

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY



**POHLED DOSPĚLÝCH OSOB S MENTÁLNÍM
POSTIŽENÍM NA VLASTNÍ VOLNÝ ČAS**

Autor: Markéta Krajníková

Vedoucí práce: PhDr. Iva Strnadová, Ph.D.

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Praze 20.11.2008

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi poskytli svůj čas, názory a informace, které daly vzniknout této práci. Zvláště pak děkuji vedoucí své práce, PhDr. Ivě Strnadové, Ph.D., za veškerou pomoc a odborné rady.

Anotace

Cílem práce je získání vhledu do problematiky volného času očima dospělých lidí se středně těžkou mentální retardací. Teoretický rámec práce je založen na vymezení pojmů mentální retardace, dospělost, kvalita života, volný čas a na jejich vzájemné interakci a specifických týkajících se skupiny dospělých lidí se středně těžkým mentálním postižením. Pomocí metod semi-strukturovaného rozhovoru a terénních poznámek byla získána data od 15 respondentů s mentálním postižením a čtyř poskytovatelů služeb, jejichž výpovědi byly následně konfrontovány. Výsledkem je identifikace diskrepancí v odpovědích těchto dvou skupin týkající se obecného pojetí volnočasových aktivit a míry samostatnosti při utváření náplně volného času. Na jejich základě jsou formulována doporučení ohledně možných změn a nutnosti dalšího výzkumu v této oblasti do budoucna.

Abstract

The aim of this work is to acquire better understanding of the perception of leisure time by adult people with moderate mental retardation. The theoretical framework is based on defining the terms of mental retardation, adulthood, quality of life, leisure and on their mutual interaction and specifics concerning adult people with moderate mental retardation. Through the method of semi-structured interview and field-notes, data from 15 respondents with mental retardation and four social service providers were obtained and subsequently confronted with one another. The process resulted in identification of several discrepancies in answers given by these two groups concerning general views on leisure and self-determination in choosing leisure-time activities. Based on these findings recommendations were formulated in the field of possible changes and the necessity of further research in the near future.

Obsah

Obsah	5
1 Úvod.....	7
2 Kvalita života dospělých osob s mentálním postižením	9
2.1 Mentální retardace	9
2.2 Lidé s mentálním postižením v dospělém věku.....	15
3 Kvalita života lidí s mentálním postižením	18
3.1 Definice kvality života.....	18
3.2 Měření kvality života u osob s mentálním postižením	22
3.3 Faktory ovlivňující odpovědi respondentů	25
4 Volný čas u lidí s mentálním postižením	28
4.1 Specifika volného času lidí s mentálním postižením.....	28
4.2 Charakteristika volnočasových aktivit.....	30
4.3 Trendy ve volnočasových službách pro lidi s mentálním postižením	32
4.4 Právo na volný čas	33
4.5 Sebeurčení – samostatné rozhodování.....	35
4.5.1 Kvalita života, volný čas a sebeurčení.....	38
5 Cíle a metodologie šetření.....	40
5.1 Zakotvená teorie (dle Švaříček, Šedřová 2007)	40
5.2 Cíl šetření, výzkumný problém, výzkumné otázky	42
5.3 Metody šetření	44
5.4 Kritéria kvality šetření	45
5.4.1 Důvěryhodnost (credibility)	45
5.4.2 Spolehlivost (reliability)	46
5.4.3 Etické dimenze výzkumu.....	46
6 Průběh šetření.....	48
6.1 Zařízení.....	48
6.2 Respondenti	48
6.3 Pilotáž.....	49

6.4	Šetření.....	50
7	Získaná data	52
7.1	Data od osob s mentálním postižením.....	52
7.1.1	Způsoby trávení volného času.....	52
7.1.2	Spokojenost s trávením volného času.....	54
7.1.3	Samostatnost v utváření náplně volného času.....	55
7.2	Data získaná od poskytovatelů služeb.....	55
7.2.1	Nabízené aktivity.....	55
7.2.2	Organizace volného času.....	56
7.2.3	Hodnocení kvality služeb.....	56
7.3	Data získaná z terénních poznámek.....	57
8	Analýza dat.....	58
8.1	Otevřené kódování.....	58
8.1.1	Kategorie vzešlé z odpovědí osob s mentálním postižením.....	58
8.1.2	Kategorie vzešlé z odpovědí poskytovatelů služeb.....	61
8.2	Axiální kódování.....	62
8.3	Selektivní kódování.....	63
8.4	Kostra analytického příběhu.....	65
8.5	Spokojenost dospělých lidí s mentálním postižením s volným časem.....	66
8.6	Vnímání volného času – lidé s MR vs. poskytovatelé služeb.....	67
8.7	Samostatnost rozhodování – lidé s MR vs. poskytovatelé služeb.....	68
9	Diskuse.....	70
9.1	Zhodnocení současné situace v kontextu publikovaných výzkumů.....	70
9.2	Možné návrhy změn.....	72
10	Závěr.....	75
	Literatura.....	77
	Seznam použitých tabulek a schémat.....	85
	Seznam příloh.....	86

1 Úvod

Hlavní oblastí zájmu této práce je volný čas dospělých lidí se středně těžkým mentálním postižením. Přestože existují výzkumy zabývající se touto problematikou, není jich mnoho a volný čas stojí často na okraji zájmu jak vědců, tak i poskytovatelů služeb. U dospělých lidí je pak tato oblast opomíjena ještě více než u dětí. Domnívám se však, že volný čas hraje v životě jedince stejně důležitou roli jako například zaměstnání, a proto jsem si zvolila právě toto téma své práce.

Ráda bych zde představila na základě odborné literatury a již provedených výzkumů propojení volného času a sebeurčení s kvalitou života, tzn. jak tyto dvě oblasti zasahují do subjektivního vnímání kvality života a jak ho mohou pozitivně ovlivňovat. Dále bych také chtěla představit legislativní rámec problematiky volného času, a to právo na volný čas zakotvený v řadě národně i mezinárodně platných dokumentů.

