám ráda, když mi někdo lže do očí, nebo říká, co není pravda, prostě, aby to bylo přátelství dvou lidí. Mít svoji vlastní rodinu a vlastní život. Aby mě nikdo netlačil do toho, co vím, že bych nezvládla nebo vím, že by mi to bránilo v setkávání s novými přátelama. Víš, aby mě to nedrželo furt na jednom místě.“* Matouš: *„Mít tak 2 děti, manželku, s kterou bychom se navzájem podporovali, nějaký ty výlety. Abychom byli spolu na celý život, bychom dětem pomáhali a tak.“* Radka: *„Abychom si společný čas plánovali společně – tu část dne budeme dělat to a teď zase tohle. Abychom měli společné zájmy, dělali věci společně a hlavně si pomáhali.“*

Respondenti odpovídali bez sebemenšího zaváhání. Prostě mají ve svých představách jasno. Vědí, co chtějí. Klid, kterým mi tyto informace sdělovali a zcela konkrétní představy, mne překvapil. V tomto bych viděla rozdíl se stejně starými vrstevníky. Ti se často ještě nestihli zastavit a popřemýšlet. Jsou plni energie a plánů, ale ty se týkají hlavně jejich školy, práce, zábavy, koníčků.

Ptala jsem se dál. Jaký by měl partner být podle tebe? Matouš: *„Hodnej, nekouřit, nepít alkohol, nebyť nevěrnej, pomáhat. Pomáhat rodině, pomáhat komu může.“* Nina: *„Já si myslím, že je natolik inteligentní, a hodnej, že si myslím, že by nám to mělo klapat. Dokáže si hodně věcí udělat sám, takže by mi zvládl pomoci. A taky bych s ním měla ráda dítě.“* A co partner - souhlasí s tím? *„On to ještě neví, ale chtěla bych mu to co nejdřív říct. Protože nemůžu zůstat mamce na starosti, takže si musím jít časem po své ose. Takto bych to chtěla do budoucna, pokud se zbavím vozejků. Chtěla bych založit rodinu plus mít živého tvora jako pejska. Hrozně zbožňuji pejsky a malé děti. Člověk se časem všechno naučí ko-*

*lem nich a je to pěkný, když by měl člověk nějaký problém, tak se dokáže dětmi rozptýlit. Když se věnuje dětem, tak na to nemyslí. ...“*

Jitka: *„Abychom si rozuměli a nemyslel jen na sebe, ale i na ostatní. Abychom dělali věci společně.“*

V oblasti budoucí rodiny, partnera i vztahů s přáteli nejvíce figuruje slovo pomoc. Pomoc v různých směrech. Očekávání od partnera vzájemné pomoci. Sami denně zažívají pomoc od druhých, tak mají radost nebo přinejmenším dobrý pocit z toho, když mohou sami někomu pomoci.

### **Využívají pro navázání mezilidských vztahů a informační technologie**

Informační technologie typu facebook, psaní emailových zpráv, skype apod. klienti využívají spíše v komunikaci se svými stávajícími přáteli. Cíleně většina z nich tímto způsobem přátel ani partnera nevyhledává. Na otázku, zda jsi se zkoušel(a) někdy seznámit přes inzerát nebo přes internet, klienti odpovídali takto. Matouš: *„Ne, já mám z toho docela strach. Do toho bych nešel.“* Helča: *„Ne, každopádně mám raději osobní kontakt. Abych toho člověka prvně znala, abych věděla co od něj můžu čekat.“* Beáta: *„Ne. U mě je problém s komunikací s neznámými lidma.“* Marek: *„Ano, ale sešlo z toho a pak už jsem to raděj nezkoušel.“* Pouze jedna respondentka uvedla, že i přes určité obavy a riziko, kterého si je vědoma, hledá tímto způsobem své kamarády. Po navázání kontaktu, pokud jí je člověk sympatický, se snaží o osobní kontakt. Marta: *„Hodně jsem poznala kamarádů na internetu. Postupně někteří jdou do pozadí a někteří zůstali. Jedno období jsem měla kamaráda, s kterým jsem se potkala na internetu, ale už na to prdí, tak už na to prdím taky.“* Když jsi na internetu, vídáš se s nima i reálně nebo přes web kameru? *„Spíš normálně. Když je mi člověk sympatickej, tak jo.“* Takže jsi hledala partnera přes internet? *„Jo I dřív jsem tak měla.“* Potom, kvůli čemu to nevyšlo? *„Ten první byl takovej nevyspělej. Mě je takový trapný o tom mluvit, vlastně já tomu ani nerozumím proč. Potom druhej to byla taková velká láska, tak to zkrachovalo na - to je takový složitý, možná že nemohl, nebo měl nějaký psychický problémy. A ten poslení ted'ka, to bylo kvůli tomu, že mu přišlo blbý, že necítí, co by možná měl cítit a taky kvůli sexu (klientka se pousmála) a za chvílku přijde.“*

