

Kvalita života jedinců s mentální retardací

Bc. Sabina Zámečnicková

Diplomová práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Sabina Zámečnicková**

Osobní číslo: **H160198**

Studijní program: **N7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života jedinců s mentální retardací**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociálních služeb, kvality života a mentální retardace.

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

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KVAPÍK, Josef a Marie ČERNÁ. Zdravý způsob života mentálně postižených. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0019-9.

RENOTIÉOROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. Speciální pedagogika. Olomouc: UPV v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

STRAUSS, Susanne. Volunteering and social inclusion: interrelations between unemployment and civic engagement in Germany and Great Britain. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften, 2008. ISBN 978-383-5070-219.

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

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva a Marie ČERNÁ. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2016. ISBN 80-736-7060-7.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **22. listopadu 2017**

Termín odevzdání diplomové práce: **20. dubna 2018**

Ve Zlíně dne 22. listopadu 2017


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

14.4.2018

Z. Tománek

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

²⁾ Vysoká škola nejednotně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků recenzentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze krajských 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 nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracovních 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 nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-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) Nemá-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit 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 výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Předkládaná diplomová práce se zabývá kvalitou života jedinců s mentální retardací v sociálních službách. Hlavním cílem je zjistit, jak jsou osoby s lehkou mentální retardací spokojeny s péčí a jaká je jejich aktivizace v domově pro osoby s tělesným postižením a v chráněném bydlení. Práce se dělí na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá mentální retardací a vymezením základních pojmů. První kapitola definuje pojmy mentální retardace a rozdělení mentální retardace. Druhá kapitola se zaměřuje na vzdělávání osob s mentální retardací, třetí kapitola na sociální služby a poslední kapitola na kvalitu života. Praktická část práce ukazuje na určitý výzkumný problém, na který se snaží nalézt odpovědi prostřednictvím kvalitativního výzkumu a za použití techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova: : mentální retardace, sociální služby, handicap, postižení.

ABSTRACT

This master's thesis deals with a quality of life in the social services that people with mental disorders have. The main aim of this paper is to find out how satisfied people with the low mental retardation are and activation at facilities for handicapped people. The thesis is divided into two parts a theoretical one and a practical one. The first part concerns the mental disorder and defines basic terms. A very first chapter of this theoretical part is related to these basic terms and a division of mental retardation. A second chapter deals with a combined handicap, activities for people with mental disorders and an approach towards those who suffers from this disorder. A last chapter is aimed on social services which are provided to people with the mental retardation. The second part, a practical one, focuses on a particular explorational issue for which tries to find answers through a qualitative research and a half-structured interview. Key words: mental disorder, mental retardation, social services, handicap.

Keywords: mental retardation, social services, handicap, disabilities.

Ráda bych poděkovala PhDr. Zuzaně Hrnčířkové, Ph.D. za vedení mé diplomové práce, za její připomínky, velmi vzácné rady a hlavně za její ochotnou komunikaci a spolupráci při konzultacích. Chtěla bych poděkovat Pavlu Chytílkovi za to, že jsem s ním mohla 8 let spolupracovat a proniknout do problematiky kvality života jedinců s mentální retardací. Velké poděkování patří rodině a mému příteli za podporou a trpělivost po celou dobu mého studia.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 MENTÁLNÍ RETARDACE	12
1.1 MENTÁLNÍ RETARDACE A JEJÍ KLASIFIKACE	15
1.2 JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	18
1.3 SEXUALITA LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARDACE.....	20
1.4 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE	21
1.5 SPECIFICKÉ PORUCHY SPOJENÉ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	23
Syndrom fragilního X chromozomu	24
Turnerův syndrom.....	24
1.6 PŘÍČINY MENTÁLNÍ RETARDACE.....	27
1.7 HISTORIE ÚSTAVNÍ PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	28
2 STRUKTURA A SYSTÉM ŠKOLSKÝCH ZAŘÍZENÍ PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	31
2.1 PRAKTICKÁ ŠKOLA	32
2.2 SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM.....	34
2.2.1 Raná péče	35
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	36
3.1 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE	37
3.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	41
4 KVALITA ŽIVOTA	42
4.1 HISTORIE A VÝVOJ POJMU KVALITA ŽIVOTA	43
4.2 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA.....	44
4.3 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	46
4.4 PRINCIPY MĚŘENÍ	46
4.5 VLASTNOSTI MĚŘÍCÍCH TECHNIK.....	46
4.6 NÁSTROJE MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	47
II PRAKTICKÁ ČÁST	49
5 VÝZKUM	50
5.1 POPIS MÍSTA VÝZKUM	50
5.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU	51
5.3 HLAVNÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY POJETÍ VÝZKUMU	52
Pojetí výzkumu:.....	52
5.3.1 Výzkumná technika.....	52
5.4 VÝZKUMNÝ VZOREK	53
5.5 CHARAKTERISTIKA UŽIVATELŮ DOMOVA PRO OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	54
5.6 REALIZACE VÝZKUMU	55
5.7 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	55
6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	57

6.1	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ Z OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ.....	69
6.2	AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ	71
6.3	SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ	72
7	DISKUSE	74
	ZÁVĚR	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	76
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	79
	SEZNAM OBRÁZKŮ	80
	SEZNAM TABULEK.....	81
	SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Ne každé dítě s mentální retardací má to štěstí a vyrůstá s touto poruchou v rodině, kde se o něj starají blízcí, a tím zkvalitňují jeho život. Někteří rodiče dají dítě do sociálního zařízení, kde většinou stráví zbytek svého života. V tomto zařízení se mu nikdy nedostane takové kvality a péče jako doma. A právě proto je potřeba věnovat větší pozornost těmto lidem.

Předkládaná diplomová práce se nazývá „Kvalita života jedinců s mentální retardací“. Kvalita života jedinců s mentální retardací je velmi důležitá, a proto se první kapitola teoretické části zabývá mentální retardací jako takovou. Cílem teoretické práce je definovat pojem mentální retardace a rozdělit ji na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou. Druhá kapitola se bude věnovat struktuře a systému školských zařízení pro osoby s mentálním postižením. Třetí kapitola se bude zabývat sociálními službami. Poslední kapitola teoretické části se zaměří na kvalitu života.

Cílem praktické části diplomové práce je objasnit danou problematiku kvality života, a proto byl zvolen kvalitativně orientovaný výzkum za pomoci rozhovorů s klienty domova pro osoby s tělesným postižením, kteří žili v zařízení a nyní žijí v chráněném bydlení. Výzkum se zaměřuje na zjištění faktu, zda jsou uživatelé spokojeni, jaká je jejich celková kvalita života v současném zařízení a jak hodnotí bývalé zařízení. Výzkum byl uskutečněn z toho důvodu, že autorka práce chtěla zjistit, na jaké úrovni je kvalita života. Výzkum byl realizován v zařízení Naděje v Otrokovicích, neboť právě v něm se nachází nejvíce klientů s lehkou mentální retardací, a také kvůli tomu, že v daném zařízení autorka pracovala jako dobrovolník, a tudíž klienty znala. Cílem výzkumu bylo tedy zjistit, jak osoby s lehkou mentální retardací vnímají svou kvalitu života a zda jsou spokojeni více v domově pro osoby s tělesným postižením, anebo v chráněném bydlení, kde za nimi sociální pracovníci pouze docházejí. Autorka chtěla poukázat na to, že i lidé s mentální retardací mají právo na běžný život jako jedinci, kteří jsou zcela zdraví.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

V rámci kapitoly si nejdříve představíme definici a rozdělení mentální retardace, vymežíme si i autismus a další přidružené choroby, které jsou spojeny s mentální retardací. Následně si vymežíme sexualitu u lidí s mentální retardací, která je důležitá pro kvalitu života, poté si vymežíme diagnostiku, specifické poruchy mentální retardace a příčiny mentální retardace. Na závěr první kapitoly si připomeneme historii ústavní péče. Začneme tedy pojmem mentální retardace.

Pojem mentální retardace můžeme chápat jako trvalé snížení rozumových schopností, při kterých došlo k poškození nebo porušení mozku. Pojem mentální retardace chápeme jako trvalý stav, nikoli jako nemoc. Je to trvalý stav, který je dán neodstranitelnou nedostatečností v důsledku poškození mozku. Nyní se pro označení snížení rozumových schopností používá označení mentální retardace. Za osoby s mentální retardací se nepovažují lidé, u nichž došlo k zásadnímu zaostávání rozvoje myšlenkových schopností z nějakých rozdílných důvodů, než bývá poškození mozku, a dané psychické procesy se vyvíjejí klasickým způsobem. Takové označení se dříve jmenovalo pseudooligofrenie (Švarcová, 2006, s. 28-29).

Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období a přispívajících k úrovni inteligence (Šnýdrová, 2008, s. 127).

Mentální retardace se popisuje nejrůznějšími způsoby. Nejčastěji se v lékařské terminologii používá pojem mentální retardace nebo kognitivní poškození. Ve vzdělávacích institucích se používá pojem mentální postižení, mentální porucha, mentální deficit (Leifer, 2004, s. 645).

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl a duše) a „retardace“ (zpomalit nebo opozdit). Překlad by tedy zněl „opoždění“ (zpomalení) mysli. Mentální retardace je složitější postižení, které postihuje nejen psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech složkách (Plevová, Slowik, 2010, s. 8).

Pojem mentální retardace je (podle Hartla, 1993, s. 153) zpomalení, opoždění psychického nebo duševního vývoje jednotlivce, obvykle sociálním zanedbáním, někdy v důsledku somatické choroby.

Mentální retardaci chápeme jako vývojovou poruchu psychických funkcí, poruchu integrace, která postihuje osobu ve všech jeho složkách, jako je – tělesná, duševní a sociální. Nejdůležitějším rysem je trvale porušená poznávací způsobilost. Je zde různá míra snížení rozumových schopností, která se projevuje v procesu učení (Dolejší, 1973, s. 27).

Mentální retardace je společné vyznačení vrozeného defektu rozumových schopností. Definujeme ji jako nezpůsobilost dosáhnout odpovídajícího stupně mentálního vývoje. Nízká úroveň bývá propojena s poklesem či přeměnou dalších schopností a růzností ve struktuře osobnosti (Vágnerová, 1993, s. 81).

Švarcová ve své publikaci píše: „*Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.*“ (Švarcová, 2006, s. 28)

Jedinec s mentální retardací nemusí mít stejně všechny složky a schopnosti zdravého dítěte. Neznamena to pro člověka jen pochybení v testech inteligence, ale také v obvyklých a neobvyklých činnostech (Pešová, Šamalík, 2006, s. 56).

Termín, který se nadále používá, je handicap. Slovo handicap nebo znevýhodnění můžeme chápat jako omezení nebo ztrátu daných funkcí, které zamezují účastnit se života na stejné kvalitní úrovni jako ostatní jedinci. Můžeme se také setkat s úsudky, že míra intelektových a myšlenkových schopností, již jednotlivec přináší na svět, po jeho celý život je daná a nezvratná. V minulosti se používalo označení debilita, idiocie a imbecilita (Švarcová, 2006, s. 29-30).

Každá osoba s mentální retardací, ať s lehkou nebo hlubokou, má svůj vlastní svět, ve kterém žije a je svébytnou bytostí, která má své lidské problémy a potřeby. Důležitou věcí je potřeby jedince naplňovat, chápat a rozvíjet. Každý jedinec s mentální retardací má své charakteristické rysy, jež jsou pro něho typické. U některých osob s mentální retardací se projevují podobné společné projevy nebo znaky. Obdobné projevy závisí také na míře a hloubce mentální retardace. Jde zde o narušení jednotlivých psychických funkcí, které jsou rovnoměrností psychického rozvoje v oblasti mentálního postižení (Švarcová, 2006, s. 30-31).

Mentální retardace upozorňuje na pokles úrovně rozumových schopností. Psychologové se snaží o vhodnější vymezení termínů. Můžeme chápat inteligenci jako způsobilost rozeznat vztahy a používat je při řešení konkrétních otázek. Jedná se tedy o souhrn primitivních schopností (Švarcová, 2006, s. 31-32). Hlavním problémem u lidí s mentálním postižením je narušení komunikace, kdy osoba s mentálním postižením má omezenou slovní zásobu (Bendová, 2011, s. 63).

Termín mentální retardace se velmi často používá v speciálně pedagogické a poradenské praxi. V dnešní době máme hodně pomáhajících profesí, které se zaměřují na osoby s mentální retardací a s kombinovaným postižením. Z důvodu lidské důstojnosti a etiky bylo upuštěno od dříve používaných termínů-debilita, idioimbecilita a imbecilita. Také byl vyřazen termín nebo pojem nevzdělanost. Z odborných slovníků zmizel pojem mentální defekt. Můžeme vidět, že se například v literatuře používá pojem dítě s dysgrafií a ne dysgrafik. Také můžeme vidět, že se užívají termíny osoba s mentální retardací a s tělesným postižením (Valenta et al., 2012, s. 28-32).

Mohli bychom říci, že mentální retardace je jako opoždění nebo zpoždění duševního nebo psychického vývoje. Mentální retardace má stupně, které se posuzují na základě inteligence a posudku způsobilosti chování jedince ve společnosti a v okolí (Valenta et al., 2012, s. 31).

V uplynulých deseti letech se změnil názor na problémové chování. Asociace pro lidi s těžkými vadami v Severní Americe původně prosazovala řadu příbuzných názorů jako abnormální, odchylné, poruchové, mentálně narušené, dysfunkční a nepřizpůsobivé chování. Tato označení se používala jako rozvinuté škály neobyčejného chování, které mají lidé s mentální retardací. Projevy jsou například: sebepoškozování, agresivní chování nebo jednání, stereotypní chování, poruchy spánku a hyperaktivní chování. Další chování, které je typické pro osoby s hlubokou mentální retardací: zvracení jídla a pomazávání výkaly. Toto chování je někdy náročné i pro pečovatele nebo rodinu, kteří se starají o lidi s mentální retardací (Emerson, 2008, s. 13).

Zdraví je ten nejcennější dar, který můžeme mít. Zpravidla si ho začneme vážit, až když se něco stane, anebo nám něco chybí. Tím více to platí u zdraví našich dětí, jehož narušení vnímáme mnohem silněji. Stále více dětí má příznaky dětské mozkové obrny, je postiženo epilepsií, nádorovým onemocněním a rodí se stále více dětí s degenerativními chorobami (Pešová, Šamalík, 2006, s. 21).

V každé společnosti a v každé době se setkáváme s osobou, která má buď mentální retardaci nebo nějaké znevýhodnění či handicap. Existují osoby, které se s postižením narodily, anebo ho získaly například následkem nehody či vážného onemocnění. Je zde velká potřeba napravovat vady a poruchy a kompenzovat je jinými smysly. (Slowík, 2017, s. 11-12).

1.1 Mentální retardace a její klasifikace

Mentální retardace se dělí (Valenta et al., 2012, s. 31):

- F70 - Lehká mentální retardace, IQ 50 - 69, dříve označováno jako debilita.
- F71 – Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49, dřívější název imbecilita.
- F72 – Těžká mentální retardace, IQ 20 – 35, dříve se tento stupeň mentální retardace nazýval prostá idiocie a nebo idioimbecilita.
- F73 – Hluboká mentální retardace, IQ 19 a níže, dřívější název idiocie nebo vegetativní idiocie.
- F78 – Označení pro jinou mentální retardaci.
- F79 – Jedná se o nespécifický druh.

LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ 50-69

Uvádí se, že člověk s lehkou mentální retardací většinou dosáhne schopnosti užívat řeč v každodenním životě, udržovat konverzaci mezi lidmi a zvládnout lehčí interview, i když má opožděnou mluvu. Většina jedinců dosáhne úplné nezávislosti v péči o vlastní osobu (mytí, oblékání, jídlo a hygienické návyky). Orientuje se i v praktických domácích pracích a dovednostech, i když je jejich rozvoj oproti rozvoji zdravých jedinců podstatně pomalejší. Nejvýznamnější potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Někteří postižení mají problémy se čtením a psaním. Lidem s mentální retardací prospívá vzdělávání a výchova zaměřená na rozvíjení jejich dovedností a následné kompenzování nedostatků. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která je z větší části zaměřená spíše na praktické, než na teoretické dovednosti. Lehká mentální retardace nemusí působit žádné vážnější problémy. Důsledky, které se mohou projevit, jsou: jedinci jsou sociálně a emočně nezralí, mohou se obtížně přizpůsobovat kulturním tradicím, jedinec není schopen mít sociální role jako je matka nebo manžel. Nedokážou řešit běžné problémy, které plynou z běžného života. U jedinců s mentální retardací se mohou individuálně projevit další přidružené choroby, jako jsou například

poruchy autistického spektra a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy tělesného postižení a poruchy chování (Švarcová, 2006, s. 33).

Rozvoj řeči u osob s lehkou mentální retardací je oproti vývojové normě opožděný, z hlediska foneticko-fonologické roviny jazyka zhruba o dva roky (Bendová, Zikl, 2011, s. 80).

Tato diagnóza zahrnuje (Švarcová, 2006, s. 33).

- Slabomyslnost.
- Lehkou mentální abnormalitu.
- Lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu).

STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ 35-49

U jedinců je výrazně opožděn rozvoj užívání řeči a rozvoj chápání. Schopnosti jsou velmi omezené. Také je zde velmi omezena schopnost starat se sám o sebe. Je velmi snižená zručnost. Někteří jedinci si v pedagogickém procesu osvojí základy psaní, čtení a počítání. V dospělosti jsou schopni vykonávat lehkou nenáročnou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. Většinou bývají fyzicky mobilní a většina z nich ukazuje vývoj způsobilostí k navazování kontaktu, ke komunikaci s ostatními a k účasti na jednoduchých sociálních činnostech. Úroveň řeči je u každého jedince velmi variabilní. Někteří jedinci dokážou vést jednoduchou konverzaci, zatímco jiní se nedokážou vyjádřit ani o svých základních životních potřebách. Jedinci mohou používat gestikulaci nebo mimiku. U značné části lidí s mentální retardací je přítomen dětský autismus nebo jiné vývojové poruchy, které hodně ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jedincem jednat. Ve značné míře se objevují tělesná postižení a neurologické onemocnění, jako je epilepsie. U lidí se středně těžkou mentální retardací mohou být psychiatrická onemocnění. Můžeme zde vidět problémy ve verbální komunikaci (Švarcová, 2006, s. 34).

Tato diagnóza zahrnuje (Švarcová, 2006, s. 34):

- Středně těžkou mentální subnormalitu.
- Středně těžkou oligofrenii.

TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ 20-34

Těžká mentální retardace je v mnoha ohledech stejná jako středně těžká mentální retardace. Jsou zde podobné přidružené stavy. V této kategorii jedinci trpí mnohem více poruchami jemné motoriky, které ukazují na přítomnost poškození nebo na vadný vývoj ústředního nervového systému. Vzdělávání a výchova jsou velice omezeny. K rozvoji celé motoriky kognitivních schopností a komunikačních dovedností může velmi přispět včasná, dostatečná, návazná a kvalifikovaná výchovná, vzdělávací a rehabilitační péče (Švarcová, 2006, s. 35).

Tato diagnóza zahrnuje (Švarcová, 2006, s. 35):

- Těžkou mentální subnormalitu.
- Těžkou oligofrenii.

HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE, IQ JE NIŽŠÍ NEŽ 20

Jedinci s hlubokou mentální retardací mají velmi těžké omezení ve schopnostech porozumět požadavkům nebo jim vyhovět. Větší část jedinců je imobilní nebo omezená v pohybu, potřebují stálý dohled a pomoc. Bývají většinou inkontinentní a nedokážou se postarat o vlastní osobu. Většinou jsou schopni se dorozumívat jen gesty či mimikou. Možnosti vzdělávání jsou velmi omezené. IQ se nedá přesněji změřit, je nižší než 20. Pochopení a použití řeči je přinejmenším omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky. Objevuje se zde často autismus (Švarcová, 2006, str. 36).

Pro osobu s hlubokou mentální retardací je důležitá 24 hodinová péče. Málomocná rodina zvládne dobře péči o jedince s takovým postižením. Jedinci se sluchovým postižením reagují spíše jen na podněty z okolí (Cipro, 2015, s. 192).

Tato diagnóza zahrnuje (Švarcová, 2006, str. 36):

- Hlubokou mentální subnormalitu.
- Hlubokou oligofrenii.

Za významné stresory, které mají na lidi s mentální retardací negativní dopad, se považují (Švarcová, 2011, s. 71-72):

- Institucionalizace.
- Neustálé změny životních podmínek a zvyklostí.
- Necitlivé separace od blízkých či příbuzných osob.
- Ztráty důležitých vazeb.
- Nedostatek soukromí.
- Omezování či odpírání základních lidských práv (např. nemožnost připravit si jídlo nebo pít podle vlastní potřeby či opustit vymezený prostor).
- Nedostatek kontroly nad svým životem.
- Negativní interakce a konflikty se sociálním okolím.
- Nedostatek nepředvídatelnosti toho, co se děje kolem.
- Chronické zkušenosti s odmítáním, selhávání infantilizací.
- Traumatizující zkušenosti se zneužíváním a týráním, které se vyskytují u značného procenta lidí s mentální retardací.