Hlavní součástí práce je šetření provedené na patnácti dospělých osobách se středně těžkým mentálním postižením a na čtyřech poskytovatelích sociálních služeb pro tuto skupinu obyvatel. Cílem šetření ovšem není zmapovat současnou situaci v nabídce volnočasových aktivit pro lidi s mentálním postižením, ale získat materiály o tom, jak svůj volný čas vnímají lidé s mentálním postižením, tzn. zda jsou s ním spokojeni, či zda touží po změně, zda mají přehled, co ve volném čase lze dělat, zda o svém volném čase sami rozhodují, nebo jim je organizován druhou osobou. Získané výpovědi bych posléze ráda konfrontovala s názory poskytovatelů služeb

Jako metody šetření byly zvoleny semi-strukturovaný rozhovor s dospělými osobami se středně těžkým mentálním postižením a poskytovateli volnočasových služeb pro ně, dále také terénní poznámky a zúčastněné pozorování. Tyto metody byly zvoleny na základě kvalitativního zaměření tohoto šetření a v souladu s požadavky metodologické triangulace.

Pomocí analýzy získaných dat postavené na zakotvené teorii bych ráda alespoň částečně vyslovila určitá zobecnění, našla spojující kategorie a jednotící linii, která povede

k vyslovení hypotézy, jenž by mohla pomoci dalších případných kvalitativních výzkumů potvrdit širší zobecnitelnost mnou představených závěrů.

Závěrem lze říci, že bych se ráda pokusila o hlubší pochopení vnímání volného času dospělými lidmi s mentálním postižením, a to proto, aby mohlo postupně dojít ke zkvalitnění poskytovaných služeb v oblasti volnočasových aktivit a hlubšímu pochopení této problematiky poskytovateli služeb, kteří s dospělými lidmi s mentálním postižením pracují.

2 Kvalita života dospělých osob s mentálním postižením

Definování dospělého člověka se středně těžkým mentálním postižením bude rozděleno do dvou kroků – samostatné definování středně těžké mentální retardace, v jejímž kontextu následně bude definována dospělost.

2.1 Mentální retardace

Jasně definování pojmů je důležitým atributem každé vědní disciplíny. Otázka: „Co je mentální retardace?“ má zásadní význam, neboť to, jak na ni odpovíme, ovlivní, či vnitřní a vnější světy se snažíme prozkoumat a pochopit, modely našeho zkoumání a způsob, jakým zkoumání interpretujeme (Felce 2006). Odpověď ovlivní právní a sociální status lidí, které označíme za mentálně postižené, sociální služby a podporu, na které mají nárok (Greenspan, Switzky 2006).

Jak již bylo řečeno, přestože se pojem mentální postižení na první pohled jeví jako poměrně snadno uchopitelný a definovatelný, již první pokus o toto dokazuje opak. „*Být mentálně retardovaný je zpravidla považováno za absolutní stav – člověk je buď mentálně retardovaný nebo není. Mentální deficit takového jedince je pak třeba určit, pojmenovat, natrvalo zařadit a provždy vědět, co s ním. Již letmé zkoumání obsahu mentální retardace z historické perspektivy naznačuje relativnost stavu být mentálně retardovaný*“ (Šiška 2005, s. 9). Americká asociace pro mentální postižení (American Association for Mental Defficiency, později American Association for Mental Retardation – AAMR, dnes American Association on Intellectual and Developmental Disabilities - AAIDD) v roce 1959 revidovala psychometrické určení mentální retardace na jednu a více standardní odchylky a podle této definice počet lidí s mentálním postižením vzrostl na 16%. V roce 1973 tatáž asociace předefinovala mentální retardaci na dvě a více standardní odchylky a přes noc tak byla mentální retardací postižena pouze 2% populace, čímž se „vyléčilo“ tisíce lidí během jednoho okamžiku (Šiška 2005). Shrnout toto můžeme slovy Dörnera a Ploga (1999): „*Mentální postižení není svou povahou absolutní, nýbrž relativní vůči očekávání hodnot a výkonu u skupiny, resp. společnosti, ke které člověk přísluší.*“ (in Vágnerová 2004, s. 289)

Dalším úskalím při hledání definice pojmu mentální postižení je skutečnost, že výzkum v této oblasti probíhá v mnoha vědních oborech, což je skutečností v zásadě pozitivní,

neboť každý z oborů pojem definuje za jiným účelem a definice by se měly navzájem doplňovat. Proto můžeme nalézt odlišné definice medicínské, psychologické, sociologické, či speciálně pedagogické. Oblast medicíny se často obrací k Mezinárodní klasifikaci nemocí, kterou pravidelně vydává Světová zdravotnická organizace (WHO). V současné době je v platnosti desátá revize této klasifikace – MKN-10 (mezinárodní označení ICD-10). Každá nemoc či porucha zde nese své specifické označení složené z písmene a čísla. Písmenem F jsou signovány „nemocí duševní a poruchy chování“. Mentální retardace se pak nalézají pod označeními F70 až F79. Jednotlivé stupně mentální retardace jsou orientačně dány výškou inteligenčního kvocientu:

F70 Lehká mentální retardace (mild mental retardation) – IQ 50-69

F71 Středně těžká mentální retardace (moderate mental retardation) – IQ 35-49

F72 Těžká mentální retardace (severe mental retardation) – IQ 20-35

F73 Hluboká mentální retardace (profound mental retardation) – IQ do 19

F78 Jiná mentální retardace (other mental retardation)

F79 Nespecifikovaná mentální retardace (unspecified mental retardation) - používá se v případech, kdy je bližší diagnóza stupně mentálního postižení obtížná nebo ji není možno stanovit; jedná se často o situace, kdy se mentální postižení vyskytuje v kombinaci s dalšími postiženími, jako je slepota, hluchota apod.