Klienti si dobře uvědomují potenciální nebezpečí a většina o tento způsob navazování známostí nejeví zájem. Zároveň mi řekli, že fyzickou přítomnost a osobní povídání rozhodně psaní zpráv nenahradí. Marta: *„...on toho vždycky hrozně moc napíše a mě se to*

*nechce číst. To je spíš lepší si s takovým člověkem pokecat.*” Marek: „*Lidé, kteří jsou na internetu si raději chtějí psát než se potkávat. Pro mě je psaní náročné, musím vždycky někomu říct, sám nic nenapišu. Nejlepší je, když si s někým můžu jen tak popovídat.*“

### **Jaké mají klienti cíle**

Ve své podstatě se výpovědi shodují. Cíle jsou ovlivněny do značné míry zdravotním stavem klientů. Myslela jsem, že se odpovědi budou různit, tak jako je tomu u zdravých vrstevníků, kdy jeden člověk by chtěl cestovat, druhý si pořídit vlastní počítač, další dokončit školu, sehnat si brigádu atd. Neobjevovali se žádné krátkodobé cíle. Mezi střednědobé cíle jsem zařadila odpověď dokončit školu, která párkrát zazněla. Co však převažovalo a zároveň bylo pro klienty v životě nejdůležitější bylo to, co by ovlivnilo jejich kvalitu života. Tedy zlepšení jejich schopnosti pohybu. Helča: *“Chtěla bych částečně nepoužívat vozík. Na Rháčku cvičíme tu chůzi.*“ Matouš: *„Velkým cílem je být samostatnej. Pak dostat se dál s partnerkou, třeba z Kociánky“* Radka: *„Samozřejmě, že chci mít samostatné bydlení, přítele, časem i rodinu, ale hlavně toho přítele, aby i pomohl s čímkoliv a abychom si rozuměli a dělali věci společně.“* Nina: *„První, co ve svém životě chci asi tak nejvíc je to, že chci chodit. Ted' chodím po Rháčku, ale doufám, že postupem času se z toho dostanu. Zatím zvládnou tak 5 minut chůze, ale doufám, že budu postupně přidávat.“* Jitka: *„Ted' mě žádný nenapadá. Přeju si dál hrát bocciu.“* Marta: *„Asi udělat tu maturitu, to je ted' můj největší cíl a pak jít odsud pryč. Já se bojím, a pak to bude třeba dobrý.“* Beáta: *„Důležitý je, abych dodělala ted' nějak ten prvák a hlavně to, abych mohla chodit konečně sama. To je můj cíl, kterej chci zvládnout ze všeho nejvíc. Abych už nemusela s doprovodem.“* (problém s orientací)

Klíčovým slovem a velkým tématem se v tomto okruhu stala samostatnost. Integrace handicapovaných do běžné společnosti je v dnešní době módní, ustálené sousloví. Pak se může lehce stát zdravému člověku, který jde za svým cílem integrovat postižené do společnosti s přesvědčením, že je to pro ně to nejlepší a nevidí všechny souvislosti. Proč handicapování kladou takový důraz na samostatnost? Dobře si uvědomuji, že bez ní nebo alespoň částečné samostatnosti není integrace možná. V případě klientů Centra Kociánka by bylo vhodnější hovořit spíše o možnostech utility. Utilitou se rozumí „možnost zařazení jedince do „užitečné“ práce, kdy však potřebuje celoživotní dozor a speciálně upravené podmínky k životu a společenskou pomoc“. (Jůzl, 2012, s. 80)



### Jaké mají plány do budoucna

Převážná část klientů má určité představy a plány. Jak moc jsou konkrétní nebo reálné, závisí na schopnostech dotazovaných a jejich ambicích. To krásně vystihla Helča: „*Člověk musí hlavně vědět, co chce. Myslím teď posouvat se někam. Jde mi o poposunutí k něčemu, od čeho čekám, že člověk půjde dál. Svatba, dítě a tak, prostě aby ten život k něčemu byl.*“ Matouš: „*Práci nějakou, děti a tak. Práci nějakou s počítačem nebo nějaký řemeslo.*“

Většina klientů ale tak odvážných a jdoucích za svým cílem není. Mnohdy převládá uvědomělý strach postavit se na vlastní nohy – tzv. „udělat krok do neznáma“. Takové obavy jsou běžné i u zdravé části populace. Mladý, zdravý člověk si pokládá otázky, zda – li sežene práci a bude moci poplatit výdaje spojené se svojí existencí a zároveň řeší, zda se má odpoutat od rodiny, kde má zajištěný veškerý komfort a servis. Je-li člověk bez větší motivace, zvítězí pohodlnost. Vždy záleží na motivaci a cílevědomosti jedince. Obdobně to mají i lidé s handicapem, leč mnohonásobně více stížené v oblasti zaměstnání, kde je možnost profesního uplatnění velmi omezena druhem a stupněm postižení a dalšími okolnostmi spojenými s možností dopravy a poptávkou po práci, kterou jsou schopni zastávat. Ale jedna stánka je zaměstnání a druhá je zajištění základní péče, aby respondent mohl vůbec fungovat. Zajistit si člověka, který by mu pomáhal se sebeobsluhou je náročné především po finanční stránce.