1.2 JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Tato kategorie by se měla používat, jen když stanovení daného stupně intelektové retardace pomocí stanovených metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorycké nebo somatické postižení. Například u lidí neslyšících a nevidomých, u jedinců, kteří mají těžké poruchy chování, u osob s těžkým tělesným postižením, nebo u osob s poruchou autistického spektra (Švarcová, 2006, s. 36).

NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Označení používáme v případech, kdy mentální retardace je prokázána a daná, ale není dostatečné množství informací, aby bylo možné zařadit klienta do jedné ze shora uvedených kategorií (Švarcová, 2006, s. 36).

Zahrnuje (Švarcová, 2006, s. 36):

- Mentální retardaci.
- Mentální subnormalitu.
- Oligofrenii.

Klasifikace mentální retardace neobsahuje kategorii „mírná mentální retardace (IQ 85-69)“, která se dříve používala v literatuře a někdy se ještě v poradenské praxi používá. Dané snížení intelektu a úrovně rozumových schopností nemusí souviset s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika osoby s mentální retardací nemohla normálně rozvíjet, ale bývá často zapříčiněno odlišnými faktory (sociálními, rodinnými, genetickými). Děti s opožděným vývojem v důsledku jiných příčin: sociální zanedbanost, smyslové vady, špatné výchovné prostředí, špatné výchovné podněty (Švarcová, 2006, s. 36).

Hodnocení pomocí inteligenčního kvocientu poskytuje pouze odhad schopností, který nám pomáhá určit pozici mentálně postiženého k populační normě. Hranicí mentálního postižení je IQ 70. (Fischer, Škoda, 2008, s. 94 - uvádí, že „důležitým kritériem hodnocení poruchy rozumových schopností je kvantita jejich úbytku.“)

IQ = mentální věk / chronologický věk x 100 Fisher (2008, s. 94) ve své publikaci uvádí tabulku mentální retardace takto:

KÓD PODLE MKN – 10	SLOVNÍ OZNAČENÍ	PÁSMO IQ
F70	Lehká mentální retardace (debilita)	50-69
F71	Středně těžká mentální retardace (imbecilita)	35-49
F72	Těžká mentální retardace (imbecilita)	20-34
F73	Hluboká mentální retardace (idiocie)	0-19
F7	Jiné mentální retardace	
F8	Neurčená mentální retardace	

Tabulka 1. Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace

Zdroj: vlastní zpracování 1

1.3 Sexualita lidí s mentální retardací

Mezi stále tabuizované téma týkající se osob s mentální retardací patří otázky ohledně jejich sexuálního života. Názory na sexualitu se v posledních několika desetiletích mění a procházejí vývojem. Objevují se i názory, že osoby s mentální retardací nemají právo na sexualitu, že jsou bytostmi asexuálními, až po názory, že mají nárok na pravidelný sexuální život. Základ sexuálního života je již v době vývoje plodu, kdy vznikají pohlavní orgány. Zde mohou vzniknout určité odchylky či vady (Švarcová, 2011, s. 67).

U lidí s mentální retardací bývá psychosexuální vývoj méně či více opožděn v závislosti na hloubce jejich postižení. U dětí s lehkou mentální retardací se sexuální život nijak významně neliší od vývoje zdravých dětí. Nemají ani specifické potíže při navazování kontaktů. Vzhledem k jejich nezralosti jim může hrozit nebezpečí sexuálního zneužívání. U dívek s mentální retardací je vhodná včasná antikoncepce (Švarcová, 2011, s. 68).

U osob s těžkou mentální retardací se projevují velké individuální odlišnosti, někteří z nich jsou komunikativní, schopní navázat sociální kontakt, jiní jsou velmi těžko adaptovatelní v sociálním prostředí, u některých je sociální situace ztěžována projevy autismu. Z individuálních rozdílů vyplývají odlišné varianty zájmu a realizace sexuálního života (Švarcová, 2001, s. 68).

Jedinec s mentálním postižením může dosáhnout sexuality dospělého člověka. Pohlavní život a sexuální potřeby jsou společné všem živým tvorům, a proto i celkový pohled na sexuální otázky se oproti minulosti radikálně změnil. Láska a sexuální chování jsou bezprostřední součástí života každého člověka. Osoby s lehkým a středně těžkým stupněm postižení si jsou schopny uvědomit roli muže a ženy ve vztahu, pojem rodičovství i manželství. Hlavním problémem v oblasti sexuality jedinců s postižením je i nedostatek informací o prevenci a následcích sexuální aktivity (Pipeková, 2006, s. 111).

Lidská sexualita je privátní a intimní, a přitom důležité téma, které je hodně diskutované na veřejnosti i ve společnosti jako součást sociálních vztahů, pravidel, norem, etiky nebo morálky (Mandzáková, 2013, s. 47)

1.4 Diagnostika mentální retardace

Diagnostika je dlouhodobý proces, u kterého se musí brát v potaz všechny systémy ovlivňující vývoj dítěte. Podle stanovené diagnózy pak můžeme vybírat optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte a dosáhnout postupných změn v jeho vývoji. Celková diagnostika vyžaduje zkoumání jedince v části biologické, sociální a psychologické. Rozumové schopnosti dítěte jsou závislé na vlohách a zrání, také na učení a výchově (Švarcová, 2010, s. 33-34).

Stanovení diagnózy mentální retardace se opírá o důkladné vyšetření psychologické, ale také neurologické a psychiatrické, a o zhodnocení dlouhodobého pozorování dítěte v přirozeném prostředí a podmínkách jeho života. Dílčí části vyšetření tvoří testy inteligence. Jednou z charakteristik mentální retardace je snížení úrovně adaptačních

schopností. Dítě s mentální retardací se hůře přizpůsobuje novým podmínkám, těžko se orientuje v jiném nebo novém prostředí a obtížněji navazuje kontakt s neznámými osobami. Dané skutečnosti se potom odrážejí i ve výkonu, který podává v různých zkouškách. Vzhledem k těmto specifickým zvláštnostem dětí s mentální retardací zpravidla nelze dosáhnout měření IQ běžnými vyšetřovacími metodami užívanými v poradenské praxi. Zejména u dětí, které nekomunikují nebo trpí poruchami komunikačních schopností, takže představy o úrovni jejich rozumových schopností mohou být do značné míry zkreslené (Švarcová, 2010, s. 34).

Zjišťování rozumových schopností se v současné době provádí v pedagogicko-psychologických poradnách, a také ve speciálně-pedagogických centrech, kde se na něm kromě psychologů podílejí i psychopedové a speciální pedagogové (Švarcová, 2010, s. 34).

Z hlediska svého obsahu se zjišťování úrovně rozumových schopností orientuje na základní mentální psychomotorické funkce (Švarcová, 2010, s. 34):

- Percepce.
- Laterální dominance.
- Orientace v prostoru.
- Vizuomotoriky.
- Myšlení.
- Pozornosti.
- Řešení problémů.
- Slovní zásoby.
- Gramatické úrovně řeči.
- Operace s abstraktními pojmy.
- Praktické motorické výkony – jemné motoriky, obratnosti a psychomotorické rychlosti.

Jasně vymezení hodnot IQ, zvláště okolo hranic jednotlivých pásem oligofrenie je podle diagnostických skutečností z poradenské praxe velmi problematické a obtížné. Hodnoty IQ se vyznačují určitou kolísavostí, takže při opakovaných vyšetřeních lze získat i výsledky, které budou odlišné (Švarcová, 2010, s. 35).

Dlouhodobá diagnostika, která vychází z pozorování dítěte v běžných školních situacích, neustále probíhá ve školním prostředí. Diagnostika není náplní pouze pedagogů, lékařů a

psychologů. Diagnostikou se zabývají i rodiče, když se zamýšlejí nad vývojem dítěte, jeho problémy, úspěchy, schopnostmi a možnostmi, které dítě má. Do diagnostického procesu může být zapojeno i dítě, které je schopno vypovídat o svých problémech a potřebách. Využívají se také kvantitativní metody, které se nazývají kazuistiky. Kazuistika je studie obsahující konkrétní podrobné hodnocení jednoho případu. Kazuistika umožňuje hlubší posouzení vývoje dítěte a zachycení různých činitelů, které vývoj ovlivňují, případně vytvoření prognózy dalšího vývoje sledovaného dítěte. Diagnostika dětí s mentální retardací by se neměla soustředit jen na zjišťování nedostatků v různých oblastech jejich psychického vývoje, ale měla by se také orientovat i na odhalování jejich dalších individuálních zvláštností, jejich specifických duševních a tělesných schopností a měla by brát v potaz i další druhy a možnosti jejich inteligence (Švarcová, 2010, s. 35).

Diferenciální diagnostika mentální retardace má za úkol vymezit odlišnosti mentální retardace od jiných příčin opožděného vývoje. Velký význam má při jejím provádění důkladná anamnéza, která spočívá v tom, aby se zjistilo, v jakém prostředí se dítě narodilo, vyvíjelo a jaká péče mu byla poskytována. Za mentální retardaci někdy bývá považováno psychosociální postižení, které se projevuje jako mírné až lehké snížení úrovně rozumových schopností. Hodně společných znaků s dětmi s těžkou a středně těžkou mentální retardací mají děti s autismem (Švarcová, 2010, s. 35-36)

1.5 Specifické poruchy spojené s mentální retardací

Autismus

Porucha autistického spektra je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Příčinu autismu se však nepodařilo odhalit. Je to vrozená porucha některých mozkových funkcí. Můžeme se domnívat, že určitou roli zde hrají také genetické faktory, onemocnění a chemické procesy v mozku a různá infekční onemocnění. Moderní teorie se domnívá, že autismus vzniká až při kombinaci několika těchto faktorů. Autismus se projevuje již v raném věku, ale diagnostikuje se většinou až po třetím a čtvrtém roce života jedince (Pátá, 2007, s. 113-115).

Jedinci s autismem mívají většinou výrazné problémy ve vývoji řeči a ve vztazích s lidmi a velmi těžce zvládají sociální dovednosti. Autismus bývá diagnostikován na základě chování. Dětský autismus tvoří jádro poruch autistického spektra a diagnostikuje se bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jakékoli jiné přidružené poruchy. Stupně autismu

jsou různorodé, od mírné až po těžkou. Lidé s autismem mohou trpět mnoha dalšími dysfunkcemi, které se projevují navenek odlišným, abnormálním až atypickým chováním. K úplnému vyléčení autismu v 98 % nedochází, ale speciální výchova mírní problematiku chování, a byl dokonce zaznamenán nárůst IQ, zvýšení samostatnosti a adaptability (Pátá, 2007, s. 115)

U osob, které pracují s autistickými jedinci, je velmi důležitá znalost dané problematiky. Pokud autistickým jedincům není dopřána kvalifikovaná péče, ocitají se na psychiatrických odděleních s vysokými dávkami psychofarmak, nebo mohou být vyloučeni ze škol, do kterých však úroveň svého intelektu spadají. Práce s lidmi s autismem je speciální pedagogická péče s využitím metodiky kognitivně behaviorální terapie. Pokud dítěti svým speciálním přístupem umožníme porozumět světu, který ho díky jeho handicapu chaoticky obklopuje, je stoprocentní šance, že u něj dojde ke zlepšení. Vyškolení pedagogové nejčastěji využívají metodiku strukturovaného učení. Prioritou této metody je nácvik funkční komunikace a individuální přístup k jedinci (Thorová, 2006, s. 177).

Syndrom fragilního X chromozomu

Je považován za velmi častou příčinu mentální retardace, která je geneticky podmíněna. Vyskytuje se častěji u chlapců než u dívek, a to v období puberty. Diagnostika syndromu může být diagnostikována před narozením z krve plodu spolehlivě asi jen v polovině případů. Přenašeči mohou být i ženy. U osob se syndromem fragilního X se objevují některé společné vlastnosti, jako jsou: úzký a dlouhý obličej, obří uši, vysoce klenuté patro, velký obvod hlavy, v období puberty zvětšená varlata. Objevuje se zhoršená svalová koordinace, svalová hypotonie. Zvláštnosti, které se u osob vyskytují: pronikavý hlas, vysoký hlas, opakující se slova. Tento syndrom se vyskytuje ve spojení s poruchou autistického spektra. Mentální retardace většinou bývá od lehké až po těžkou mentální retardaci (Spokojené děti, 2008).

Turnerův syndrom

Tento syndrom se objevuje u žen. U žen s Turnerovým syndromem dochází k poruchám v oblasti sexuální. Pohlavní orgány jsou infantilní. Nedochází zde k vývoji sekundárních pohlavních znaků. Patří zde zpomalený růst, malá výška a nápadná kožní řasa na krku. Objevují se také poruchy ledvin. U tohoto syndromu bývá i strabismus. Špatná bývá jemná a hrubá motorika. Syndrom je v pásmu lehké mentální retardace. Řada osob s tímto syndromem žije zcela normální život (Spokojené děti, 2008).

Downův syndrom

Tento syndrom je nejčastější poruchou spojenou s mentální retardací. Downův syndrom lze diagnostikovat před narozením dítěte. Vzniká následkem nadpočetné části 21. chromozomu neboli tzv. trizomie. Člověk s Downovým syndromem má místo 46 chromozomů v každé buňce 47 chromozomů. Nejčastěji je spojován s lehkou mentální retardací. Člověk s Downovým syndromem má specifické znaky. Mezi ně patří například: srdeční vady, střevní a žaludeční problémy, vrozená katarakta, poruchy štítné žlázy a jiné (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 31).

S věkem matky nad 35 se zvyšuje riziko, že se jí narodí dítě s Downovým syndromem. To však neznamená, že zdravé pětadvacetileté ženě se nemůže takovéto dítě narodit (Mlýnková, 2017, s. 120).

Dále můžeme vidět u osob s Downovým syndromem společné tělesné znaky: malá postava, malá lebka, mohutná šíje, plochý a široký obličej, vystouplé lící kosti, šikmé oči, krátké ruce, malá ústa, které spojuje nízké patro, snížený svalový tonus, rýha napříč dlaně, neúplný nebo opožděný sexuální vývoj, zvýšená citlivost na respirační infekce (Černá a kol., 2008, s. 90).

„Vrozené postižení, které je patrné od narození specifickými tělesnými příznaky a později se projevuje i mentálním postižením, jehož stupeň není u všech postižených stejný, většinou je v pásmu lehké až středně těžké mentální retardace.“ (Matoušek, 2008, s. 53)

Angelmanův syndrom

Děti trpící Angelmanovým syndromem se vyznačují: strnulou chůzí, epileptickými záchvaty, nadměrným smíchem a mají absenci řeči. Jedná se o velmi vzácné chromozomální genetické postižení, které je charakterizováno vrozenou mentální retardací. Zde bývá těžká a hluboká mentální retardace. Základní projevy tohoto syndromu: absence řeči, nebo několik omezených slov, těžká nebo hluboká mentální retardace, hlasitý smích či úsměv, potíže s polykáním, strabismus a jiné (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 46).

Syndrom kočičího křiku

U tohoto syndromu dochází k nedostatečnému vývoji hlasivek. U osob s tímto syndromem nám může připomínat hlas jedince kočičí mňoukání, zde se objevuje zvýšený výskyt sebepoškození (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 50).

Mnozí jedinci se nedožijí dospělosti. Syndrom patří do chromozomálních poruch, je nazýván podle typického hlasového projevu, který je důsledkem hypoplazie hlasivek a projevuje se hlavně v dětství a s pokračujícím věkem jedince vymizí. Mezi typické tělesné znaky patří malá hlava, uši, které jsou nízko posazené, šikmé oči s širokým obočím, abnormálně malé čelisti (Černá a kol., 2008, s. 92 -93).

Rettův syndrom

U Rettova syndromu bývá psychomotorický vývoj v počátcích zcela normální, ale kolem prvního roku života, nebo i dříve, pokud jde o hlubší postižení, dochází u dítěte postupně k úplné či částečné ztrátě manuálních a verbálních schopností. Některé schopnosti mohou být v průběhu vývoje znovu získané, ale atrofie mozku zůstává. Syndrom je doprovázený těžkým neurologickým postižením, které má dopad na motorické, psychické a somatické funkce dítěte. Mezi hlavní příznaky patří: ataxie, zhoršení poznávacích schopností a ztráta účelných pohybových schopností rukou. Rettův syndrom byl v roce 1992 zařazen do oficiálního diagnostického systému. Rettův syndrom je zařazen k poruchám autistického spektra je však sporný hlavně proto, že vývoj a kvalita sociální interakce, a to zejména u starších dívek, se od autismu liší (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 38-40). Rettův syndrom v klasické podobě postihuje pouze dívky. Stejná mutace genů způsobí těžkou encefalopatii, díky tomu plod nebo novorozenec nepřežije (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 40).

Praderův-Williho syndrom

Tento syndrom je genetická porucha, která je zapříčiněna anomálií ve specifické části patnáctého chromozomu (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 47).

V předškolním věku se objevuje obezita, která je vyvolána nutkavou potřebou jídla vedoucí k agresivitě, pokud není uspokojena (Černá a kol., 2008, s. 92).

Tento syndrom patří mezi chromozomální postižení a bývá zmiňován jako pátý nejčastěji diagnostikovaný syndrom po narození dítěte a častěji se vyskytuje u chlapců než u dívek.

Děti jsou od narození hypotonické a hypotrofické, kolem druhého roku života se objevují hyperfagie (Černá a kol., 2008, s. 92).

1.6 Příčiny mentální retardace

Příčiny, které mohou ovlivnit mentální retardaci, jsou: nedostatek kyslíku, dědičnost, prostředí, v jakém dítě vyrůstá a péče jeho rodičů. Máme biologické příčiny mentální retardace, které mohou být: organické postižení centrální nervové soustavy, ke kterému může dojít při nitroděložním vývoji, při porodu anebo v krátké době po narození. Tyto biologické příčiny jsou společně kombinovány s negativním působením rodiny, anebo její absencí, či špatnou výživou a dalšími negativně působícími faktory celého prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a je vychovááno (Matoušek, 2008, s. 99).

Specifické genetické příčiny (Franiok, 2008, s. 32):

- Dominantně podmíněné.
- Recesivně podmíněné.
- Podmíněné chromozomálními aberacemi.

Existují nespecificky podmíněné poruchy – metabolická ani chromozomální metabolická vada nebyla odhalena, také nebylo rozpoznáno porodní trauma a ani jiné narušení či poškození plodu novorozence. Mentální retardace a její příčina zůstává asi v 15 až 30 % případů neobjasněna. Mentální retardaci mohou zapříčinit vnitřní, ale i vnější příčiny (Franiok, 2008, s. 32).

Vnější příčiny jsou ty, které způsobí mentální retardaci v průběhu početí a v průběhu celé gravidity, samotného porodu, poporodního období, ale také v raném dětství a dospělosti.

Vnitřní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku (Franiok, 2008, s. 32).

K poruše může dojít také při porodu, a to tím, že plod nebude mít dostatečné množství kyslíku. Může také dojít k tomu, že plod bude mít stlačenou hlavičku, může tím dojít k narušení plodu a ke vzniku mentální retardace (Franiok, 2008, s. 33-34). Příčina vzniku mentální retardace vyplývá z narušení či poškození centrální nervové soustavy, která se může vyvinout více způsoby (Fisher, Škoda, 2008, s. 92).

Nejčastější příčiny vzniku mentální retardace (Pipeková, 2006, s. 60):

- **Dědičnost** – schopnosti intelektu dítěte jsou výslednicí průměru intelektového nadání rodičů.
- **Sociální faktory** – snížení intelektových schopností je vyvoláno sociokulturní deprivací v rodinách nebo v institucionální výchově.
- **Environmentální faktory** – začleňují různá onemocnění matky během těhotenství, špatná výživa matky, špatná výživa kojence, porodní traumata.
- **Specifické genetické příčiny** – dominantně podmíněné, recesivně podmíněné, podmíněné chromozomálními aberacemi.
- **Nespecificky podmíněné poruchy** – chromozomální ani metabolická vada zde nebyla odhalena, nebylo rozpoznáno porodní trauma ani jiné defekty plodu či novorozence. Příčina mentální retardace zůstává neobjasněna asi v 15% až 30% případů.

1.7 Historie ústavní péče o osoby s mentální retardací**Nástin historie péče o osoby s mentálním postižením**

Přístup k osobám, které byly postižené, byl velmi ovlivněn duchem doby a názorem, který v dané době převládal. Ve starověkém Římě a Řecku byla častá infanticida dětí, u kterých zjev ukazoval postižení smyslů, rozumu anebo těla. Římané tyto děti topili v řece Tibeře a Řekové je ve Spartě vrhali dolů ze spartských skal. Ve středověku dochází k velkému úbytku infanticidy a přístup k osobám s postižením se začíná více diferencovat. Významnou osobou v oblasti diagnostiky mentálního postižení je Edvard Séguin, zakladatel výchovné péče o slabomyslné, zdůraznil nutnost soustavného pozorování žákovy osobnosti (Lečbych, 2008, s. 15).

