

**Univerzita Karlova v Praze**

**Pedagogická fakulta**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2010

Marie Böhmová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky



## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

### **Kvalita života dospělých lidí s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením**

vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.

autor bakalářské práce: Marie Böhmová

ročník, obor studia: 3. ročník, Speciální pedagogika

typ studia: prezenční studium

měsíc a rok dokončení BP: duben 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením PaedDr. Jaroslavy Zemkové, Ph.D. V práci jsem použila informační zdroje uvedené v seznamu.

V Praze dne.....

Marie Böhmová.....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce, PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D. za její ochotu, čas, trpělivost a cenné rady, kterými mě doprovázela při psaní mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat klientům a pracovníkům zařízení Domova Svaté Rodiny, Sulické a Tloskova za jejich vstřícnost a spolupráci.

A v neposlední řadě bych ráda poděkovala za podporu své rodiny.

Dávám souhlas k využití práce ke studijním účelům.

# ANOTACE

V bakalářské práci se zabývám kvalitou života dospělých lidí s mentálním postižením žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

V teoretické části se věnuji pojmům mentální postižení, dospělost a kvalita života a uvádím definice různých autorů. Vysvětluji také, co to je domov pro osoby se zdravotním postižením, neboť je laickou veřejností stále používán již neaktuální pojem ústav. Věnuji se novému zákonu 108/2006 Sb. a Standardům kvality sociálních služeb, neboť tento zákon má výrazný vliv na kvalitu života v těchto zařízeních. Část své práce věnuji také rizikům institucionální péče, které mohou negativně ovlivňovat kvalitu života.

Dělím kvalitu života na osm oblastí a každou oblast charakterizuji. Jako stěžejní oblast považuji mezilidské vztahy. Proto se mezilidským vztahům věnuji ve své praktické části.

V praktické části jsem použila kvalitativní metodu. Pomocí rozhovorů a dotazníků jsem se pokusila zjistit více o mezilidských vztazích 16 klientů žijících ve třech domovech pro osoby se zdravotním postižením. Cílem výzkumu je dozvědět se více o jejich mezilidských vztazích. Součástí výzkumu je také plánování rozvoje klientky žijící v domově pro osoby se zdravotním postižením.

## KLÍČOVÁ SLOVA:

mentální postižení, mentální retardace, dospělost, kvalita života, domov pro osoby se zdravotním postižením, kvalitativní výzkum, mezilidské vztahy, zákon o sociálních službách, standardy kvality sociálních služeb, fenomenologie

# ANNOTATION

My bachelor thesis deals with the quality of life of adult persons with mental disabilities living at Home for the people with a health disability. In the first (theoretical) part of this thesis are specified terms like mental disability, adulthood and quality of life. I also explain what Home for the people with a health disability means because the term „institution“(ústav) is very often used especially by general public. In this part Social Services Act No. 108/2006 and Standards for Quality in Social Services are discussed because this act has a big influence on quality of life at Homes for the people with a health disability. This part also includes the chapter which is concerned with the risk of institutional care which may cause decreasing of quality of life.

In my thesis 8 components, which the quality of life consists of, are described. I rate the area of interpersonal relations as the most important one and that is way my research is focused on the interpersonal relations.

The applied part of this thesis introduces the results of the qualitative research. Processing of half structured dialogues and the questionnaire with 16 adult persons with mental disabilities this research approaches their interpersonal relations.

## **KEY WORDS:**

mental disability, mental retardation , adulthood, quality of life, Home for the people with a health disability, qualitative research, interpersonal relations, Social Services Act, Standards for Quality in Social Services, phenomenology

# Obsah

Úvod.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	
<b>1. Člověk s mentálním postižením .....</b>	<b>10</b>
1.1 Definice mentální retardace .....	10
1.2 Stupně mentální retardace .....	11
1.3 Lidé s mentálním postižením a jejich odlišnost od intaktních jedinců .....	12
<b>2. Dospělost .....</b>	<b>13</b>
<b>3. Zákon o sociálních službách (108/2006 Sb.) a Standardy kvality sociálních služeb .....</b>	<b>14</b>
<b>4. Domov pro osoby se zdravotním postižením .....</b>	<b>16</b>
<b>5. Klamné představy o institucionální péči vzniklé za reálného socialismu .....</b>	<b>17</b>
<b>6. Rizika institucionální péče .....</b>	<b>18</b>
<b>7. Současné snahy o zlepšení institucionální péče .....</b>	<b>20</b>
<b>8. Kvalita života.....</b>	<b>22</b>
8. 1 Definice kvality života .....	22
8.2 Kvalita života lidí s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením .....	22
8.3 Oblasti, podle kterých posuzujeme kvalitu života .....	23
8.4 Měření kvality života .....	24
<b>9. Jednotlivá kritéria kvality života.....</b>	<b>25</b>
9.1 Emocionální duševní spokojenost.....	25
9. 2 Sebeurčení .....	26
9. 3 Práva klienta.....	26
9.4 Materiální spokojenost.....	28
9.5 Fyzická spokojenost.....	28
9.6 Osobní rozvoj.....	29
9. 7 Sociální inkluze.....	30

9. 8 Mezilidské vztahy .....	30
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST</b>	
<b>1. Úvod k výzkumu .....</b>	<b>33</b>
1.1 Formulace zkoumaného problému .....	33
1.2 Cíl.....	33
<b>2. Metodologie výzkumu.....</b>	<b>35</b>
2.1 Polostrukturované rozhovory .....	35
2.2 Dotazníkové šetření.....	38
<b>3. Zpracování dat .....</b>	<b>39</b>
3.1 Polostrukturované rozhovory .....	39
3.2 Dotazníkové šetření.....	47
<b>4. Diskuse .....</b>	<b>51</b>
<b>5. Závěr výzkumu .....</b>	<b>53</b>
Závěr .....	55
Seznam použité literatury .....	57
Seznam příloh .....	59



# Úvod

Kvalita života dospělých lidí s mentálním postižením, žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením, je aktuálním problémem, kterým se zabývá řada odborníků. Vzhledem k tomu, že v ČR žije přibližně 300 000 lidí s mentálním postižením (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, str. 26) a velká část z nich žije v těchto domovech, není to zanedbatelné téma a zaslouží si naši pozornost.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením prošly v posledních dvaceti letech řadou významných změn. Tyto změny výrazně zvýšily kvalitu života klientů těchto zařízení. Proces zkvalitňování služeb byl podpořen roku 2006 Zákonem o sociálních službách 108/2006 Sb. Součástí tohoto zákona jsou Standardy kvality sociálních služeb, které monitorují kvalitu života klientů. Součástí těchto standardů je také zjišťování zpětné vazby od klientů, aby poskytovaná služba odpovídala skutečně jejich potřebám. Zjišťujeme tedy kvalitu jejich života proto, abychom těmto lidem lépe porozuměli a pochopili jejich potřeby a na základě těchto potřeb jim mohli následně pomoci.

Cílem mé bakalářské práce je tedy dozvědět se něco víc o jejich kvalitě života a to především o jejich mezilidských vztazích.

V teoretické části své bakalářské práce se zabývám definicemi mentálního postižení a charakteristikou lidí s mentálním postižením, dále se pokusím vymezit, co je to dospělost a co to jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením. Nemalou část své práce věnuji rizikům institucionální péče, neboť tato rizika mohou mít negativní dopad na kvalitu života klientů.

A v neposlední řadě se věnuji tomu, co je to kvalita života. Podle Strnadové (2009a) budu dělit tuto kvalitu na osm oblastí a ke každé se vyjádřím, jak tuto oblast ovlivňuje mentální postižení daného jedince a jak ji ovlivňuje život v domově pro osoby se zdravotním postižením.

V praktické části se budu zabývat jednou z těchto osmi oblastí kvality života, a to mezilidskými vztahy klienta. Tuto oblast jsem si vybrala proto, že je podle mého názoru

velmi důležitá pro kvalitu života jedinců těchto Domovů<sup>1</sup> a ne vždy mají lidé v Domovech takovou sociální síť, jakou by si skutečně přáli a potřebovali.

V první části svého výzkumu budu dělat rozhovor s osmi respondenty s lehkým mentálním postižením, kteří žijí v těchto Domovech. Budeme mluvit o jejich mezilidských vztazích. Důraz zde kladu na jejich subjektivní vnímání mezilidských vztahů.

V druhé části výzkumu doplním výzkum o informace o klientech, kteří by se sami takového rozhovoru o mezilidských vztazích kvůli svému postižení zúčastnit nemohli. Tento výzkum provedu pomocí jednoduchého dotazníku, který vyplní pracovníci těchto zařízení. Tímto se pokusím dosáhnout toho, aby se praktická část týkala lidí se všemi stupni postižení, neboť se domnívám, že stupeň mentálního postižení je důležitý faktor pro utváření mezilidských vztahů.

---

<sup>1</sup> Pro zjednodušení budu mluvit někdy o domovech pro osoby se zdravotním postižením jenom jako o Domovech.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Člověk s mentálním postižením

V této kapitole se pokusím objasnit, co to je mentální retardace a mentální postižení, uvedu zde dělení mentální retardace podle Světové zdravotnické organizace a budu mluvit o specifikách lidí s mentálním postižením.

### 1.1 Definice mentální retardace<sup>2</sup>

Existuje velké množství definic mentálního postižení. Několik z nich nyní uvedu.

První dvě definice především zdůrazňují snížení rozumových schopností a poruchy v adaptačním chování.

Podle Švarcové (2000, s. 24) jsou za mentálně postižené považováni takoví jedinci „u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.“

Říčan, Krejčířová a kol. (1997, str. 151 in Lečbych, 2008, str. 18) uvádějí, že „*mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí*“

V dalších dvou definicích je navíc uvedeno, které oblasti vývoje mentální retardace ovlivňuje.

„*Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“ (Valenta, Müller, 2003, s. 14) Abychom tedy diagnostikovali syndrom mentální retardace, nestačí pouze stanovit

---

<sup>2</sup> Terminologický a výkladový slovník Speciální pedagogika (Vašek a kol., 1994 in Valenta, Müller, 2003) mentální postižení chápe jako širší pojem než mentální retardace. Švarcová (2000) však upozorňuje na to, že jsou tyto dva termíny používány ve většině publikací jako synonyma.

V této práci tyto dva termíny nerozlišuji a používám je jako synonyma.

intelligenční kvocient, ale musíme zohlednit další aspekty osobnosti, zvláště to, jestli selhává v sociálních očekáváních svého okolí.

*„Mentální retardace je vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností, jinými slovy nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka. Adaptivními schopnostmi máme na mysli schopnost člověka jednat samostatně na úrovni svého věku a v rámci dané kulturní normy. Poznávací, řečové, pohybové a sociální dovednosti, jejichž úroveň lze měřit standardizovanými psychometrickými testy, jsou oproti průměru výrazně sníženy. Retardace přináší také behaviorální, sociální i emoční problémy.“* (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, str. 26)

Přikláním se především k definici Valenty a Müllera (2003), neboť jejich definice mentálního postižení zahrnuje nejen snížení rozumových schopností, ale i řadu dalších aspektů osobnosti. A také se ztotožňuji s jeho názorem, že u hodnocení mentální retardace se nemáme zabývat pouze intelligenčním kvocientem, ale řadou dalších aspektů osobnosti.

## **1.2 Stupně mentální retardace**

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zpracované roku 1992 Světovou zdravotnickou organizací, se uvádí šest základních stupňů mentální retardace: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace (Švarcová 2000).

Stupeň mentální retardace je dán hodnotou IQ. Podle MKN 10 je za člověka s mentální retardací označen ten, jehož IQ je menší než 70 bodů. Někdy se však stále používá nepřesně a zahrnuje i lidi s podprůměrným intelektem, kteří mají IQ pod 85 bodů (1992 in Bartoňová, M. a kol., 2007).

Svoboda (1999 in Lečbych, 2008) nás však upozorňuje, že hodnota IQ nám říká pouze celkovou rozumovou úroveň daného jedince a nic o kvalitativních zvláštностech inteligence této osoby. Nelze tedy diagnostickou hodnotu této informace přeceňovat.

Souhlasím se Svobodou, že nelze tuto diagnostickou hodnotu přeceňovat. Například jsou lidé, kteří mají střední mentální retardaci, ale mají problém s běžnou komunikací. Oproti tomu může mít někdo diagnostikovanou těžkou mentální retardaci a může být schopen si s vámi povídat. V tomto případě má člověk, který si může sám říkat o své potřeby a s kterým si lépe rozumíte, výhodu oproti druhému zmiňovanému jedinci, neboť mu komunikace pomáhá

v dosahování cílů a v jeho rozvoji. Tyto a další jedinečné kvality daných osobností z jednoduchého dělení do šesti skupin podle inteligenčního kvocientu nepoznáme.

### **1.3 Lidé s mentálním postižením a jejich odlišnost od intaktních jedinců**

Osoby s mentální retardací mohou být odlišní od intaktních jedinců v řadě oblastí. Mezi ně patří jejich zvýšená závislost na rodičích, úzkostlivost, rigidní chování, nedostatečná osobní identifikace, opožděnost sexuálního vývoje, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, zpomalená chápavost, snížená mechanická a logická paměť, problémy s celkovou pohybovou koordinací a další (Dolejší, 1978 in Valenta, Müller, 2003).

Valenta a Müller (2003) mluví také o specifickém vnímání, myšlení, paměti, pozornosti a emocích.

Podle Lečbycha (2008) ale existuje i řada mýtů o lidech s mentálním postižením. Mezi ně patří přirovnávání osoby s mentální retardací k vývojově mladší osobě. K tomuto omylu přispívá chybné chápání zpráv z psychologického vyšetření, kde se uvádí tzv. mentální věk. Přitom mnoho lidských potřeb je ovlivněno biologickým zráním jedince.