Na otázku Marta odpověděla: „*Jít odsud pryč, zůstat tady v Brně, mít nějaký malý byt.*“ Ty jsi se tak trošku pousmála, jak kdyby to nemělo vyjít. Ty v tom vidíš nějakou překážku? „*Já se spíš bojím jít odsud pryč. Už tady budu 19 let, že jo, tady máte všechno. Bojím se udělat ten krok.*“ Beáta: „*Asi to osamostatnit se, bydlet v chráněném bydlení. Ale potřebovala bych chodit tu trasu častěji, ale nemám, kdo by ji chodil se mnou. Vychovatelka nemůže chodit se mnou každý den. Musí se věnovat i ostatním.*“ Nina: „*Založit rodinu a hlavně dostat se z vozejků. Já tady chcu být co nejdýl. Je to podmíněno do 30 let, ale tím studiem bych si to chtěla protáhnout až do 40. Až bych se dostala na tuto hranici, tak pak už bych se chtěla postavit na svoje nohy a mít tu rodinu. Já prostě chcu do toho dát všechno a pak uvidíme, jestli to vyjde nebo nevyjde.*“ Jitka: „*Bydlet sama s nějakou asistencí v pečovatelském domě.*“

Zaměstnání je v podstatě takovou startovní čarou v osamostatňování. Oslovení klienti někteří mluvili o zaměstnání sami, ale většiny jsem se dotazovala sama. Zajímalo mne, zda se alespoň pokusili si hledat nějakou práci a zda mají přehled o pracovních možnostech.

Na otázku, jestli si už hledal(a) práci nebo brigádu mi odpovídali takto. Nina: „*Ne, nedívala, to je tady liga vozičkářů. Když bych měla sehnat práci, tak jako zdravý člověk, ne jako vozičkář. Takže napřed se budu snažit se sebou něco udělat, a pak teprve po částech.*“ Jitka: „*Ne a myslím, že mi to bude ještě chvíli trvat.*“ Marta: „*Ne.*“ Helča: „*Dřív jsem sháněla třeba brigádu, tak se mi třeba vůbec nepodařila, ale jsem ráda, že se mi třeba podařilo sehnat tuto práci. To je práce, u které si i odpočnu. A ta nabídka pracovní, kterou jsi dostala – to je jaká práce. Účetní na doma. Účetnictví, ekonomika, to je zase úplně něco jiného.*“

Pouze jeden z dostazovaných reálně směřoval svoji činnost a activity k osamostatnění se i v bydlení. Pro spoustu dalších je to spíš přání hodně vzdálené. Několikrát jsem si kladla otázku, v čem může být největší problém. V jejich nedostatečné samostatnosti? Problém finančního zázemí? Způsob myšlení? Jejich zkušenosti v starání se sama o sebe a vedení personálu k jejich samostatnosti? Domnívám se, že je to především o způsobu myšlení a způsobu, jakým jedinec přistupuje k životu. Proč u jednoho to jde a u druhého ne? Jak uvádí Renotírová (2002) nedostatek soběstačnosti vede k hodnocení člověka, jako jednoznačně závislého, a to i v oblastech, v kterých závislý být nemusí. Vlivem pohybového postižení dochází k restrikci sociální zkušenosti mohou mít vést k určitému infantilismu.

Na každém jedinci záleží, zda se aktivně podílí na tvorbě své kvality života, nebo jen pasivně přihlíží. Tedy kromě jedné respondentky si nikdo jiný nehledal práci, ani brigádu. Buď z důvodu, že ještě studují, nebo nad touto možností ještě nepřemýšleli.

Na oddělení, pravda, nemají často klid a jsou na Kociánce od mateřské školy, ale na druhou stranu je to pro ně velká jistota. Mají vše co potřebují k životu. Když pomínu finanční stránku, která je jedním z tíživých problémů a zůstanu u mezilidských vztahů, tak po přestěhování trvá určitou dobu vytvořit si zázemí, lidi kolem sebe, kteří vás budou mít rádi, pomohou vám, když je potřeba. Získat si přátele, aby jste nebyli sami. Mnozí, kteří jsou odkázáni na pomoc a nemají ty možnosti navazovat tolik kontakty s vnějším světem, by často byli úplně sami a společnost by jim dělal pouze dobrovolník, či placená pomocná síla, která by několikrát za den docházela nebo s nimi byla 8 hodin, na co samozřejmě má z klientů peníze málo kdo.