V šedesátých letech se v mezinárodních lidských právech objevil nový fenomén, a to organizace rodin dětí s mentální retardací, která nesla název Evropská liga společnosti mentálně handicapovaných. Cílem bylo zvýšit zájmy mentálně handicapovaných, a to bez ohledu na rasu, přesvědčení a národnost (Pipeková, 2006, s. 2006).

Na konci roku 1993 byla schválena deklarace Valného shromáždění Organizace spojených národů vyhlášující stav takzvaných Standardních pravidel pro zaručení rovnosti příležitostí, které jsou pro osoby se zdravotním postižením. Tato pravidla navazují na

Světový akční program z počátku 80. let a na Dekádu péče o zdravotně postižené z roku 1982 (Franiok, 2008, s. 82).

Vývoj ústavní péče pro osoby s mentální retardací měl v průběhu let několik podob. Byl ovlivněn zejména náboženským a politickým smýšlením, kulturou a ekonomickou vyspělostí společnosti. Duševní choroby byly interpretovány z pohledu magie. Byl zde používán termín exorcismus, který byl pochopen jako způsob léčby. První institucí byl chrám, který měl funkci léčebnou a trestní. Zmínky o ústavní péči v Řecku jsou spojeny se zakládáním léčebných ústavů nesoucích název asklépia. V těchto ústavech pracovali lékaři a kněží. Pokud člověk pobývajícím v chrámu nerespektoval daná pravidla, byl vyhozen ze společnosti, což vedlo k jisté smrti (Pipeková, 2006, s. 299).

Ve středověku se osoby s mentální retardací uchýlovaly do klášterů, kde byly zřizovány hospitály, což znamenalo nemocniční zařízení. Tato zařízení plnila funkci sociálně-charitativní. V období středověku byly tyto choroby vykládány z pohledu náboženství jako trest boží. V období renesance je patrná snaha o vědecké objasnění ze strany lékařů a filozofů. Pohled na osoby s mentální retardací se nezměnil, pořád byly vyčleňovány ze společnosti (Pipeková, 2006, s. 229).

V osvícenství vznikaly internátní budovy a špitály, které byly institucemi polosoudními. Tyto budovy neplnily funkci lékařskou, ale vězeňskou. V 18. století byly zřizovány velké ústavy, kde umísťovali lidi s mentální retardací. Byli zde také duševně choří, vojáci, žebráci a kriminálníci. O humanizaci péče se zasloužil Philipp Pinel, který otevřel cestu k morální léčbě: hodnota řádu, kázeň a organizovanost a nový pohled na člověka, který má nějaké postižení (Pipeková, 2006, s. 229).

V 19. století přichází specializace ústavních zařízení, která se rozdělují na nemocnice, léčebny, polepšovny, starobince a trestnice. Docházelo ke změně názorů na jedince s mentální retardací. O tento posun se zasloužila řada vědců, pedagogů a lékařů snažících se změnit názor na jedince s postižením. Ve Velké Británii, Francii, Rakousku a Čechách vzniká organizovaná péče – ústavy pro mentálně retardované. Důležité postavení zaujímá vzdělávací a výchovná činnost (Pipeková, 2006, s. 229).

Od roku 1871 se u nás datuje organizování ústavní péče. V Praze bylo založeno první zařízení pro osoby s mentální retardací, neslo název Ernestina. Zakladatelem a prvním ředitelem zařízení byl MUDr. Karel Slavoj Amerling. Hlavním cílem Ernestina byla ochrana osob s mentální retardací a jejich socializace.

Ústav se dělil na tři oddělení (Pipeková, 2006, s. 300):

- **První oddělení:** diagnostické, zde se prováděla diagnostika klientů na základě pedagogického a lékařského pozorování. Posuzovalo se, zda klient zůstane v prvním oddělení, či půjde do dalšího.
- **Druhé oddělení:** mělo vyučovací a výchovný charakter. Jeho náplní byla práce podobná první třídě obecné školy.
- **Třetí oddělení:** bylo typu azylového pro idiotické děti. Těžiště výchovné péče, která se poskytovala v ústavu, bylo zejména v pracovních činnostech.

Cílem ústavu bylo dosáhnout u odcházejících osob, aby byly schopné výdělků. V roce 1871 se stává ředitelem Ernestina lékař MUDr. Karel Herfort. Byly zřízeny dvě nové pomocné třídy. Cílem jeho výchovy bylo naučit děti řemeslným dovednostem. V ústavu byly založeny řemeslné dílny košíkářské, šicí a truhlářské. MUDr. Karel Herfort vykonával i diagnostickou činnost, a to kazuistiku klientů. Zabýval se vrozenou a získanou slabomyslností, kterou pak rozdělil do tří stupňů – debil, imbecil, idiot. Podle toho řadil klienty do výchovně-vzdělávacích programů. Označení debil, imbecil, idiot se donedávna používalo v naší terminologii (Pipeková, 200ž, s. 300).

2 STRUKTURA A SYSTÉM ŠKOLSKÝCH ZAŘÍZENÍ PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Kapitola se zaměřuje především na osoby s mentální retardací a na jejich vzdělávání. Následně jsou v této kapitole popsány praktické a speciální školy. Dále si vymezíme termín speciálně pedagogické centrum a raná péče.

Osoby s mentální retardací, které dovrší věku povinné školní docházky, se vzdělávají (Švarcová, 2006, s. 72):

- Individuální integrace.
- Skupinová integrace.

Škola, která je pro žáky se zdravotním postižením, speciální škola, základní škola praktická, základní škola speciální (Švarcová, 2006, s. 72).

Základní vzdělávání

Začátek povinné školní docházky bývá pro rodiče i pro dítě poměrně zátěžovou a stresující etapou života. V České republice platí povinná devítiletá školní docházka. Školní docházka je povinná pro všechny žáky bez rozdílu, tedy i pro žáky s mentálním postižením. Školní docházku může žák plnit nejvýše do konce školního roku, v němž dosáhne 17 let, přičemž ředitel školy může na žádost zákonných zástupců tuto hranici posunout na 18 let, u žáků se zdravotním znevýhodněním až na 20 let. U žáků, kteří mají středně těžké a těžké mentální postižení nebo kombinované postižení, může být docházka prodloužena. Výchova a vzdělání osob s mentálním postižením se souhlasem zřizovatele může být posunuta až do věku 26 let (Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)).

Povinná školní docházka začíná v 6 letech. Pokud není dítě, které dovrší 6. roku věku, duševně či tělesně vyspělé a požádá-li o to písemně zákonný zástupce dítěte s doloženým vyjádřením příslušného školského poradenského zařízení a odborného lékaře, odloží ředitel školy začátek jeho docházky o 1 rok. Při odkladu docházky ředitel doporučí vzdělávání v přípravné třídě základní školy, v posledním ročníku mateřské školy nebo v přípravném stupni základní školy speciální (zákon č. 561/2004 Sb., § 37).

Přípravná třída základní školy je pro děti se sociálním znevýhodněním, u kterých je předpoklad vyrovnání vývoje. Přípravnou třídu navštěvují i některé děti s mentálním postižením. Tyto třídy jsou zřizovány při základních školách nebo při základních školách

praktických a dítě tam dochází rok před zahájením povinné školní docházky (zákon č. 561/2004 Sb., § 37).

Hlavním cílem předškolního vzdělávání je podpora rozvoje osobnosti dítěte ve složce citové, tělesné, rozumové a sociální. Je důležité seznámení, se základními pravidly chování, životními hodnotami a mezilidskými vztahy. Utváří předpoklady k dalšímu vzdělávání. U dětí se speciálními vzdělávacími potřebami jsou dále důležité funkce diagnostické.

2.1 Praktická škola

Praktické školy jsou pro děti a mládež, které se nemohou nebo nechtějí nadále vzdělávat na odborných učilištích nebo na středních školách. Vzdělávací programy jsou zde jednoleté, dvouleté anebo tříleté. Zaměřují se na přípravu manuálních profesí, na péči o rodinu, ale také na vedení domácnosti (Matoušek, 2008, s. 225).

Praktická škola jednoletá:

Podmínkou k přijetí na praktickou školu je ukončená povinná školní docházka a získání uceleného vzdělání na úrovni pomocné nebo zvláštní školy. Cílem praktické školy je umožnit žákům, aby si doplnili a rozšířili teoretické a praktické znalosti. Umožnit jim základy vzdělání a manuální dovednosti v daných činnostech, připravit je na výkon profese, kterou si zvolí v svém oboru. Praktická škola jednoletá se věnuje žákům s těžkým zdravotním postižením, a to hlavně osobám s těžkou nebo hlubokou mentální retardací, ale také žákům s autismem nebo s kombinovaným postižením (zákon č. 561/2004 Sb., § 37).

Praktická škola dvouletá:

Tato škola je pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, které vyplývají z jejich snížených rozumových schopností. Dále je určena pro žáky s kombinovanými vadami, kteří ukončili povinnou školní docházku, absolventům zvláštní školy, popřípadě žákům v nižším ročníku než v devátém základní školy. Tato škola je zaměřena na poskytování základních dovedností, návyků, které jsou důležité pro výkon jednoduchých činností v běžném životě (zákon č. 561/2004 Sb., § 37).

Základní škola praktická

Je určena pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Tato škola se zaměřuje na speciální, výchovné a vzdělávací prostředky, které mají umožnit žákům co nejvyšší stupeň znalostí a osobních kvalit, při respektování jejich druhu a typu postižení a možností. Cílem vzdělávací a výchovné práce je připravit žáky a zapojit je do běžného života. V základní škole praktické je důležité přizpůsobení úrovně psychofyzického rozvoje žáků. Důležité pro integraci je, aby byly děti s mentální retardací společně se zdravými dětmi a mohly být s nimi v kontaktu. Výjimkou je pouze proces, kdy vyloučíme jedince z toho důvodu, že vyžaduje speciální učební metody, speciální druh učiva a individuální přístup učitele a je zde podmínkou snížení počtu žáků ve třídě. Základní škola praktická má vybavit absolventy takovými návyky, schopnostmi a dovednostmi, aby byli schopni absolvovat odborné učiliště (Švarcová, 2006, s. 73).

Základní škola speciální

Tyto školy jsou zřizovány dle typu postižení, a to:

- Smyslové.
- Tělesné.
- Mentální.
- Kombinované.
- Osoby s poruchou učení.

Tyto školy mohou být internátní. Mohou poskytovat stravu a ubytování. Školy jsou zřizovány na úrovni mateřských a základních škol. Dělí se na pomocné, zvláštní a speciální školy, které jsou na úrovni středních škol (Matoušek, 2008, s. 225).

Tato škola vzdělává žáky, kteří jsou obtížně vzdělavatelni z důvodu svého postižení, žáky kteří mají snížený rozumový vývoj a nemohou se vzdělávat v běžné škole. V základní škole speciální se vzdělávají lidé s těžkou až hlubokou mentální retardací (Franiok, 2008, s. 57).

Odborná učiliště

Po skončení povinné školní docházky v základních školách praktických a základních školách speciálních a u integrovaných žáků v základních školách mají mladiství jedinci s mentálním postižením možnost volby vyvíjet se ve svém vzdělávání v odborných učilištích, ale i v praktických školách s tříletou, dvouletou nebo jednoletou přípravou.

Odborná učiliště v teoretické části vzdělávání navazují na studium na odborném učilišti (Franiok, 2008, s. 67).

Odborně zajišťují přípravu žáků na profesní uplatnění a na předávání praktických dovedností (Švarcová, 2006, s. 96). Střední odborná učiliště poskytují odborné vzdělávání na úrovni středoškolské, a to ve dvouletých a tříletých oborech. Hlavním cílem je připravit absolventy učebních oborů na praxi, která je důležitá. Absolventi středních odborných učilišť získají výuční list (Bartoňová, Vítková, 2007, s. 79).

2.2 Speciálně pedagogické centrum

Speciálně pedagogické centrum je vedle pedagogicko-psychologické poradny a školy dalším školským poradenským zařízením. Tímto se řídí vyhláška 116/2011 Sb., která mění vyhlášku 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Speciálně pedagogická centra jsou zřizována při mateřských školách speciálních, základních školách praktických či základních školách speciálních. Zde působí speciální pedagog, psychoped, psycholog a sociální pracovníce. Nadále se podílejí na práci také speciální pedagog jako je logoped, psycholog-terapeut, pediatr, rehabilitační pracovník, lékaři (může zde být i neurolog, psychiatr, dětský lékař). Poskytovanými službami mohou být i poradenství, které se uplatňuje hlavně při výchově a vzdělávání žáků se zdravotním postižením, a také u dětí s hlubokým mentálním postižením. Hlavním úkolem speciálně pedagogického centra je pravidelná a dlouhodobá práce s postiženým dítětem od nejranějšího věku do ukončení školní docházky a spolupráce s jeho rodiči (Švarcová, 2010, s. 82-83).

Standardními činnostmi jsou (Švarcová, 2010, s. 82-83):

- Depistáž.
- Komplexní diagnostika žáka.
- Tvorba plánu a péče o žáka.
- Přímá práce s žákem.
- Včasná intervence.
- Odborná konzultace pro zákonné zástupce, pedagogické pracovníky, školy a školská zařízení.
- Krizová intervence.
- Sociálně právní poradenství.

- Metodická činnost pro zákonné zástupce, pedagogy.
- Kariérové poradenství.
- Ucelená rehabilitace a jiné.

2.2.1 Raná péče

Raná péče je terénní služba, může být doplněna ambulantní formou. Je poskytována dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo je jeho vývoj vážně ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Tato služba se zaměřuje na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

U dětí raného věku je třeba nepromeškat období jejich prvních měsíců a let a co nejdříve začít s odpovídající podporou. Pokud malé dítě nepodpoříme, je často již nemožné situaci později zlepšit a dítě se již nemusí dostat na takovou úroveň svého vývoje, jakého by mohlo dosáhnout díky včasné péči (Vítková, 2006, s. 35).

Činnost střediska: zabývá se výchovnými, vzdělávacími aktivizačními službami. Důležité je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, pomoc při obstarávání osobních záležitostí. Služby jsou terénní zejména kvůli tomu, aby lidé, kteří tuto službu využívají, byli v prostředí, které je jim blízké a ve kterém se cítí jistě (Švarcová, 2010, s. 84).

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Cílem této kapitoly je obeznámení se sociálními službami, jejich druhy a typy. Řekneme si cíl sociálních služeb. Definujeme si, jaké činnosti každá služba poskytuje.

Nejčastěji užívají sociální služby osoby se zdravotním postižením, senioři, osoby s demencí, které vyžadují pomoc při zajišťování základních životních potřeb. Tyto služby jsou poskytovány různými formami terénních sociálních služeb nebo formou služeb, které jsou spojeny s bydlením či ubytováním (Kozlová, 2005, s. 18).

Činnosti při poskytování sociálních služeb jsou: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, anebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, anebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, vzdělávací, aktivizační a výchovné činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, sociálně terapeutické (zákon č. 108/2006 Sb., § 32).

Zákon o sociálních službách přinesl do systému sociální péče v České republice více zvrátů, než by se na první pohled mohlo zdát. Ke správnému pochopení problematiky této právní normy si nevystačíme pouze se znalostí jeho paragrafovaného znění, ale je třeba porozumět i jeho filozofii a důvodům, proč vznikl, a cílům, které sleduje (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011, s. 16).

Druhy sociálních služeb

Sociální poradenství

Sociální poradenství je poskytováno osobám, které jsou v nepříznivé sociální situaci. Základní sociální poradenství je součástí všech typů sociálních služeb. Odborné poradenství obsahuje: manželské a rodinné poradny, občanské poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady (zákon č. 108/2006 Sb., § 37).

3.1 Služby sociální péče

Služby sociální péče pomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a poskytnout jim v největší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zabezpečit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí (zákon č. 108/2006 Sb., § 38).

Zákon rozlišuje také sociálně zdravotní služby, které se poskytují v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních (sociální lůžka, odlehčovací péče). Určuje možné poskytovatele sociálních služeb (bez ohledu na právní formu mají stejná práva a povinnosti). Zavádí také povinnost registrace sociální služby. Definuje jejich povinnosti (smlouva o službě a dodržování standardů kvality sociálních služeb). Je zde stanovena minimální úroveň odborného vzdělání sociálního pracovníka: vyšší a vysokoškolské vzdělání v humanitních oborech a pracovník v sociálních službách: základní a střední vzdělání v určitých oborech, jejich další vzdělávání a rekvalifikační kurz (Kuzníková a kol., 2011, s. 160).

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění, věku nebo zdravotního znevýhodnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osob.

Základní činnosti, které služba poskytuje (zákon č. 108/2006 Sb., § 39):

- Pomoc při osobní hygieně.
- Pomoc při zajištění stravy.
- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o svoji osobu.
- Vzdělávací, výchovné a aktivizační funkce.
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti.
- Zajištění kontaktu se společenským prostředím.
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba se poskytuje terénně nebo ambulantně. Služba se poskytuje osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění anebo zdravotního postižení, rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje v daném a vymezeném čase v domácnosti osob, v zařízeních sociálních služeb. Pečovatelská služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti. Služba je poskytována za úhradu. Služba se poskytuje bez úhrad, jestliže se v rodině narodily současně tři, anebo více dětí, jedincům odboje a pozůstalým manželům či manželkám po účastnících odboje starších osob 70 let (zákon č. 108/2006 Sb., § 40).

Tísňová péče

Tato služba je terénní distanční hlasová a elektronická komunikace s lidmi, kteří jsou vystaveni stálému ohrožení zdraví, anebo života. Služba se poskytuje za úhradu (zákon č. 108/2006 Sb., § 41).

Průvodcovské a předčitatelské služby

Tyto služby jsou terénní nebo ambulantní. Služby jsou poskytovány osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu zdravotního postižení anebo věku v oblasti komunikace a orientace. Pomáhá tím osobně si vyřídit vlastní povinnosti a záležitosti. Služba zahrnuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba je poskytována za úhradu (zákon č. 108/2006 Sb., § 42).

Podpora samostatného bydlení

Podporované bydlení je terénní služba, která se poskytuje lidem se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním, včetně duševního onemocnění, jejichž životní situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Tato služba se poskytuje v domácnosti klienta. Služba obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba je za úhradu (zákon č. 108/2006 Sb., § 43).

Odlehčovací služby

Tyto služby jsou ambulantní, terénní nebo pobytové služby, poskytují se osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Jedná se o osoby, o které nepečuje žádná blízká osoba v domácnosti. Cílem této služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba je za úhradu (zákon č. 108/2006 Sb., § 44).

Centra denních služeb

Tyto služby se poskytují ambulantně, jsou pro osoby, které mají sníženou soběstačnost, pro osoby s chronickým onemocněním, nebo zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Cílem služby je posílit soběstačnost a samostatnost osob v nepříznivé životní situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy. Jsou zde vzdělávací, výchovné a aktivizační činnosti. Služba zajišťuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úhradu (zákon č. 108/2006 Sb., § 45).

Denní a týdenní stacionáře

Denní stacionáře: poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, jejichž životní situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba zahrnuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy. Spadají sem výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných prostředků. Služba je za úhradu (MPSV, 2017).

Cíl této služby je zachování nebo zlepšení kvality života jedince. Denní stacionáře mají za cíl snížit zdravotní a sociální rizika a zprostředkovat návazné sociální služby (Kozlová, 2005, s. 30).

Týdenní stacionáře: služba je pobytová, poskytuje se osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba zahrnuje poskytnutí ubytování a stravy. Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu a taky pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Zahrnuje také poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy a poskytnutí ubytování, dále pomoc při zajištění bydlení a výchovné, aktivizační a vzdělávací činnosti. Služba zajišťuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu (zákon č. 108/2006 Sb., § 47).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují služby, které jsou dlouhodobé. Jsou určeny osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení a lidem, jejichž situace potřebuje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba poskytuje ubytování a stravu. Pomoc při zvládání osobní hygieny anebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, vzdělávací aktivizační a výchovné činnosti. Zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba je poskytována za úhradu (zákon č. 108/2006 Sb., § 48).

Chráněné bydlení

Tato služba je pobytová, poskytuje se osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění. Služba je pro klienty vyžadující pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového nebo individuálního bydlení. Služba poskytuje stravu a pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování. Pomoc při zajištění chodu domácnosti, vzdělávací, výchovné a aktivizační služby, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba je za úhradu (zákon č. 108/2006 Sb., § 51).

3.2 Sociální služby poskytované ve zdravotnictví

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny obstarat se bez pomoci jiné fyzické osoby. Tyto osoby nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou či jinou fyzickou osobou nebo prostřednictvím ambulantních sociálních služeb, anebo pobytových sociálních služeb. Služba zajišťuje poskytnutí stravy a ubytování, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Zprostředkování přímého kontaktu se společenským prostředím. Zajišťuje také sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba je poskytována za úhradu (zákon č. 108/2006 Sb., § 52).

Faktory ovlivňující sociální služby

Vybavenost jednotlivých regionů sociálními službami je v rozhodujícím rozsahu ovlivněna demografickým vývojem. Daný charakter demografického vývoje a jeho regionální diference způsobené především historickými aspekty (např. osídlováním pohraničí po skončení druhé světové války, a z toho vyplývajícím porušením struktury obyvatelstva), jsou příčinou výrazných diferencí ve vybavenosti regionů. Důležitým faktorem ovlivňujícím sociální služby je demografický vývoj a některé demografické ukazatele: porodnost, kojenecká a celková úmrtnost, počet obyvatel a jeho vývoj, střední délka života a věková struktura (Kozlová, 2005, s. 39).