Domnívám se, že uvádění mentálního věku u lidí s mentálním postižením je nepřesné, neboť tito jedinci mívají vývoj dosti nerovnoměrný. Pokud určíme, že mentální věk jedince jsou tři roky, neznamená to, že v některých oblastech jeho schopnosti neodpovídají staršímu (mladšímu) dítěti. A kromě toho zde pomíjíme řadu oblastí, které s inteligencí nesouvisejí, jako je například jeho sexualita.

Dalším omylem je podle Lečbycha (2008) přesvědčení, že lidé s mentálním postižením mají „speciální potřeby“. Člověk s mentální retardací má stejné potřeby jako intaktní jedinec. Mohou se pouze lišit ve způsobu, jakým své potřeby uspokojuje, což může být důsledek „speciálního prostředí“, ve kterém žije.

## 2. Dospělost

V dnešní době je velký problém určit, zda je či není člověk dospělý. Na rozdíl od biologických faktorů, které jsou stálé, socio- kulturní podléhají změnám. Záleží na mnoha faktorech jako je ukončení školní docházky, získání zaměstnání, osamostatnění, přispívání jedince do společnosti a v neposlední řadě také to, jestli se člověk jako dospělý cítí (Šiška, 2005).

Vágnerová (2000 in Lečbych, 2008) pokládá za významné znaky dospělosti samostatnost, zodpovědnost za svá rozhodnutí a jednání, zodpovědnost ve vztahu k druhým lidem a svobodné vlastní rozhodování.

Pipeková (2006 in Černá, 2008) řadí mezi znaky dospělosti: zaměstnání, manželství, rodičovství a právní faktory. Upozorňuje na to, že právě v těchto znacích mívají lidé s mentálním postižením různá omezení.

Pipeková (2006 in Černá, 2008) a Lečbych (2008) však upozorňují, že je pro lidi s mentálním postižením velmi obtížné dosahovat profesní, partnerské a rodičovské role a potřebují vysokou míru podpory.

Když se podíváme na definice „dospělosti“, nalezneme zde řadu oblastí jako je osamostatnění, zodpovědnost za svá rozhodnutí a jednání, získání zaměstnání, založení rodiny a další oblasti, ve kterých mnoho jedinců s mentálním postižením nemůže obstát. Z pohledu těchto definic by se tedy mohla nabízet otázka, zda jsou tito lidé dospělí.

V minulosti k těmto jedincům skutečně jako k dospělým přistupováno nebylo. Byli nazýváni dětmi a také se s nimi tak jednalo. V současnosti se však již přistupuje k lidem s mentálním postižením podle jejich chronologického věku, což napomáhá ke zvyšování kvality života těchto jedinců (Selikowitz 2005).

Myslím si, že je to zcela správné. Ačkoliv mnoho těchto jedinců není schopno splňovat veškerá kritéria dospělosti, je třeba k nim jako k dospělým přistupovat. Jen tak se budou cítit a jednat jako dospělí. Zaslouží si stejnou úctu jako každý lidský jedinec.

### **3. Zákon o sociálních službách (108/2006 Sb.) a Standardy kvality sociálních služeb**

Protože píší o současných domovech pro osoby se zdravotním postižením a o kvalitě života klientů těchto zařízení, musím se zmínit o novém Zákonu o sociálních službách a Standardech kvality sociálních služeb, neboť tento zákon výrazně ovlivňuje chod těchto zařízení. Cílem tohoto zákona je zvyšování kvality života klientů, kteří využívají sociální služby, tedy i domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Se vstupem do EU přišel mimo jiné i požadavek srovnat s Evropskou unií normy v sociální oblasti. K tomuto požadavku má napomáhat nový zákon o sociálních službách. Tento zákon má odstraňovat diskriminační poměry v sociální oblasti. Podle tohoto zákona jsou klienti sociálních služeb rovnoprávnými subjekty organizace (Čámský, Krutilová, Sembder, Sladký, 2008).

V důvodné zprávě, která předcházela tomuto zákonu, najdeme jako cíl sociálních služeb *zajištění potřebné podpory a pomoci pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života na úrovni rozvoje společnosti.*“ (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, str. 157)

Zákon o sociálních službách se snaží tedy o to, aby klient mohl v co největší míře rozhodovat sám o sobě, vede klienta k samostatnosti a zároveň se snaží klientovi umožnit žít v jeho přirozeném sociálním prostředí (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

Součástí Zákona o sociálních službách jsou Standardy kvality sociálních služeb. Pomocí těchto standardů kvality má být ověřována kvalita poskytovaných sociálních služeb. (Čámský, Krutilová, Sembder, Sladký, 2008). Zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb chápeme jako *„výstup z cílené činnosti pracovníků a klientů poskytovatele, jejímž cílem je zformulovat soubor interních pravidel pro sociální práci poskytovatele, vymezit požadovaný profil pracovníka poskytovatele a vymezit závazné postoje k úkolu poskytování kvalitních sociálních služeb v působnosti zařízení.“* (Čámský, Krutilová, Sembder, Sladký, 2008, str. 10)

Podle Johnové a Čermákové (2002) se Standardy kvality sociálních služeb dělí na procedurální standardy, které stanovují průběh sociální služby, dále standardy personální, tedy požadavky na pracovníky a provozní, které stanovují podmínky pro poskytování služeb. Za nejdůležitější jsou považovány standardy procedurální.



## 4. Domov pro osoby se zdravotním postižením

Považuji za důležité vysvětlit, co to jsou Domovy pro osoby se zdravotním postižením. V povědomí veřejnosti totiž přetrvává název „ústav“, který se však již podle nového zákona nepoužívá.

Podle Matouška (2007) se ústavní zařízení pro těžce zdravotně postižené občany dělila do konce roku 2006 na ústavy pro tělesně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením, ústavy pro tělesně postiženou mládež s více vadami, ústavy pro mentálně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami, ústavy pro smyslově postižené dospělé občany, ústavy pro mentálně postižené dospělé občany, ústavy pro chronické alkoholiky a toxikomany a ústavy pro chronické psychotiky a psychopaty.

S novým zákonem o sociálních službách (108/2006) se změnilo dělení ústavních zařízení a změnily se také názvy jednotlivých druhů zařízení. Základní změnou v terminologii je přejmenování ústavů na domovy.

Podle nového zákona jsou již definovány pouze dvě kategorie ústavních zařízení: domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem (Matoušek, 2007).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením, jejichž cílovou skupinou jsou dospělí občané s mentálním postižením, jsou určeny klientům od 26 let, kteří mají těžší stupeň mentálního postižení a klientům postiženým mentální retardací těžšího stupně s přidruženou vadou. Tato zařízení mají denní, týdenní nebo celoroční režim (Valenta, Müller, 2003).

Posláním těchto domovů je poskytovat dlouhodobou pobytovou službu svým klientům, jejíž náplní je pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a zároveň poskytnout takové podmínky, aby se klient cvičil ve své samostatnosti a všestranně se rozvíjel. Podle potřeb daného klienta je utvářen jeho denní program. Domov má také pomáhat v prosazování práv a zájmů klienta. Služba je poskytována za úplatu (Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>, 8.2.2010).

Tato práce je věnována zejména klientům, kteří jsou dospělými občany s mentálním postižením a kteří žijí v domovech pro osoby se zdravotním postižením s celoročním režimem.

## **5. Klamné představy o institucionální péči vzniklé za reálného socialismu**

V této kapitole budu na základě Matouškovy knihy „Ústavní péče“ psát o takzvaných idolech ústavní péče minulého režimu. Ačkoliv není mým záměrem věnovat se v této práci historii ústavní péče, považuji za důležité se o těchto klamných představách minulého režimu zmínit, neboť často nás tyto představy stále ještě ovlivňují a mají tak negativní dopad na kvalitu života lidí s mentálním postižením.

Matoušek (1999, str. 38-42) píše o sedmi idolech (tedy klamných představách) ústavní péče. Jsou to: idol centrálního řízení a závazné metodiky, kdy bylo všechno řízeno „shora“, idol defektu osobnosti, kdy se na osobnost nehledělo jako na celistvou osobnost, ale nahlíželo se na ni z pohledu jejího postižení. Dále idol představby osobnosti, kdy se očekává vyléčení a převýchova dané osobnosti, idol dysfunkční rodiny, kdy je na rodinu nahlíženo jako na nefunkční rodinu, která neměla zájem o svého člena rodiny. Tento postoj následně negativně způsobuje špatnou či žádnou spolupráci s rodinou. Potom idol kolektivu jako terapeutického činitele (někdy je důležitější soukromí daného jedince), idol profesionality dosažené formálním školením (profesionalita nám pomůže jen zčásti, nenahradí osobnost daného pracovníka) a idol vhodných podmínek (řada činností se dá dělat díky tvořivosti personálu i v nevhodných podmínkách).

## 6. Rizika institucionální péče

Komplexní péče pro klienty v domovech pro osoby se zdravotním postižením je jejich největší výhodou i slabinou. Je zde zabezpečena řada potřeb, které klient potřebuje. Zároveň však přináší celou řadu rizik (Lečbych, 2008).

Podle Matouška (2007) je obecným problémem těchto domovů to, že lidem s těžším postižením bývají poskytovány služby minimální, někdy jsou omezeny na základní fyziologické potřeby, naproti tomu lidem s lehčím postižením bývají poskytovány služby nadbytečné a tím jim brání v jejich samostatnosti. Domovy mohou svádět k medicinizujícímu přístupu a posilují také závislost klienta na domovu.

Podle Krahulcové (2002) je nejzávažnějším rizikem dlouhodobé péče **hospitalismus**, což je stav dobré adaptace na umělé podmínky. V Domově je klient zcela zaopatřen, obklopuje ho omezený počet spoluobyvatel a pečuje o něj personál. Pohybuje se pouze v omezeném prostoru a nepřirozeném prostředí. Je tedy riziko, že ztratí zájem o vnější svět, zhorší se mu komunikace, navrátí se do ranějších vývojových stádií a bude pro něj potom náročnější adaptace na přirozené prostředí.

Dalším problémem jsou osobnostně **homogenní kolektivy**. Přinášejí riziko, že interakce mezi těmito klienty budou jejich osobní problémy ještě násobit. Krahulcová zde zejména poukazuje na zařízení, kam se dostávají pouze lidé stejného pohlaví. Tito klienti nepřestávají být pohlavně cítícími osobami a může hrozit i riziko homosexuálních vztahů (Krahulcová, 2002).

Častým rizikem je tzv. **ponorková nemoc**. Tito klienti s ostatními spoluobyteli tráví často téměř svůj veškerý čas, což přináší zvýšenou únavu vůči ostatním klientům a sníženou toleranci, která se pak může projevit jako agresivita vůči ostatním. Někdy se také může stát, že komunita vyřadí jednoho jejího člena. Fyzicky je dále přítomen, ale ostatní si ho nevšímají, či se k němu chovají hrubě. Tento klient se pak v komunitě necítí dobře a pokusy o začlenění do skupiny postupně vzdává (Krahulcová, 2002).

S ponorkovou nemocí souvisí **ztráta soukromí** (Krahulcová, 2002).

V každé uzavřené komunitě je riziko **šikany**. Zvláště se toto riziko týká malých dětí, seniorů a mentálně postižených jedinců.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením hrozí šikana dvojí: ze strany personálu a mezi klienty navzájem. Toto prostředí je rizikové tím, že si klienti své spolubydlící nemohou

sami vybrat, že s nimi tráví velké množství času, že se často nedokážou účinně bránit a šikana tak může být dlouho skrytá.

### **Rizika vyplývající z chování poskytovatele služby**

Neklidné chování klienta může být ovlivněno nesprávným jednáním personálu vůči němu. Podle Johnové a Čermákové (2002) patří mezi nesprávné chování **podvádění**, kdy klientovi slibujeme či namlouváme věci, které nejsou pravda, abychom ho přiměli k tomu, co potřebujeme. Krátkodobě tato metoda může pomoci, později ji však klient obvykle prokoukne, je neklidný a stáváme se pro něj nedůvěryhodnými. Dále je to **zneschopňování**. Někdy mají totiž pracovníci tendenci ke klientům přistupovat plošně a dostatečně nevyužívat jejich schopnosti. Dělají pak za ně věci, které by sami dokázali, i když s jistými obtížemi. Nesprávná je ze strany pracovníků také **infantilizace**. Někteří pracovníci mají sklon jednat s dospělými klienty jako s dětmi. Může se stát, že personál klienta **zastrašuje**. Pracovník tedy vzbuzuje v klientovi strach, aby docílil splnění svého požadavku. Mezi další riziko patří **nálepkování**. Pracovník nazývá klienta podle jeho diagnózy.

Podle Johnové a Čermákové (2002) sem patří také **stigmatizace**. Klienti jsou například odlišně oblékáni, pohybují se jen v určitých prostorách a je k nim pro jejich postižení přistupováno odlišně i v oblastech, kde by to nebylo nezbytné kvůli jejich diagnóze. Pracovníci někdy nerespektují tempo klienta. Personál má na klienta nároky, kterým není schopen dostát. Dále **zneplatňováním** chápeme přístup personálu, kdy personál nebere klienta vážně a dělá si z něj legraci. **Odháněním** pak záměrné nevěnování pozornosti klientovi a vylučování ho z činnosti. Rizikem je také **zvěčňování**, což je manipulace s klientem bez upozornění či jeho souhlasu. Personál může také klienta **ignorovat**, tedy cíleně nevěnovat pozornost danému klientovi. Sem patří i to, když pracovníci mluví o klientovi v jeho přítomnosti. **Vnucováním** pak chápeme nerespektování přání klienta. Klient tedy nedostane možnost si vybrat. Dále je to **nevěnování pozornosti potřebám** klienta.