Tedy pohodlnost, jistoty a mít si s kým popovídat, je často důvodem, proč nemají lidé z Kociánky ani motivaci areál opouštět.

### **Z jakých činností má klient dobrý pocit, co jej naplňuje**

Má-li mít člověk pocit sebenaplnění, měl by mít plány a ty postupně plnit, vykonávat práci (jakoukoliv), z které má radost, dobrý pocit. Prostě žít život podle svých představ. Snažila jsem se zjistit, co klientům dělá největší radost, z čeho mají dobrý pocit a co by uvítali, aby mohli být v životě spokojenější. Helča: *„Člověk musí hlavně vědět, co chce. Myslím teď posouvat se někam. Jde mi o poposunutí k něčemu, od čeho čekám, že člověk půjde dál. Svatba, dítě a tak, prostě aby ten život k něčemu byl.“* Nina: *„Já dokáži pomoci tím, že se dokážu vcítit do problému lidí. Nebo, že někomu udělám radost tím, že mu dám dáreček. Z toho mám dobrý pocit.“* Radka: *„Jsem ráda, že když mají lidi nějaký problém, tak přijdou za mnou. Ví, že mi můžou věřit. Myslím, že lidem dokážu pomoci jak psychicky, tak fyzicky.“* Jitka: *„Hraju bociu. Jednou bych chtěla hrát v první lize a jet se sportem do zahraničí. Taky mám radost, když si někdo koupí můj výrobek (obrázek z korálků).“* Matouš: *„Když se mi něco povede.“* Marta: *„Asi to divadlo. Chodím každé čtvrtky do dramky. A taky ze školy, teď jsem se v poslední době docela zlepšila. Takhle jak to mám, jsem spokojená. Kdybych umřela, tak jsem žila tak, jak bych chtěla.“* Co je naplněním tvého života? *„Aby lidé kolem mě byli šťastní a abych vycházela s ostatními.“* Je samozřejmé, že každého naplňuje něco jiného. Klienty spojovala místy radost z toho, že mohou někomu pomoci, poradit – cítit se potřební a dobrý pocit z toho, že se jim něco dobře povede, když se jim podaří jejich plány.

### **Porovnání kontrastních skupin**

Martin, zastupující kontrastní skupinu je po úrazu už osmým rokem. Je ochrnutý od pasu dolů a ze své původní váhy zhubnul téměř 40 kg. Sám uvádí, že velice záleží na přístupu k životu a životním elánům. Každý se se svým získaným handicapem neumí smířit tak rychle a někdo vůbec. Od mala hodně sportoval, byl zvyklý na spoustu pohybu a nyní je po úrazu upoutaný na vozík. Sám říká: *„Třeba ten, co byl se mnou na pokoji, tak nevystrčil nos. Jsou dva typy, buď jdou hned mezi lidi, nebo se zakomplexují.“* Pravda, že Martin patřil i v době, kdy byl zdravý mezi akční lidi a to mu zůstalo. Díky tomu má oproti lidem s postižením od malička dvě obrovské výhody. Za prvé získal spoustu zkušeností jak sociálních, tak i pracovních, protože už jako kluk chodil na brigády. Dále má řadu přátel, na které se může obrátit s prosbou o pomoc. Za druhé je to jeho zmiňovaný entuziasmus. Vztahy s lidmi momentálně upředostňuje kamarádské a partnerské před vztahy s rodinou. Otec mu zemřel v jeho devíti letech a matka se s jeho zraněním nedokázala vyrovnat.

Po několika neshodách s ní přestal udržovat kontakt. „Až po úrazu se všechno změnilo. Před tím to bylo dobrý, a pak nevím, kde udělali soudruzi chybu. Možná proto, že dávala přednost víc svým kamarádům. Nejdřív to tak rok bylo dobrý, ale pak když jsem přijel domů, tak jsem byl doma sám týden, měsíc, rok. Tak jsem ji jedno ráno poslal k šípku a teď už se asi 5 let nebavíme. Fakt mi to nechybí. Ještě mě naštvála, že málem zemřela babička, protože jí dala na infarkt panáka. To mi taky hnulo silně žlučí.“ Porovná-li i ostatní, nejvíce jsou na rodiče fixováni klienti, kteří nemají možnost samostatného pohybu a jsou odkázáni na pár přátel v areálu. Zde se velice dobře projevuje potřeba sounáležitosti, kterou uvádí ve své pyramidě potřeb americký psycholog Abraham Maslow.