(MKN-10, 1992)

V odborné literatuře je ovšem možné najít i odlišné hraniční hodnoty IQ pro jednotlivé stupně mentálního postižení (např. in Opdal, Rognhaug 2004). Rozdíly od MKN-10 nicméně nebývají vyšší než 5 IQ bodů, což vysvětluje Americká asociace pro mentální retardaci standardní chybou při měření IQ, která je přibližně právě 5 bodů. To znamená, že strop hranice mentální retardace může být až 75. Nicméně AAMR (2008) také udává, že hodnocení stupně mentální retardace podle výše IQ je pouze jedním z kritérií hodnocení mentální retardace a je nutné nezapomínat také na snížení adaptačních schopností a to, že projevy postižení musely být přítomny již před dosažením 18. roku věku. Salvador-Carulla (2008) ještě přidává další úskalí při hodnocení mentální retardace pomocí inteligenčního kvocientu - testy pro hodnocení IQ nebyly navrženy pro zjišťování stupně mentální retardace, IQ je kulturně vázáno a tudíž mezinárodní standardizace IQ má své limity. Dattilo (1995) dodává, že výkon člověka při IQ testování může být negativně ovlivněn obtížemi v komunikaci způsobenými fyzickým a neurologickým postižením.

Z biologického pohledu je mentální postižení chápáno jako „trvalé poškození poznávací činnosti, které vzniklo v důsledku organického poškození.“ (Rubinšteinová in Krejčířová 2006, s. 161) Nicméně jak již naznačuje AAMR, mentální postižení nelze chápat pouze jako organické poškození mozku s důsledkem sníženého inteligenčního kvocientu. Definici mentální retardace je nutné rozšířit o další proměnné.

Zcela odlišný pohled na mentální postižení (jako protiklad k rozdělení mentální retardace na základě IQ) nám nabízí definice Americké asociace pro mentální retardaci (AAMR, in Šiška 2005). Asociace definice pravidelně reviduje, poslední verze pochází z roku 2002:

„Mentální retardace je snížená schopnost (=disability) charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech.“

Tyto adaptační dovednosti pak dle AAMR (1992) zahrnují (a) komunikaci, (b) sebeobsluhu, (c) život v domácnosti, (d) sociální dovednosti, (e) veřejný život, (f) samostatnost, (g) zdraví a bezpečnost, (h) vzdělávání, (i) volný čas, (j) zaměstnání. AAMR (in Šiška 2005) dále uvádí pět důležitých předpokladů pro správnou aplikaci definice:

1. *Snížení aktuální funkčnosti musí být posuzováno v souvislosti s prostředím komunity typické pro daný věk a kulturu jedince.*
2. *Bere v úvahu kulturní a jazykovou rozmanitost a také (individuální) rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech a v chování.*
3. *U každého jedince se vedle omezení vyskytují i jeho silné stránky.*
4. *Zjišťování limitů má jít ruku v ruce s vypracováním systému cílené podpory.*
5. *S vhodnou individuální podporou dojde k celkovému zlepšení kvality života člověka s MR.*

Z definice můžeme vidět, že její autoři navrhují chápání mentálního postižení ne na základě medicínských příčin či výše inteligenčního kvocientu, nýbrž na základě „stupně potřebné podpory“. AAMR navrhuje následující 4 klasifikační skupiny (in Luckasson a kol. 1992; Opdal a Rognhaug, 2004):

- Občasná podpora (*intermittent support*) – pomoc a podpora je poskytována, je-li třeba. Může ovšem nabývat různé intenzity.
- Omezená podpora (*limited support*) – potřeba podpory je v tomto případě konsistentní, ovšem širší a časová náročnost podpory je omezena. To znamená, že podpora může být například vykonávána pomocným personálem.
- Rozsáhlá podpora (*extensive support*) – podpora v tomto případě je každodenní, přinejmenším v určitých prostředích (domov, práce). Podpora není časově omezena.
- Úplná podpora (*pervasive support*) – pomoc a podpora je v tomto případě charakterizována jako konstantní a intenzivní ve všech prostředích.

Tento do jisté míry protikladný pohled na mentální postižení nám dovoluje se oprostit od často velmi restriktivních perspektiv, které nám nabízejí medicínské klasifikace. Podpora, kterou člověk s mentálním postižením potřebuje, by mohla být základem a zdrojem všech snah, které povedou k dalšímu rozvoji člověka v oblastech sociálních, vzdělávacích, zájmových, pracovních apod. Systém podpory nám také umožňuje poodstoupit od pouze formálně nabízené pomoci lidem s postižením, která je již tradičně nabízena resorty zdravotnictví a sociálních věcí, tzn. podpora v oblasti zdravotní péče, zabezpečení bydlení, vzdělání, pracovního uplatnění apod. Do tohoto systému podpory nám vstupuje také podpora přirozená, která přichází od rodiny, přátel či sousedů. Tento systém nám nabízí možnost holistického zhodnocení situace a plánování další podpory. (Opdal, Rognhaug 2004)

Model podpory by bylo možné zařadit do tzv. sociálního modelu postižení. Jak píše Šiška: „Sociální model oproti medicínskému modelu vystupuje z pozic holismu, vyzvedávající celostnost, před mechanismem a redukcionismem“ (2005, str. 22). Nabízí nám nový pohled na postižení obecně – již není stavem, který pouze zneschopňuje či oslabuje jedince. Postižení je naopak důsledkem handicapujících vlivů společnosti (Šiška 2005). Tento model je postaven na odmítnutí přísně individuálních a medicínských přístupů, které vkládají osud lidí s postižením pouze do rukou profesionálů, a to především lékařů, rehabilitačních a sociálních pracovníků. Tento model nenahlíží na postižení jako na „osobní tragédii“, ale vyzdvihuje bariéry a překážky, které lidem s postižením klade společnost (Barnes, Mercer, Shakespeare 1999). Nejedná se ovšem pouze o teoretický

model postižení. Tímto směrem hledí například i norská legislativa, kdy v zákoně NOU 2001:22 mentální postižení definuje následovně: „*Mentální postižení je disproporce mezi očekáváními jedince a prostředí a nároky společnosti v oblastech, které jsou zásadní pro získání a udržení samostatnosti a života ve společnosti.* (NOU 2001:22, s. 15). Z tohoto pohledu je patrné, že to nejsou pouze lidé s mentálním postižením, kteří se mají přizpůsobit životu ve společnosti, ale že je to také společnost, která se musí přizpůsobit lidem s mentálním postižením (Morken 2006).