Nebo je to **obviňování**, kdy pracovník obviňuje klienta z věcí, za které díky své diagnóze nemůže. Klientům ubližuje též **přerušování činnosti** či hovoru klienta ze strany personálu ve chvílích, kdy to není nutné. A v neposlední řadě **posměch** personálu kvůli klientovým zvláštnostem a nedostatkům a **vyvolávání sníženého sebehodnocení** klienta, kdy pracovník poukazuje na jeho nedostatky (Johnová a Čermáková, 2002).

## 7. Současné snahy o zlepšení institucionální péče

Podle Procházky (přednáška v předmětu muzikoterapie, 2009) je důležité poskytovat klientům péči jen v takové míře, jakou skutečně potřebují. Měly by být podporovány vztahy klienta k jeho rodině a přátelům. Je snaha také snižovat hranice mezi ambulantní a *pobytovou* péčí, ideální jsou zařízení, kam mohou klienti dle vlastní potřeby docházet i být ubytováni. Personál se má také snažit poskytovat služby, u kterých je to možné, ve vlastním prostředí klienta. Má volit takovou formu péče, do které klient není nucen, neboť tak je možno dosáhnout lepších výsledků. Ideálem je též zvyšovat počet vysokoškolsky vzdělaných pracovníků.

A dalším ideálem je podle Procházky (přednáška v předmětu muzikoterapie, 2009) zmenšování domovů pro osoby se zdravotním postižením. Toto „zmenšování“ může probíhat dvěma způsoby. Jedním způsobem je stavba nového Domova pro osoby se zdravotním postižením, která by měla velikost většího rodinného domu a která by skutečně připomínala přirozené rodinné prostředí, přirozený domov. Toto řešení považuji za ideální, nelze však použít celoplošně, neboť není finančně dostupné zrušit stará zařízení a přestěhovat klienty do zařízení nových. Druhým řešením je, jako se to úspěšně povedlo v zařízení pro osoby se zdravotním postižením Tloskov, snažit se tato zařízení rozbít na menší samostatné skupiny klientů, na tzv. rodiny.

Podle Procházky (přednáška v předmětu muzikoterapie, 2009) by Domov neměl žít jen sám pro sebe, ale měl by být otevřen okolí. Měl by vypadat zevnitř i zvenku pěkně, aby se tam klienti dobře cítili. Struktura programu by měla být flexibilní, aby měli klienti možnost o své činnosti sami rozhodovat. Dále je snaha o přenesení co nejvíce kompetencí ze státního řízení na místní instituce, o podřizování se zájmům klienta, snaha o přátelskou atmosféru v Domově a o dobré vztahy mezi personálem a klienty a snaha o kontrolu chodu domova na mnoha úrovních.

Švarcová (2000) uvádí výzkum, který byl udělán s pracovníky domovů pro osoby se zdravotním postižením. V tomto výzkumu měli pracovníci uvést, co by si přáli změnit, aby se zvýšila kvalita života klientů těchto zařízení. Pracovníci uváděli rozvíjení schopností každého klienta a posilování jeho sebevědomí, kultivovanější bydlení, změnu ložnic na obývací pokoje, nahrazování zdravotnických pracovníků pedagogickými, otevírání domu pro

návštěvy, více příležitostí trávit čas mimo Domov, podporovat je v samostatnosti, zavádění terapií a chráněných dílen, možnost práce mimo ústav a posilování vztahů s rodinou.

## 8. Kvalita života

### 8.1 Definice kvality života

Pod pojmem „kvalita života“ si představujeme slova jako pohoda, štěstí, spokojenost a podobně. Kvalitou života se zabývá řada odborníků, a to z řad psychologů, filozofů, sociologů, politologů, lékařů a speciálních pedagogů. Tito odborníci nemají na tento pojem jednotnou definici, na které by se všichni shodli. Shodují se však v tom, že hodnocení kvality života je subjektivní záležitostí (Lendl, 2003).

Lendl (2003), Schalock a Felce (2004 in Strnadová 2009a) a Vaňurová, Muhlpachr, (2005) se shodují, že kvalita života je multidimensionální konstrukt, na který neexistuje jednotná definice. To je způsobeno především tím, že se kvalita života používá v různých kontextech a na poli různých vědních oborů.

Liu (1976 in Felce, Perry 1995 in Strnadová, 2009a, str. 84) dokonce tvrdí, že „*počet definic kvality života se rovná počtu lidí na světě.*“

Jesenský (2001 in Vaňurová a Muhlpachr, 2005, str. 81) mluví o dvou dimenzích kvality života, o subjektivní a objektivní. Tou subjektivní dimenzí jsou vnitřní činitele, které ovlivňují kvalitu života. Mezi ně patří psychický a fyzický stav dané osobnosti. Vnější (objektivní) faktory představují podmínky jeho existence. Mezi vnější faktory patří ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, ekonomické a materiální faktory.

Světová zdravotnická organizace definovala roku 1993 kvalitu života jako „*Vnímání vlastní pozice v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů se zřetelem na životní cíle, očekávání, standardy a zájmy. Tento koncept je komplexním způsobem ovlivňovaný fyzickým zdravím a psychickým stavem člověka, úrovní jeho nezávislosti a vztahy k významným znakům prostředí*“ (Medicínský monitor in Lendl, s. 5).

### 8.2 Kvalita života lidí s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Podle Jesenského (2000) posuzujeme kvalitu života lidí s mentálním postižením proto, abychom odhalili vliv postižení na jejich život a abychom si na základě získaných informací určili úkoly a cíle pro zvyšování kvality života a mohli také hodnotit efektivitu intervencí.

Wehmeyer a Schalock (2001 in Strnadová 2009a) říkají, že hodnocení kvality života uživateli služeb je ovlivněno osobními faktory, prostředím a charakteristikami poskytovatele služeb. Znalost těchto faktorů je důležitá proto, abychom s uživateli mohli začít pracovat.

Vandergriff (1994 in Lečbych, 2008) zjišťoval, jak ovlivňuje kvalitu života úroveň mentální retardace. Zjistil, že lidé s těžším stupněm mentální retardace hodnotili kvalitu svého života hůře než lidé s lehčím stupněm mentální retardace.

Vandergriff (1994 in Lečbych, 2008) se také pokoušel zjistit, jak ovlivňuje kvalitu života způsob, jakým jedinec s mentální retardací bydlí. Nejlépe lidé s mentálním postižením hodnotili podporované bydlení a komunitní tréninkové domy samostatného bydlení, pak komunitní bydlení a život v domácnosti se svými rodiči a na posledním místě penzióny, což jsou zařízení, která můžeme přirovnat k našim domovům pro osoby se zdravotním postižením.

Tyto výzkumy byly dělány v řadě dalších zemí. Například v Chorvatsku dělalo výzkum Hnutí sebeobhájců (2007), které dělalo rozhovory s lidmi s mentálním postižením. Nikdo z respondentů, kteří nyní žijí v komunitních zařízeních, by se do domova pro osoby se zdravotním postižením nechtěl vrátit.

### **8.3 Oblasti, podle kterých posuzujeme kvalitu života**

Odborníci se také liší v kritériích, podle kterých kvalitu života posuzují. Uvedu některé příklady.

Niederland (Ondrejka, 2001 in Lendl) mluví při posuzování kvality života o objektivních a subjektivních parametrech, které jsou: fyzický, psychický a funkční stav a dále pak ekonomicko- finanční oblast.

Podle Ondrejku (in Lendl) kvalita života obsahuje: subjektivní spokojenost člověka se svým životem obecně, subjektivní spokojenost v konkrétních oblastech života jako je práce, finanční prostředky, zdraví a vztahy s jinými lidmi a sociodemografické ukazatele kvality života.

Strnadová (2009a) jmenuje tyto oblasti kvality života: emocionální duševní spokojenost, sebeurčení, práva, mezilidské vztahy, materiální spokojenost, fyzická spokojenost, osobní rozvoj a sociální inkluze.



Přikláním se ke kritériím kvality života Strnadové (2009a). Podle mého názoru tyto oblasti zahrnují nejdůležitější oblasti kvality života. Za zvlášť důležitou oblast považuji mezilidské vztahy, neboť dobré mezilidské vztahy mohou kladně ovlivnit všech sedm zbývajících kritérií.

#### **8.4 Měření kvality života**

Měření kvality života je tedy důležité pro rozvoj a zkvalitňování služeb poskytovaných klientům a jejich rodinám (Strnadová, 2009a). Měřit kvalitu života můžeme více způsoby.

Podle Strnadové (2009a) můžeme hodnotit kvalitu života osob s mentálním postižením pomocí osobního hodnocení jedincem a funkční diagnostiky (dotazníky, hodnotící škály a zúčastněné pozorování).

Podle Strnadové (2009a) je vhodnější používat osobní hodnocení daného jedince pro emocionální duševní spokojenost, sebeurčení, práva a mezilidské vztahy, zatímco nástroje funkční diagnostiky jsou vhodné pro hodnocení materiální spokojenosti, fyzické spokojenosti, osobního rozvoje a sociální inkluze.

Na koncept kvality života můžeme nahlížet ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době je odborníky ve všech oborech preferováno subjektivní hodnocení kvality. Je považováno za zásadní a určující pro život člověka (Vaďurová, Muhlpackr).

Nesmíme však zapomínat, že subjektivní hodnocení má svá úskalí. Jesenský (in Vaďurová, Muhlpackr, 2005) upozorňuje například na to, že subjektivní hodnocení výrazně ovlivňuje nálada a emoce.

Podle Strnadové (2009a) má kvalitativní metoda pomocí rozhovorů s mentálně postiženými jedinci svá úskalí. Rozhovory je možné udělat obvykle pouze s jedinci s lehkým a středním mentálním postižením a dobrými komunikačními dovednostmi. Tím však zjistíme pouze jejich kvalitu života, která se může lišit od osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením.

## 9. Jednotlivá kritéria kvality života

### 9.1 Emocionální duševní spokojenost

Jak již bylo zmíněno v **Kapitole 6**, domovy pro osoby se zdravotním postižením přinášejí řadu rizik, které mohou mít negativní dopad na psychickou pohodu daného jedince. Těmto rizikům se snaží předcházet Standardy kvality sociálních služeb. Díky správnému postoji zařízení a pracovníků může být řada těchto rizik minimalizována. Je však důležité si uvědomit, že jen do jisté míry. Nezastupitelnou roli zde hraje totiž i rodina. K tomu, aby se klient v domově dobře cítil, je nutné, aby Domov i rodina vycházeli klientovi vstříc a především spolu spolupracovali.

Kromě prostředí mohou mít na psychickou pohodu negativní dopad také psychické poruchy jedince.

U lidí s mentálním postižením je problematické stanovit další psychické diagnózy. Psychické poruchy jsou totiž u lidí s mentálním postižením špatně rozpoznatelné, nebo nejsou odhaleny vůbec (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

Podle některých studií dochází dokonce až ve 20-30% případů k diagnostickým omylům (White et al., 1995 in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, str. 56).

To je způsobeno tím, že lidé s mentálním postižením mají omezené kognitivní, verbální a komunikační dovednosti. Kromě toho je těžké rozlišit, zdali je symptom způsoben vývojovým opožděním, organickým poškozením spojeným s retardací, či je způsoben nevhodným prostředím, a nebo právě psychickou poruchou. Bez správně stanovené diagnózy však neposkytneme takové služby, které jedinec skutečně potřebuje. Jako příklad je možné uvést použití tlumivé medikace v případě, kdy to není nutné (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

Nenaplněné potřeby klienta vyvolávají jeho frustraci, která může zapříčinit problémové chování. I přes snahu personálu se nemusí podařit problémovému chování zamezit, protože může plynout z jeho handicapu, nemusí se rozpoznat jeho potřeby, a nebo i když nenaplněné potřeby známe, nemusí se nám z objektivních důvodů povést tyto potřeby naplnit (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

Dep a Weston (2000 in Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007) uvádějí, že se u lidí s mentálním postižením objevují psychické poruchy a nemoci 3-4 krát více než u intaktních jedinců.

Zvýšené riziko je ovlivněno biologickými faktory jedince a sociálně- psychologickými faktory prostředí, v kterém žije (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

Často se u dospělých lidí s mentálním postižením objevuje například demence. Je u nich také zvýšené riziko Alzheimerovy choroby (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

## **9. 2 Sebeurčení**

Podle Čadilové, Jůna, Thorové a kol. (2007) je potřeba sebeurčení v domově naplňována tehdy, kdy se může klient rozhodovat sám o sobě v základních oblastech svého života, jako kdy půjde spát, kdy odloží aktivitu, či kdy se jí bude věnovat déle. Patří sem také to, jak často se mu někdo přizpůsobí a daná věc se dělá podle něho. Obecně platí, že čím má větší možnost klient věci kolem sebe ovlivňovat a naplňovat své základní potřeby samostatně, tím je u něj nižší riziko problémového chování.

Nesmíme zapomínat, že klient má být již od počátku pobytu aktivním účastníkem ve vytváření svého osobního plánu a hodnocení svého stavu (Matoušek, 1999).

Podle Čadilové, Jůna, Thorové a kol. (2007) nemá personál zesměšňovat a zlehčovat klientovy touhy, připomínky, stížnosti a přání, ačkoliv nemusí být vždy reálné.

Podle Standardů kvality života je nutnou podmínkou pro to, aby byla služba zaměřena na klienta, jeho angažovanost a participace a také angažovanost příbuzných a zástupců. Je někdy obtížné získat takovou informaci od uživatelů služby, na základě které bychom mohli objektivně hodnotit jejich spokojenost. Jednou z možností získávání této zpětné vazby od klienta je přezkoumávání jeho stížností a návrhů. Mezi další patří vyplnění jednoduchého dotazníku, rozhovor s uživatelem a sledování chování klienta (Johnová a Čermáková, 2002).