Facebook ani jiné informační technologie pro navazování vztahů nepotřebuje a ani je nijak nevyužívá.

Martinovy představy o rodině jsou obdobné jako kolegů z kontrastní skupiny. Rád by se ženou a dětmi bydlel v rodinném domku. Říká: „Já bych rád děti, ale přítelkyně zatím mluví jenom o práci. Tak uvidíme. Říkal jsem jí, že bych přinejhorším zůstal na mateřské já. Já jsem hlídal máho nevlastního bratra, takže vím, co to je.“

Výraznější rozdíl jsem zaznamenala v opovědích na otázku, jaké má cíle. Mezi jeho cíli se objevovali, jak krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé cíle, které se mu daří plnit. Uvádí: „Většinou, když si něco stanovím, tak jdu za tím a většinou toho dosáhnu. Samozřejmě jsou věci, že k něčemu potřebuji pomoc lidí, kteří nejsou na vozečku nebo, kteří to mají v hlavě v pořádku. Třeba, když potřebuji něco vyřídit, něco podepsat. Zatím jsem se s ničím nese-tkal, co by mě zabrzdilo. Neříkám, že mě to nezpomalilo, někdy mě to zpomalilo na dýl, ale nebylo to nic, co by se nedalo vyřešit.“ Obdobně je s plněním svých cílů Helena, která má ochrnutí dolních i horních končetin, tedy mnohem těžší stav. Podobné nadšení má i Nina. Jedná se o ambiciózní lidi, kteří mají v sobě motor, který je žene dál. Ostatní jsou „pohodá-ři“. Řídí se heslem – když to neudělám dnes, udělám to zítra. Vědí, že jim nic neuteče. Pro mnohé jsou dny na Kociánce často velice podobné.

Zároveň Martin neřadí mezi své cíle zlepšení svého zdravotního stavu. Samozřejmě cvičí a řeší svůj zdravotní stav, ale není to pro něj prioritou. Například Jitka a Nina jsou fyzicky na tom stejně. Ale Nina mi na otázku ohledně zaměstnání odpovíděla. „Pokud docílím toho, co chci, tak kdekoliv najdu nějaké zaměstnání. Ale teďka, když je ten problém, jaký mám, že jsem teď motorizovaná na vozíku.“ Ale máš zdravé ruce? „No ale nejde jenom o ruce, víš jak.“ - Tak trochu nevím - porad', uveď mě do obrazu. Pak nás přerušilo zvonění telefonu klientky a už se mi nepodařilo navázat a v tématu pokračovat. V této situaci

jsem si vybavila odstavec od Renotiérové, který uvádím v kapitole 2.3. Nejen zdraví lidé, ale i postižení samotní mají tendenci díky absenci své soběstačnosti hodnotit sebe jako jednoznačně závislé a to i v případech, v nichž závislý být nemusí. Nina pro změnu byla ve svých 20 letech poprvé na poště. *„Když se vychovatel dozvěděl, že jsem ještě nebyla na poště, tak jsme se domluvili a jeli tam. Ale potřebovala bych to ještě usadit.“* Na otázku zjišťující pracovní zkušenosti mi ve svých 23 letech odpověděla: *„Ještě jsem si práci nehledala.“* Opět se vracím k odstavci v kapitole 2.3. Omezení sociálních zkušeností vede často k určité úrovni infantilismu. Klientky mají lehký stupeň retardace, nic méně jsem přesvědčená, že kdyby byly vedeny od malička k samostatnosti a pohybovali se ve společnosti, tak jejich odpovědi znějí úplně jinak. Často jsou očekávání ostatních vůči jedincům s tělesným postižením nižší. Ti pak přebírají tyto modely myšlení a ztotožňují se s nimi.

Martinovy plány do budoucna lze také řadit mezi jeho střednědobé až dlouhodobé cíle. Pověděl mi: *„Ještě víc vlastní firmu rozvinout.“* Ty máš vlastní firmu? *„Mám, ale maličkou, ale ještě víc ji roztláčit.“* Myslíš, mít nějaké zaměstnance? *„No teď to dělají občas kluci z práce, ale jo, mít i svoje zaměstnance.“* Sebenapnění shledává v partnerském životě a v práci. Řekl: *„Já se nenechávám řídit tak osudem, spíš já si ho vytvářím sám. Třeba právě to byly 2 projekty a jeden se nám právě teď povedl, kterej budu mít na starost já. Tak to mi teď udělalo největší radost. Přece jen mít dotace za 40 milionů, když se ten projekt povede, tak by na tom dělalo nemálo lidí. Takže se to povedlo a všichni jsme se plácali po ramenou.“* Každý z klientů svým způsobem získává dobrý pocit z jakékoliv práce, jen ta jejich práce se liší mírou postižení a snahou handicapovaného.