Další důležitou součástí definování pojmu mentální retardace je snaha o nalezení společných znaků charakterizující osoby s mentálním postižením. I zde existuje mnoho různých odpovědí na tuto otázku od mnoha autorů. I mezi nimi je ale možné nalézt velké množství společných znaků, na kterých se autoři shodují. Ty je v případě středně těžké mentální retardace možné shrnout následovně:

- (a) Myšlení přirovnáváno k myšlení předškolního dítěte – snížená schopnost abstrakce, kombinace a usuzování
- (b) Častá přidružená somatická postižení – epilepsie, neurologická a somatická onemocnění
- (c) Vývoj řeči zpomalen a opožděn, řeč verbálně chudá, výskyt agramatismů, špatná artikulace
- (d) Poruchy motoriky – opoždění, celková nemotornost a nekoordinovanost
- (e) Emocionální nestálost, impulzivita
- (f) Poruchy pozornosti a paměti
- (g) Potřeba stálého dohledu
- (h) Množnost osvojení si jednoduchých úkonů, hl. v oblasti sebeobsluhy

(Krejčířová 2006; Vágnerová 2004; Fischer, Škoda 2008; Pipeková 1998; Valenta, Müller 2003; Gargiulo 2006)

Pomocí těchto charakteristik uvádí obecnou definici mentální retardace např. Valenta a Müller (2003) jako „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“ (str. 14) Dále ovšem také dodávají ve shodě s již zmiňovanou definicí AAMR, že k diagnostikování syndromu mentální retardace nestačí pouze stanovení výše inteligenčního kvocientu, ale je třeba „*zhodnocení*

celé řady dalších aspektů osobnosti, především to, jak klient selhává ve většině sociálních očekávání svého užšího i širšího prostředí.“ (str. 15)

Potřeba jasného vymezení, nalezení společných znaků jednotlivých stupňů mentálního postižení je pochopitelná i opodstatnitelná z hlediska očekávání budoucího vývoje člověka, možných terapeutických zásahů, z hlediska státu a míry jím poskytované podpory i z hlediska již zmíněného sociálního modelu postižení, který předpokládá, že společnost bude osoby s postižením znát včetně jejich potřeb, schopností, společných charakteristik atd. Jasně vymezení je také jistým uklidňujícím faktorem pro rodiče dítěte s postižením. Již nežijí v nejistotě neznáma, ale vědí „co jejich dítěti je.“ Nicméně toto kategorizování (přidělování diagnóz) má i svá velká úskalí, která byla již mnohými diskutována a nejsou předmětem této práce. Uvedme tedy pouze, že ač diagnóza má svá mnohá opodstatnění, skrývá i mnohá nebezpečí, jako například stigmatizace, stereotypizace, generalizace.

Proto jsou jistě snahy o charakteristiky jednotlivých stupňů mentálního postižení z mnoha hledisek přínosné, nicméně není možné se při pohledu na osoby s mentálním postižením držet pouze jich. Zájmem speciálních pedagogů není na základě negativního výčtu charakterizovat osoby, se kterými pracují. Z tohoto důvodu se řada odborníků (Mahon, Goatcher 1999, Harrison, Boney 2002, Opdal, Rognhaug 2004, Šiška 2005, Briseid 2006, Gargiulo 2006 a další) přiklání k definici AAMR a její vnímání mentálního postižení na základě potřebné podpory. Tento princip klasifikace mentální retardace ovšem není v České republice zcela zaveden, a proto je cílová skupina mého šetření z praktických důvodů definována jako osoby se střední mentální retardací, nikoli jako osoby potřebující omezenou až rozsáhlou podporu svého okolí.

Důvodem výběru právě této skupiny lidí je fakt, že lidé se středně těžkou mentální retardací jsou více ohroženi omezením své svobody než lidé s lehkou mentální retardací. Lidé s těžkou a hlubokou mentální retardací nebyli vybráni z důvodů ztížené komunikace, jelikož hlavním výzkumným nástrojem šetření je rozhovor. V případě zaměření šetření na poslední dvě jmenované skupiny by bylo nutné zvolit jinou metodologii šetření.

2.2 Lidé s mentálním postižením v dospělém věku

Při hledání obecné definice dospělosti je možné nalézt mnoho různých výkladů tohoto pojmu. Rozdílnost existujících definic je dána (a) účelem, za kterým je definice vytvořena, (b) uživateli, pro které je definice určena, (c) kulturní a dobovou tradicí atd. Jednoznačné definování vstupu člověka s mentálním postižením do období dospělosti je pak problematikou ještě složitější, na kterou je možno nahlížet z mnoha různých úhlů. Člověk může být biologicky dospělý, jevit charakteristiky dospělého člověka a přesto s ním může být zacházeno jako s dítětem, pokud je pod legislativně vymezenou hranicí dospělosti. A naopak někdo může být právně dospělý, nicméně nenalezneme u něj žádnou z charakteristik dospělého člověka.