## **9. 3 Práva klienta**

*„Občané se zdravotním postižením mají nárok na stejná práva jako všichni občané ČR. Mají také stejná práva na naplnění všech základních životních potřeb jako ostatní občané ČR.*

*Mezi základní lidské potřeby patří: fyziologické potřeby, potřeba bezpečí, jistoty a soukromí, potřeba někam patřit a být milován, potřeba úcty a respektu, potřeba seberealizace.“* (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, str. 105)

Mezi základní lidská práva patří také svoboda a sebeurčení. To bylo však v minulosti popíráno a lidé s mentálním postižením o svém životě rozhodovat nemohli (Wolfensberger 1972 in Černá a kol., 2008).

Člověk může prosazovat svá práva samostatně nebo pomocí neplaceného zástupce, placeného zástupce nebo organizace. Mezi organizace, kde vystupuje člověk s mentálním postižením jako jeden z členů a rozhoduje sám o sobě, patří Hnutí sebeobhájců (Černá a kol., 2008).

Pokud dospělý nedokáže zvládat své vlastní záležitosti, je třeba mu poskytnout jistou formu ochrany, zvláště v jeho zásadních rozhodnutích. Avšak jen v takové míře, v jaké to klient skutečně potřebuje (Selikowitz, 2005).

Podle Johnové a Čermákové (2002) byly mnohé standardy kvality poskytovaných služeb vytvářeny tak, aby zvyšovaly svobodu uživatele. Byly však vytvořeny také standardy, které naopak slouží k ochraně zdraví klientů, což se může jevit na první pohled jako omezování svobody. Všechny tyto standardy jsou však potřebné.

Nechávat rozhodovat klienty s mentálním postižením o svém životě napomáhá poskytovat jim takové služby, které si skutečně přejí a které potřebují. Nesmíme však zapomínat, že omezování jejich svobody také slouží k jejich ochraně (například proti zneužití jinou osobou). Je tedy zapotřebí hledat u každého jednotlivého klienta takovou cestu, kdy mu nebudou zbytečně jeho práva odírána, na druhou stranu ho ale nebudou ohrožovat. Mezi tyto ochrany patří i omezení či zbavení svéprávnosti.

Je však zajímavý názor Camille Latimier (přednáška Podpora samostatnosti a nezávislosti, 2010), která říká, že Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, což je nejnovější a nejdůležitější právní dokument pro osoby se zdravotním postižením, omezení právní způsobilosti nepřipouští. Tato úmluva je v České republice ratifikována, je tedy pro Českou republiku právně závazná. Na mnoho myšlenek této úmluvy však právní systém České republiky není zatím připraven. Není to však problém pouze České republiky. Jediným státem, který dodržuje článek „Rovnost před zákonem“, je podle Camille Latimier Kanada.

## **9.4 Materiální spokojenost**

Podle studie Inclusion Europe (Poverty and Intellectual Disability in Europe. Brussels, 2005 in Francoise Jan, 2005) bylo zjištěno, že lidé s mentálním postižením často trpí chudobou. Velké procento jich je nezaměstnaných, a to i v porovnání s lidmi s jinými skupinami postižení.

Dospělí lidé s mentálním postižením získávají částečný či plný invalidní důchod a příspěvek na péči ve výši 2000-11 000 Kč podle stupně jejich závislosti (Průša, 2008).

Podle vyhlášky 505/2006 Sb. si má klient v domově pro osoby se zdravotním postižením hradit ubytování, stravu a péči. Maximální výši úhrady za poskytování služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením je 180 Kč denně za poskytnutí ubytování a 150 Kč denně za celodenní stravu (aktuální informace z roku 2008). Po uhrazení těchto nákladů musí klientovi zůstat minimálně 15% jeho příjmu. Úhrada za péči je pak stanovena ve výši přiznaného příspěvku (Průša, 2008).

Zákon 108/2006 zajišťuje, aby byly člověku za částku, kterou disponuje, zajištěny jeho základní potřeby. Tedy každý jedinec s mentálním postižením má peníze, aby si mohl zaplatit pobyt, stravu a péči v domově pro osoby se zdravotním postižením. Na druhou stranu 15% procent z invalidního důchodu není mnoho, pakliže si uvědomíme, že si z těchto peněz musí hradit řadu pro něj potřebných věcí, které v ceně ubytování, stravy a péče nejsou. Po odečtení i těchto položek klientovi peněz příliš nezůstane.

Mimo to ne všechno, co si klienti přejí a na co i mají peníze, si mohou skutečně pořídit.

## **9.5 Fyzická spokojenost**

Přibližně polovina nemocí není diagnostikována u lidí s mentálním postižením a není tedy ani léčena. Je to způsobeno omezenými verbálními schopnostmi u těchto jedinců. Často jediným způsobem, jak poznat u klientů, že s nimi není něco v pořádku, je všimnout si změny v jeho chování (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

Dospělí lidé s mentálním postižením bývají častěji nemocní než jejich vrstevníci. Přibližně dvě třetiny z nich trpí chronickou nemocí. V průměru má každý dospělý člověk s mentálním postižením pět zdravotních diagnóz. Přičemž platí pravidlo, že čím hlubší má jedinec

mentální retardaci, tím má větší zdravotní problémy. Dožívají se průměrně věku 65 let, což je méně než je průměrný věk populace. Častými příčinami smrti jsou rakovina, onemocnění dýchacích cest a srdeční choroba (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

Freedmanová a Chasslerová (2004 in Lečbych, 2008) zjistily, že osoby, které žily komunitním způsobem života nebo ve společné domácnosti s rodiči, hodnotili své zdraví lépe než lidé žijící v institucionálních podmínkách.

Rimmer (1997 in Lečbych, 2008) se zmiňuje o tom, že lidé s mentálním postižením žijící v institucionální péči mají problém s udržováním jejich fyzické zdatnosti. S přibývajícím věkem jsou ve větší míře ohroženi obezitou, která negativně ovlivňuje jejich kardiovaskulární funkce, a atrofii svalové hmoty, která může vzniknout z jejich sedavého způsobu života. Je tedy nutná rehabilitace a kondiční pohybová cvičení.

Hnutí sebeobhájců (2007), které dělalo svůj výzkum v Chorvatsku, zjistilo ve svém výzkumu, že lidem s mentálním postižením nevyhovovalo, když si nemohli vybrat svého lékaře v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Ve zdravotní péči v těchto Domovech ale můžeme spatřovat i výhody. Pokud se o klientův zdravotní stav a vyšetření stará zdravotní zařízení při domovu pro osoby se zdravotním postižením, je šance, že mu budou poskytována veškerá zdravotní vyšetření. Pokud si je bude zařizovat sám či s rodinou, je nebezpečí, že některá tato vyšetření opomine.

## **9.6 Osobní rozvoj**

Zde bych chtěla především odkázat na Strnadovou (2009a), která upozorňuje na to, že schopnost učit se má klient v každém věku. Lečbych (2008) zase uvádí, že se mentální věk jedince, tedy mentální schopnosti jedince, v průběhu života mění.

Podle mého názoru se na to obvykle zapomíná a na rozdíl od dětství a dospívání, kdy rodina a škola vkládá do jedince s mentálním postižením velké naděje a snaží se o jeho všestranný rozvoj, v době dospělosti se již v jeho rozvoji často neočekávají velké změny. Naopak jedinec s mentálním postižením na řadu vědomostí a dovedností nabytých v tomto období zapomíná, neboť je již dál nerozvíjí.

K osobnímu rozvoji přispívá plánování rozvoje osobnosti, kdy se systematicky a cíleně vytváří individuální plán daného jedince, podle kterého se systematicky pracuje. Tento plán

také obsahuje návrhy smysluplných činností, které daného jedince rozvíjejí. Mezi tyto činnosti v ideálním případě patří zaměstnání.

Podporované zaměstnávání funguje jako prevence stresu, smutku a úzkosti (Lečbych, 2008).

Program klienta by měl obsahovat individuální i skupinové činnosti, které budou citlivě nakombinovány. I zde musí fungovat zpětná vazba od klienta (Matoušek, 1999).

## **9.7 Sociální inkluze**

Výzkum Hnutí Sebeobhájců (2007), který byl prováděn v Chorvatsku, ukázal, že lidé s mentálním postižením jsou stigmatizováni a nemají dostatek možností být začleněni do společnosti.

Podle Krasse a Ericksona (1988 in Strnadová, 2009b) mají poměrně širokou sociální síť lidé žijící v chráněných bydleních. Oproti tomu lidé žijící s rodinou tak širokou vztahovou síť nemají, neboť tráví hodně času s rodinou.

Lidé v Domovech pro osoby se zdravotním postižením mají danou sociální síť místem, kde žijí. Mohlo by se tedy mluvit o poměrně široké sociální síti. Tuto sociální síť si však sami neurčují. V zařízení tráví klient velké množství svého času. Kromě toho život v tomto zařízení funguje odlišně od života mimo toto zařízení. Kontakt s okolním světem je tedy důležitý. V dnešní době se oproti minulosti snaží tyto Domovy otevírat okolnímu světu. V jaké míře se však klient dostane do kontaktu s okolním světem, záleží na mnoha faktorech: jestli se dostane někdy domů, jak těžké je jeho postižení, jaká je otevřenost zařízení těmto aktivitám a jaké jsou jeho možnosti v tomto směru. A v neposlední řadě jak velký zájem o tyto aktivity klient projevuje.

## **9.8 Mezilidské vztahy**

Jestliže hodnotíme sociální vztahy klienta, zjišťujeme počet jeho přátel, frekvenci společného trávení času s přáteli a jeho sociální aktivity, v rámci kterých se vidá se svým okolím (Strnadová 2009b, s. 190).

### **Vztahy s ostatními klienty v Domově**

Klient potřebuje mít dostatek soukromí, tedy mít možnost kdykoliv opustit skupinu klientů (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

Kvalitu života u lidí s mentálním postižením může zvyšovat také jejich partnerská a manželská role. Ziskáním partnera si do značné míry potvrdí svoji normalitu, atraktivitu a vlastní kompetence (Lečbych, 2008).

Život se skupinou lidí může pro některé lidi s mentálním postižením přinášet stres. Kromě toho trvalým dilematem ústavní péče je konflikt mezi zájmem skupiny a zájmem individua (Matoušek, 1999).

### **Vztahy klienta s pracovníky v Domově**

Aby se klient cítil v domově bezpečně, potřebuje, aby se personál choval k němu předvídatelně. Aby se cítil klient milován, musí personál komunikovat s klientem i ve chvílích, kdy na něj neklade své požadavky, dávat mu najevo své porozumění a být ke klientovi upřímný (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

### **Vztahy klienta s rodinou**

Podle Matouška (1999) je důležité, aby personál podporoval vztahy klienta s rodinou a jeho nejbližšími lidmi a s rodinou spolupracoval.

Domnívám se, že vztahy s rodinou zásadně ovlivňují kvalitu života lidí s mentálním postižením v těchto Domovech. Pokud má klient dobré vztahy s rodinou a rodina klienta podporuje a hájí jeho práva, může tím ovlivňovat pozitivně všech osm oblastí kvality života, kterým se v této práci věnuji.

### **Spolupráce rodiny a zařízení**

Kvalitu života klientů výrazně ovlivňuje to, jak rodina se zařízením komunikuje a spolupracuje. Ideální je, když k této spolupráci dochází již před nástupem klienta do zařízení. K této spolupráci však často před nástupem nedochází (Matoušek, 1999).



Je to způsobeno z více důvodů. Podle Strnadové (2009b) je jedním problémem to, že rodina nechce často plánovat budoucnost svých potomků, neboť toto plánování je pro ně bolestné. Zvláště je pro ně těžké připustit si možnost, že jednou nebudou schopni se o svého potomka postarat, zvláště v případě, kdy se o klienta nemá kdo další postarat. V okamžiku, kdy už je situace neúnosná a jedince s mentálním postižením je nutné do zařízení umístit, je na to rodina nepřipravena. V takovém případě se nemusí klient dostat do pro něj vhodného zařízení.

Strnadová (2009b) však upozorňuje, že není správné vinu za neinformovanost přisuzovat rodinám, které se nachází v náročné životní situaci. Je to spíše ukázka toho, že chybí ucelený systém podpory těchto dospělých a stárnoucích lidí, který by rodiny lépe informoval a podporoval při plánování budoucnosti.

Podle Matouška (1999) je někdy vztah mezi personálem a rodinou komplikovaný, neboť personál přistupuje k rodině s řadou předsudků a pro rodinu je Domov prostředím, které není pro ně dostatečně průhledné. Zde je řešením právě spolupráce již před nástupem do zařízení a následně v době pobytu. Tím se zamezí předsudkům a Domov se stane průhlednějším.

Matoušek (1999) se zamýšlí nad tím, jestli Domov pro osoby se zdravotním postižením může být skutečným domovem. Dochází k závěru, že nikoliv, neboť domov je místem, kde klient může být sám sebou a nemusí v takové míře dodržovat konvence svých společenských rolí. Z tohoto pohledu Domov pro osoby se zdravotním postižením domovem být podle Matouška nemůže.

S výrokem Matouška souhlasím, na druhou stranu slovo Domov vyjadřuje jeho poslání a snahu vytvořit takové prostředí, kde by se klienti jako doma cítili.

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 1. Úvod k výzkumu

#### 1.1 Formulace zkoumaného problému

Pro svůj výzkum jsem si vybrala pouze jednu oblast kvality života a tou jsou mezilidské vztahy. Vybrala jsem si je proto, že si myslím, že je to oblast, která významně ovlivňuje život lidí v domovech pro osoby se zdravotním postižením a je proto důležité se jí zabývat.