#### 4.6 Interpretace výsledků

Jsem si vědoma faktu, že jsem pracovala s omezeným vzorkem respondentů a nepředpokládám, že fakta vzešlé z mojí práce jsou typické pro celou populaci handicapovaných. Každopádně díky průzkumu jsem se mohla dostat mezi klienty, což mi umožnilo lépe interpretovat jejich prožívání a přání.

Čas na Kociánce plyne pomalu a klienti jsou zvyklí mít na vše dostatek času. Nikam nespěchají. Vědí, že jim nic neuteče. Na otázku, jak si představují svůj budoucí život, zda by se chtěli osamostatnit, tak v průměrném věku 23 let se shodují, že mají ještě čas. Chtěli by být na Kociánce co nejdéle. To je jejich jistota. Chybí jim sociální zkušenosti a dovednosti pohybovat se v cizím prostoru. Nedostatek zkušeností je posouvá, respektive je udržuje

v dětském až naivním světě. Všichni jsou spokojeni v zařízení a nic by nechtěli měnit, ale opět se musím vracet ke skutečnosti, že velký vliv na tento jejich názor má fakt, že nepoznali nic jiného. Samozřejmě je tu i obava udělat krok do neznáma, protože moc možností na vyzkoušení nemají, a kdyby jednou odešli z Kociánky, tak už by se třeba také neměli kam vrátit v případě, že by jim jejich plány nevyšly.

V rodině vlastní či nějaké její alternativě se starají o klienty lidé, jejichž cílem je co nejvíce lidi s handicapem osamostatnit. Nejvhodnější je přístup, kdy jsou klienti vedeni stejným přístupem jako zdraví vrstevníci: „Budeš jednou dospělý a muset se něčím živit, uděláme pro to maximum. Máš handicap, je řada situací pro tebe těžších, ale právě o to víc je potřeba zabrat.“ Dle mého názoru by mohly být kladeny o něco větší nároky na klienty. Občas se vzájemně ujišťují, že jsou handicapovaní, takže pro to nemohou dělat to či ono. Hledají důvody, proč daná věc nejde, místo způsoby, jak by problém mohli zvládnout. Toto je oblast, ve které by se měl výchovný pracovník realizovat především. Přiměřený tlak je prospěšný. Lidé jsou od přírody leniví. Dokud daný problém nepřekročí únosnou míru, tak nejsou ochotni nic měnit.

Pro obě strany je mnohem příjemnější, když nejsou kladeny velké nároky, ale pak se klienti ve svém vývoji příliš (v práci na sobě) neposouvají a pak lze hovořit o tzv. „udržovacím stavu“. Zaměstnanci mají jistou práci a klienti jistou existenci. V ústavu bych péči zaměstnanců o klienty mohla přirovnat k symbióze. Tímto se přístup vychovatelů liší od přístupu rodičů, kteří mají zájem, aby jejich děti jednou dokázali fungovat samostatně. Nemohu však opomenout poznamenat, že takový přístup rodičů je u klientů Centra Kociánka miziví. Ostatně to už do jisté míry vypovídají i časové intervaly, v jakých se klienti vidí s rodiči.

Martin je na tom lépe z důvodu pracovních návyků, zkušeností, znalostí a ctižádosti. Liší se od mnohých v přístupu. Nelze srovnávat lidi s odlišnou mentální úrovní, ale životní přístupy ano. Hlavně životní přístup je spíše vrozený, ale dá se do značné míry i naučit. Tuto zkušenost, dle mého názoru, mají klienti v ústavu velmi malou pravděpodobnost získat.

Cílem klientů je v různých podobách samostatnost v pohybu. Na tu kladou velký důraz a považují ji za předstupeň k osamostatnění se a případnému odchodu z Kociánky. Klienti by si ale měli uvědomit, že je potřeba se osamostatňovat všemi směry, ne se výhradně zaměřit pouze na svůj fyzický stav.

## ZÁVĚR

Kvalitu života spatřuje každý člověk v něčem jiném. Posuzuje ji na základě svých životních zkušeností a hodnot, které uznává. Je možné ji hodnotit podle mnoha kritérií a rozčlenit na řadu dimenzí. Sledovaná kvalita života tělesně postižených v Centru Kociánka jsem zaměřila na oblast mezilidských vztahů a sebenaplnění.

Mezilidské vztahy jsou pro klienty Kociánky velmi důležité. Člověk si uvědomí hodnotu vztahů a věcí teprve v okamžiku, kdy o ně přijde. Řada klientů je právě v této situaci, proto potřeba sounáležitosti a mít přátele kolem sebe je opravdu to, čeho si velice cení.