Česká legislativa (podobně jako legislativa většiny zemí světa) vymezuje dospělost 18. rokem života. Nicméně tato definice dospělosti je pro naše účely značně nedostačující. Co dále definuje dospělého člověka kromě věku? Vágnerová (2004) udává tři důležité role, které člověk v dospělém věku získává: profesní, partnerská a rodičovská. A právě zde je patrná jistá odlišnost u dospělých lidí s mentálním postižením, pro které není dosažení této úrovně vždy možné, popřípadě je možné s určitou podporou a dopomocí. U lidí s mentálním postižením (a zdravotním postižením obecně) je volba povolání daleko složitější než u zdravých jedinců. Především proto, že jsou reálně omezeny možnosti výběru budoucího povolání, některá jsou z důvodu postižení úplně vyloučena (Hadj-Moussová 2004). Z výzkumu National Organization on Disability dále vyplynulo, že dospělí lidé s mentálním postižením zůstávají buďto zcela nezaměstnaní, nebo jsou zaměstnaní pouze částečně (Gargiulo 2006).

Potřeba partnerství se ne vždy vytváří, člověk s mentálním postižením může být v tomto směru zcela satureován vztahem s matkou, či dalšími členy rodiny, jak píše Vágnerová (2004). Samotné partnerství pak často nemá zcela standardní charakter. Mnohé vztahy jsou postaveny pouze na občasných společných aktivitách. Ani okolí partnerským vztahům lidí s mentálním postižením nebývá často pozitivně nakloněno – „*rodiče mentálně postižených se tomu většinou brání, připadá jim to nepatřičné a zdůrazňují rizika nežádoucího rodičovství.*“ (Vágnerová 2004, str. 313).

Dospělí lidé s mentálním postižením byli v průběhu dějin odrazováni od rodičovství. Tyto snahy byly dokonce zakotveny legislativně v zákonech o sterilizaci, zákonech zakazujících manželství, nebo zbavujících osoby s mentálním postižením rodičovských práv. Nepřímo skrze postoje společnosti a rodičů a umístěním v segregovaných institucích jim také byly upřeny možnosti navázání sociálních a sexuálních vztahů (Blacher, Baker 2002). Dle autorů Baroff a Olley (1999) jsou lidé s mentálním postižením často více osamoceni než lidé bez postižení, neboť méně z nich se vdává, žení a má děti. Tento trend ale v posledních desetiletích nabral opačný směr a statistiky ukazují, že počet manželských svazků mezi lidmi s mentálním postižením se zvyšuje (Blacher, Baker 2002).

Luchterhand a Murphy (1998) vytvořili seznam charakteristických znaků dospělých lidí s mentálním postižením, které je mohou odlišovat od dospělých lidí bez mentálního postižení:

- obtíže v porozumění a učení
- snížené nebo změněné vyjadřování emocí
- tendence k pozitivním reakcím
- chování – spíše než slova – indikuje pravé pocity
- rodina a profesionálové se k nim chovají často odlišně než k ostatním dospělým lidem
- členové rodiny či profesionálové často figurují jako tlumočníci
- nedostatek sociální podpory
- nezřejmý smysl pro spojení s ostatními
- prožitky mnohých ztrát
- nedostatek zdrojů
- nejistá budoucnost

Je tedy patrné, že dospělost u lidí s mentálním postižením má své specifické charakteristiky lišící se od dospělosti lidí bez postižení. Objevuje se zde proto velké riziko vnímání (právně) dospělých lidí s mentálním postižením jako dětí, čímž jim zpětně okolí ještě více zabraňuje dospět. V praxi se můžeme s infantilizací dospělých lidí s mentálním postižením setkat často, příkladem může být například automatické tykání. Percepci sociální role člověka s postižením jako „věčného dítěte“ uvádí i Wolfensberger (1972, in Šiška 2005) jako jednu z nejvíce zakořeněných představ, kdy jako příklad uvádí jednání

personálu, který nevystavuje osoby s mentálním postižením jakémukoli riziku nebo jim neumožňuje, aby formulovali svá přání.

Je zřejmé, že ani pojem dospělost sám o sobě, tím méně ve spojení s mentálním postižením, nelze jednoznačně definovat se všeobecnou platností. Pro účely této práce budeme tedy za dospělého považovat člověka právně dospělého, tzn. ve věku 18 let a staršího.

3 Kvalita života lidí s mentálním postižením

Kvalita života se v posledních desetiletích stala velmi důležitým konceptem jak obecně, tak i v oblasti poskytování služeb pro lidi s mentálním postižením (Sheppard-Jones, Prout, Kleinert 2005). Bylo představeno mnoho inovativních kroků, které mají kvalitu života lidí s mentálním postižením zlepšovat (Karan, Bothwell 1997). Dle Schalocka (2002) se jedná o komplexní konstrukt, na který je možno pohlížet z mnoha různých perspektiv a operovat s ním mnoha různými způsoby. I přesto však lze nalézt mezi vědci jednotící linii a shodu (Felce, Perry 1995).

3.1 Definice kvality života

Kvalita života není konceptem zcela novým, lidé se jednotlivým dimenzím *kvalitního života* věnovali již od pradávna (Schalock 2006). U osob s mentálním postižením byla však často otázka kvality života opomíjena. Důvodů, proč se u lidí s mentálním postižením v současné době dostala do popředí, je několik, jak uvádí Schalock a Wehmeyer (2001):

1. *Jedná se o sociální konstrukt, který má vliv na rozvoj programu a služeb ve speciální pedagogice.*
2. *Používá se jako kritérium pro hodnocení efektivity podpory a služeb pro lidi s postižením.*
3. *Kvalita je patrná ve třech stupních sociálních služeb: lidé s postižením si přejí prožít kvalitní život, poskytovatelé chtějí nabízet kvalitní služby a hodnotitelé posuzují kvalitu výsledků.*

(s. 4)

a Schalock a kol. (2002) dodává:

4. *Posun od názoru, že pouze samotné pokroky ve vědě, medicíně a technologii stačí k vylepšení života, k názoru, že osobní, komunitní a celospolečenská spokojenost pramení z kombinace těchto pokroků s hodnotami, vnímáním a podmínkami životního prostředí.*
5. *Zvýšení zplnomocnění spotřebitele díky hnutím za občanská práva a jejich vlivu na svobodné rozhodování a individuální plánování služeb.*

(s. 457)