4 KVALITA ŽIVOTA

Kapitola Kvalita života je zaměřena na historii a význam pojmu kvalita života. Bude se zabývat dimenzí a měřením kvality života. V další části principy měření, vlastnostmi měřících technik. V závěru jsou uvedeny nástroje měření kvality života.

Problematika kvality života se v posledních desetiletích dostává do mnoha vědních disciplín, například do medicíny, sociologie a psychologie. V novodobých dějinách však přisuzujeme první použití slovního spojení kvalita života jiné vědní disciplíně, kterou je ekonomie. (Ludíková a kol., 2013, s. 9)

Podle Matouška (2008, s. 92) je kvalita života komplexním kritériem, které se používá k hodnocení efektivity sociální péče. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled běžných denních aktivit, nebo o jedno měřítko, a to například o životní spokojenost.

Světová zdravotnická organizace (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“. Koncept je ovlivněn psychickým stavem, fyzickým zdravím, sociálními vztahy, osobním vyznáním a vztahem k daným oblastem životního prostředí (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, str. 11).

Máme dva termíny, které se snažíme upřesnit

- Kvalita: slovo je odvozené od latinského qualis.
- Život: slovo je odvozené od kořene qui, kdo?

Pojem kvalita života je termín, se kterým se v posledních letech hodně setkáváme nejen ve vědecky zaměřených studiích, ale proniká i do laického, medicínsky zaměřeného tisku. V medicíně se jedná o poměrně nový termín, ale v dalších oblastech výzkumu, především v psychologii, ekologii nebo sociologii se s pojmem kvalita života pracuje již dlouho. Najít jednoznačnou odpověď na otázku, co vlastně kvalita života je a co obsahuje, není vůbec snadné (Salajka, 2006, s. 11).

Pro oblast sociální práce je vhodným pojmem kvalita, jelikož je tradičně spojována spíše s výrobním sektorem. Rozlišujeme čtyři významy pojmu kvalita (Holasová, 2014, s. 18):

- Deskriptivně analytická rovina pojmu: vystihuje povahu předmětu, přičemž je tento popis vlastností hodnotově neutrální.

- Normativní rovina pojmu: hodnocení je formováno na podkladě cílů, požadavků a očekávání. Jsou stanovena kritéria kvality a hodnocení podle určité škály.
- Evaluativní rovina pojmu: tato dimenze vychází z normativního obsahu pojmu. Normativitu pojmu následuje hodnotící postup, hodnotitelé ověřují předmět nebo proces a dozrávají k výslednému úsudku na základě stanovených měřítek.
- Rovina orientovaná na jednání: je spojena s nároky na jednání, protože se vykonávají činnosti na vylepšení kvality nebo opatření k zajištění uspokojivého stavu věcí.

4.1 Historie a vývoj pojmu kvalita života

Kvalita života je zakořeněna v dávné minulosti. Pojetí kvality života se objevuje už v římské a řecké mytologii a je spojována se jmény Asclepia či Aesculapa. Termín kvalita života poprvé zmínil Pigou v roce 1920. Hlavním předmětem jeho výzkumu byl dopad státní sociální podpory na jedince, kteří jsou ze sociálně slabších vrstev. Zaměřil se na jejich život, ale také na státní rozpočet. Pojem kvalita života zavedl rovněž J. F. Kennedy a L. B. Johnson. Hlavním předmětem se stala spolupráce a pomoc rozvojovým zemím i pomoc a úcta k menšinám. V Evropě se termín kvalita života začal objevovat v programu Římský klub. Jeho hlavní aktivitou bylo zvýšit životní úroveň lidí a související kvality života (Vařurová, Mühlpachr, 2005, str. 7).

V 70. letech proběhla v USA první celonárodní šetření kvality obyvatelstva, hlavním cílem bylo vyvinout subjektivní indikátory, které by ukázaly, jak lidé sami hodnotí svůj vlastní život (Payne, 2005, s. 206).

W. Forrester vymežil první faktory, které ovlivňují kvalitu života:

- Hodnota růstu počtu obyvatel.
- Finance.
- Zabezpečení potravin.
- Zabezpečující životní standard.
- Znečištění životního prostředí.

V roce 1961 OSN vymezení upřesnila a přijala 12 faktorů a označila je jako „podmínky života“. **OSN klasifikovala sociální indikátory do osmi skupin:**

- Kvalita pracovního prostředí.
- Zdraví.
- Možnost trávení volného času.
- Nákup zboží a služeb.
- Možnosti rozvoje osobnosti.
- Pocit sociální jistoty.
- Fyzikální kvalita životního prostředí.
- Možnost účasti na společenském životě (Vařurová, Mühlpachr, 2005, str. 8)

Nejdůležitějším cílem studia kvality života je rozvíjet a podporovat takové životní prostředí a životní podmínky, které mohou umožnit lidem žít způsobem, který je právě pro ně nejlepším a ve kterém nacházejí smysl života (Payne, 2005, s. 206).

Vnitřní činitele kvality života:

- Vytváření přeměn v kvalitách života handicapovaných patří jejich psychické a somatické vybavení, které je zapříčiněno defektem, poruchou, disabilitou, handicapem. Je to celek, který podmiňuje rozvoj a integritu osobnosti postiženého (Jesenský, 2000, s. 81).

Vnější činitele

- Představují podmínky pro existenci postižených v oblastech: společensko-kulturní, přírodně ekologické, výchovně vzdělávací, pracovní a ekonomické, materiálně technické (Jesenský, 2000, s. 81).

4.2 Dimenze kvality života

Koncept kvality života má dvě hlediska – subjektivní a objektivní. Většina odborníků ve všech oborech se přiklání spíše k subjektivnímu hodnocení kvality života. Řada odborníků se shodla, že subjektivní a objektivní dimenze kvality života vycházejí z různorodých základních konstruktů (Vařurová, Mühlpachr, 2005, str. 17).

Objektivní kvalita života:

- Sleduje sociální podmínky života.
- Materiální zabezpečení.
- Sociální status.
- Fyzické zdraví.

Lze je chápat jako souhrn faktorů, které ovlivňují život člověka (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, str. 17).

Subjektivní kvalita života:

- Je zaměřena na jednotlivce, na vnímání vlastního postavení ve společnosti. Výsledek spokojenosti je závislý na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, str. 17).

Kvalitu života zjišťujeme ve třech dimenzích: tělesné, duchovní a duševní.

1. **Dimenze kvality života:** při zjišťování kvality života v dimenzi fyzické odkazuje na dokonalou normu fyzické harmonie. Zaměřuje se také na tělesné funkce a na zdraví člověka.
2. **Dimenze kvality života:** při zjišťování kvality života v dimenzi prožitkové (duševní) poukazuje na její tradiční znaky v podobě: uplatňování moci v životě člověka, prožívání slasti. Tyto tradiční znaky v ideálním případě vystihují tradiční pojem prožívaného štěstí.
3. **Dimenze kvality života:** při zjišťování kvality života v dimenzi duchovní je chápána jako prožitek smyslu (plnosti) našeho života. Zde máme zakotveny odezvy, hodnotové výzvy, činy, které ze své vůle činí k uskutečnění svého hodnotového potenciálu (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, str. 17).

Světová zdravotnická organizace rozeznává čtyři základní oblasti dimenze kvality života:

- Psychické zdraví a duchovní stránka: negativní a pozitivní pocity, sebepojetí, sebehodnocení, koncentrace, víra, spirituality, paměť a učení.
- Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti: každodenní život, energie a únava, mobilita, odpočinek, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat.
- Sociální vztahy: sexuální aktivita jedince, osobní vztahy, sociální podpora.

- Prostředí: svoboda, finanční svoboda, dostupnost zdravotnické a sociální péče, bezpečí, příležitost pro získávání nových vědomostí a dovedností, prostředí (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, str. 18-19).

4.3 Měření kvality života

Jedním z typických jevů v přítomném světě je stárnutí obyvatelstva, jehož důsledkem je zvyšující se procento chronicky nemocných. Současné trendy v péči o nemocné lze charakterizovat jako odklon od pozorování projevů nemoci k důrazu na člověka, od prodloužení života ke zlepšení jeho kvality, od objektivních měřítek k subjektivním ukazatelům.

Kvalita života bývá měřena ze tří perspektiv (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 39):

- **Objektivní měření sociálních ukazatelů** – ukazatelé jako bezpečnost, vzdělávání, stability jsou spíše pro účely měření kolektivní kvality života.
- **Subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem** – celkové propojení považuje za výsledek životního stylu jedince a osobních hodnot jedince.
- **Subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi** – zahrnuje spokojenost se životní úrovní.

4.4 Principy měření

Proces měření se přiřazuje čísla k objektům nebo událostem podle určitých pravidel. Měření je organizovaný plán pro klasifikaci a hodnocení získaných dat v rámci základního konceptu.

Měření je pravidelně realizováno na těchto úrovních: poměrová, intervalová-rozdíly mezi proměnnými jsou měřitelné, ordinální-proměnné mohou být seřazeny, nominální-proměnné mohou být pouze vyjmenovány.

Označení škála je termín, kdy je soubor symbolů nebo číslic, které jsou sestaveny tak, že symboly nebo číslice stanoveným způsobem korespondují s charakteristikami jedince. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 40)

4.5 Vlastnosti měřících technik

Hlavní součástí měření je používání pravidel pro přiřazování čísel jednotlivým rysům objektů a celků. Při měření je důležité používat vlastnosti jako je reliabilita a validita.

Reliabilita

- Technika měření je míra, do níž měření poskytuje konsistentní reprodukovatelné odhady toho, co je považováno za základní pravdivé skóre. Reliabilita umožňuje zkoumání příčin odlišnosti v hodnotách, včetně odchylek vzniklých na základě chyby měření. Můžeme ji hodnotit za použití několika různých pokusných projektů: Test-retest reliability, Reliabilita vnitřní struktury, Reliabilita oddělených polovin (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 40 - 44).

Validita

- Jedná se o nejdůležitější psychometrický ukazatel, platnost testu, který vypovídá o jeho praktické užitečnosti a udává, zda test skutečně měří zamýšlený konstrukt. Validita je tedy korelací mezi testem a vnějším kriteriem. (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 45 - 46).

4.6 Nástroje měření kvality života

Pro měření kvality života se používá početné množství metod. Podstatné je, aby nástroj odpovídal potřebám měření a cíl měření byl jasně stanoven.

Rozdělení nástrojů podle jejich zaměření (Vařurová, Mühlpachr, 2005, str. 64-82):

- Nástroje pro měření funkčního stavu – je jedna z nejčastěji využívaných metod. Podstatou této metody je hodnocení schopnosti osob vykonávat každodenní činnosti, například: The Quality of Well-Being Scale (QWBS).
- Nástroje pro měření kvality života vzhledem ke zdraví. Zde můžeme zařadit Nástroje měření Světové zdravotnické organizace: MOS Core Measures, Dotazník SF-36, The EuroQol Instrument, Nottingham Health Profile (NHP).
- Nástroje pro měření psychické pohody se využívají pro zjišťování běžných psychiatrických poruch (demence, deprese, úzkost). Používají se: Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), The Geriatric Mental State (GMS).
- Nástroje zaměřující se na sociální síť, k nimž patří například: The Social Network Scale (SNS) nebo The Family Relationship Index (FRI).
- Nástroje měřící morálku a životní spokojenost jedince, k nim patří: The Affect-Balance Scale (ABS), The Philadelphia Geriatric Centre Moral Scale, The (Psychological).

Kvalita života je předmětem výzkumu několika odchylných vědních disciplín. Z medicínského hlediska se jedná o snahu umožňovat co nejefektivnější léčbu, která povede k celkové spokojenosti pacienta a zdravotního personálu. Důležité je dosahovat optimálních léčebných výsledků v minimálním časovém rozpětí. Sociologické hledisko klade důraz na úzkou provázanost kvality života s životním způsobem, stylem a potřebami. Psychologický pohled se zaměřuje na kvalitu života osob, které jsou nevléčitelně nemocné. Zabývá se sebeúctou a spokojeností (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 130).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUM

Výzkum se zaměřuje na kvalitu života jedinců s mentální retardací v sociálních službách. Konkrétně cílí na to, jak uživatelé hodnotí kvalitu života v domově pro osoby se zdravotním postižením, a jejím následným přechodem do chráněného bydlení. Výzkum v diplomové práci se zaměřuje na dané aspekty v průběhu návštěvy zařízení a zlepšování kvality života u lidí s mentální retardací. Dále se zaměřuje na zjištění, které zařízení pro uživatele dosahuje lepší kvality života.

5.1 Popis místa výzkum

Domov pro osoby se zdravotním postižením Otrokovice Naděje je pobytová služba. Tato služba poskytuje sociální péči, kterou využívají jedinci, kteří potřebují dostatečnou míru podpory při výkonu běžných životních úkonů. Služba má za cíl poskytnout nebo vytvořit uživatelům podmínky, které jim umožní, aby zařízení vnímali jako bezprostřední a bezpečný domov. Důležité je, aby zde byly naplněny jejich základní potřeby (Naděje, 2016).



Obrázek 1 Logo Naděje (Naděje, 2016)

Domov je rozdělen (Naděje, 2016):

- **Týdenní stacionář** – pobytová služba sociální péče. Pobývají zde lidé, kteří potřebují vyšší míru potřeby sociální péče. Cílem služby je vytvoření podmínek, aby se zde uživatelé cítili jako doma.
- **Denní stacionář** – cílovou skupinou jsou jedinci od 16 do 64 let, klienti, se sníženou soběstačností z důvodu jejich postižení. V denním stacionáři mohou být osoby i s kombinovaným postižením. Kapacita denního stacionáře je 9 uživatelů.
- **Chráněné bydlení** – pobytová služba určená lidem s lehkou a středně těžkou mentální retardací. Cílem služby je podpora uživatelů při běžných denních činnostech, jejich začlenění do společnosti a minimální závislost na službě.
- **Podpora samostatného bydlení** – služba je poskytována v domácím prostředí, kde uživatelé žijí. Cílem služby je podpora uživatele v životě a v jeho následném osamostatnění.
- **Sociálně terapeutické dílny** – poskytují ambulantní služby sociální prevence. Služby jsou pro uživatele, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního, či mentálního postižení.

5.2 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak uživatelé vnímají kvalitu života domova pro osoby se zdravotním postižením a kvalitu života v chráněném bydlení. Zajímaly nás především názory uživatelů na jejich osobní a životní zkušenosti k poskytované službě, která je jejich domovem. Dalším úkolem výzkumu bylo zmapovat, jak jsou lidé s mentálním postižením v zařízeních sociální péče spokojeni, zda využívají poskytované služby a zda mají výhrady k podpoře, která je jim poskytována.

Výzkumným problémem této práce jsou rozdíly kvality života jedinců s mentální retardací v domově pro osoby se zdravotním postižením a v chráněném bydlení.

5.3 Hlavní výzkumné otázky pojetí výzkumu

Hlavní výzkumná otázka: Jak lidé s mentální retardací žijící v pobytovém zařízení hodnotí kvalitu života?

Dílní výzkumné otázky:

DVO 1: Jaká je kvalita života jedince s lehkou mentální retardací v oblasti socializace?

DVO 2: Jaká je kvalita života jedince s lehkou mentální retardací v oblasti dosažení cílů a přání?

DVO 3: Jaká je kvalita jedince s lehkou mentální retardací v oblasti zdraví?

DVO 4: Jaké jsou rozdíly v kvalitě života s lehkou mentální retardací v závislosti na typu pobytového zařízení?

Pojetí výzkumu:

Vzhledem ke zkoumanému tématu byl vybrán kvalitativně zaměřený výzkum. Důvodem byla nutnost přizpůsobit se druhu postižení - lehké mentální retardaci. Hlavní technikou sběru dat v tomto výzkumu je naslouchání respondentů, kladení otázek a získávání odpovědí na tyto otázky (Hendl, 2005, str. 164).

Nejvhodnější metodou pro tento výzkum byla určena metoda moderovaného interview neboli polostrukturovaný rozhovor. Tento druh rozhovoru se vyznačuje hlavně tím, že soubor otázek či témat při rozhovoru je dán dopředu (Reichel, 2009, str. 111).

„Kvalitativní výzkum spočívá v analýze zkoumaných jevů, odhalení jejich elementárních složek. Odhalení spojení a závislostí, které jsou mezi nimi, v charakteristice jejich celostní struktury, interpretaci smyslu nebo funkce, kterou plní. Kvalitativní výzkum je charakteristický malým počtem respondentů, využívá individuální a skupinové rozhovory v hlubší míře. V zájmu výzkumu stojí člověk a lidé, ale i lokality, ve kterých tito lidé žijí a pracují. Vytýčený problém není nikdy úplně ohraničený a při výzkumu je neustále průběžně vyjasňovaný a rozvíjený.“ (Kutnohorská, 2009, s. 24).

5.3.1 Výzkumná technika

Jak již bylo zmíněno, jako výzkumná technika bylo vybráno moderované interview.

Moderované interview se podle Reichela (2009, str. 111) vyznačuje tím, že soubor otázek a témat, které budou kladeny, je dopředu připraven. U tohoto druhu rozhovoru není nutné,

aby byly předem připravené otázky kladeny v přesně stanoveném pořadí. Další výhodou této formy rozhovoru je možnost přímého kontaktu s účastníkem výzkumu, díky čemuž je zde možnost minimalizace nesrozumitelností v oblasti kladených otázek. Dále je zde také možné pozorovat účastníka výzkumu při dotazování a pozorovat tak ostatní aspekty, které mohou doplnit výzkum o zajímavé informace.

Otázky do rozhovoru

1. Jaké společenské aktivity využíváte v zařízení?
2. Jak často chodíte do společnosti?
3. S kým chodíte do společnosti?
4. Jaké cíle a přání jste měl při vstupu do zařízení?
5. Jaké zásadní rozdíly jsou pro vás mezi domovem a chráněným bydlením?
6. Jaké dobré a špatné věci podle vás tvoří kvalitu života?
7. Můžete mi popsat kvalitu života v zařízení, ve kterém jste?
8. Jak byste popsal zdraví za dobu svého pobytu v tomto zařízení?
9. Jak ovlivňuje bolest váš zdravotní a psychický stav?
10. Jak vás omezuje váš zdravotní stav v péči o vaši osobu?

5.4 Výzkumný vzorek

Kritéria pro výzkumný vzorek byla stanovena na základě výzkumného problému a zahrnují tyto oblasti:

- Uživatelé domova pro osoby se zdravotním postižením.
- Uživatelé, kteří bydlí v Naději alespoň 5 let.
- Uživatelé, kteří mají lehkou mentální retardaci a nemají poruchy řeči.
- Ženy a muži ve věku 18-69 let.

Vzorek pro výzkum byl zvolen záměrně z toho důvodu, že dané zařízení má nejvíce klientů s lehkou mentální retardací.

Popis demografických údajů respondentů			
	Pohlaví	Věk	Délka pobytu
R1	Muž	30	10 let
R2	Muž	49	15 let
R3	Muž	26	8 let
R4	Žena	48	9 let
R5	Žena	33	14 let
R6	Žena	27	7,5 let

Tabulka 2. Demografické údaje

Zdroj: Vlastní zpracování 2

5.5 Charakteristika uživatelů domova pro osoby s tělesným postižením

Charakteristika respondenta č. 1

Muž 30 let, v domově žije 10 let. V chráněném bydlení žije 3 roky. R1 má rád společnost a kamarády. R1 má rád hodně aktivit, které probíhají v zařízení. Dále má rád také dobré a kvalitní jídlo. Nemá rád, když je někdo na něho škaredý.

Charakteristika respondenta č. 2

Muž 49 let, žije v domově 15 let. V chráněném bydlení žije 2 roky. R2 má rád, když se jezdí na výlety a má rád psy. Rád se chodí na zahradu houpat. Nemá rád, když musí chodit k lékaři.

Charakteristika respondenta č. 3

Muž 26 let, žije v domově 8 let. V chráněném bydlení žije 3 roky. R3 rád chodí s kamarády a tetami ven. Rád chodí do divadla a jezdí do Zlína. Nemá rád, když na něho někdo mluví rychle a nesrozumitelně. Také se mu nelíbí, když mu někdo nadává.

Charakteristika respondenta č. 4

Žena 48 let, domově žije 9 let. V chráněném bydlení žije 3,5 roku. R4 má raději strýce než tety, jelikož je s nimi větší sranda. Dále má ráda zpívání na oddělení. Nemá ráda, když ji někdo nadává a uráží ji.

Charakteristika respondenta č. 5

Žena 33 let, v domově žije 14 let. V chráněném bydlení žije 2 roky. Má ráda kamarády a společnost. Chtěla by vlastního psa. Také by se chtěla naučit sundat si tričko bez cizí pomoci. Špatné pro ni je, když někdo nemá kamarády nebo rodinu.