Sebenaplnění můžeme vnímat jako určitý výsledek seberealizace. Sebenaplnění se odvíjí od hodnot jedince. Může se jednat například o realizování svých myšlenek a představ v podobě budování hmotných statků nebo mít zájem pomoci s řešením problému druhého člověka.

Dále uvádím výsledky, které jsem získala z odpovědí respondentů na dílčí otázky během svého průzkumu. Klienti upřednostňují spíše kamarádké a partnerské vztahy a to z důvodů negativních zkušeností s rodinou. Informační technologie k navázání nových vztahů využívá minimum jedinců. Převážná část respondentů si je vědoma nebezpečí, které je s využíváním informačních technologií spojeno. O své budoucí rodině či partnerovi mají konkrétní představy založené především na vzájemné pomoci a opoře. Moc dobře si uvědomují svoje limity. Shodným cílem většiny respondentů je zlepšení jejich pohybových schopností. Větší míra samostatnosti v pohybu je pro ně prvním krokem k osamostatňování, který výrazně ovlivňuje jejich kvalitu života. Nejčastějšími plány klientů jsou dokončení vzdělání, získání pracovního místa a osamostatnit se v bydlení. Jak moc jsou plány konkrétní nebo reálné, závisí na schopnostech dotazovaných a jejich ambicích. Jistoty, možnost mít si s kým popovídat, a do sjisté míry pohodlnost, jsou častým důvodem, proč nemají respondenti motivaci areál opouštět a snaží se v něm setrvat co nejdéle. Klienty naplňuje radost z pomoci druhým a možnost cítit se potřebný. Dobrý pocit klienti mají nejčastěji z toho, že se jim něco povede, podaří se jejich plány. Do jisté míry lze považovat za sebenaplnění dosažení větší samostatnosti v pohybu.

Na základě rozhovorů mohu potvrdit Maslowovu pyramidu potřeb. Největší důraz kladli klienti na fyziologické potřeby. Na toto téma klienti diskutovali zcela spontánně a často se k němu vraceli. Mezilidské vztahy jsou pro ně velice důležité, přesto mnohem větší akcent dávali právě na svůj tělesný stav. Nad otázkami z čeho mívají radost a dobrý pocit, co je

naplňuje, odpovídali velmi málo. Bylo nutné se dotazovat různým způsobem vícekrát. Zjistila jsem, že toto téma není pro klienty tak důležité a kvalitu života hodnotí především na bázi primárních potřeb respective potřeb jejichž uspokojení dosáhne člověk odstraněním nedostatku.

Z rozhovorů byl zřejmý adaptivní potenciál klienta, jeho způsobilost a entuziasmus. Zcela souhlasím s informacemi uvedené v tabulce č. 2 od paní Veenhovenové. Míra schopností přijmout a vyrovnat se se svým zdravotním stavem se odráží v subjektivním hodnocení života a spokojenosti klienta. Pakliže člověk nemá dostatečné sociální zázemí – rodinu, přátele, ostatní lidi v okolí, obtížně se adaptuje a nemůže se rozvíjet. Což se shoduje s tvrzením Routierové, která zároveň poukazuje i na potřebnou podporu a motivaci klientů. Stejně tak poukázala na skutečnost, že jedná-li se s jedinci jako s postiženými „bezmocnými“, často tento model převzou i samotní handicapovaní. Jejich životní cíle jsou pak minimální a často je odsouvají po časové přímce daleko do budoucnosti nebo se přestanou o cokoli snažit. Tento stav je příkladem tzv. Pygmalionského efektu, nebo-li sebenaplnující předpovědi (Vízdal, 2010).

Na bázi rozhovorů a načtené literatury jsem dospěla k závěru, že kvalita života tělesně postižených v Centru Kociánka závisí na jejich životním přístupu a sociálním zázemí.

Ostatně může být zdravý člověk maximálně samostatný? V obecné rovině platí, že člověk je tvor sociální a veškeré jeho potřeby mohou být v plné míře uspokojeny jen mezi ostatními lidmi a zároveň jsou i oni odkázáni na pomoc a podporu svého okolí.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BROWN, I., BROWN, I. R., *Quality of Life and Disability An Approach for Community Practitioners*, London and New York: Jessica Kingsley Publishers, 2003. ISBN 1 843100053.
- [2] ČAČKA, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Doplněk 2000. ISBN 80-7239-060-0.
- [3] DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. *Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. Čes.-Slov. Psychiatrie, 1997, roč. 93, č. 2, ISSN 0069-2336.
- [4] DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
- [5] DVOŘÁKOVÁ, Z., VÁCLAVKOVÁ, L., SVOBODOVÁ, L. *Svět práce a kvalita života: liv změn světa práce na kvalitu života: výzkumný projekt v rámci programu Moderní společnost a její proměny*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. ISBN: 80-86973-08-5.
- [6] GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [7] HARTNOLL, R., et. al. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (Snowball Sampling)*, Příbram: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-08-0.
- [8] HERZOG, A. *Kontaktní práce 2010, Individuální plánování v NZDM formou rozhovoru*. Praha: NVF a ČAS, 2010. ISBN 978-80-86728-42-1.
- [9] JŮZL, M. *Penitenciaristika a penelogie*, Brno: IMS, 2012.
- [10] KLUGEROVÁ, J. PRÁZKOVÁ, I., VACÍNOVÁ, T. *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a desertační práci*. Praha: Univerzita J. A. Komenského, 2009. ISBN 978-80-86723-72-3.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN: 80-247-0179-0.
- [12] KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J. *Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: 2010. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR ISBN 978-80-2543-427-7.