Další body na podporu důležitosti zabývání se kvalitou života u lidí s mentálním postižením přidávají Baker a Intagliatata (1982, in Oliver 1997):

6. *Udržení kvality života (ne vyléčení) je jedním z realistických cílů sociálních a medicínských služeb pro lidi s mentálním postižením.*
7. *Mentální postižení není jednodimenzionálním konceptem, stejně jako tím není kvalita života. A proto, zabýváme-li se kvalitou života, zabýváme se mnoha aspekty života a mentálního postižení, což nám umožňuje rozšíření rozsahu poskytovaných služeb (komplexnost služeb) a zvýšení jejich kvality.*
8. *Skrze kvalitu života se také můžeme lépe zaměřit na individuální potřeby lidí s mentálním postižením a také jejich okolí a prostředí, ve kterém žijí.*

(str. 17)

Výše uvedené důvody jasně dokládají důležitost, kterou koncept kvality života hraje v oblasti poskytování služeb osobám s mentálním postižením. Podle Luckassona (1997) je patrná neexistence jasné definice pojmu *kvalita života*, jelikož nemá obecně přijatý jednotný obsah. Definice pojmu *kvalita života* nalezneme mnoho, žádná z nich ovšem není všeobecně akceptována. Kvalita života bývá obecně definována jako „*subjektivní posouzení vlastní životní situace*“ (Slováček a kol. 2004, s. 6). Jednou z konkrétnějších definic je například definice Světové zdravotnické organizace, která kvalitu života definuje jako: *individuální vnímání pozice v životě v kontextu kultury a systému hodnot, ve kterém člověk žije, a ve vztahu k vlastním cílům, očekáváním, standardům a starostem. Je to široce zasahující koncept zahrnující fyzické zdraví jedince, jeho psychologický stav a úroveň nezávislosti, sociální vztahy, osobní víru a vztah k hlavním znakům životního prostředí.*

(WHO 1993, in Oliver 1997)

Je patrné, že k definování kvality života potřebujeme znát její součásti, neboť jak je zřejmé z definice WHO, jedná se o koncept zahrnující mnoho subjednotek. V oblasti speciální pedagogiky panuje shoda, že kvalita života je multidimenzionálním konceptem. Schalock a kol. (2002) definovali devět hlavních myšlenek (*core ideas*) týkající se kvality života, které jsou: (a) indikátory spokojenosti, (b) inter- a intrapersonální variabilita, (c) individuální kontext, (d) celoživotní perspektiva, (e) holismus, (f) hodnoty, volby a osobní kontrola, (g) vnímání, (h) sebepojetí, (i) zplnomocnění. Při hodnocení kvality života nás většinou zajímá osm hlavních indikátorů spokojenosti (a), jak je definoval Schalock (2005, 2006):

1. emocionální duševní pohoda

- spokojenost (potěšení, nálada, požitek)
- sebepojetí (sebehodnocení, sebevědomí, sebeuznání)
- absence stresu (schopnost stres předpovídat a kontrolovat)

2. mezilidské vztahy

- interakce (sociální síť, sociální kontakty)
- vztahy (v rodině, s přáteli, s vrstevníky)
- podpora (emocionální, fyzická, finanční)

3. materiální spokojenost

- finanční situace (příjem, podpora)
- zaměstnání (pozice, prostředí v zaměstnání)
- bydlení (typ, vlastnictví)

4. osobní rozvoj

- vzdělání (dosažená úroveň, status)
- osobní kompetence (kognitivní, sociální, praktické)
- výkonnost (úspěch, produktivita)

5. fyzická spokojenost

- zdraví (symptomy, zdatnost, výživa)
- aktivity denního života (sebeobsluha, mobilita)
- zdravotní péče
- volný čas (zábava, zájmy)

6. sebeurčení

- autonomie (nezávislost)
- osobní cíle a hodnoty (přání, očekávání)
- rozhodování (příležitosti, možnosti, volby)

7. sociální inkluze

- zapojení se do života společnosti
- role v místní komunitě (zapojení, dobrovolnictví)
- sociální podpora (síť podpory, služby)

8. práva

- lidská (respekt, důstojnost, rovnost)
- legislativní (občanství, přístup, řádné soudní řízení)

Na tyto indikátory je potom nutné nazírat pomocí zbylých osmi výše definovaných *myšlenek*, jak popisuje Schalock a kol. (2002). *Inter- a intrapersonální variabilita* znamená, že indikátory spokojenosti jsou vnímány odlišně konkrétními jedinci a kulturními skupinami. To implikuje, že vnímání kvality života se liší jednak mezi různými jedinci, ale také v průběhu času u jednoho jedince. Z toho plyne, že „vysoká kvalita života“ může mít pro odlišné lidi odlišný význam.

Pojem *individuální kontext* v sobě zahrnuje přesvědčení, že člověka nejlépe pochopíme v kontextu jeho životního prostředí, tzn. prostředí práce, domova a volného času. Hlavní myšlenkou je, že lidé, místa a okolí mohou podporovat a zvyšovat kvalitu života.

Celoživotní perspektiva znamená, že jednotlivé praktiky mají v průběhu života kumulativní efekt. To znamená například, že výuka dítěte s postižením na základní škole má později vliv na jeho vzdělávání na střední škole, zaměstnání a společenský život.

Obecně je také přijímána myšlenka, že model kvality života by měl být vnímán *holisticky*, tzn. že v jakýkoli životní moment může jeden životní aspekt ovlivnit aspekty další. Z toho důvodu je třeba brát v úvahu možné důsledky a využívat aktivity a motivačních aspektů v jedné oblasti k zvýšení uspokojení v oblasti jiné.

Kvalita života souvisí také s *hodnotami a volbami*, které jedinec v průběhu života činí, a také s tím, jakou nad nimi má kontrolu. Kvalita života tudíž představuje různé hodnotové systémy. Přijetí možnosti volby má zásadní vliv na sebepojetí, motivaci a kontrolu, stejně jako na zdraví v nejširším slova smyslu.