Výzkum jsem rozdělila na dvě části. V první části se zabývám mezilidskými vztahy klientů s lehkým mentálním postižením, kteří se dokážou o svých vztazích vyjádřit. V druhé části se pak zabývám vztahy klientů, kteří by se kvůli svému postižení o svých vztazích vyjádřit nedokázali. Jsou to lidé s těžším stupněm mentální retardace.

#### 1.2 Cíl

Cílem výzkumu je dozvědět se něco více o mezilidských vztazích vybraných klientů žijících v domově pro osoby se zdravotním postižením. A především pokusit se pochopit, jak oni sami své mezilidské vztahy vnímají. Pokud chceme klientům pomoci, musíme nejprve pochopit, co potřebují.

V první části výzkumu se snažím na základě polostrukturovaných rozhovorů dozvědět o lidech s lehkým mentálním postižením, kdo jsou jejich přátelé a jak jejich zájmové činnosti a zaměstnání ovlivňují jejich mezilidské vztahy a jaké mají vztahy s ostatními klienty na oddělení. Dále mě zajímá, jestli jsou spokojeni se svými spolubydlícími na pokoji a jaké mají vztahy s pracovníky zařízení a s klienty v Domově. Také se zajímám o jejich vztahy v rodině, neboť ty zásadně ovlivňují kvalitu jejich života. Zjišťuji také, jak často se dostanou do kontaktu s lidmi mimo Domov. A na závěr se pokusím dozvědět, jestli jsou se svými vztahy spokojeni a jestli by si přáli na nich něco změnit. Určíme společně také jejich míru spokojenosti s lidmi kolem nich.

V druhé části výzkumu se snažím dozvědět něco více o mezilidských vztazích lidí, kteří by se sami o svých vztazích vyjádřit nedokázali. V této části se zabývám pouze některými tématy polostrukturovaných rozhovorů. Zajímá mě, kolik mají respondenti přátel, jaké mají vztahy

s ostatními klienty na oddělení a jestli mají dostatek soukromí. Také mě zajímají vztahy s ostatními lidmi v Domově a vztahy s jejich rodinou. A v neposlední řadě se snažím dozvědět, jestli se vídají se svými přáteli mimo Domov a jak často se vídají s cizími lidmi.

## 2. Metodologie výzkumu

Pro svou výzkumnou část jsem si zvolila kvalitativní metodu, neboť cílem tohoto výzkumu není získat data, která by byla obecně platná, ale poznat lépe mezilidské vztahy několika respondentů. První část tohoto výzkumu je dělána pomocí polostrukturovaných rozhovorů a druhá formou dotazníků.

### 2.1 Polostrukturované rozhovory

V první části výzkumu jsem udělala polostrukturovaný rozhovor s osmi respondenty s lehkým mentálním postižením. Pro polostrukturovaný rozhovor jsem se rozhodla proto, že téma mezilidských vztahů je příliš obtížné na to, aby klient dokázal sám vyprávět o svých mezilidských vztazích bez kladení pomocných otázek. Na druhou stranu však dává prostor klientovi vyjádřit se i k nevysloveným otázkám a něco sám vyprávět.

Rozhovory jsou dělány v duchu fenomenologie. Cílem těchto rozhovorů tedy není získat objektivní fakta o klientech, ale snažit se pochopit jejich subjektivní vnímání lidí kolem nich. Snažila jsem se tedy ke klientům přistupovat bez vlastních předsudků a očekávání.

Ačkoliv se výzkum týká mezilidských vztahů, v našich rozhovorech mluvíme také o aktivitách respondentů a jejich zaměstnání. Toto téma jsme otevřeli především proto, že je pro klienty tématem příjemným, rádi si o něm povídají, je pro ně dobře srozumitelné a je to také způsob, jak se přes jejich aktivity dozvědět více o jejich sociální síti. Kromě toho to byla forma, jak začít rozhovor něčím ne příliš osobním.

Při popisu jejich aktivit jsem se snažila sledovat, jak tyto činnosti ovlivňují jejich mezilidské vztahy.

V rozhovoru jsem se nechala inspirovat dvěma metodami. První touto metodou je sepisování seznamu přátel, které používá PhDr. Iva Strnadová ve své knize „Od marginalizace k důstojnému životu“. Respondenti zde společně s tazatelem sepisují seznam jejich přátel. Druhou metodou je využití sloupce spokojenosti. Tato metoda byla inspirována diplomovou prací Lenky Kollerové (2008), která používá ve své práci „teploměr spokojenosti se životem“<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Lenka Kollerová (2008) vychází z dotazníku SEIQoL.

Ve sloupci spokojenosti vyznačujeme s respondenty na škále od jedné do pěti, míru spokojenosti s jejich mezilidskými vztahy. Číslo jedna vyznačovalo úplnou nespokojenost se svými mezilidskými vztahy a číslo pět úplnou spokojenost. Společně jsme vyplnili nejlépe se hodící variantu (**Tabulka č.2 v příloze**).

### **Popis sledovaných jedinců**

Polostrukturované rozhovory byly udělány ve třech zařízeních pro osoby se zdravotním postižením. Zařízení jsem vybírala tak, aby byla vzájemně odlišná. Vybrala jsem si Domov Svaté Rodiny, Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická a Domov pro osoby se zdravotním postižením Tloskov. Tato zařízení se liší velikostí a také místem, kde se vyskytují. Zatímco Domov Svaté Rodiny a Domov Sulická se nacházejí v hlavním městě, třetí zařízení se nachází ve Středočeském kraji poblíž menšího města. Všechna tato zařízení nabízejí dlouhodobou celoroční službu.

V každém zařízení jsem chtěla udělat rozhovor se třemi klienty. Výběr klienta jsem většinou nechala na místním personálu. Ve dvou Domovech mi tedy dohodli rozhovor se třemi klienty. V jednom zařízení jsem se s klienty domlouvala sama, neboť se s nimi znám. Oslovila jsem v tomto zařízení 4 klienty a 2 z nich tento rozhovor odmítli. Udělala jsem tedy nakonec rozhovor pouze se dvěma klienty tohoto zařízení. Celkový počet klientů, se kterými jsem nakonec udělala polostrukturovaný rozhovor, je tedy osm.

Tito klienti mají lehkou mentální retardaci a jejich věk je v rozmezí 23 až 59 let. Rozhovoru se zúčastnili čtyři muži a čtyři ženy (**Tabulka č. 1 v příloze**).

### **Místo rozhovoru**

Rozhovory byly dělány přímo v Domovech. Dva rozhovory byly udělány v pokojích klientů, v prostředí, které mají rádi a kde nás nikdo nerušil. Další tři rozhovory byly dělány v době, kdy klienti měli dílny, bylo nám tedy vybráno místo poblíž dílen, kde nás nikdo nerušil. Ve třetím Domově jsme mluvili v době nacvičování divadla mimo detašované zařízení. Byla nám vybrána jídelna, což bylo místo nejméně vyhovující.

### **Čas rozhovoru**

S každým respondentem jsem mluvila pouze jednou, s většinou z nich jsem se předtím neznala. Rozhovor trval přibližně 20 minut až půl hodiny. Délka rozhovoru závisela především na samotném klientovi. Rozhovory byly dělány v průběhu jednoho měsíce.

### **Souhlas s rozhovorem**

Čtyři klienti jsou svéprávní a s rozhovorem souhlasili. Jedna klientka má za opatrovníka člena rodiny, který s rozhovorem souhlasil. Tři klienti měli opatrovníka soudně přiděleného a v těchto případech mi tento souhlas domlouvala vedoucí pracoviště.

### **Zaznamenávání rozhovoru**

Dva klienti souhlasili s nahráváním rozhovoru přes diktafon. V ostatních případech byla dána přednost ze strany klientů, zařízení či opatrovníka metodě zapisování „tužka- papír“.

### **Seznámení se s klientem**

V prvním zařízení byla u všech tří rozhovorů přítomna pracovnice, která měla mou praxi na starost. Její přítomnost jsem chápala kladně ze dvou důvodů. S klienty jsem se viděla poprvé a byla jsem pro ně tedy cizí osobou, která se měla vyptávat na poměrně osobní věci. Kromě toho klienti měli přidružené zrakové postižení, takže to byl další důvod, proč pro ně druhá známá osoba byla jistotou. V průběhu rozhovoru jsem nezaznamenala, že by se klienti kvůli její přítomnosti nějak ostýchali.

V druhém zařízení jsem se s oběma klientkami již znala. Seznámení bylo v tomto případě jednodušší. Pomáhalo také v otevřenosti rozhovoru. V třetím zařízení jsem se s klienty neznala, ale díky jejich velké otevřenosti s tím nebyl nakonec problém.

Každému klientovi jsem vysvětlila účel našeho setkání, řekla jsem, že rozhovor bude anonymní a požádala ho o souhlas.

## **2.2 Dotazníkové šetření**

Protože jsem se snažila vystihnout kvalitu života lidí s mentálním postižením v Domovech pro osoby se zdravotním postižením, považovala jsem za nedostačující věnovat se ve svém výzkumu pouze lidem, kteří jsou schopni podstoupit rozhovor, to jsou lidé s lehkým a středním mentálním postižením (v mém výzkumu se tedy účastnili pouze lidé s lehkým mentálním postižením). V závěru své práce bych pak hodnotila pouze závěry, které se týkají lidí s lehkým mentálním postižením a kvalitu života lidí s těžkým a hlubokým mentálním postižením bych zcela opomenula. Tím bych však zanedbala skupinu lidí, pro které jsou tyto Domovy určeny především.

Poněvadž jsem však nechtěla zneužívat ochoty pracovníků těchto zařízení, kteří mi věnovali čas již kvůli rozhovorům s lidmi s mentálním postižením a kteří věnují žádostem studentů poměrně hodně svého času, pokusila jsem se zvolit k druhé polovině výzkumu časově co nejjednodušší metodu, kdy jsem několika pracovníkům zařízení dala dotazník s uzavřenými otázkami. Jednoduchost tohoto dotazníku však přináší řadu nevýhod. Přesto považuji informace získané tímto způsobem za užitečné informace, které jsou použitelné k dalšímu bádání.

### **Popis sledovaných jedinců**

Dotazníky vyplňovali pracovníci dvou zařízení, kteří si měli vybrat jednoho klienta, který by se sám o svých mezilidských vztazích nedokázal vyjádřit. Ve výsledku se tedy sedm žen a jeden muž vyjadřovali o mezilidských vztazích osmi žen. Z těchto žen 3 ženy měly hlubokou mentální retardaci, 3 ženy měly těžkou mentální retardaci a dvě ženy měly střední mentální retardaci, jejich přidružené postižení jim však bránilo v komunikaci. Jejich věk se pohyboval od 25 let do 59 let.

### **Vysvětlení dotazníku**

Poprosila jsem o vyplnění dotazníku. Na dotaznících jsou uvedené instrukce, přesto jsem téma dotazníku a způsob vyplnění ještě jednou vysvětlila a zodpověděla na případné otázky. Pokud v průběhu vyplňování nebylo něco pracovníkovi jasné, vysvětlila jsem mu to.

## 3. Zpracování dat

### 3.1 Polostrukturované rozhovory

#### Kdo je to přítel<sup>4</sup>

Pro většinu klientů bylo problematické říct, kdo je to kamarád. Vysvětlila jsem tedy toto slovo sama. Tři klienti však na tuto otázku odpovědět dokázali:

*„Kamarád, že si s ním můžeš povídat.“*

*„Myjeme nádobí, pomáháme si, když někdo potřebuje pomoci, tak mu pomůžu rád.“*

*„Kamarád, který mi pomůže, když potřebuji...A pak ještě kamarádka pro mě v divadle znamená to, že když zapomenu něco, nějaký text, tak potichu si to vzadu řekneme.“*

#### Seznam přátel

Pokusila jsem se s klienty vytvořit seznam jejich přátel. Nebyl to pro ně lehký úkol, ale většinou vyjmenovali alespoň dva kamarády. Tito kamarádi byli klienti z jejich či jiného oddělení. Na ostatní kamarády si vzpomněli v průběhu dalšího rozhovoru, především při vyjmenování jejich týdenního programu a jejich zájmů.

Výjimkou byly dvě klientky, které s vyjmenováním přátel neměly problémy. První z nich vyjmenovala kamarádů deset, přičemž čtyři byli z jejího oddělení, dva byli pracovníci Domova a čtyři klienti z jiného oddělení. Druhá klientka uvedla čtyři klienty z jejího současného oddělení a jednoho klienta z jejího předchozího oddělení.

Žádný klient však nejmenoval kamaráda, který by žil mimo zařízení.

#### Aktivita během týdne

Klienti vyjmenovali poměrně širokou škálu činností, které v Domově i mimo Domov dělají. Myslím si, že na řadu těchto aktivit jsou skutečně hrdí. Z rozhovoru vyplývalo, že tyto

---

<sup>4</sup> V průběhu rozhovoru jsem si uvědomila, že slovo „kamarád“ je pro klienty srozumitelnější a častěji užívané. Nahradili jsme tedy slovo „přítel“ slovem „kamarád“.



aktivity jsou prostředkem k upevňování vztahů v rámci Domova a jsou také možností k seznámení s lidmi mimo Domov.

*„Na zpěvu je 5 lidí: kamarád Petr<sup>5</sup>, Já, Martina, Tomáš- jsou to kamarádi, „u kafe si povídáme“*

*„Byli jsme na Labutím jezeře. I na Abrhámovi jsme byli. Abrhám, to je taky takovej příběh. Jsem u něj chtěla zaklepat a neměla jsem na co....a on mě celou dobu pozoroval, tak jsme se pak oba smáli“.*

Díky těmto aktivitám získávají možnost seberealizace a také se stávají těmi, kteří mají důvod vážit si sami sebe a získat ocenění od druhých. Mám na mysli především dvě činnosti, o kterých klienti mluvili: první činnost je hraní v kapele a druhá (podporovaná zase jiným zařízením) je hraní divadla. Na obě tyto činnosti jsou klienti náležitě hrdí. Díky těmto činnostem nejsou klienti v očích druhých lidí jen lidmi se sníženou inteligencí, ale jsou také těmi, kteří něco dokázali. Výrazně přispívají k lepším vztahům v Domově, v rodině a také přinášejí možnosti vídat se s lidmi mimo Domov (někdy i v zahraničí).