Charakteristika respondenta č. 6

Žena 27 let, žije v domově 7,5 roku. V chráněném bydlení žije 2 roky. R6 by se chtěla naučit zpívat a chtěla by se někdy podívat na Vesmír. R6 ráda chodí do společnosti. Špatně je jí, když se nudí a nemá co dělat.

5.6 Realizace výzkumu

Výzkum probíhal v únoru 2018 během dobrovolnické činnosti. Rozhovory byly realizovány u respondentů v jejich přirozeném prostředí. Po příchodu k respondentům proběhlo seznámení a představení. Dále byli seznámeni s tím, že rozhovory budou anonymní a že se budou nahrávat. Otázky byly otevřené z toho důvodu, aby uživatelé domova mohli volně odpovídat. Každý rozhovor byl uskutečňován po předchozí domluvě s respondentem, stanovili jsme si přesný čas, který pro něj byl vhodný. U rozhovorů byla vidět velká nervozita, jelikož je do té doby nikdo nenahrával.

5.7 Způsob zpracování dat

Před realizací samotného výzkumu byli osloveni klienti domova pro osoby se zdravotním postižením, kteří s rozhovorem souhlasili. Tito respondenti vytvořili výzkumný vzorek pro diplomovou práci. Rozhovorům vždy předcházela osobní kontakt s klienty domova Naděje, který měl připravit účastníky výzkumu na to, jak bude výzkum probíhat. Přípravná fáze byla velmi důležitá, protože jedinci s lehkou mentální retardací jsou schopni poskytnout rozhovor, ale musí být předem obeznámeni s tím, jak bude rozhovor probíhat. Rozhovory probíhaly v přirozeném prostředí účastníka výzkumu, nebo v místě, kde se účastník cítil nejlépe.

Klientům jsme sdělili, že veškeré informace, které nám poskytnou, budou zcela anonymní. Předem jim bylo řečeno, že rozhovory budou použity pouze pro účel diplomové práce.

Dále bylo stanoveno, že otázky, které budou pro ně nepříjemné, můžou být vynechány, popřípadě se k nim můžeme později vrátit. Dalším a posledním krokem před započítím rozhovoru bylo ujištění, zda účastníci výzkumu souhlasí s tím, že rozhovor bude nahrávaný na diktafon. Získaná data z těchto rozhovorů byla zpracována prostřednictvím přepisu neboli tzv. transkripce, čímž získala textovou podobu. Při přepisu dat bylo zachováno nářečí a úplný dialekt účastníků výzkumu.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Pomocí otevřeného kódování z přepsaných rozhovorů vzniklo osm kategorií, které mají názvy:

	Kategorie	Kódy
1.	Moje přání a sny.	Rodina, kamarádi, tety, strýcové, výlety, očekávání
2.	Chci něčeho dosáhnout?	Skupina, kamarádi, tety, rodina, cizí lidé
3.	Mám rád společnost? Bývám často mezi lidmi?	Společnost, aktivity, skupina.
4.	Kde je mi líp?	Domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, péče, komunikace, aktivizace.
6.	Co je dobré a špatné pro můj kvalitní život?	Komunikace, slušné jednání, podpora, fyziologické potřeby, psychická podpora.
7.	Cítím se zdravý?	Akutní nemoc, chronická nemoc.
	Mám klidnou duši?	Spokojený život.
8.	Jsem schopný?	Schopnost postarat se o sebe.

Domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, péče, komunikace, aktivizace. Tabulka 3. Kategorie

Zdroj: Vlastní zpracování 3

V přílohách se nachází doslovná transkripce rozhovorů s osobami s lehkou mentální retardací. V přepsaných rozhovorech jsme dále provedli kódování za pomoci osmi barev, které znázorňují osm kategorií.

Respondent	Moje přání a sny
R1	No a to přání bylo hlavně to, abych se měl dobře a nikdo mi fyzicky neublížoval.
R2	Já si přál moc jezdit na výlety. Protože jezdíme často někam a teto, úplně bylo moc to, když jsme jeli k moři celé naše oddělení, ale jeli s námi i tety a strýcové, aby nás hlídali. Toto přání se mi splnilo.
R3	Chtěl jsem se naučit plavat a taky jsem chtěl najít někoho, kdo mě bude mít rád a nebude mi ubližovat.
R4	Někdy bych chtěla mít obchod nějaký, nevím jaký, prostě nějaký.
R5	Já jsem si přála, abych měla kamarády, protože tam kde jsem byla, no jako teto neměla jsem. Teto, a taky chcu mít vlastního psa.
R6	Já měla přání, abych mohla být víc se svojí rodinou, ale to nešlo. Oni jsou zdaleka a já musím být tady.

Tabulka 4. Moje přání a sny

Zdroj: Vlastní zpracování 4

Komentář:

R1 uvedl, že se chce mít dobře a taky by si přál, aby mu nikdo neublížoval.

R2 sdělil, že by si přál jezdit na výlety.

R3 sdělil, že by se chtěl naučit plavat a najít si někoho, kdo ho bude mít rád a nebude mu ubližovat.

R4 uvedla, že by si přála mít nějaký obchod.

R5 sdělila, že by si přála mít kamarády, protože v jiném zařízení je neměla a její přání je mít psa.

R6 sdělila, že by si přála být víc se svojí rodinou, jelikož jsou zdaleka a nemají možnost za ní jezdit v pravidelném intervalu.

R1 a R3 se shodli na tom, že by si přáli, aby jim už nikdo neublížoval.

V návaznosti na tuto otázku nás zajímalo, zda chtějí uživatelé Domova něčeho dosáhnout.

Respondent	Chci něčeho dosáhnout?
R1	Taky bych se chtěl naučit dobře plavat, moc neumím a mám aj rukávky nebo kolo.
R2	Já mám cíl takový, že bych se chtěl naučit plést, jako třeba svetr nebo šálu. Taky bych chtěl mít pejska.
R3	Chtěl bych se naučit hezky malovat a prodávat to a taky bych se chtěl naučit hrát na bubny
R4	Chtěla bych se naučit trochu číst. Chtěla bych si někdy přečíst i noviny.
R5	Chcu se zkusit sama naučit dát tričko.
R6	A jako někdy bych chtěla na Vesmír.“

Tabulka 5. Dosažení cílů

Zdroj: Vlastní zpracování 5

Komentář:

R1 uvedl, že by se chtěl naučit plavat.

R2 sdělil, že by se chtěl umět plést svetr.

R3 uvedl, že by chtěl umět malovat a prodávat jeho obrazy. Dále by chtěl umět bubnovat.

R4 řekla, že by se chtěla naučit číst, aby si mohla přečíst noviny.

R5 sdělila, že by si chtěla sama umět sundat tričko, jelikož to neumí.

R6 by se chtěla podívat na Vesmír.

Každý z respondentů by si přál něčeho dosáhnout, ale každý by chtěl něco jiného.

Respondent	Mám rád společnost?
R1	Jako chodíme asi ve třech jak kdy, ale mám rád společnost a moje kamarády, kteří se mnou jsou na pokoji.
R2	V létě sedávám na houpačce fůrt a fůrt dokola tam chodím a houpu se aj celý den. Na zahradu chodím sám anebo s kamarádkou X.
R3	No jako já chodím s tetama a taky chodím s kamarády, které tady mám, ale tak jsem rád, když si jdu sednout před domov na lavičku a tam sám sedím a třeba se dívám kolem sebe.
R4	Chodím často, ale musím mít náladu, nemívám moc nálady, a když ji nemám, nechci se s nikým bavit ani nikoho vidět a o nikoho nestojím.
R5	Chodím často, máme tolik akcí tolik věcí, pomáhám, i když se něco dělá jako třeba jarmarky.
R6	Chodím fůrt, já chci fůrt někde být.

Tabulka 6. Společnost

Zdroj: Vlastní zpracování 6

Komentář:

R1 uvedl, že má rád společnost a svoje kamarády, kteří jsou s ním na pokoji.

R2 sdělil, že rád chodí na zahradu, kde sedává na houpačce a houpe se na ní.

R3 řekl, že rád chodí ven se svými kamarády. Na druhou stranu je rád, když může být někdy sám a jen tak se dívat kolem sebe.

R4 sdělila, že ven chodí ráda, ale musí na to mít náladu a chuť.

R5 chodí ven velice ráda, jelikož mají mnoho akcí. Pro příklad nám řekla, že se jedná o jarmarky.

R6 Chodí někde ráda pořád, protože má ráda společnost.

Respondent	Bývám často mezi lidmi
R1	Jako a chodím často, tety nám nezakazují chodit ven, ale vždycky tetě musím říct, kam jdu, s kým a kdy se vrátíme.
R2	Když jdu někde jinam tak jde se mnou teta, bojím se sám chodit někam jinam, než kde to znám...
R3	Jsem rád mezi lidma, které znám ale nemám rád moc cizí, někdy se na nás škaredě dívají a smějou, ale já jako nevím proč a radši sem s tetama.
R4	Lozím ráda kolem domova a ráda taky čumím na mraky, ale nesnáším venku ty malé děcka co fůrt řvou. Ven lozím i s babama s oddělení a v létě hraje hry třeba karty.
R5	No hm taky s tetama chodíme do cukrárny a jeli jsme na vodě já nevím, jak se to jmenuje no....
R6	Já chodím s holkama s Y, X, W. Taky někdy s námi jde teta, když nás je moc, ale můžu chodit i sama, ale nerada sedím jen na domově, ráda chodím ven a taky chodím ráda na lavičku před domov.

Tabulka 7. Četnost mezi lidmi

Zdroj: *Vlastní zpracování 7***Komentář:**

R1 sdělil, že bývá často mezi lidmi a nikdo mu nezakazuje chodit ven. Vždy, když jde ven, musí říct, kam jde a kdy se vrátí.

R2 chodí na neznámá místa s tetou, protože se v cizím prostředí bojí.

R3 má rád lidi a celkově společnost. Ovšem někteří se podle něho na něj dívají špatně a díky tomu se necítí komfortně.

R4 sdělila, že ráda chodí kolem domova, kde sleduje mraky. Hodně ji vytácejí plačící děti.

R5 nejraději navštěvuje cukrárnu.

R6 ráda chodí ven s kýmkoliv a kdekoliv.

Respondent	Kde mi je líp?
R1	V chráněném bydlení jsme tam sami, jako není s námi celý den a noc nějaká teta. Pro mě je lepší chráněné bydlení, protože jako bydlím jako tak, že si věci dělám sám a třeba teta jen řekne, na co si mám dát pozor a třeba mi i poradí.
R2	a je mi tu dobře v domově bylo dobře, ale tady si sám dělám věci a teta třeba jen dojde a jako chystám si sám vše a ještě je tady jedna co tu se mnou je a tak si pomáháme a je to dobré cítím se dobře a chodí, za mnou i rodina...
R3	V domově nás bylo moc a tety s námi byly pořád a někdy strýc někdy teta a někdy třeba dva a někdy jeden a tady teta nás chodí kontrolovat a pomáhat nám.
R4	asi to, že na domově s námi fůrt někdo byl a někdo nám dělal jídlo a pral a žehlil. Tady se učíme věci a děláme si je sami a nekontrolují nás tak moc.
R5	Tady je to lepší, já mám pokoj sama a máme společnou kuchyň a jako teta chodí občas, nehlídá nás tak jak na domově. Tady mám klid.
R6	Pak na domově jsou děti, které jsou na vozíku a jako tety je krmí a koupu a tady na bydlení to nemáme, tady všichni chodíme, ale někteří mají třeba berle a kulhají, ale neleží. Jinak tady není moc tet, a nejsou tu fůrt a někdy se bojím.

Tabulka 8. Kde je mi líp

Zdroj: *Vlastní zpracování 8***Komentář:**

R1 uvedl, že v chráněném bydlení jsou sami a teta dojde jen na noc. Sdělil, že je pro něho lepší chráněné bydlení, protože si může dělat domácí práce sám.

R2 sdělil, že na domově bylo dobře, ale tady se o sebe stará sám.

R3 tvrdí, že v domově bylo moc uživatelů a tety tam byly celý den. V chráněném bydlení tety chodí jen občas.

R4 sdělila, že na domově se o ně někdo staral, pral jim, žehlil. V chráněném bydlení se učí věci sami.

R5 sdělila, že v chráněném bydlení je to lepší, protože má pokoj sama. Uvedla, že v chráněném bydlení má větší klid.

R6 uvedla, že v domově jsou děti, které jsou na vozíku a tety je musí krmit a v chráněném bydlení takové děti nejsou.

Z výpovědí uživatelů vyplynulo, že v chráněném bydlení se cítí lépe.

Respondent	Co je dobré pro můj kvalitní život?
R1	Já jsem, jako tak spokojený, mám kvalitní jídlo (smích) a to je pro mě super kvalita a hlavně jsem takový, teto klidný.
R2	cítím dobře, když mám jídlo a můžu spát a mám kamarády a můžu chodit ven a jako i to, když za mnou, dojde moje rodina, která bydlí tak moc daleko a já s nima nemůžu být
R3	...já se mám dobře, když mi někdo pomůže, když něco nevím
R4	Já si nemůžu na nic stěžovat. Mně se všechno líbí jen to, že si už dělám vše sama no toš...
R5	Tady je dobře, dobré jídlo a kamarádi a tety.
R6	No asi to, že se mám dobře, když mám tety, které mně mají rády a moje kluky a holky.

Tabulka 9. Kvalita života 1

*Zdroj: Vlastní zpracování***Komentář:**

R1 sdělil, že je spokojený, když má kvalitní jídlo. To pro něho znamená, že se cítí velmi dobře a díky tomu je klidnější.

R2 má rád jídlo, kamarády a to, že může chodit ven.

R3 sdělil, že se má dobře, když mu někdo poradí.

R4 si na nic nestěžuje. Vše se mu líbí.

R5 se cítí dobře. Má dobré jídlo a starostlivé tety.

R6 se má dobře, když má kolem sebe tety, kamarády a kamarádky.

Z výpovědí uživatelů vyplynulo, že se cítí dobře, když mají jídlo, spokojené a klidné zázemí.

Respondent	Co je špatné pro můj kvalitní život?
R1	jako víš, že mi není zima, mám čisté oblečení a jsem tak šťastný.
R2	nemám rád, když na mě někdo křičí.
R3	Špatné pro mě je, když je na mě někdo zlý a ubližuje mi
R4	Asi to, když se ke mně někdo chová jak k čoklovi tak se budu mít blbě...
R5	Špatné je, když vám někdo nadává anebo se s vámi nikdo nebaví a nechce kamarádit.
R6	To špatné je, když se nudíte a nemáte co dělat.

Tabulka 10. Kvalita života 2

Zdroj: Vlastní zpracování 10

Komentář:

R1 sdělil, že je pro něho špatné, když je mu zima a nemá čisté oblečení.

R2 uvedl, že nemá rád, když na něho někdo křičí.

R3 řekl, že je pro něho špatné to, když je na něho někdo zlý a ubližuje mu.

R4 sdělila, že je pro ni špatné, když se k ní někdo chová zle.

R5 uvedla, že je pro ni špatné, když jí někdo nadává a nikdo se s ní nechce bavit.

R6 řekla, že je pro ni nepříjemné, když se nudí a nemá co dělat.

Respondent	Cítím se zdravý?
R1	... ale jinak jako jsem zdraví, já chodím skákat i na trampošku a rád hraju s klukama na schovku.
R2	Jinak teto, já ani moc nebývám nemocný, ale bolívají mě nohy
R3	Když jsem šťastný tak mě je dobře, ale když jsem nešťastný, tak často zvracím a mám bolesti.
R4	říkají, že mám zdraví dobré, jen musím brát léky, no já někdy si je nevezmu, protože prostě nechci a zahodím je pod postel a tety to najdou a pak mi nadají.
R5	Mně se tady dýchá dobře.
R6	Já teto, jsem asi zdravá, já mám jen bolesti hlavy a to mně tety dávají prášky a obklady na čelo a tak musím pak ležet a být v klidu

Tabulka 11. Zdraví

Zdroj: Vlastní zpracování 11

Komentář:

R1 uvedl, že je zdravý a zvládá skákat i na trampolíně.

R2 řekl, že nebývá moc nemocný, jen ho bolívají nohy.

R3 je spokojený, když je mu dobře. Pokud je nešťastný, tak je mu špatně.

R4 má zdraví dobré, jen musí brát léky.

R5 sdělila, že se jí tady dýchá dobře.

R6 uvedla, že je zdravá, jen mívá bolesti hlavy.

Respondent	Mám klidnou duši?
R1	Bývám hodně smutný, když mě něco bolí.
R2	ale když už mě něco někdy moc bolí tak začnu řvát a bečet, protože si myslím, že mi chce někdo ublížit.
R3	Pokud je mi špatně tak cítím, že jsem sám a nemám maminku a tatínka nikde u sebe a taky se mi pak nechce žít.
R4	Když mě něco bolí tak se cítím zle, někdy si myslím, že kolem sebe nikoho nemám a je mi zle. Pak mě bývá špatně a hodně pláču.
R5	Když mě toto něco bolí, tak nadávám. Taky sprostě a pak mě to mrzí a tetám se omluvím.
R6	Když mně něco bolí tak chci být sama a nechci být ani s Y. Tak vždycky spím jen a tety za mnou chodí, jestli mi něco není a jestli jsem v pořádku.

Tabulka 12. Psychika

Zdroj: Vlastní zpracování 12

Komentář:

R1 sdělil, že bývá hodně smutný, když ho něco bolí.

R2 uvedl, že když ho něco bolí, tak začne řvát a brečet, protože si myslí, že mu chce někdo ublížit.

R3 sdělil, že se cítí špatně, pokud je sám a nemá poblíž maminku a tatínka. Sdělil také, že se mu pak nechce žít.

R4 uvedla, že když ji něco bolí, tak se cítí zle a pak si myslí, že kolem sebe nikoho nemá, a proto hodně pláče.

R5 sdělila, že když ji něco bolí, tak nadává.

R6 sdělila, že když ji něco bolí, tak chce být sama.

Respondent	Jsem schopný?
R1	...starám o sebe sám. Jako koupu se sám a zvládám to.... aj se sám oblíkám
R2	...já nepotřebuji pomoc, já zvládnu vše sám, ale mám jen pokřivené trochu ruce, ale umím sám věci, někdy potřebuji pomoc a buď je tam teta anebo klientka X, která tady se mnou bydlí a pomůže mi.
R3	...když potřebuju, zavolám někoho, aby mi pomohl, když nepotřebuji tak nevolám.
R4	...já jsem schopná si umýt a vytřít si zadek. Taky umím se sama najest a když máme vaření tak umím i pomáhat a něco zvládnu sama.
R5	Neomezuje, nejsu ležák. Postarám se o sebe sama, jen když potřebuji vyjít schody, tak mně přidržuje teta, protože mám blbý balanc, atak se motám no.
R6	Já jsem zdravá, nepotřebuju nic. Já sama dělám vše a pomáhám i druhým, ale někdy se mi nechce nic dělat. Tak zkusím zavolat na tetu, ale teta mně zná.

Tabulka 13. Samostatnost

Zdroj: vlastní zpracování 13

Komentář:

R1 sdělil, že se o sebe stará sám a že zvládá péči o svoji osobu.

R2 uvedl, že občas potřebuje pomoc od druhých.

R3 pokud potřebuje pomoc, tak si někoho zavolá.

R4 je soběstačná a umí pomáhat druhým.

R5 zvládá péči o sebe, ale pokud má problém, dokáže si zavolat o pomoc.

R6 si myslí, že je zdravá a vše zvládá sama.

6.1 Shrnutí výsledků z otevřeného kódování

Z výsledků otevřeného kódování rozhovorů vyplynula některá fakta, jež bychom rádi shrnuli v této kapitole.

V domově pro osoby se zdravotním postižením a v chráněném bydlení, v nichž byl výzkum realizován, patří mezi nejčastější otázky, jaká je kvalita života osob se zdravotním postižením. Nemůžeme opomenout sociální služby, kde žijí lidé, kteří chtějí a touží žít plnohodnotný život jako zdravý jedinec. Uživatelé domova pro osoby se zdravotním postižením a chráněným bydlením jsou osoby s lehkou až hlubokou mentální retardací, s kombinovaným postižením, a také s poruchou autistického spektra.

Každý zdravý jedinec má přání a sny, které naplňují jeho kvalitu života. Uživatelé domova sdělili, že jejich přání je hlavně to, aby se měli dobře. Taky jsme se dozvěděli, že nechtějí, aby jim někdo fyzicky ubližoval. Pro uživatele domova jsou důležití kamarádi, rodina a pracovníci v sociálních službách, které nazývají tety, strýcové. Každý z uživatelů má svůj sen. Odpovědi se lišily. Můžeme vidět, že uživatelé chtějí jezdit hlavně na výlety či se učit plavat nebo mít vlastní obchod.

Pod pojmem jestli chci něčeho dosáhnout, jsme si museli uvědomit, že každý člověk chce něčeho dosáhnout a být v něčem dobrý. V odpovědích můžeme vidět, že většina uživatelů se shodla na tom, že by chtěla umět ruční práce. Vidíme, že chtějí dosáhnout i takových věcí, jako je hrát na bubny, naučit se plavat anebo se naučit plést šálu či svetr. Jeden z uživatelů uvedl také, že by chtěl umět číst.