- [13] LACA, S. *Sociální pedagogika*. IMS: Brno, 2011.
- [14] LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada 2000. ISBN 80-7169-195-X.
- [15] LAZAROVÁ, B. *Možnosti poznávání lidí, Kapitoly z pedagogické a psychologické diagnostiky pro sociální pedagogy*, Brno: IMS, 2007.
- [16] MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- [17] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, Praha: Grada publishing, 2006. ISBN: 80-247-1362-4.
- [18] MUSELÍKOVÁ, M. VAŇKOVÁ, Z. VODIČKOVÁ, M. *Právo v sociální oblasti*. Brno: IMS, 2006.
- [19] NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 1998. ISBN 80-7083-268-1.
- [20] O' LEARY, Zina. *The essential guide to doing research*. London: Sage Publications Ltd, 2004. ISBN-10: 0761941991.
- [21] OPATŘILOVÁ, D. ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených*. Brno: PdF MU 2005. ISBN 80-210-3718-0.
- [22] PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- [23] REITMAYEROVA, E., BUŘVALOVÁ, D. *Tělesně postižený*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-21-4.
- [24] RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého 2002. ISBN 80-244-0532-6.
- [25] VÁCLAVKOVÁ, L., SVOBODOVÁ, L. *Svět práce a kvalita život: výzkumný projekt v rámci programu Moderní společnost a její proměny. Teoretická a metodologická východiska*. 1.vyd. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. ISBN 80-86973-08-5.
- [26] VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

- [27] VÁGNEROVÁ, M. a kol. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
- [28] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum 1999. ISBN 80-7184-803-4.
- [29] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- [30] VÍZDAL, F. *Sociální psychologie I.*, Brno: IMS, 2010.
- [31] VÍZDAL, F. *Techniky poznávání osobnosti*, Brno: IMS, 2005.
- [32] zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách
- [33] zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti

### Internetové zdroje

- [34] *Centrum Kociánka v Brně* [online]. Brno: 2013 [cit. 2013-4-4]. Dostupné na WWW: <<http://www.kocianka.cz/?q=o-kociance>>.
- [35] HÁJEK, M. *Vybrané teorie motivace k vedení lidí*. [online]. Praha: 2006 [cit. 2013-4-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.vedeme.cz/pro-vedeni/kapitoly-vedeni/65-teorie-motivace/85-teorie-motivace.html>>.
- [36] HERZOG, A. *Zaznamenávání individuálních plánů* [online]. Praha: 2012 [cit. 2013-4-20]. WWW: <[http://www.streetwork.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3025](http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=3025)>.
- [37] *Právní předpisy v Úplném a platném znění, zákon o sociálních službách* [online]. [cit. 2013-4-5]. Dostupné na WWW: <<http://www.uplnezneni.cz/zakon/108-2006-sb-o-socialnich-sluzbach>>.
- [38] *Správa zdravotních a sociálních služeb Cheb, Směrnice standart č. 5*. [online]. Cheb: 2011 [cit. 2013-4-5]. Dostupné na WWW: <[http://www.szss\\_cheb.cz/sluzba/docs/poskytovani\\_socialni\\_sluzby.doc](http://www.szss_cheb.cz/sluzba/docs/poskytovani_socialni_sluzby.doc)>.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ÚSP Ústav sociální péče

IP Individuální plán

WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

DMO Dětská mozková obrna

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠ Mateřská škola

Atd. A tak dále.

Atp. A tak podobně.

Např. Například.

Tzv. Tak zvaně.

s. Strana

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1. Maslowova pyramida hierarchie potřeb .....	26
--	----

**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1. (J. Křivohlavý – přednáška z Psychologie zdraví, in: Reitmanová, Buřvalová, 2007, s. 5) .....	12
Tab. 2. Čtyři kvality života podle Veenhovenové (in: Dragomerická, Bartoňová, 2006, s. 9) .....	22