*„Hráli jsme teď v domově důchodců, na sportovních hrách, v březnu jsme byli ve Zlíně, hráli jsme v Portugalsku, na olympiádě, Karel zpívá, Liduška na flétnu, 14 nás tam je.“*

*„Takže jako otec byl strašnej fanda našeho divadla. On chodil pravidelně každý divadlo. A protože miloval indiánský pohádky, tak jak jsem se tady zmínila, my jsme teda vymysleli, že to uděláme kvůli tatškovi, protože tatínek, jak říkám, ten tam byl každou chvíli, ten nám hrozně fandil a já mu chtěla udělat radost.“*

*„Matěj Lipský- vnuk, včera jsme poslouchali rádio a on tam pozdravoval Tloškov.“*

### **Zaměstnání**

Jedna klientka zmínila, že každé úterý dochází do práce luxovat a baví ji to. Jiný klient dochází též do práce, ale pokud by byla možnost, chtěl by chodit do práce více.

*„...slečna (opatrovnice- pozn.) hledá mimo ústav, ona se snaží, ale zatím nic nenašla, co by vyhovovalo, mám 4 hodiny a každý měsíc mi chodí peníze na tu knížku.“*

---

<sup>5</sup> Jména klientů jsou vymyšlená

Jiný klient řekl: „*No, když je pátek, tak někteří jezdí domů. A ta moje opatrovnice říkala, že musím chodit do školy, abych nemusel chodit do práce a musel vydělávat peníze, ona mi právě řekla, že mám chodit do školy. Ona říkala, žádná práce pro mě ještě není.*“

### **Vztahy s ostatními klienty na oddělení**

Jedna klientka uvedla svůj špatný vztah k jiné klientce:

„*Martina: neuvádím, ta je na mě ošklivá, Martina sem má zákaz- ona sem utekla, já nechci, aby sem chodila.*“

Ostatní klienti hodnotili vztahy s jinými klienty jako dobré, žádné další výrazné problémy ve svých vztazích nezmiňovali. Jedna klientka řekla, že byla dříve nespokojená, ale poté, co ji přiřadili na jiné oddělení, je spokojená zcela:

„*Jsem ráda, že jsem na jiném oddělení. Už bych se do domečku nevrátila. O 5 chlapů se starat, to není sranda. A o Petra jsem se starala. A byli sprostí, tak jsem radši odešla. Ale to chtěl minulý ředitel, abychom měli samostatnou domácnost. Chtěla jsem si to vyzkoušet.*“

### **Vztahy s pracovníky na oddělení**

O pracovnících mluvili klienti zcela nekriticky.

„*Tety, když nevím, tak se zeptám, tety jsou hodný.*“

### **Spolubydlíci na pokoji**

Chtěla jsem se dozvědět více o tom, jestli mají klienti v Domovech dostatek soukromí. Ptala jsem se tedy na jejich spolubydlíci na pokoji, jestli mají spolubydlícího či spí sami a jestli jsou s tím spokojeni.

Tři klienti zmínili, že spí na pokoji sami a pět klientů má jednoho spolubydlícího. Pouze jeden klient vyjádřil s daným stavem nespokojenost:

„*Já bych radši, kdybych měl pokoj sám pro sebe. Někdo zapne televizi, když nechci. Radši bych svoje soukromí.*“

Dvě klientky dříve spokojeny nebyly, přestěhovaly se tedy jinam (jedna byla přestěhována na nové oddělení a jedné bylo umožněno spát samostatně v pokoji). Nyní jsou již spokojeny a nemají žádné výhrady.

*„Jsem spokojena s tím, že jsem sama na pokoji. Dřív jsem byla na pokoji s Martinou a Martiny maminka chtěla, aby byla sama.“*

*„Jsem ráda, že jsme ve dvou tady. Na Domečku jsem byla taky ve dvou, Petra, ale ona mě štvála, tu přeřadili, ale teď jsem spokojená“.*

### **Vztahy s lidmi v Domově**

Mimo již zmíněné špatné zkušenosti z jednoho oddělení se klienti nezmiňovali o problémech s klienty z jiných oddělení. Naopak o nich mluvili pozitivně.

*„Za holkama chodím, když je mi smutno- za Katkou a Liduškou.“*

*„Terežka je hodná, Nejlepší je Katka. S tou vždy blbnem, tleskáme.“*

### **Rodina**

Chtěla jsem se dozvědět něco bližší o jejich rodině. Pět klientů je s rodinou v pravidelném kontaktu, jedna klientka se vídá se svou sestřenicí jednou ročně, jeden klient v kontaktu není a jeden klient v kontaktu býval, ale momentálně není.

Jeden klient uvedl, že se nevidá se svou rodinou proto, že rodiče již nežijí. Druhý se vídá s rodinou občas (nebo vůbec ne), protože zde existují jisté problémy v rodině. Třetí klientka se vídá jen se svou sestřenicí, rodiče již nemá.

Ostatní klienti se vídají se svou rodinou pravidelně. Tři klienti jezdí za rodinou domů o prázdninách a svátcích a rodina je také navštěvuje. Jedna klientka jezdí domů každý víkend a o svátcích. Poslední klientka již rodiče sice nemá, ale od té doby se vídá více se svým bratrancem, za kterým jezdí na víkendy a který ji navštěvuje v divadle.

Čtyři klienti, kteří se vídají se svými rodiči, se nezmiňovali příliš o tom, že by byli nespokojeni se svými vztahy s rodinou.

*„Mamka a strejda si mě přišli poslechnout (do důchod'áku). A sousedky tam byly.“*

I když občas i to rozhovor naznačoval.

*„S babi a dědou bych se chtěla vídat víc.“*

*„...tatínka-naši se rozvedli, když mi bylo 7. Už k nám moc nejezdí. Byl tu před Vánocemi a on už takový zájem (nemá). Někdy přijede, někdy ne. Už nemá zájem.“*

A ne vždy si určuje jen rodina, kdy má čas.

*„Rodina mě navštěvuje, ale jen když mám zrovna čas- když třeba netrénuju s kapelou. Ale když řeknu, že čas mám, tak přijedou.“*

Již méně optimistické byly rozhovory s klienty, kteří již rodiče nemají. Jedna klientka vyprávěla o rodičích, o které přišla...

*„Otec a matka už nežijí. Otec zemřel v roce 2001, pak jsem měla ještě svého přítele, ten zemřel za dva roky, 2003 a maminka 2005. Takže jako otec byl strašnej fanda našeho divadla. On chodil pravidelně každý divadlo. A protože miloval indiánský pohádky, tak jak jsem se tady zmínila, my jsme teda vymysleli, že to uděláme kvůli taťkovi, protože tatínek, jak říkám, ten tam byl každou chvíli, ten nám hrozně fandil a já mu chtěla udělat radost. Už to neviděl. Prostě byl konec. Ten mi tam většinou hodně chyběl a měla jsem ještě tady jednu kamarádku, ta měla taky podobnej problém, ale ta se odstěhovala do jinýho zařízení mimo Prahu a ta mi teda hodně pomáhala. Takže u toho divadla to bylo pro mě těžký, že vlastně jsem se koukala do hlediště a otec tam nebyl.“*

V tomto případě byl však obdivuhodný následující postoj jejího bratrance:

*„A tak říkal, že mi bude nahrazovat tátu a bude častěj chodit. Teď byl dvakrát na tom divadlu, teď to samý, potřetí. Tak jsem moc ráda..“*

Pro klienty bylo těžké mluvit se mnou ztrátě svých rodičů. Jedna klientka velmi rychle přešla na jiné téma a naznačila mi tak, že už o tom dál mluvit nechce:

*„Maminku a tatínka nemám- zemřela. Starala jsem se o ni rok a půl. Devátý rok tu jsem....(v rozhovoru přešla) Do Lurd pojedeme.“*

Jeden klient se s rodinou nevidá zřejmě proto, že jsou v rodině jisté problémy.

*„No já ne, protože já jsem taky utekl, protože mně se stýskalo, jako, po rodině, utekl sem, oni se báli, aby nepřišli policajti, jako moje babička se bála, aby nepřišli policajti. Utekl sem, aby nebyly problémy a oni mě přivezli zpátky, pak byly nějaké problémy.*

*No, oni chodili na návštěvu, ale oni mi říkali, abych mohl sem jim utekl z toho ústavu. Já jsem taky to udělal, že jako rodinu mám rád, nemůžu na to zapomenout.“*

Vyjádřil ale jistou naději, že se jeho situace v budoucnu změní.

*„...opatrovnice řekla, že dlouho tady nebudu.“*

### **Lidé mimo Domov**

Všichni respondenti se běžně vídají s lidmi mimo Domov.

Klienti prvního zařízení chodí na nákupy se svou asistentkou do blízkého města, vystupují po České republice i v zahraničí se svou kapelou a jezdí domů.

U respondentů druhého zařízení byly odpovědi různé. První klientka nemá mnoho aktivit mimo Domov, ale jezdí každý týden domů. Druhá klientka se účastní různých aktivit se sdružením Osa, je zaměstnaná, chodí s lidmi volnočasových aktivit každý týden plavat a někdy s nimi tráví i víkend. Letos pojedje s Domovem na zájezd do Lourd.

Co se týče třetího zařízení, první klient má kamarády v nemocnici, kde kdysi pracoval. Jezdí za nimi jednou měsíčně. Druhá klientka si udržuje přátelské vztahy s klientkami, které dřív patřily k jejich zařízení, za jednou z nich jezdí občas na víkend. Vídá se také se svým přítelem. Klienti z tohoto zařízení jezdí někdy do zahraničí.

Chtěla jsem se také dozvědět, jestli mají kamarády mimo Domov. První klientka uvedla kamarádku Alenku, která žije na Slovensku. Druhý a třetí klient uvedli za své kamarádky sousedky.

*„Sousedky- s těmi si povídám, s dětmi se tam moc nestýkám.“*

Čtvrtá klientka řekla, že se někdy vídá se sousedkou, ale jinak kamarády mimo Domov nemá.

Pátá klientka uvedla kamarádku ve Vlašimi a známou své maminky.

*„Za mnou chodila maminky kamarádka, ale už dlouho nebyla.“*

Má také svého přítele.

*„Mám vážnou známost s Matějem z Vlašimi, ale teď tu nebyl, až v květnu. Dlouho jsme se neviděli.“*

Šestý klient uvedl kamarády z Motola. Dříve tam pracoval, ale někdo mu ubližoval, tak je nyní v Domově.

*„...oni jsou rádi (že mě vidí), já tam pracoval v tom areálu. Kamarádi mi vyhrožovali dopisami, že mě zmlátí, teď mám opatrovnici, která mě chrání.“*

Sedmá klientka uvedla klientku, s kterou byla dříve v Domově a kterou navštěvuje. Mimo to uvedla svého přítele.

*„A pak mám taky svého přítele, Milana, a za tím jezdím taky, dvakrát do roka, někdy i jednou, nebo on jezdí za mnou. Se střídáme. Známe se od malinka.“*

Osmý klient se vídá především s lidmi ze školy. Uváděl, že paní učitelka a spolužáci jsou hodní. Přímo kamaráda ale neuvedl.

### **Přání změny**

Položila jsem respondentům otázku: *„Chtěl byste něco na lidech kolem Vás změnit (bydlet s někým jiným, někde jinde,...)?“*

Čtyři klienti odpověděli, že by nic změnit nechtěli.

*„Nechtěla bych změnit prostředí. Ze změny prostředí jsem nervózní.“*

*„Do jiného ústavu bych nešel.“*

Zde je nutno upozornit, že otázka se netýkala jen změny jednoho Domova na Domov jiný. Mohla to být jakákoliv změna v tom, kde by bydleli a s kým by bydleli. Mohli tedy na to odpovědět cokoliv. Jejich přání mohlo být i zcela nereálné. Tato otázka byla otevřená a blíže nespecifikovaná a bylo jen na nich, jak ji pojmu. Klient, který odpověděl *„do jiného ústavu*

*bych nešel“* už v minulosti v jiném ústavu byl. Jeho odpověď tedy vychází z předchozích zkušeností.

Jedna klientka odpověděla, že by se ráda vídala více s jedním klientem. Nic jiného by ale nezměnila. Dokonce odpověděla:

*Klientka: „To bych si nedovolila.“*

*Já: „Tak to nemyslím „*

*Klientka: Ne, nezměnila.“*

V tomto případě jsem si nebyla jistá, jestli jsme si dobře porozuměli. Od lidí kolem ní ale vím, že je velmi hodná. Nabízí se zde tedy otázka, jestli nevnímá přání změnit lidi kolem sebe jako něco špatného. Jestli to nechápe jako stížnost na druhého člověka.

Šestý klient by si zřejmě něco přál, ale nepovažuje to za reálné.

*„Věděj, že přijedu, tak rodiče už nemám, nebo já už ty lidi tam znám. Já tam byl na ubytovně, ale to jsem o byt přišel.“*

Sedmá klientka by se ráda vídala více se svým přítelem a svou kamarádkou. Jinak by ale nic neměnila.