Také jsme hovořili o tom, zda uživatelé mají rádi společnost anebo preferují samotu. Většina odpovědí byla podobná. Uživatelé mají rádi společnost. Jsou rádi s kamarády, s pracovníky v sociálních službách a s rodinou. Z odpovědí můžeme taky vidět, že někteří uživatelé neradi chodí do cizího prostředí, protože mají strach.

Důležité bylo zjištění, zda uživatelé bývají často mezi lidmi a nejsou nijak izolováni od společnosti. Z odpovědí vyplývá, že uživatelé bývají často mezi lidmi a nikdo jim nezakazuje chodit ven. Bylo nám sděleno, že mají rádi společnost, ale pokud jdou ven bez pracovníků v sociálních službách či jiného doprovodu, tak musí sdělit, kam jdou a kdy se vrátí zpátky. Jeden z hlavních důvodů je bezpečnost.

Podstata dalšího šetření byla, kde se mají uživatelé lépe. Zda to je v domově pro osoby se zdravotním postižením, nebo v chráněném bydlení. Uživatelé se shodli na tom, že

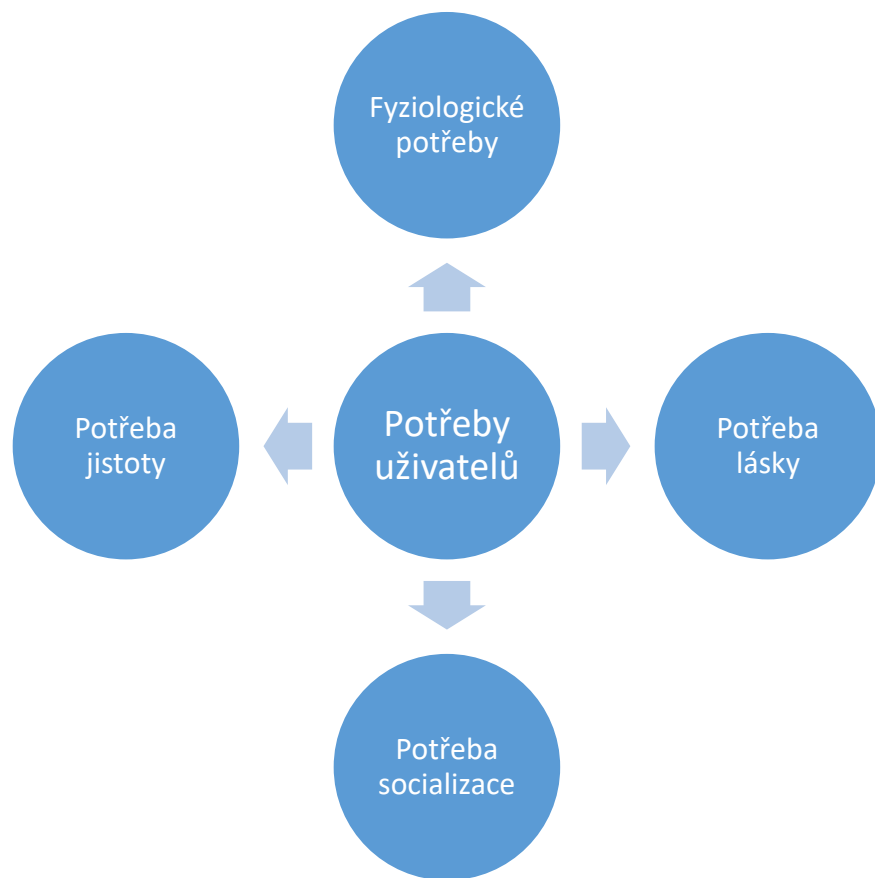
v chráněném bydlení jim je líp, protože tam mají svůj klid, dělají si věci sami. Uživatelé sdělili, že si sami vaří, perou, žehlí a starají se o sebe. Sociální pracovnice dochází denně a v některých věcech jim pomůže a poradí. Uživatelé hovořili také o tom, že v chráněném bydlení mají více klidu a nejsou zde osoby s těžkou a hlubokou mentální retardací.

Další aspekt výzkumu byl, co je dobré pro kvalitní život uživatele. Uživatelé sdělili, že hlavní je pro ně dobré a kvalitní jídlo, čistota, teplo a zázemí. Také poukázali na to, že jim je dobře v přítomnosti lidí, kteří jsou na ně hodní a milí. Důležitá je pro ně láska, pocit bezpečí a vzájemného respektu.

V návaznosti na to jsme potřebovali zjistit, co je trápí v jejich kvalitním životě. Z odpovědí usuzujeme, že pro uživatele je nepříjemné, pokud jim je zima nebo mají špinavé oblečení. Nemají rádi křik, nadávky a hluk. Opět dochází k propojení fyziologických potřeb, jako je potřeba spánku, jídla, s pocity sounáležitosti a lásky.

Zajímala nás také psychika uživatelů, jak na tom jsou a jak se cítí. Uživatelé sdělili, že když je něco bolí nebo se trápí, tak jsou nešťastní a smutní. Z výzkumu vyplynulo, že uživatelé mají rádi náklonnost pracovníků v sociálních službách a mají rádi pocit bezpečí a lásky.

Dále jsme se zaměřili na to, zda se uživatelé o sebe dokážou postarat. Většina odpovědí byla shodná. Uživatelé sdělili, že se o sebe umí postarat. Umí se umýt, najíst a obléct. Někteří sdělili, že jsou schopni pomáhat druhým. Zde můžeme vidět, že i uživatelé dokážou pomoci navzájem.



Obrázek 2. Schéma potřeb uživatelů

Zdroj: *Vlastní zpracování 14*

Ve výše uvedeném schématu můžeme vidět základní výsledky otevřeného kódování.

6.2 Axiální kódování

Dalším postupem zakotvené teorie po kódování otevřeném je kódování axiální, které nám dovolí posunout se dále ke kódování selektivnímu. V postupu axiálního kódování uvažujeme nad příčinami, důsledky, podmínkami, integracemi, strategiemi a procesy a usilujeme o propojení spolu souvisejících kategorií. (Hendl, 2016 s. 252) Jednotlivé kategorie jsme následně shrnuli níže v paradigmatu navrženém Craussem a Corbinovou. (Hendl, 2016 s. 254)



Obrázek 3. Schéma axiálního kódování

Zdroj: Vlastní zpracování 15

6.3 Selektivní kódování

Axiální kódování v předešlém textu nás vedlo k vytvoření přehledu o vztazích, které mezi sebou mají konkrétní kategorie. Nadále budeme pokračovat v selektivním kódování. Data se budou zpracovávat do drobných úseků. Hlavním bodem nově vznikající teorie jsou kategorie, které jsme si vytyčili během kódování. Pomocí dalšího zpracování zůstane pouze jedna nejdůležitější klíčová kategorie, která bude tvořit základ analytické operace se získanými daty. Tuto kategorii jsme díky axiálnímu kódování nazvali: Co potřebuji ke kvalitnímu životu? Tato kategorie byla složena z jevů, které byly vyzorovány v průběhu otevřeného kódování. Data jsme zpracovali díky odpovědím účastníků výzkumu. Potřeba uživatelů pro kvalitní život je velmi důležitá. Každý člověk potřebuje žít plnohodnotný život, aby se naplnily jeho potřeby, přání, sny a cíle. Zároveň jsou důležité pro kvalitu života fyziologické potřeby a také potřeby jako jsou láska, potřeba jistoty a bezpečí, potřeba úcty. Důležitý jev je zdraví uživatelů, zda jsou schopni se sami o sebe postarat a zda jim to jejich zdravotní stav umožňuje. Je důležité, aby se těmto jedincům pomocí správné cesty naplnily tyto hodnoty a mohly vést ke kvalitnímu životu. Je potřeba, aby kolem sebe měli lidi, na které se mohou spolehnout. Důležité pro kvalitní život je i

možnost vedení společenského života, chození ven mezi lidi, nebýt izolovaní od společnosti.

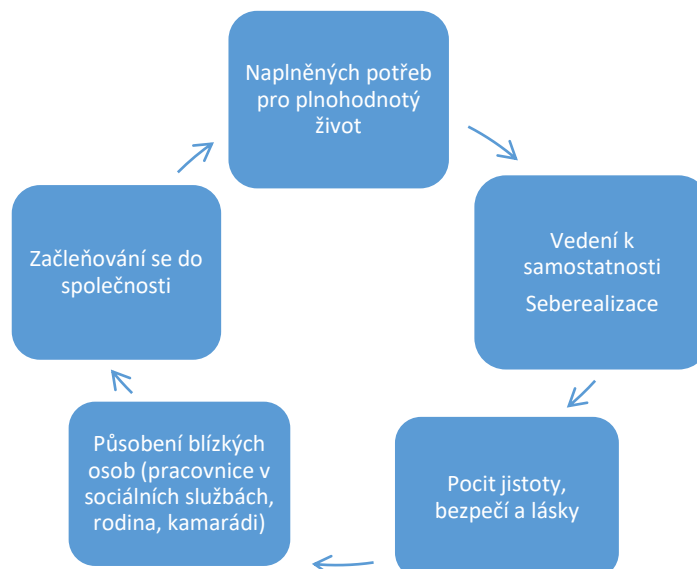
Dále jsme také zjistili, že strach z cizího prostředí a cizích lidí může být zapříčiněn tím, že lidé mimo domov či chráněné bydlení se osobám s postižením mohou smát. Důležité proto je, abychom uživatele neizolovali a začleňovali je i do aktivit, které provozují zdraví jedinci.

Je nutné, abychom uživatelům domova pro osoby se zdravotním postižením a chráněným bydlením vytvořili takové podmínky, aby mohli vést kvalitní život, který je bude naplňovat.

Z uvedených a vyzkoumaných faktů tedy plyne, že není důležité pouze umístit osobu do sociálního zařízení, ale také zajistit, aby měla takové sociální zázemí, které je pro ni vhodné, a aby se cítila jako doma.

Součástí vyzkoumaných jevů je také fakt, že uživatelé, kteří se odstěhovali z domova pro osoby se zdravotním postižením do chráněného bydlení, jsou samostatnější, učí se běžné práce, vaření, žehlení, praní, nakupování a hlavně hospodaření s penězi. Učí se být více samostatní a žít.

Následuje schéma, které demonstruje výsledky selektivního kódování.



Obrázek 4. Schéma selektivního kódování

Zdroj: Vlastní zpracování 16

7 DISKUSE

V empirické části jsme se dozvěděli odpovědi na čtyři dílčí výzkumné otázky. Odpovídali čtyři respondenti ve věku 18 až 65 let. První dílčí výzkumná otázka byla, jaká je kvalita života jedince s lehkou mentální retardací v oblasti socializace v Domově pro osoby s tělesným postižením. Respondenti se shodli na tom, že jsou rádi ve společnosti a rádi chodí ven. Respondenti uvedli, že většinou chodí s dalšími uživateli zařízení, anebo s pracovníci v sociálních službách. R1 sdělil, že když jde ven sám, tak musí říct pracovníci v sociálních službách, kam jde a kdy se vrátí. R2 a R3 uvedli, že neradi chodí ven sami a nemají rádi cizí lidi. Z jejich výpovědí vyplývá, že nemají žádné omezení, které by jim neumožnilo se socializovat.

Další dílčí výzkumná otázka, na kterou jsme se zaměřili, byla v oblasti dosažení cílů a přání. Respondenti uvedli různé cíle a přání. R1 a R3 uvedli, že jejich hlavním přáním je, aby jim nikdo fyzicky neublížoval. R3 taky sdělil, že by se chtěl naučit plavat. Ve výpovědích můžeme vidět, že uživatelé rádi jezdí na výlety a podnikají aktivity, které jsou v zařízení. R5 sdělil, že by si přál mít kamarády, protože v nejmenovaném zařízení, kde byl, neměl moc kamarádů, a taky by si přál psa. R4 uvedl, že by si přál mít obchod, ve kterém by mohl prodávat a z výpovědi R6 vidíme, že by si přál být více se svojí rodinou, ale nejde to, protože jsou zdaleka. Respondenti také sdělili, že by se chtěli naučit běžné práce jako: pletení, vaření, hraní na hudební nástroj, naučit se plavat. R6 sdělil, že by si přál podívat se někdy na Vesmír.

Třetí dílčí výzkumná otázka-jaká je kvalita jedince s lehkou mentální retardací v oblasti zdraví. Respondenti sdělili, že se cítí být zdraví a nijak je ve velké míře neomezuje zdravotní stav natolik, aby nemohli dělat činnosti, které je baví, anebo se nedokázali o sebe postarat. R2 sdělila, že nebývá moc nemocná, ale občas ji bolívají nohy. R4 sdělil, že musí brát léky, ale jinak má zdraví dobré. R6 sdělil, že ho hodně bolívá hlava, ale jinak ho netrápí nic.

Poslední dílčí výzkumná otázka je, jaké jsou rozdíly v kvalitě života s lehkou mentální retardací v závislosti na typu pobytového zařízení. Respondenti se shodli na tom, že v chráněném bydlení si věci dělají sami, vaří si, perou, uklízejí, nakupují. Uvedli, že chráněné bydlení je pro ně lepší. Domníváme se, že se nám podařilo zodpovědět na všechny dílčí výzkumné otázky, které byly zapotřebí pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jak uživatelé vnímají kvalitu života domova pro osoby se zdravotním postižením a kvalitu života v chráněném bydlení. Abychom tento cíl práce mohli naplnit, oslovili jsme 6 uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením, kteří nyní žijí v chráněném bydlení. K realizaci výzkumu jsme použili polostrukturovaný rozhovor.

Předkládaná diplomová práce má dvě části. Teoretická část se věnuje informacím o mentální retardaci, sociálních službách a kvalitě života.

Praktická část je rozdělena na tři části. V první části se zabýváme metodologií výzkumu, kde je vymezen cíl práce, výzkumný problém, výzkumné otázky, charakteristika výzkumného vzorku, užitá metoda výzkumu a realizace výzkumu. Druhá část obsahuje vyhodnocení zpracovaných dat. Z výzkumného šetření vyplynulo, že uživatelé domova jsou spokojeni s kvalitou, která je jim v zařízení poskytnuta. Respondenti sdělili, že jejich kvalita života je na velmi vysoké úrovni.

Poslední část práce obsahuje diskuzi. V zařízení, ve kterém žijí, je jim poskytována kvalitní strava, péče. Také uvedli, že se cítí v zařízení velmi dobře a že jsou k nim pracovníce v sociálních službách příjemné, a když potřebují, tak jim pomůžou. Sdělili, že jejich zdravotní stav je na velmi dobré úrovni, jen musí brát léky, což bylo už před výzkumem jasné, protože uživatelé, kteří žijí v zařízení, se potýkají s epilepsií a s různými nemocemi, na které musí užívat léky, avšak tyto nemoci je neomezují v běžných činnostech, jako jsou: procházky, návštěvy společenských akcí, péče o vlastní osobu.

Dále uživatelé sdělili, že v domově pro osoby se zdravotním postižením a v chráněném bydlení je jim dobře. Podotkli, že v chráněném bydlení se cítí lépe, protože se tady o sebe starají sami. Pracovníce v sociálních službách sem docházejí, a když potřebují, tak jim pomohou. Uživatelé zde žijí plnohodnotný život jako zdraví jedinci. Můžeme tedy vyhodnotit, že uživatelé v daném zařízení žijí kvalitní život, který je uspokojuje.

Praktická část zjišťovala prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, jaká je kvalita života osob s lehkou mentální retardací v domově pro osoby se zdravotním postižením a v chráněném bydlení. Hlavní výzkumný cíl byl rozčleněn do čtyř dílčích výzkumných cílů. Předem jsme si připravili otázky do rozhovoru a snažili se najít odpovědi na dané dílčí výzkumné cíle.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ, 2007. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paido. ISBN: 978-80-210-6632-8.
2. BENDO VÁ, Petra 2011. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada. ISBN 948-80-247-38536.
3. BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL, 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3854-3.
4. CIPRO, Martin 2015. *Psychoanalytické koučování*. Praha: Grada. ISBN 978-247-9212-5.
5. ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2.
6. ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDER a Dagmar KRUTILOVÁ 2011. *Sociální služby v ČR teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.
7. ČERNÁ, Marie et al., 2015. *Česká psychopedie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 9788024630717.
8. DOLEJŠÍ, Mojmír 1973. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum. ISBN 80-7178-864-3.
9. HARTL, P.: *Psychologický slovník*. Praha: Budka, 1993
10. EMERSON, Eric 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-390-1.
11. FRANIOK, Petr, 2008. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. Vyd. 3., dopl. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. ISBN 9788073686222.
12. FISCHER, Slavomil Jiří ŠKODA, J. 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387- 014-0.
13. HOLASOVÁ, Věra 2014. *Kvalita v sociální práci a v sociálních službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9102-9.
14. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7084-823-9.

15. KOZLOVÁ, Lucie 2005. *Sociální služby*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-662-6.
16. KUTNOHORSKÁ, Jana 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
17. KUZNÍKOVÁ, Iva et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
18. LEČBYCH, Martin 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladém dospělosti*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2071-4.
19. LEIFER, Gloria 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 802-47-0668-7.
20. LUDÍKOVÁ, Libuše et al., 2013. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3827-6.
21. MANDZÁKOVÁ, Stanislava 2013. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál. ISBN 802-62-050-22.
22. MAOUŠEK, Oldřich 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-1154-9.
23. MLÝNKOVÁ, Jana 2017. *Pečovatelství 2*. Díl učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9914-3.
24. MPSV *sociální práce a sociální služby* [online]. © 2018 [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/>.
25. *Naděje* [online]. © 2016 [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <http://www.nadeje.cz/otrokovice>
26. PÁTÁ, Perchta-Kazi 2007. *Mé dítě má autismus*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2185-9.
27. PAYNE, Jan. et al., *Kvalita život a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254- 657-0.
28. PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: Masaryková univerzita, 2006. ISBN 80-86633-40-3.
29. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 97-8802-472-968-8.
30. PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠAMALÍK 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada. ISBN 97-8802-476-294-4.

31. REICHEL, Jiří 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 80-2473-006-5.
32. SALAJKA, František 2006. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada. ISBN 97-8802-476-307-1.
33. SLOWÍK, Josef 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
34. *Spokojené děti* [online]. © 2008 [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <http://www.spokojenedeti.cz/>
35. ŠNÝDROVÁ, Ivana 2008. *Psychodiagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2165-1.
36. ŠVARCOVÁ, Ivana 2006. *Mentální retardace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7
37. THOROVÁ, Kateřina 2006. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál. ISBN 97-8802-620-215-8.
38. VAŽUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR 2005. Brno: Masarykova univerzita. ISBN: 80-210-3754-7.
39. VÍTKOVÁ, Marie 2006. *Somatopedické aspekty*. Praha: Paido. ISBN 97-880-7315-134-8.
40. Zákon č. 108/2006 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. 2006. In: *Portál veřejné správy* [online]. Česká republika [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBibliBo=62334&nr=108~2F2006&rpp=15#local-content>
41. Zákon č. 562/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a v souladu s vyhláškou č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání ve znění pozdějších předpisů.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

R Respondent

tzv Tak zvaný

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Logo Naděje (Naděje, 2016)	50
Obrázek 2. Schéma potřeb uživatelů	71
Obrázek 3. Schéma axiálního kódování	72
Obrázek 4. Schéma selektivního kódování.....	73

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace.....	20
Tabulka 2. Demografické údaje.....	54
Tabulka 3. Kategorie.....	57
Tabulka 4. Moje přání a sny	58
Tabulka 5. Dosažení cílů	59
Tabulka 6. Společnost.....	60
Tabulka 7. Četnost mezi lidmi.....	61
Tabulka 8. Kde je mi líp	62
Tabulka 9. Kvalita života 1	64
Tabulka 10. Kvalita života 2.....	65
Tabulka 11. Zdraví.....	66
Tabulka 12. Psychika.....	67
Tabulka 13. Samostatnost	68

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Otázky pokládané respondentům	86
Příloha 2. Přepis rozhovoru číslo 1	87
Příloha 3. Přepis rozhovoru číslo 2	90
Příloha 4. Přepis rozhovoru číslo 3	93
Příloha 5. Přepis rozhovoru číslo 4	96
Příloha 6. Přepis rozhovoru číslo 5	99
Příloha 7. Přepis rozhovoru číslo 6	102

PŘÍLOHA 1 OTÁZKY POKLÁDANÉ RESPONDENTŮM

- Jaký cíl a přání jsi měl při vstupu do zařízení?
- Splnil se ti tento cíl přání?
- Jak často chodíš a s kým chodíš do společnosti?
- Jaké společenské aktivity v zařízení využíváš?
- Jaké rozdíly podle tebe jsou mezi domovem a chráněným bydlením?
- Jaké dobré a špatné věci podle tebe tvoří kvalitu života?
- Můžeš mi popsat kvalitu života v zařízení, ve kterém jsi?
- Jak bys popsal zdraví za dobu tvého pobytu v tomto zařízení?
- Jak ovlivňuje bolest tvůj zdravotní a psychický stav?
- Jak tě omezuje tvůj zdravotní stav v péči o svoji osobu?