V otázce *vnímání* není podstatné, pokud vnímání těchto základních myšlenek kvality života je správné či nesprávné, podstatné ovšem je to, co člověk vnímá a jak se jeho vnímání mění – největší změny ve vnímání kvality života jsou právě, je-li intervence a rehabilitace efektivní. Na druhé straně je také nutno brát zřetel na návrhy a vnímání rodičů, partnerů a poskytovatelů podpory a služeb. Je nutné si ale uvědomit, že jejich vnímání se může značně lišit od vnímání osoby s postižením.

Cílem zvyšování kvality života by měla být podpora sebepojetí a poskytování takového prostředí, které zvyšuje jedincovy možnosti nabytí kontrolu nad vlastním životem. Toto

souvisí také s poslední myšlenkou – *zplnomocněním* – která si klade za cíl podporu samostatného rozhodování jedince.

Až do této chvíle jsme o kvalitě života hovořili z celospolečenského hlediska, ne pouze v souvislosti s osobami s mentálním postižením. Nabízí se proto otázka, zda-li je v těchto dvou úhlech pohledu nějaký rozdíl. Jednoduchou odpověď nabízí Schalock (1997) prvním ze svých deseti základních principů kvality života, a to: *Kvalita života lidí s postižením se skládá ze stejných faktorů a vztahů, které jsou zásadní pro všechny lidi* (s. xi).

Jak již bylo výše zmíněno, jednou ze základních charakteristik kvality života je její komplexnost. V této práci ale mírně od této komplexnosti odhlédneme a zaměříme se pouze na určité aspekty ovlivňující kvalitu života, tzn. nebudeme hodnotit kvalitu života jako celek, která by pro účely této práce byla příliš rozsáhlým úkolem. Protože hlavním tématem práce je *využití volného času*, které je jednou z částí ovlivňující kvalitu života, budou pro nás zásadní především body fyzická spokojenost – volný čas, sebeurčení – rozhodování a sociální inkluze – zapojení se do života společnosti. Volný čas je jedním z centrálních aspektů kvality života a často slouží jako jedno z hlavních kritérií, neboť radost a uspokojení jsou často umocňovány volnočasovými aktivitami (Stark, Goldbury 1990 in Schalock 1997).

3.2 Měření kvality života u osob s mentálním postižením

Měření kvality života je nezbytné pro správně pochopení míry, do jaké jsou lidé spokojeni se svým životem. Často se měří právě u marginálních skupin obyvatel, kde hrozí její snížení (Schalock a kol. 2002). Samotná takováto měření (včetně měření kvality života u osob s mentálním postižením) avšak budí dojem, že kvalita života u těchto skupin lidí je odlišná od většinové společnosti, a vedou k posuzování kvality života pouze v rámci těchto skupin (Cummins 1997). Kvalita života by ovšem měla být posuzována stejnými měřítky u všech lidí – ať už s nebo bez postižení, neboť všechny skupiny obyvatel mají právo na stejnou míru kvality svého života. Toto přesvědčení se pak stává hlavním kritériem při měření kvality života (Schalock a kol. 2002).

Schalock a kol. (2002) definovali pět základních principů měření kvality života:

1. Kvalita života měří míru, do jaké lidé prožívají smysluplné životní zkušenosti, kterých si cení.
2. Měření kvality života pomáhá lidem směřovat ke smysluplnému životu, který jim bude přinášet radost.
3. Kvalita života měří míru, do jaké indikátory kvality života přispívají k plnohodnotnému životu.
4. Kvalita života se měří v kontextu životního prostředí, tzn. prostředí, kde člověk pracuje, žije a tráví svůj volný čas.
5. Měření kvality života jedinců je založeno na společných lidských zkušenostech a zároveň individuálních prožitcích jedince.

Stejně jako při měření jiných sociálně-vědních fenoménů, lze i při měření kvality života použít přístup kvalitativní, či kvantitativní. Tyto dva přístupy stojí často v protikladu, kdy přístup kvalitativní implikuje subjektivní vnímání a přístup kvantitativní faktické měření. V případě kvality života je ale vhodné využívat obou těchto přístupů současně k vzájemnému doplnění se (Conroy, Einstein 1990), což Schalock (2002) nazývá metodologickým pluralismem. Jak již bylo výše řečeno, kvalita života je konceptem multi-dimenzionálním, z čehož vyplývá i multiplicita technik jeho měření. Ta je dána také tím, že v kvalitě života se odráží rozličné hodnoty a postoje dané kulturně, lidé se liší svými schopnostmi chápat a odpovídat, měření kvality života je používáno k různým účelům – popis, hodnocení, srovnání atd. a měření kvality života se může zaměřovat na rozdílné cíle (jedinec vs. skupina) (Schalock 2006). V souladu s tímto Schalock (2006) navrhuje kombinaci tří technik měření kvality života, a to: (a) pozorování – toho, co lidé dělají, naslouchání tomu, co říkají, a často i účast na každodenních aktivitách, (b) měření na základě výkonu – tato technika využívá objektivních indikátorů vymezujících dimenze kvality života, (c) standardizované instrumenty měření. Pozorování a standardizované instrumenty měření (měřicí škály, dotazníky) řadí pak Schalock a kol. (2000) mezi instrumenty funkčního hodnocení. Jejich výhodou je, že mohou být použity k potvrzení výsledků získaných při subjektivním měření, na jejich základě je možné porovnání rozdílných skupin obyvatel a jsou také důležitou zpětnou vazbou pro poskytovatele služeb. Nelze se však spoléhat pouze na instrumenty funkčního hodnocení, je třeba je vyvažovat i instrumenty subjektivními, neboť je zřejmé, že ne všechny dimenze kvality života jsou

měřitelné. Metodologický pluralismus také odborníkům umožňuje splňovat nutnost hodnocení pomocí více metod – podmínky triangulace (Schalock 2000).