*„No..tak změnit. Občas, no, to je všude něco, takhle, ale jinak, když by se, to jsem říkala, tomu příteli, asi bych chtěla, aby byl on tady, nebo já u nich. A nebo u té přítelkyně, ale to by zase nebylo ono. Já si myslím, že bych nic nezměnila. Tady, jak máme to divadlo, to mám moc ráda a oni jsou fajn.“*

U osmého, posledního, klienta jsem si uvědomila, jakým způsobem je také možné se klienta zeptat, co by rád změnil a odpoutat ho od jeho reálných možností.

Řekla jsem klientovi, aby si představil, že má kouzelný prsten a tím může otočit, a tak něco změnit. Odpověděl na to:

*„Chtěl bych být ženatej, mít děti a ženu, domov a práci.“*

## **Sloupec spokojenosti**

Klient určil na tomto sloupci, jak je spokojen s lidmi kolem sebe (se svými vztahy, rodinou,...).

Pět klientů řeklo 5, že by to už lepší nemohlo být. Jeden klient označil 4, protože „lepší by to být mohlo“ a dva klienti označili 3. Číslo 2 a 1 neoznačil nikdo.

Tato odpověď nebyla zcela překvapující, byl to takový závěr našich rozhovorů, které se nesly většinou ze strany klientů v optimistickém duchu.

## **3.2 Dotazníkové šetření**

Dotazníky obsahovaly podobná témata jako rozhovory s lidmi s lehkým mentálním postižením.

### **Počet přátel**

Pracovníci se měli pokusit odhadnout, kolik přátel má klient na oddělení, v Domově (kromě přátel na oddělení) a mimo Domov.

Vyplnění kolonky „počtu přátel“ je ovlivněno tím, jak chápou pracovníci slovo „přítel“. U prvního a šestého klienta pracovníci do kolonky „přátelé na oddělení“ zaškrtili všechny klientovy spolubydlící. Podle jejich názoru tedy tyto dva klienti považují za své přátele všechny klienty na oddělení. Ostatní pracovníci pokládají za přátele jimi zastupovaných respondentů jen některé klienty (jednoho až tři klienty). U jednoho klienta se pracovník domnívá, že přátele na oddělení nemá.

U druhé otázky se odpovědi více shodují. Podle zúčastněných pracovníků mají klienti v Domově (až na jednoho) přátel poměrně málo, to jest 0-2 přátel. I zde je však odpověď ovlivněna postojem pracovníka k této otázce.

Za nejobjektivnější otázku z těchto tří považuji tu poslední, neboť na ni lze nejpřesněji odpovědět. Jak je to tedy s přáteli mimo Domov? U jednoho klienta pracovníci věděli o dvou přátelích a u jednoho klienta o jednom příteli. Ostatní klienti nemají podle pracovníků žádné přátele mimo Domov (**Tabulka č. 4 v příloze**).



## **Soukromí klientů**

Položila jsem otázku: „*Kde upřednostňuje klient trávení volného času?*“

Tuto otázku jsem pokládala proto, že jsem chtěla vědět, jak často tito klienti vyžadují soukromí. Jestli podle názoru pracovníků klienti upřednostňují pobyt na svém pokoji nebo ve společenské místnosti spolu s klienty. U čtyř klientů se pracovníci domnívají, že preferují pobyt ve společenské místnosti a u čtyř klientů, že jsou rádi na pokoji i ve společenské místnosti. Pobyt na pokoji nikdo nezaškrtl. Toto zjištění vyvolává množství otázek pro další zkoumání. V teoretické části jsem psala, že podle odborníků je v domovech pro osoby se zdravotním postižením nedostatek soukromí. Žádný z těchto osmi klientů se však společnému pobytu ve společenské místnosti nevyhýbá. Jako možná vysvětlení můžeme chápat například ta, že se cítí ve společnosti ostatních klientů alespoň tak dobře jako na svém pokoji, či že je ve společenské místnosti větší množství stimulů (**Tabulka č. 5 v příloze**).

## **Hodnocení vztahů s ostatními klienty**

Pracovník měl u každého spolubydlícího zaškrtnout nejlépe hodící kolonku. Zda-li vztahy se spolubydlícími hodnotí jednotlivě u každého spolubydlícího jako: velmi dobré, dobré, neutrální, špatné a velmi špatné. Při vyplňování jsem se setkala ze strany pracovníků někdy s váháním. Přesto se každý pokusil zvolit jednu z požadovaných možností.

Z těchto odpovědí se dozvídáme o respondentech a jejich pracovnících, kteří tabulku vyplňovali, několik zajímavých věcí. První zajímavé zjištění je, že až na jednoho pracovníka nikdo nevyplnil u respondenta kolonku „špatné vztahy“ a „velmi špatné vztahy“. Tento klient má zřejmě se dvěma lidmi konfliktní vztahy, ostatní klienti však podle hodnocení pracovníků nemají tolik konfliktní vztahy, aby museli hodnotit záporně. Z druhé strany je vidět i váhání v hodnocení velmi dobrých vztahů. Početnou skupinou jsou pak vztahy „dobré“ a „neutrální“. Toto zjištění přináší otázku, proč tolik klientů hodnotí vztahy svých klientů jako „neutrální“?

Tuto otázku by bylo zajímavé dál zjišťovat. Jako jeden možný důvod pokládám ten, že pracovníci sami nevědí, jaký vztah klient ke svým spolubydlícím vztah má. Zřejmě nejsou jejich vztahy konfliktní, nemá tedy potřebu hodnotit vztahy jako záporné. Pracovník však ani nezaznamenal žádný viditelně pozitivní vztah k ostatním spolubydlícím. Uchyluje se tedy ke

kolonce „neutrální“. Samozřejmě to poukazuje na to, že je těžké hodnotit vztahy klientů s těžšími stupni postižení (**Tabulka č. 6 v příloze**).

### **Vztahy s lidmi v Domově**

Zajímalo mě, jaké mají tito klienti vztahy s klienty z jiných oddělení. Položila jsem tedy otázku, zdali se vůbec rádi s klienty z jiných oddělení vídají (navštěvují je), či raději preferují trávení volného času na svém oddělení.

V případě zúčastněných respondentů je výrazná převaha klientů, kteří podle pracovníků preferují trávení svého volného času na oddělení. Zdá se být tedy u nich jádrem jejich mezilidských vztahů v Domově především jejich oddělení (**Tabulka č. 6 v příloze**).

### **Rodina**

Položila jsem otázku: „*Jak často klienta rodina navštěvuje a jak často klient jezdí domů?*“

Kontakt rodin s respondenty je poměrně různý, je tedy těžké z něj vyvozovat závěry. Výsledky jsou také ovlivněny výběrem klientů (např. tím, jak jsou staří a jestli mají ještě rodiče). Čtyři respondenti mají kontakt pravidelný a čtyři klienti se vídají se svou rodinou ojediněle, či vůbec ne (**Tabulka č. 8 v příloze**).

Zaujalo mě však, že jeden klient se vídá se svou rodinou několikrát týdně, domů však nejedí. I z vlastní zkušenosti vím o rodičích klientů, kteří již nemají sílu se o své potomky postarat, vytrvale je ale navštěvují. Pro tyto klienty je to viditelná podpora. Tito členové rodiny, ačkoliv se o klienta fyzicky nestarají, výrazně přispívají ke zvyšování kvality jejich života.

### **Přátelé mimo Domov**

Z odpovědí vyplývá, že většina respondentů nemá moc přátel mimo Domov a pokud je má, příliš často se s nimi nestýká (**Tabulka č. 9 v příloze**).

## **Kontakt s okolním světem**

Zeptala jsem se: „*Jak často se klient dostane do kontaktu s okolním světem?*“

Z odpovědí je zřejmá snaha ať již ze strany rodin či pracovníků umožnit respondentům vidat se s okolním světem. Byla jsem také upozorňována, že jinak často se dostanou klienti mimo Domov v létě a v zimě. Přesto je tento kontakt s okolním světem limitován. Podle mého názoru to souvisí s mírou jejich postižení, časovými možnostmi pracovníků umožnit jim tento kontakt a s dalšími faktory. Jistě by bylo ideální, kdyby tato čísla byla vyšší (**Tabulka č. 9 v příloze**).

## 4. Diskuse

Rozhovory byly dělány ve třech zařízeních různého typu s osmi klienty s lehkou mentální retardací. Je to příliš malý počet na to, abych činila z rozhovoru obecné závěry. Je to pouhé doplnění vědy o nové pohledy osmi lidí s mentálním postižením, které může sloužit k dalšímu výzkumu. Jsem si také vědoma toho, že rozhovory jsou dělány jen s lidmi s dobrou komunikační schopností a s lehkým mentálním postižením. Pohledy těchto lidí nemusí být totožné s pohledem lidí s těžším mentálním postižením. Rozhovory jsou také ovlivněny výběrem klientů. Rozhovorů se například účastnili jen klienti, kteří byli osloveni, tj. klienti, u kterých se předpokládalo, že by rádi takový rozhovor poskytli. Byli to všechno klienti přátelští a sdílní. Nemají problémy navazovat přátelské vztahy.

V druhém zařízení jsem se s oběma klientkami již znala. Seznámení bylo v tomto případě jednodušší. Pomáhalo také v otevřenosti rozhovoru. Na druhou stranu si uvědomuji, že rozhovor mohl být tímto ovlivněn.

Chtěla bych také upozornit na to, že s většinou klientů jsem se ale dopředu neznala a samotný rozhovor trval méně než půl hodiny. Poznala jsem tedy jejich vztahovou síť jen zcela okrajově. Někdy se mi také stávalo, že jsem se nevědomky zeptala na nějakou věc, která byla pro daného klienta v minulosti bolestná. Obvykle jsem tedy nechala klienta říct o dané věci jen tolik, kolik si přál, dál jsem se nevyptávala. V důsledku toho jsou rozhovory ochuzené o množství dalších informací.

V závěru rozhovoru se klientů ptám, jestli by si přáli něco na svých mezilidských vztazích změnit. Klienti většinou odpovídali, že by nic změnit nechtěli. Je důležité si však uvědomit, že lidé s mentálním postižením mají problémy s abstraktním myšlením. Je pro ně tedy těžké představit si něco, co nikdy nezažili.

Dotazník na mezilidské vztahy byl pouhým doplněním první části výzkumu. Byl časově nenáročný, pracovníky tedy příliš nezatěžoval, což bylo hlavním důvodem této metody. Jeho jednoduchost však přináší řadu nedostatků, pro které je tento výzkum spíše orientačním, nejsou z něj možné vyvodit obecné závěry a je především podkladem pro možné další bádání.

Výběr respondentů byl dělán na základě jejich komunikačních schopností, žádné další požadavky na klienty nebyly specifikovány. Jsou zde tedy rozdíly věkové, ve stupni mentální

retardace a není zde rovnoměrné zastoupení mužů a žen. Tyto výsledky jsou těmito faktory ovlivněny a nelze je tedy zobecňovat.

Uvědomuji si také, že řada otázek byla pro pracovníky nesnadná. Bylo těžké na ně odpovědět, nebo je zařadit do příslušných kolonek. Některé otázky jsou také subjektivní. Je však na druhou stranu důležité si uvědomit, že od řady klientů je těžké získat objektivní informaci a pracovníci přistupují k těmto klientům právě podle jejich subjektivního vnímání daného klienta. Považuji tedy za důležitý i pohled pracovníků.

V dotazníku bylo především těžké určit, které lidi považovat za přátele klientů. Každý z nás chápe význam tohoto slova trochu jinak. Kromě toho je těžké určit, zdali daná osoba je přítelem respondenta, či se jejich vztah za přátelství považovat nedá. Hodně tedy záleží na pohledu pracovníka.

Z dotazníků vyplývá, že často mají respondenti s klienty na oddělení vztahy „neutrální“. Tato odpověď je zřejmě ovlivněna tím, že pracovníci se necítí kompetentní jejich vztahy hodnotit.

A v neposlední řadě tyto uzavřené otázky nedávají odpověď na otázku: „Proč?“ Proč dané skutečnosti jsou takové, jaké jsou. Můžeme si tedy tyto odpovědi interpretovat chybně.

## 5. Závěr výzkumu

Cílem těchto rozhovorů bylo dozvědět se něco víc o lidech s mentálním postižením žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením a obohatit speciální pedagogiku o pohledy lidí s mentálním postižením na jejich život v ústavní péči. Nebylo tedy cílem těchto rozhovorů udělat nějaké obecně platné závěry, spíše poznat těchto osm jedinečných osobností a dozvědět se o jejich vztazích něco víc.

Dotazovaní klienti většinou mluvili pozitivně o svém životě v Domově. Pokud mluvili o něčem, s čím byli nespokojeni či o nějakém špatném zážitku, většinou šlo o záležitosti, které již byly v této době v pořádku (nespokojenost s oddělením, problémy se spolubydlicí, zneužívání klienta v jeho bývalém bytě).

Klienti byli velmi otevření a upřímní, nebyl pro ně problém odpovídat mi na položené otázky.

Rádi vyprávěli a často se v rozhovoru i vraceli k jejich každodenním aktivitám. Domnívám se, že jsou většinou s činnostmi, které dělají spokojeni (s výjimkou klientů, kteří by rádi měli stálé zaměstnání).

Kapela a divadlo jsou pro klienty, s kterými jsem dělala rozhovor, důležitou součástí jejich seberealizace. Je to způsob, jak sobě i okolí něco dokázat a jak se stát pro druhé ne jenom těmi, kteří mají mentální postižení, ale také těmi, kteří něco umí.

Na oddělení a v celém Domově jsou většinou spokojeni, vztahy mají dobré. S pracovníky si všichni dobře rozumějí. Pokud měli vyjmenovat kamarády, nebylo to pro ně vždy jednoduché si na všechny vzpomenout. Vzpomněli si na ně ale v průběhu dalšího rozhovoru. Za kamarády považují především lidi na oddělení a z jiných oddělení v Domově.