PŘÍLOHA 2 PŘEPIS ROZHOVORU ČÍSLO 1

T: Dobrý den, jmenuji se Sabina Zámečnicková, jsem studentkou navazujícího oboru sociální pedagogika. Tento rozhovor bude anonymní, souhlasíte s nahráváním?

R: Ano.

T: Děkuji.

T: Tak můžeme začít. Tak první otázka. Jaký cíl a přání jste měl při vstupu do zařízení?

R: No víš Sabi můj hlavní cíl, byl to, **aby měl kolem sebe kamarády a lidi co mě budou mít rádi.** No a to přání bylo hlavně to, abych se měl dobře **a nikdo mi fyzicky neubližoval.** Chtěl jsem, aby se o mě tety **dobře postaraly, a když budu potřebovat tak mi pomohly** (smích). Taky jsem chtěl třeba do divadla nebo jet na výlet já jako no no (ticho), **no jako moc na výlety dřív nejezdil.** Tady máme hodně výletů a třeba i na koníky jezdíme s tetama. Taky bych se chtěl **naučit dobře plavat moc neumím a mám aj rukávky nebo kolo.**

T: Splnil se vám tento cíl přání?

R: Tady jo, tady je toho všeho a moc a **nenudím se a hlavně furt něco děláme atak, takže jako dobré.**

T: Jak často chodíte a s kým chodíte do společnosti?

R: Já chodím nejradši do společnosti s kluky, kteří jsou semnou na pokoji. Jako chodíme asi ve třech jak kdy, **ale mám rád společnost a moje kamarády,** kteří semnou jsou na pokoji. Chodíme hodně ke Štěrku krmit kačeny anebo chodíme kreslit křídami. Teto, ty to víš, chodívala si s námi. Jako **a chodím často tety nám nezakazují chodit ven** ,ale vždycky tetě musím říct kam jdu, s kým a kdy se vrátíme a třeba někdy, když chceme někam do obchodu, jako jet do Zlína tam já jezdím ráda, tak třeba **nás jede 5 a jede s námi i teta nebo strejda, abychom se neztratili.** Jinak já ven na zahradu, když je teplo chodím a někdy si jdu koupit i čokoládu do večerky.

T: Ano moc dobře si to pamatuji, hlavně když se oteplilo (smích).

T: Jaké společenské aktivity v zařízení využíváte?

R: Já mám rád, když dojde **pán s hafanama** a můžu mu dát piškot a jen tak si ho třeba pohladit, ale taky je super, když mu dávám povely a dobré je na tom, že když pán s hafanama odejde tak mám vždy vodítko no a toho psa této jako vedu a to se mi na tom

líbí. Ještě mě baví to, když zpíváme u klavíru a nějaká teta hraje. A dobré je, když v létě chodíme na bazén a většinou strýc s námi chodí, to mám rád a chodíme třeba celé oddělení.

T: Jaké rozdíly podle tebe vás mezi domovem a chráněným bydlením?

R: Teto jako jen to, že v chráněném bydlení jsme tam sami, jako není s námi celý den a noc nějaká teta. Už jsem si zvykl, ale jako bylo to těžké, víš... teta mi vždy říkala, co mám tak dělat a teď sem musel jako sám, ale teta za námi jako chodí. Taky jako nás nikdo nekontroluje, ale někdy mám problém jako, že zapomenu vypnout takové to na vodu

T: Myslíte konvici?

R: Ano teto, ale jinak jako se mi líbí, že se učím novým věcem. Jako na domově byl takový větší hluk, že jsou tam i jako někteří třeba, kteří nemluví a tety se o ně musí moc starat a jako třeba i dávat jim jídlo já taky tak pomáhal. Pro mě je lepší chráněné bydlení, protože jako bydlím jako tak, že si věci dělám sám a třeba teta jen řekne, na co si mám dát pozor a třeba mi i poradí.

T: Jaké dobré a špatné věci podle vás tvoří kvalitu života?

R: Sabinko špatná věc je, když si někde jako doma a oni se k tobě chovají škaredě, jako tety jsou zlé, tady jsou tety moc hodné a takové že si s námi vykládají, když jsem byl jinde, tak si mě nikdo nevšímal. Pro mě je nejlepší kvalitní a dobré jídlo kde se najím, takový život je super (smích). Taky je pro mě dobré, když se cítím dobře, jako víš, že mi není zima, mám čisté oblečení a jsem tak šťastný. Mám i kamarády, kteří taky byli jinde a tety jim i nadávaly a smáli se jim a já nechápu proč. Já se přeci taky nikomu nesměju.

T: Můžete mi popsat kvalitu života v zařízení, ve kterém jste?

R: Já jsem, jako tak spokojený mám kvalitní jídlo (smích) a to je pro mě super kvalita a hlavně jsem takový, teto klidný, nikdo mi nenadáva, že něco dělám špatně a jen mi poradí, ukáže, ale nenadáva. A mám tady moc kamarádů a můžu chodit ven a třeba i nakupovat dostanu penízky od tety a jdu si udělat nákup a teta mě učila, abych penízky hned nedal pryč, tak jako že utratím a pak nic nemám.

T: Jak byste popsal zdraví za dobu svého pobytu v tomto zařízení?

R: Tady jsou i tety, které mi dávají léky a když třeba spadnu tak mi zadělají koleno, aby mi netekla krev, já jim říkám taky tety.

T: Myslíš zdravotní sestry?

R: Ano myslím a ony mi vždy pomáhají, a když mi třeba není dobře, jdou semnou k doktorovi nebo někdy taky paní doktorko dojde sem, já mám jen epilepsii, ale teta mi na to dává prášky a někdy spadnu a třeba nevím, ale já si to nepamatuji, ale pak se vždy vzbudím třeba v posteli přikrytý dekou, ale jinak jako jsem zdraví, já chodím skákat i na trampošku a rád hraju s klukama na schovku.

T: Jak ovlivňuje bolest váš zdravotní a psychický stav?

R: Nemám rád, když jsem nemocný, protože mě bývá moc špatně, mívám vysoké horečky a to musím pak ležet, a vždycky zamnou, chodí tety, dávají mi napít a měří mi teplotu. To mě pak moc trápí to, že musím jen ležet a nemůžu jít za ostatními třeba do herny anebo jen tak ven. Hm (ticho). Taky nemám rád, když jsem nemocný v létě, protože to musím pak ležet a závidím ostatním, že jsou na zahradě, a když grilují tak jsem někdy i naštvaný a jsem pak zlý a nadávám, ale tety jsou i tak na mě moc hodné. Bývám hodně smutný, když mě něco bolí. Nebo když dostanu záchvat tak pak musím ležet a odpočívat a nemůžu jít třeba na trampolínu. Třeba, ale když mě někdo bouchne a moc mě to bolí, dělají se mi velké modřiny a takové jako této barevné jak třeba duha a to pak tety mi musí mastit a zavazovat, protože to mám takové tmavé.

T: Jak omezuje váš zdravotní stav v péči o svoji osobu?

R: Já této se starám o sebe sám. Jako koupu se sám a zvládám to, někdy zavolám jen tetu o pomoc, když třeba potřebuji ručník, jako protože sem si ho zapomněl, ale jinak aj se sám oblíkám, třeba kamarád co je vedle mě tak teta mu musí pomáhat, protože má špatné nohy, ale já i sám jím a dokonce někdy i donášim snídaně s tetou k nám na oddělení, ale někdy se mně stane jako, že jako spadne mi to a to pak je chleba s pomazánkou na zemi (smích). Teta se mi taky smála, že jsem nešika, ale nenadávala mi. Já dokonce si sám i stříhám nehty, chodí sem paní a ta je kamarádům stříhá, ale teta na mě vždy dohlíží a já to udělám sám.

PŘÍLOHA 3 PŘEPIS ROZHOVORU ČÍSLO 2

T: Dobrý den, jmenuji se Sabina Zámečnicková, jsem studentkou navazujícího oboru sociální pedagogika. Tento rozhovor bude anonymní, souhlasíte s nahráváním?

R: Ano mně to nevadí, že si to nahraješ.

T: Děkuji.

T: Tak můžeme začít. Tak se zeptám na první otázku. Jaký cíl a přání jste měl při vstupu do zařízení?

R: Teto, jako já to řeknu (ticho). **Já si přál moc jezdit na výlety** a tady to je takové dobré víš proč?

T: Nevím, tak mi to řekněte.

R: **Protože jezdíme často někam** a teto, úplně bylo moc to, **když jsme jeli k moři celé naše oddělení, ale jeli s námi i tety a strýcové, aby nás hlídali,** ale jeli jsme a měli jsme i kapesné, abychom si mohli v Chorvatsku něco koupit, jako zmrzlinu a nějaké třeba věci já si koupila pohledy, abych dovezla ukázat. **Toto přání se mi splnilo,** ale přála bych si jet k moři ještě jednou, ale nevím, jestli ještě pojedeme, tety říkaly, že se ještě uvidí. **Já mám cíl takový, že bych se chtěl naučit plést, jako třeba svetr nebo šálu.** Teta mi říkala, že mě to naučí, ale já jsem takový, že to chci umět hned, protože se mi líbí, jak teta plete a dokonce mi na Vánoce upletla barevné ponožky. **Taky bych chtěl mít pejska,** za námi **chodí pán s pejsky, ale já bych chtěla vlastního.**

T: Splnil se vám cíl a přání?

R: Teto, **no jako jo,** ale chtěl bych pejska. **Moc bych si přál mít takového pejska** co má ten pán a teto, taky se mi líbí malí pejsci.

T: Jak často chodíte a s kým chodíte do společnosti?

R: **Já chodím jen na zahradu, protože se bojím.** Když jdu někde jinam tak jde semnou teta, bojím se sám chodit někam jinam, než kde to znám, ale když jdu s tetou, která mě drží za ruku tak se moc nebojím, ale jinak jako **v létě sedávám na houpačce fůrt a fůrt dokola tam chodím a houpu se aj celý den,** tety mi někdy nadávají, že se musím jít i napít, protože by mi bylo pak špatně. **Na zahradu chodím sám anebo s kamarádkou X,** většinou sedáváme spolu a někdy i pijeme kávu. V zimě chodím někdy kolem domova a jen se projdu, ale

sama nikam nejdu, jen když jdeme někam s tetama. Taky chodíme do divadla a i do kina, teto bys nevěřila, já byl se strejdou i v kině jak je to tam skoro, jako živé to bylo super.

T: Jaké společenské aktivity v zařízení využíváte?

R: Já rád chodím za pejsky, kteří sem chodí, ale jako oni jsou hodní a já jim třeba řeknu, sedni a mám v ruce kokinko a dám jim ho a nejlepší je, když třeba sedím a pejsek se ke mně začne tulit a začne mi dávat pusinky. To mám rád, ale chodím taky na třetí oddělení, kde jsou jako děti, které třeba jen leží, a půjčuji si tam morčátko, ale musím se vždycky zeptat a pak ho vrátit. Akorát jsem smutný, že pán nechodí častěji, já ty pejsky mám rád, teta říkala, že to jsou vlčáci a jedna teta tady má taky pejska a ten je moc chlupatý a jmenuji se Olinka ale je, už stará většinou jenom leží. Pak rád zpívám a nejlepší je když teta hraje na klavír a tys Sabi hrávala na flétnu a to někdy zpíváme dlouho a ostatní tety nás, už volají, že máme jít na oběd, to mám rád a někdy i hraju na nějaký nástroj, který si půjčím.

T: Jaké rozdíly podle tebe vás mezi domovem a chráněným bydlením?

R: Já teto v chráněném bydlení mám svoji domácnost, učím se a jen teta dojde a třeba mi řekne jako to si udělej tak třeba to tak bude lepší jo, ale jako já sám tak dělám i vařím jako to je dobré, ale jen těstoviny a třeba maso moc toho neumím a teta mě to učí a jako chodím u nakupovat a musím vědět co si koupit a co potřebuji to mi taky hodně pomáhá teta a je mi tu dobře v domově bylo dobře, ale tady si sám dělám věci a teta třeba jen dojde a jako chystám si sám vše a ještě je tady jedna co tu semnou je a tak si pomáháme a je to dobré cítím se dobře a chodí zamnou i rodina. Já řeknu to, že v domově jsou i jako holky a kluci, kteří nechodí a třeba tak leží anebo se jen plazí jak hadi a tety jim musí moc pomáhat, ale mě nemusí, já chodím a nemám ani hole na pomoc.

T: Jaké dobré a špatné věci podle vás tvoří kvalitu života?

R: Já se cítím dobře, když mám jídlo a můžu spát a mám kamarády a můžu chodit ven a jako i to, když zamnou, dojde moje rodina, která bydlí tak moc daleko a já s nima nemůžu být. Taky se cítím dobře, když vím, že mi někdo pomůže, když něco nevím, špatně se mám když musím chodit k lékaři, protože mám problémy s břichem a to mě pak je špatně a to se cítím zle a když jsem byl na domově, tak nás klient Y někdy bil, a to sem i plakal a pak odešel někam pryč a už se na domov nevrátil. Ty teto, já nemám rád, když na mě někdo křičí.

T: Můžete mi popsat kvalitu života v zařízení, ve kterém jsi?

R: Teto tady je to super, jako všichni mi pomáhají, když něco nevím a když potřebuji, teta dojde a ukáže mi věci. Já mám problém si rozdělit peníze a teta jde semnou nakupovat pomůže mi a je na mě hodná a říká mi, že jsem šikovný, že mi to jde. Pak i třeba prát nás tety učí a říkají, jak se to má dělat pomáhají nám. Já, už dokonce peru sám, už to umím a umím udělat i polívku.

T: Jak ovlivňuje bolest váš zdravotní a psychický stav?

R: Teto mě moc nic nebolí, tety říkají, že mám snížený práh bolesti já nic, jako této necítím, nikdy mě nic tak nebolelo, jen má bolívají ty nohy, ale to vždycky si jdu lehnout a spím a pak vstanu a natru si to něčím a teta dojde a zaváže mi to, ale jinak mě nic nebolí. Třeba někdy sem i spadl a moc se bouchl, ale mě to nebolelo a tekla mi i krev a sestřička mě jen ošetřila, ale já říkám ne mě to nebolí, ale když už mě něco někdy moc bolí tak začnu rvát a bečet, protože si myslím, že mi chce někdo ublížit a nevím proč mě to tak bolí a cítím se tak malý a sevřený.

T: Jak byste popsal zdraví za dobu tvého pobytu v tomto zařízení?

R: Teto já se mám dobře, ale děti co jsou na třetím oddělení je tam chlapeček a on fůrt jen řve a mě to někdy v noci budí a pak když vstanu, jsem unavená a ospalá, tak někdy dostanu prášek, abych mohl spát, protože já nemohl spát a ten chlapeček mě budil a nevím proč tak řval. Jinak sem teda moc přibral, a tety říkaly, že musím mít trochu dietu, ale když já mám fůrt hlad tak je to těžké. Jinak teto, já ani moc nebývám nemocný, ale bolívají mě nohy.

T: Jak tě omezuje váš zdravotní stav v péči o svoji osobu?

R: Teto, já nepotřebuji pomoc, já zvládnou vše sám, ale mám jen pokřivené trochu ruce, ale umím sám věci, někdy potřebuji pomoc a buď je tam teta anebo klientka X, která tady semnou bydlí a pomůže mi, ale jinak zvládnou vše, jen si nezavážu boty, proto mám takové na nalepení takové pásky a nemusím zavazovat. Já mám jen strach, že třeba zapomenou zhasnout na záchodě, když jdu čůrat, ale mám takové papírky na dveřích, kde mi tety napsaly, abych zhasl, a to mi pomáhá.

PŘÍLOHA 4 PŘEPIS ROZHOVORU ČÍSLO 3

T: Dobrý den, jmenuji se Sabina Zámečnicková, jsem studentkou navazujícího oboru sociální pedagogika. Tento rozhovor bude anonymní, souhlasíte s nahráváním?

R: Jo a pustíš mi to pak?

T: Ano pustím a děkuji.

T: Tak tedy začneme. Zeptám se tedy na první otázku. Jaký cíl a přání jste měl při vstupu do zařízení?

R: Chtěl jsem se naučit plavat a taky jsem chtěl najít někoho, kdo mě bude mít rád a nebude mi ubližovat, moje rodina mě nemá ráda, nechodí, zammou a tatínek mě bil a nemůže, už se semnou vidět. Maminka pila a já nedostával ani jídlo a tatínek mě přivazoval k topení, ale já je mám fůrt rád a maminka nevím kde je, ale tady se mám dobře, tety si semnou vykládají a hrajeme pexeso a taky chodím ven a dostávám i kapesné a můžu si koupit třeba sladkosti. Strašně bych si přál, abych mohl být s maminkou i tatínkem, nevím proč maminka pila, aby prostě nepila a aby mě tatínek měl rád a nebil mě. Já měl i sestřičku, ale nic nevím, kde je a chtěl bych ji vidět a být s nima. Chtěl bych se naučit hezky malovat a prodávat to a taky bych se chtěl naučit hrát na bubny.

T: Jak často chodíte a s kým chodíte do společnosti?

R: No jako já chodím s tetama a taky chodím s kamarády, které tady mám, ale tak jsem rád, když si jdu sednout před domov na lavičku a tam sám sedím a třeba se dívám kolem sebe a poslouchám ptáčky a taky chodím rád ke kytkám a dívám se na ně a tetám utrhnu do vázy. A já chodím i s tetama do divadla a jezdíme i do Zlína a třeba i do obchodů, když si potřebuji koupit boty anebo oblečení a taky třeba jen jedem někde se podívat i do zoo, tam se mi to moc líbilo. Jsem rád mezi lidma, které znám ale nemám rád moc cizí, někdy se na nás škaredě dívají a smějou, ale já jako nevím proč a radši sem s tetama.

T: Jaké společenské aktivity v zařízení využíváte?

R: Já mám rád, když malujeme nějaké věci barvami a taky mám rád, když tvoříme. Dělali jsme s tetou květináče na jaro, takové hezké barevné a taky s tetou jsme tam dávali kamínky a lepili jsme je, ještě jsme dělali i keramiku. Taky mám rád, když doleze pes a je s námi, a můžu mu říct, sedni a on poslechne. Taky mám rád, když ho můžu česat takovým kartáčem, který je na jeho chlupy, ale nemám rád, když mě pes olizuje a chce mi dávat pusy, to se bojím a to pán řekne psovi, že nesmí.

T: Jaké rozdíly podle vás jsou mezi domovem a chráněným bydlením?

R: Mě se líbilo i na domově a i tady. Tady si dělám věci sám, akorát mi teta někdy musí pomoci, protože špatně chodím tak abych nespádl, tak mě přidrží anebo můj kamarád, který tady semnou bydlí, ale jinak umím umývat nádobí a učil jsem se i žehlit, ale bolívají mě hodně nohy, protože mám i berle a mám je nemocné. Tak musím na nohy dávat pozor, aby se mi něco nestalo a sestřička říkala, že musím i chodit, abych nezapomněl chodit a aby mě to tak nebolelo. V domově nás bylo moc a tety s námi byly pořád a někdy strýc někdy teta a někdy třeba dva a někdy jeden a tady teta nás chodí kontrolovat a pomáhat nám.

T: Jaké dobré a špatné věci podle vás tvoří kvalitu života?

R: Já se mám dobře, když mi někdo pomůže, když něco nevím. Stává se mi, že potřebuji pomoc kvůli bolavé noze a taky když jsou na mě lidi hodní a mluví na mě pomalu a nenadávají mi. Teto, taky mám rád, když mám kolem sebe zvířata, ale nesmí mě olizovat a chtěl bych rybičky. Taky, když nejsem ve špinavém oblečení, doma sem měla jen dvě trička a špinavé a taky sem byl počůraný a tady nejsem a starají se o mě (pláč). Špatné pro mě je, když je na mě někdo zlý a ubližuje mi, ale i tak mám maminku a tatínka rád a když na mě někdo mluví rychle.

T: Můžeš mi popsat kvalitu života v zařízení, ve kterém jste?

R: Já se tady mám hezky, ale chybí mi maminka a tatínek a chtěl bych někdy vidět sestřičku. Tady mě nikdo nebije a líbí se mi tu, asi sem byl zlý, když mě maminka a tatínek bili. Tady mi nikdo sprostě nenadává. Taky se mi líbí, že je to tu barevné a máme tady kytky a taky tu máme takové barevné tapety. Jako a máme moc her, doma jsem žádnou neměl. Já se chci hlavně cítit v bezpečí a v domově a i tady, kde jsem teď, se tak cítím.

T: Jak ovlivňuje bolest váš zdravotní a psychický stav?

R: (ticho) Když mě něco bolí tak se mi nechce nic dělat a nemám na nikoho náladu. Chci být sám a nechci s nikým být. Taky, když mě něco bolí, mívám špatné nálady a chvílku je mi dobře a pak se mi chce plakat a bývám na pokoji sám, protože pak ostatním nadávám a jsem zlý. Pokud je mi špatně tak cítím, že jsem sám a nemám maminku a tatínka nikde u sebe a taky se mi pak nechce žít.

T: Jak byste popsal zdraví za dobu tvého pobytu v tomto zařízení?

R: Když jsem šťastný tak mě je dobře, ale když jsem nešťastný tak často zvracím a mám bolesti a musím pak jít s tetou k paní Y.

T: Jak vás omezuje zdravotní stav v péči o svoji osobu?

R: Já nevím, když potřebuju, zavolám někoho, aby mi pomohl, když nepotřebuju tak nevolám. Jinak se starám jako sám.

T: Dokážeš se sám okoupat, najíst, obléct?

R: Jo dokážu, jen někdy se mi nechce tak volám tetu, ale ona ví, že to umím. No tak se mi někdy nechce tak to zkusím (smích).

PŘÍLOHA 5 PŘEPIS ROZHOVORU ČÍSLO 4

T: Dobrý den, jmenuji se Sabina Zámečnicková, jsem studentkou navazujícího oboru sociální pedagogika. Tento rozhovor bude anonymní, souhlasíte s nahráváním?

R: Hm, no když to potřebuješ, tak je mi to fuk.

T: Děkuji.

T: Tak můžeme začít. Zeptám se tedy na první otázku. Jaký cíl a přání jste měla při vstupu do zařízení?

R: Eee (dlouhá pauza). Co bych mohla chtít, když mě velice jako nic nebaví. (Povzdych), chtěla bych se naučit trochu číst, ale nejde mi to, pletou se mi písmenka, jsem blbá a úplně k ničemu, nejsem schopná si zapamatovat blbé písmena. Chtěla bych si někdy přečíst i noviny. Můj brácha co je tady semnou tak trochu číst umí, ale on blbě vidí. Říkám mu, že je slepý jak slepýš (smích). Chodí, zamnou paní a učí mně to, ale jako učím se to, ale nevím no no, jako jestli to půjde. Někdy bych chtěla mít obchod nějaký nevím jaký prostě nějaký. Hm, už mě to nebaví, musím fůrt mluvit?

T: Jestli nechcete, můžeme to ukončit.

R: Ne, ale já nevím co, už na otázku jako co mám říct?

T: Tak to nevadí, půjdeme na další otázku.

T: Jak často chodíte a s kým chodíte do společnosti?

R: Chodím často, ale musím mít náladu, nemívám moc nálady, a když ji nemám, nechci se s nikým bavit ani nikoho vidět a o nikoho nestojím. Chodím s tetkama, která tady jsou, ale radši mám strýca, protože s ním je víc randy. Lozím ráda, kolen domova a rád taky čumím na mraky, ale nesnáším venku ty malé děcka co fůrt řvou. Ven lozím i s babama s oddělení a v létě hrajeme hry třeba karty. Taky zamnou, chodí matka a to deme třeba do cukrárny, ale moc často ne jednou za měsíc, ale chodí za mnou ségra, a to chodíme hodně na procházky, aj na oběd mě brala. Taky jezdíme na výlety, ale jezdíme i někdy s těma, kteří jsou na vozíku a to já nemám ráda, jako oni řvou a někdy otravují a jsou nedobří a nemám je rád.

T: Jaké společenské aktivity v zařízení využíváte?

R: Mám ráda, když zpíváme, ale když jsme tam jenom mi z našeho oddělení, ti ostatní mně vadí, jen ruší a nemám klid a dělají různé zvuky, všude jen slintají a mně to vadí. Když

hraje teta na klavír u jídelny, nikdy tam nechodím, ale když hraje na kytaru u nás na patře tak to chodím, aj zpívám, mám aj zpěvník a to je dobré. Já mám ráda klid a ne že někdo fůrt béká a otravuje. Taky ráda chodím na jarmarky, které tady máme a někdy i prodávám ve stánkách a vždy je semnou nějaká tetka, která mi pomůže.

T: Jaké rozdíly podle vás jsou mezi domovem a chráněným bydlením?

R: Já nevím asi to, že na domově s námi fůrt někdo byl a někdo nám dělal jídlo a pral a žehlil. Tady se učíme věci a děláme si je sami a nekontrolují nás tak moc. Taky si nakupuju sama a mám peníze, strýc mi s tím pomáhá a chodí semnou nakoupit. Jen pajdám tak potřebuji, aby šel někdo semnou a pomohl mi. Nezvednu těžké věci a mám záda a fůrt mě bolí, už mě to vadí. Na domově bylo jako víc lidí, tady mám klid, nejsou tu lidi, co řvou a nemusím to poslouchat. Jako to řvaní se nedalo vydržet, v noci jsem nemohla chrápat a už mě to štválo.

T: Jaké dobré a špatné věci podle vás tvoří kvalitu života?

R: Tak co asi? Asi to, když se ke mně někdo chová jak k čoklovi tak se budu mít blbě, když mi někdo nadává a buzeruje mně. Já přišla z [REDAKCE] a měla jsem deprese, nechodili tam s námi moc ven, nikdo se nám nevěnoval. Cítila jsem se jak kretén. Jídlo mi nechutnalo, a když se nenajím tak sem naštvaná, málo jsme se mohli koupat. Tu je to jiné, i když mě tu někteří lidi štvou tak tady mám jídlo a je to tu hezké a máme tady i vodní postel. Taky tu je herna, která je jako dost velká a chodím tam a bývá tam i cvičení. Tady chodí i paní, která semnou rehabilituje a je to dobré, sice to bolí, ale prej jeto potřeba, tak když to musí bejt.

T: Můžete mi popsat kvalitu života v zařízení, ve kterém jste?

R: Já si nemůžu na nic stěžovat. Mně se všechno líbí jen to, že si už dělám vše sama no toš víš, na domově za nás většinu dělaly tetky, kuchařky. Mám tu kámoše a kmošky. Hráváme spolu hry a taky mám fretku, o kterou se staráme. Dáváme ji nažrat, čistíme ji klec a chodíme ji venčit, ale někdy nás kouše. Taky za námi chodí ženská, co nás stříhá a to je dobré a i na nehty na nohách, jako dobré no.

T: Jak ovlivňuje bolest váš zdravotní a psychický stav?

R: Když mě něco bolí tak se cítím zle, někdy si myslím, že kolem sebe nikoho nemám a je mi zle. Pak mě bývá špatně a hodně pláču. Někdy se přestanu i se všemi bavit a nechci ani se napít a ani jakože do sebe něco hodit rohlík nebo chleba. To zamnou, chodí sestřičky a

musí mě hlídat, abych nezkolabovala. Taky mě bolívají aj záda, mám je křivé a beru léky. Někdy i celý den jen ležím anebo ho prospím, jak mně to bolí. Někdy mám i velké horečky a jedu do nemocnice, ale tam sestřičky jsou zlé a nechodí, zamnou a vůbec na mně nemluví a cítím se tak špatně. Já bych chtěla být fůrt zdravá a nebýt nemocná. To by bylo nejlepší.

T: Jak byste popsal zdraví za dobu vašeho pobytu v tomto zařízení?

R: Já nevím, tety říkají, že mám zdraví dobré, jen musím brát léky, no já někdy si je nevezmu, protože prostě nechci a zahodím je pod postel a tety to najdou a pak mi nadají. Taky ráda jezdím na výlety, když jedeme všichni a chodíme někde, to mně moc baví. Neměla jsem tady moc problémy, starají se o mě, a někdy mně to štve. Fůrt za mnou chodí s práškama a fůrt musím něco brát, ale je mi dobře.

T: Jak vás omezuje zdravotní stav v péči o svoji osobu?

R: Nejsem ovlivněn, já jsem schopná a umýt a vytřít si zadek. Taky umím se sama najest a když máme vaření tak umím i pomáhat a něco zvládnou sama, ale někdy mě bolí záda a tak musím jen sedět a nemůžu moc chodit. Já někdy pomáhám klientce Y, která je tlustá a nemůže si dát boty, tak ji je prostě nazuju, jako ona to neumí, že. Asi kdyby zhubla tak jo, ale je prostě tlustá. Taky někdy pomůžu klientovi X, který má semnou pokojík ustlát postel, protože má pokřivené ruce a moc mu to nejde. Tak si tak dělám věci, a když potřebuji tak mi pomůže strýc anebo tetka.

PŘÍLOHA 6 PŘEPIS ROZHOVORU ČÍSLO 5

T: Dobrý den, jmenuji se Sabina Zámečnicková, jsem studentkou navazujícího oboru sociální pedagogika. Tento rozhovor bude anonymní, souhlasíte s nahráváním?

R: Jasně souhlasím.

T: Ano pustím a děkuji.

T: Zeptám se na první otázku. Tak jaký cíl a přání jste měla při vstupu do zařízení?

R: Dlouhá pomlka. Já jsem si přála, abych měla kamarády, protože tam kde sem byl, no jako teto neměla sem.

T: Koho jste neměl?

R: Kamarády. Tam jsme se moc nekamarádili a já bych s takovýma lidma, kteří nemluví a oni jen leželi, tety říkaly, že nemůžou chodit a jako nemůžou mluvit. Tak jsem se dívala vždycky z okna. Tady mám kamarády a taky kamarádky a mám i holku a chodíme spolu ven a koupil jsem jí prstýnek. Taky jsem potřebovala, aby mi někdo pomohl se oblíct, já to totiž jako moc neumím, mám bolavé ruky a nejde mi dát tričko. Těto a taky chcu mít vlastního psa, ale to nevím, teta říkala, že se musíme domluvit.

T: Jaký jste měla teda cíl?

R: Chcu se zkusit sama naučit dát tričko. Teta mně pomáhá a to no jako chodí sem taky někdo kdo semnou cvičí, abych měl povolené ruce. Taky se učím hrát s ostatníma fotbal, ale já moc neumím kopnout do míčku. Jinak nechci nic a co teď teto?

T: Zeptám se tě na další otázku, můžu?

R: Ano

T: Splnilo se vám cíl a přání?

R: Jooooo (smích). Já jsem šťastná, ale chybí mi cigarety, vždycky všechno vykourím hned a pak nemám (smích).

T: (smích). Tak zeptám se na další otázku

T: Jak často chodíte a s kým chodíte do společnosti?

R: Haha, ale já nejsu nesvéprávná.

T: Ano já vím, ale mně zajímá, jak často někam chodíte a jestli s kamarády nebo sama. (Smích).

R: Chodím často, máme tolik akcí tolik věcí, pomáhám, i když se něco dělá jako třeba jarmarky. Chodíme taky na procházky. No hm taky s tetama chodíme do cukrárny a jeli jsme na vodě já nevím, jak se to jmenuje no....

T: Myslíte Bařův kanál?

R: Joo to bylo super.

T: A ještě další nějaké společenské aktivity?

R: Taky jezdíme na výlety a v létě se chodíme opalovat do bazénu a taky jsme byli u moře, tam se mi moc líbilo. A chodím s kamarády a aj s holkama, ty jsou super

T: Jaké společenské aktivity v zařízení využíváte?

R: U nás děláme i vaření. Teta dojde a řekne, co budeme vařit a jako jdeme s ní do obchodu a kupujeme to a pak podle podle toho receptu. Pak vaříme a teta nám říká, co máme dělat a taky pomáhá, ale to jako moc neumím, , ale baví mně to. Taky máme zpívání a to je nás moc i ostatní, kteří nemluví a někdy tak řvou, ale to mně nevadí, asi taky zpívají (smích). Taky mám ráda, když děláme trička takové barevné a dáváme je do vody. Hm teto to se menuje jak?

T: Batikování myslíte, že?

R: Ano to mně moc baví a jinak, už nevím jsem unavená.

T: Můžu vám dát ještě nějaké otázky?

R: Teto ano, ale pak už půjdu ležet.

T: Dobře.

T: Jaké rozdíly podle vás jsou mezi domovem a chráněným bydlením?

R: Já ti nevím. Tady je to lepší, já mám pokoj samaa máme společnou kuchyň a jako teta chodí občas, nehlídá nás tak jak na domově. Taky já můžu prát, žehlit a toto nás teta učí a dohlíží na nás, ale nespí tady s námi jak na domově, tam tety byly i přes noc a byly v kanceláři. Tady mám klid a jsem tu s klientem Y a jsme kamarádi, ale někdy si sprostě nadáme, protože on se chce fůrt dívat jen na televizi a mně to někdy ruší.

T: Jaké dobré a špatné věci podle vás tvoří kvalitu života?

R: Já mám dobrou věc. Já mám kamarády a taky je mi tu dobře a taky mám tu tety a strýce a chodí za námi a jedna paní, která s námi hraje hry. Akorát já mám fůrt hlad a tety mi říkají, ale že nemůžu mít větší porce, že budu tlustá, ale mně je dobře a to je dobře. Špatné je, když Vám někdo nadává anebo se s Vámi nikdo nebaví a nechce kamarádit. To to je to pro mě špatné a to nemám ráda. Jo a ještě, když je na mně někdo zlý.

T: Můžete mi popsat kvalitu života v zařízení, ve kterém jsi?

R: Tady je dobře, dobré jídlo a kamarádi a tety. Taky se tu nenudím, mám moc práce a taky chodím fůrt ven a uklízím a taky chodí za námi jiné tety, které si s námi hrají. A sami jsme si malovali zeď, strýc nám pomáhal a barevně a taky jsme tam dávaly motýlky, teda strýc nám to moc nešlo. Já jsem ráda tady a líbí se mi tu.

T: Jak ovlivňuje bolest váš zdravotní a psychický stav?

R: Když mně této něco bolí tak nadávám a nadávám. Taky sprostě pak mně to mrzí a tetám se omluvím. Taky mně bolívají hodně nohy a ruce a mám epilepsii a to беру léky, ale někdy je nechcu, ale musím. Taky někdy spadnu jen tak a teta se pak o mně stará a někdy nechcu pít a jíst, ale jenom když nemám náladu.

T: Jak byste popsal zdraví za dobu tvého pobytu v tomto zařízení?

R: Mně se tady dýchá dobře, když jsem byla v zařízení Y, tak se mně blbě dýchalo, tety neotvíraly okna a já jsem se dusila a moc a když jsem chtěla otevřít tak mně nadaly. Tady můžu dýchat.

T: Cítíte se teda dobře?

R: (Smích).

T: Proč se smějete? (smích)

R: Jo cítím této, kdo by se tu necítil dobře, když jsou tady na nás všichni hodní a necítím se vůbec zle.

T: Jak vás omezuje tvůj zdravotní stav v péči o svoji osobu?

R: Neomezuje, nejsou ležák. Postarám se o sebe sama, jen když potřebuji vyjít schody, tak mně přidržuje teta, protože mám blbý balanc, atak se motám no. Jinak vše zvládám, ale někdy se mně nechce no, ale pak musím, že. Taky se koupu sama.

PŘÍLOHA 7 PŘEPIS ROZHOVORU ČÍSLO 6

T: Dobrý den, jmenuji se Sabina Zámečnicková, jsem studentkou navazujícího oboru sociální pedagogika. Tento rozhovor bude anonymní, souhlasíte s nahráváním?

R: Ano to je dobré, že si to nahraješ, já se pak uslyším, že? A pustíš mi to?

T: Určitě se uslyšíte, jo pustím vám to.

T: Jaký cíl a přání jste měla při vstupu do zařízení?

R: Já měla přání, abych mohla být víc se svojí rodinou, ale to nešlo. Oni jsou zdaleka a já musím být tady.

T: Proč musíte být tady?

R: Protože jinde nebylo místo a nemůžu být sama epilepsii a potřebuju pomoc se vstáváním, mám slabé nohy a nezvládnou to sama a mám maminku a tatínka a oni, už jsou staří a nezvedli by mně, ale oni zammou, chodí, ale ne tak moc, oni mají malé peníze a ta cesta je drahá. Tak bych si přála být s nima víc, ale mám tady kluky, se kterými kamarádíme, a díváme se spolu na televizi a můžeme chodit i někdy na počítač.

T: A teda nějaký ten cíl?

R: Chtěla jsem umět zpívat, mám tady i od tety na Vánoce karaoke to sem dostal. Tak zpívám a chtěla bych někam i do soutěže. Děláme si tady soutěže a zpíváme a máme i porotu. Taky bych si přála pracovat v obchodě, chodíme s tetama na nákupy a líbí se mi ty pokladny, a jak to ty paní pípají a pak to dávají do tašky. A jako někdy bych chtěla na Vesmír, ale to se mně strejda vždycky směje, že on by chtěl taky věci, které nemůže (smích).

T: Splnil se vám cíl a to přání?

R: Já jsem spokojená, ale chtěl bych do pěvecké soutěže a splnilo se mi to, že můžu v létě chodit na koupák s tetama, já nikdy před tím nebyl.

T: Jak často chodíte a s kým chodíte do společnosti?

R: Chodím furt, já chci furt někde být, chodíme i na akce kde předvádíme na molu oblečení a to mně baví, taky chodíme třeba na poutě a tam si dávám kokina. Já chodím s holkama s [REDACTED]. Taky někdy s námi jde teta, když nás je moc, ale můžu chodit i sama,

ale nerada sedím jen na domově, ráda chodím ven a taky chodím rád na lavičku před domov.

T: Jaké společenské aktivity v zařízení využíváte?

R: Teto já úplně všechno snad. Já chodím na malování, kde s tetama malujeme na papír a taky lepíme. Ráda chodím ke klavíru, kde je nás moc a taky zpíváme a můžeme si vybrat písničku, kterou chceme, a taky někdy můžu zpívat sám, teta nás vyvolává a řekne jméno a zpíváme. Pak taky jsem s pejskem, chodí za námi a tulí se k nám, pak taky chodím tančit, vždycky dojde teta a tančíme na písničky a aj cvičíme, ale to mně pak všechno bolí.

T: Jaké rozdíly podle tebe vás mezi domovem a chráněným bydlením?

R: Jako nechápu?

T: Jaké to je na domově a jaké to je na chráněném bydlení, vidíte nějaké rozdíly? Kde vám bylo líp a kde je co lepší.

R: No tak na domově je nás víc lidí. Je tady i jeden, který jen řve a pak taková paní a ona fůrt křičí pááápat. To mně někdy štve a hlavně se leknu. Pak na domově jsou děti, které jsou na vozíku a jako tety je krmí a koupu a tady na bydlení to nemáme, tady všichni chodíme, ale někteří mají třeba berle a kulhají, ale neleží. Jinak tady není moc tet, a nejsou tu fůrt a někdy se bojím, ale to nevádí, mám tu kluky a my někdy v noci říkáme strašidelné věci a pak se bojíme, ale smějeme se. Taky si tady děláme buchty a pečeme, ale jako se nám někdy nedaří a teta se nám směje a pak taky vaříme a uklízíme si a to mně moc nebaví, na domově to někdy teta udělala aj za mě, tady musím sám (Smích).

T: Však to je dobře, že to děláte sama, aspoň se to naučíte a budete šikovná.

R: No jo teto, mně se někdy nechce.

T: Tak já se zeptám na další otázku jo?

R: Jo to mně této baví a líbí se mi, jak to na ten mobil nahráváš.

T: Tak to jsem ráda, že se ti to líbí.

T: Jaké dobré a špatné věci podle vás tvoří kvalitu života?

R: No asi to, že se mám dobře, když mám tety, které mně mají rády a moje kluky a holky. Taky to, že mám jídlo, a když potřebuju tak mně kamarádi nebo tety a strýcové pomůžou a taky to, že se nenudím. To špatné je, když se nudíte a nemáte co dělat.

T: Můžete mi popsat kvalitu života v zařízení, ve kterém jsi?

R: Teto, ale **já ti na to nemám co říct, mně se tady všechno líbí**, aj holky já už holku mám, víš?

T: No nevím fakt jo? A znám ji?

R: Jo teto je z prvního oddělení a menuje se Y.

T: Tak, už mi nechcete k tomu nic říct?

R: **Ne tady je to krásné.**

T: Jak ovlivňuje bolest váš zdravotní a psychický stav?

R: Já mívám bolesti hlavy a této dokonce i zvracím a to mně pak je zle a pak chodím do postele. Taky mně bolívá dost břicho a musím chodit pravidelně na záchod. **Když mně něco bolí tak chci být sama a nechci být ani s Y.** Tak vždycky spím jen a tety za mnou chodí, jestli mi něco není a jestli jsem v pořádku.

T: Jak byste popsala zdraví za dobu tvého pobytu v tomto zařízení?

R: **Já teto, jsem asi zdravá, já mám jen bolesti hlavy a to mně tety dávají prášky a obklady na čelo a tak musím pak ležet a být v klidu.** Taky pak je mi zle, ale já se tady mám dobře, tety mi dávají jídlo a mám taky dietu, protože mám problémy s břichem a musím ji mít. Doma mi maminka dávala hranolky a klobásy a pak mně bývalo špatně a tady mi tety dávají jiné jídlo, ale mně to nechutná, ale oni říkali, že budu zdraví, ale nebývá mi tak moc zle, tak když sem býval doma.

T: Jak vás omezuje zdravotní stav v péči o svoji osobu?

R: **Já jsem zdravá, nepotřebuju nic.** Já sama dělám vše a pomáhám i druhým, ale někdy se mi nechce nic dělat. Tak zkusím zavolat na tetu, ale teta mně zná. Když k nám dojdou holky na praxi tak vždycky jim říkám, že mně mají něco podat, ale to teta nadává a říká, že si to mám udělat sama, že to umím.