Na otázku „Co by změnili“ často odpovídali, že nic, že jsou spokojeni s tím, jak to je. Domnívám se, že to je způsobeno i tím, že si představovali jen reálné změny.

Rozhovor s klienty byl pro mě příjemným zážitkem, u kterého jsem nabyla nových informací a také nových zkušeností.

Dotazníky se týkaly vybraných oblastí rozhovorů s klienty. Zmiňovaní respondenti mají malé množství přátel v Domově a téměř žádné přátele mimo Domov. Chtěla jsem se také dozvědět, zdali mají dostatek soukromí a kolik času potřebují být sami. Z dotazníků vyplývá, že dávají přednost trávení svého volného času ve společenské místnosti, či rádi střídají pobyt

ve společenské místnosti a ve svém pokoji. U žádného respondenta však pracovníci nezaznamenali, že by se klient pobytu s ostatními klienty vyhýbal a snažil se co nejvíce času trávit na svém pokoji.

Pracovníci hodnotí vztahy svých klientů spíše pozitivně než negativně. U většiny spolubydlících se však domnívají, že vztahy s nimi jsou „neutrální“. Domnívám se, že pracovníci neměli odvahu hodnotit tyto vztahy, a proto zvolili variantu „něco mezi tím.“

Podle pracovníků jen dva klienti rádi navštěvují klienty z jiných oddělení. Z toho můžeme činit závěry, že nejdůležitější vztahy těchto klientů jsou právě na jejich oddělení.

Respondenti se vídají se svou rodinou skutečně různě často, bylo by zajímavé pokusit se tento výzkum udělat na širším vzorku lidí.

Přátele mimo Domov většina klientů nemá, či se s nimi vídá velmi málo. Do kontaktu s okolním světem se respondenti dostávají, někteří však pouze zřídka.

## Závěr

Ve své práci jsem se věnovala kvalitě života dospělých lidí s mentálním postižením. V teoretické části jsem uvedla některé příklady definic mentálního postižení. Tyto definice zmiňují snížení rozumových schopností, poruchy v adaptačním chování a jmenují jednotlivé oblasti vývoje (vývoj řeči, vývoj motoriky apod.), které mentální retardace ovlivňuje. Píší také o lidech s mentálním postižením a o jejich odlišnostech od intaktních jedinců.

Další oblastí, které jsem se věnovala, je dospělost lidí s mentálním postižením. Opět jsem zde uvedla některé definice dospělosti a na jejich základě jsem si uvědomila, že někteří dospělí lidé s mentálním postižením řadu těchto „podmínek“ nikdy nebudou splňovat. Zmiňuji se také o tom, že v minulosti se tento paradox řešil tím, že se k dospělým lidem přistupovalo jako k dětem. Tímto přístupem se však dospělí lidé s mentálním postižením ještě více vzdalovali „ideálu dospělosti“. Pokud však přistupujeme k dospělým lidem přiměřeně jejich věku, projevujeme jim tím nejen úctu, ale také jim pomáháme se k těmto „podmínkám dospělosti“ skutečně přiblížit.

Vysvětlila jsem také, co to je Zákon o sociálních službách a Standardy kvality sociálních služeb. Tento zákon má za cíl zvyšovat kvalitu života uživatelů služeb. V rámci tohoto zákona se název „ústav“ mění na „domov“. Tuto změnu v terminologii ve své práci vysvětluji, neboť je tato terminologie dodnes špatně užívána.

Ve své práci se také zabývám riziky institucionální péče a chybnými přístupy k lidem s mentálním postižením, neboť mohou mít negativní dopad na kvalitu života klientů těchto domovů.

Zabývám se také pojmem kvality života. Autoři uvádějí řadu oblastí, které mají vliv na kvalitu života. Na základě rozdělení, které uvádí Strnadová (2009) se věnuji každé jednotlivé oblasti. Věnuji se tomu, jak tyto oblasti ovlivňuje samotné postižení člověka s mentálním postižením a na druhé straně podmínky, ve kterých žije.

O minulosti Domovů pro osoby se zdravotním postižením (respektive ústavů) dnes mluvíme velmi negativně. Změny, které se odehrály od této doby, chápeme naopak velmi pozitivně. Tyto změny zvyšují kvalitu života lidí s mentálním postižením a já je reflektuji ve své práci. Přesto také zmiňuji řadu faktorů, které snižují kvalitu života lidí s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Z výzkumů uvedených autorů



vyplývá, že lidé žijící v chráněných bydleních hodnotí svou kvalitu života vyšší, než lidé žijí v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

V praktické části se zabývám vybranou oblastí kvality života, mezilidskými vztahy. V první části výzkumu používám metodu polostrukturovaných rozhovorů a druhou část výzkumu dělám formou dotazníků.

Rozhovor jsem udělala s osmi respondenty s lehkým mentálním postižením. Kvalitu svého života hodnotili jako vysokou. Ve většině případů projeví svou spokojenost se vztahy s ostatními klienty, pracovníky i s náplní svého volného času. Vztahy se svou rodinou hodnotili různě. Bylo to ovlivněno i tím, jestli měli ještě rodiče. Míru své spokojenosti hodnotili vysoko a většinou by na svých mezilidských vztazích nic neměnili.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že pracovníci hodnotí vztahy klientů, kteří by se sami za sebe nedokázali vyjádřit o svých vztazích, s ostatními klienty poměrně pozitivně, či je hodnotí jako „neutrální“. Tito respondenti nemají velkou potřebu stýkat se s klienty z jiných oddělení. Přátele mimo Domov nemají, či se s nimi stýkají jen velmi málo. A polovina těchto klientů má častý kontakt s rodinou a druhá polovina se s rodinou příliš nevidá.

Díky této práci jsem se dozvěděla nové informace o lidech s mentálním postižením. Nabyla jsem také nové zkušenosti při setkání s klienty i při samotném psaní práce. Smyslem této práce je také poskytnout informace lidem, kteří s těmito klienty pracují, a také dává nové podněty k dalšímu bádání.

Z této práce se například zdají být patrné rozdíly mezi mezilidskými vztahy klientů, kteří se účastnili rozhovorů a klientů, za které byl vyplněn dotazník. Vztahová síť klientů, kteří se účastnili rozhovoru, se zdá být širší, než vztahová síť klientů, za které byl vyplněn dotazník. Bylo by zajímavé tuto hypotézu ověřit kvantitativním výzkumem.

## Seznam použité literatury

- BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7.
- BENDLOVÁ, P. a kol. *Stručný filosofický slovník*. Praha: Svoboda, 1966.
- ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem: Zvládání problémového chování u lidí nejen v domovech sociálních služeb*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- ČÁMSKÝ, P., KRUTILOVÁ, D., SEMBDER, J., SLADKÝ, P. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008.
- ČERMÁKOVÁ, K.; JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce poskytovatele* [online]. Vyd. 1. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002 [cit. 2010-03-16]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>. ISBN 80-86552-45-4
- ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3
- INCLUSION EUROPE, *Rovnost práv pro všechny*. Brussels, Inclusion Europe, 2005. ISBN 2-87460-028-8.
- JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
- KOLEROVÁ, L. *Kvalita života osob s mentálním postižením v období mladé dospělosti*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2008.
- KRAKULCOVÁ, B. a kol. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Univerzita Karlova v Praze- Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7290-094-3.
- LEČBYCH, M.: *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
- LENDL, T. K problematice kvality života postižených jedinců. *Efeta*. 1.1.2003, roč. 13, č. 3, s. 6-8.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: SLON (Sociologické nakladatelství), 1999. ISBN 80-85850-76-1.

MPSV [online]. 2005, 9.12.2009 [cit. 2010-04-5]. Sociální služby. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>>.

PRŮŠA, L. *Sociální služby: srovnání ČR a EU*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008.

*The SELF-ADVOCATES* [online]. 2007 [cit. 2010-04-5]. Dostupné z WWW: <<http://www.inclusion-europe.org/documents/HR-FinalReport-EN-web.pdf>>

SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

STRNADOVÁ, Iva. A co bude dál?: Plánování budoucnosti v rodinách osob s mentálním postižením. *Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. 2009b, roč. 19, č. 3, s. 185-195. ISSN 1211-2720.

STRNADOVÁ, I. *Od marginalizace k důstojnému životu: Dospělé a stárnoucí ženy s mentálním postižením*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2009a. ISBN 978-80-7290-413-6.

ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

VAŽUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063.

# Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Tabulky

Tabulka č.1 Respondenti, kteří poskytli rozhovor

Tabulka č.2 Sloupec spokojenosti

Tabulka č.3 Počet přátel klientů

Tabulka č.4 Místo na oddělení, kde klienti tráví rádi volný čas

Tabulka č.5 Vztahy s klienty na oddělení

Tabulka č.6 Vztah k lidem z jiných oddělení

Tabulka č.7 Četnost kontaktů s rodinou

Tabulka č.8 Četnost kontaktů s přáteli

Tabulka č.9 Četnost kontaktů s okolním světem

## Příloha č. 1

## Mezilidské vztahy klienta

Prosím o vyplnění dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce. Dotazník má zcela orientačně zmapovat mezilidské vztahy daného klienta. Je možné, že u některých otázek nebudete znát přesnou odpověď, stačí tedy odpovědět přibližně. Někdy také nemusí být odpověď jednoznačná (viz. otázka 2), zaškrtněte tedy odpověď nejlépe se hodící.

1. Kolik má klient X přátel? Na oddělení..... (klienti, s kterými si rozumí, s kterými rád tráví čas)

V Domově (mimo oddělení).....(tráví s nimi rád čas, vyhledává jejich přítomnost)

Mimo Domov pro osoby se ZP.....(navštěvuje je nebo oni navštěvují jeho; nepočítáme rodinu)

2. Vztahy s ostatními klienty na oddělení

	Velmi dobré	Dobré	neutrální	špatné	Velmi špatné
1. klient					
2. klient					
3. klient					
4. klient					
5. klient					
6. klient					
7. klient					
8. klient					
9. klient					
10. klient					

3. Kde tráví klient rád svůj volný čas (nebo kde upřednostňuje trávení volného času):
- klient často (nebo rád) navštěvuje klienty z jiných oddělení
  - klient nemá velkou potřebu vidat se s klienty z jiných oddělení, radši je na oddělení
4. Klient:
- upřednostňuje trávení volného času ve společenské místnosti a málokdy je na svém pokoji
  - klient tráví hodně volného času ve společenské místnosti, ale tráví rád čas také na svém pokoji
  - klient často potřebuje (vyžaduje) soukromí ve svém pokoji
5. Jak často jezdí klient domů?
- několikrát týdně    1x týdně    1x za 14 dní    1x za 3 týdny-měsíc
- 1x za 2-3 měsíce    jednou za 3 měsíce- půl roku    půl rok- rok    méně    vůbec ne
6. Jak často ho rodina navštěvuje?
- několikrát týdně    1x týdně    1x za 14 dní    1x za 3 týdny- měsíc
- 1x za 2 -3 měsíce    3 měsíce- půl roku    půl rok- rok    méně    vůbec ne
7. Jak často se vidá se svými přáteli mimo Domov?
- několikrát týdně    1x týdně    1x za 14 dní    1x za 3 týdny -měsíc
- 1x za 2- 3 měsíce    3 měsíce- půl roku    půl rok- rok    méně    vůbec ne
8. Jak často se dostane do kontaktu s okolním světem (cizí nebo známí lidé mimo Domov, kteří nespádají do kategorií přátelé a rodina)- např. na procházku, na nákup, ale i akce v Domově pro veřejnost
- (téměř) každý den    několikrát týdně    1x týdně    1x za 14 dní
- 1x za 3 týdny- měsíc    1x za 2-3 měsíce    3 měsíce- půl roku    půl rok- rok
- méně než jedenkrát za rok    vůbec ne

**Děkuji za vyplnění**

## Příloha č. 2 Tabulky

Tabulka č.1 Respondenti, kteří poskytli rozhovor

Vymyšlené jméno	Pohlaví	Věk	Stupeň mentální retardace	Způsob zaznamenávání rozhovoru	Opatrovník Ano-ne
Liduška	Žena	32 let	Lehká MR	Tužka papír	Svéprávná
Tadeáš	Muž	33 let	Lehká MR	Tužka papír	Svéprávná
Tomáš	Muž	44 let	Lehká MR	Tužka papír	Svéprávná
Simona	Žena	32 let	Lehká MR	Tužka papír	Opatrovník je člen rodiny
Natálie	Žena	58 let	Lehká MR	Tužka papír	Opatrovník je člen rodiny

Ronald	Muž	48 let	Lehká MR	Tužka papír	Opatrovník není člen rodiny
Rúth	Žena	53 let	Lehká MR	Diktafon	Opatrovník není člen rodiny
Edmund	Muž	23 let	Lehká MR	Diktafon	Opatrovník není člen rodiny

**Tabulka č.2 Sloupec spokojenosti**

<b>5</b>	lepší by to už nemohlo být
<b>4</b>	spíš lepší
<b>3</b>	něco mezi tím; uprostřed- mohlo by to být lepší i horší
<b>2</b>	spíš horší
<b>1</b>	horší by to už nemohlo být





**Tabulka č. 5 Vztahy s klienty na oddělení**

<b>Klient</b>	<b>Velmi dobré</b>	<b>Dobré</b>	<b>Neutrální</b>	<b>Špatné</b>	<b>Velmi špatné</b>
1.		3	3		
2.		3	5		
3.			2	1	1
4.	1		3		
5.			4		
6.	1	4	1		
7.		3	5		
8.	1	2	1		

**Tabulka č. 6 Vztah k lidem z jiných oddělení**

<b>Místo</b>	<b>Klient</b>							
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Rád navštěvuje jiná oddělení					x			x
Radši je na svém oddělení	x	x	x	x		x	x	