S tímto souvisí také problém objektivit a subjektivit měření. Tradičně byla kvalita života lidí s mentálním postižením měřena pomocí objektivních indikátorů jako standard bydlení, zdraví, vzdělání atd. Tradiční metody měření opomíjely subjektivní faktory, tj. jak sami lidé s postižením vnímají své životní podmínky (Lefort, Fraser 2002). Nicméně při měření subjektivní kvality života se objevuje mnoho faktorů, které tento způsob měření činí velmi obtížným, jak píše Lefort a Fraser (2002). Jedním z nich je samotné ztížení komunikace s lidmi s mentálním postižením, dále pak kognitivní schopnosti respondentů a výběr samotných domén, které mají reprezentovat subjektivní kvalitu života. Objektivní měření kvality života zase naopak neumožňuje dostatečně rozpoznávat rozdíly mezi lidmi s postižením a jedinci se také liší tím, co považují v životě za důležité (Lefort, Fraser 2002).

Problém ztížené komunikace je často u dotazníků řešen pomocí prostředníka – osoby blízké odpovídající na otázky místo člověka s postižením. Toto byla běžná výzkumná praxe do 80. let minulého století (Stancliffe 2000). Zásadní problém s touto formou výzkumu je prokázaná nedostatečná korelace mezi odpověďmi prostředníka a člověka s postižením, čímž výzkum ztrácí na validitě (Wehemyer, Metzler 1995). Nicméně existují i důkazy o shodě mezi odpověďmi prostředníka a respondenta – člověka s mentálním postižením (Stancliffe 1999). Ve světle těchto poznatků je ovšem nutno se na odpovědi prostředníků dívat kritickým pohledem, přestože jsou cenným zdrojem informací (Stancliffe 2000). Schalock (2006) použití prostředníků jako zdrojů informací při měření kvality života u lidí s mentálním postižením doporučuje, zároveň ale zdůrazňuje nutnost detailního pozorování chování a diskuse s prostředníkem a člověkem s postižením k urovnání rozdílů mezi jejich odpověďmi.

Pro měření kvality života u lidí s mentálním postižením existuje řada standardizovaných dotazníků a hodnocení zaměřujících se na jednotlivé indikátory kvality života. Z dostupné literatury (Harner, Heal 1993; Felce, Perry 1995; Gullone, Cummins 1999; Stancliffe 1999; Schalock a kol. 2002; Lefort, Fraser 2002) byl sestaven následující seznam : Lifestyle Satisfaction Scale (Heal, Chadsey-Rusch 1985), Quality of Life Questionnaire (Schalock a kol. 1990), The Multifaceted Lifestyle Satisfaction Scale (MLSS) (Harner, Heal 1993),

The Comprehensive Quality of Life Scale (Cummins 1993), Consumer Satisfaction Survey (Temple University 1988), Quality of Life Assessment Tool (Johnson, Cocks 1989), Quality of Life Interview (Lehman 1988), Quality of Life Interview Scale (Holcomb a kol. 1993), Quality of Life Questionnaire (Bigelow, Gareau, Young 1991), Quality of Life Scale (Schalock, Keith 1993), Comprehensive Quality of Life Scale Intellectual Disability (ComQol-ID) (Cummins a kol. 1997).

Nejpoužívanějším z těchto instrumentů je dle Cummins (1997) Quality of Life Questionnaire (QOL-Q), který byl využit při výzkumech v USA, Velké Británii, Izraeli a Austrálii. Dotazník se skládá ze čtyř oblastí po deseti otázkách – (a) spokojenost, (b) schopnost, (c) zplnomocnění, (d) sociální sounáležitost. Byl vytvořen speciálně pro použití s lidmi s mentálním postižením a může být vykonán buďto pomocí rozhovoru přímo s člověkem s mentálním postižením, nebo pokud tato osoba nemůže samostatně odpovídat, tak je rozhovor veden zvlášť se dvěma prostředníky a ve výsledku je použit průměr jejich odpovědí (Stancliffe 1999).

Ostatní dotazníky se liší: (a) počtem indikátorů, které zkoumají, (b) formou zadání (výběr odpovědí, otevřené otázky, škála spokojenosti), (c) tím, zda jsou určeny pro samotné lidi s postižením, či pro osoby blízké, (d) zda jsou zaměřeny objektivně, či subjektivně.

3.3 Faktory ovlivňující odpovědi respondentů

Vedení jakéhokoli šetření má svá úskalí – faktory mající vliv na odpovědi respondentů. Tyto faktory jsou plně platné i při vedení šetření s osobami s mentálním postižením. Tento případ má ale ještě svá další specifika.

Heal a Sigelman (1990) tyto faktory obecně mající vliv na odpovědi respondentů dělí do základních třech podskupin, a to: (a) forma tázání, (b) tazatel, (c) respondent. Mnoho výzkumů ukázalo, že formulace a struktura položené otázky mají vliv na její odpověď – to, zda se jedná o otevřenou či uzavřenou otázku, zda otázka nabízí odpověď „ano“ (což může zvyšovat tendenci k souhlasným odpovědím), zda otázka podporuje společensky vhodné odpovědi (tendence prezentovat sama sebe v pozitivním světle) (Heal, Sigelman 1990). Dalšími důležitými faktory jsou charakteristiky tazatele, jako pohlaví, sociální status, věk apod. Tyto proměnné však mají menší vliv na odpovědi respondenta než kategorie

předchozí. Skupina proměnných týkajících se pak samotných respondentů (jejich věk, pohlaví, vzdělání apod.) jsou pak v porovnání s ostatními dvěma skupinami nejméně významné (Heal, Sigelman 1990).

U lidí s mentálním postižením jsou pak proměnné týkající se formy tázání často důležitější než u lidí bez mentálního postižení (Heal, Sigelman 1990). Je zřejmé, že tázání se má význam pouze tehdy, rozumí-li tazáný obsahu otázky a je-li schopen odpovědět. Sigelman, Winer, Schoenrock (1982) zjistili, že velké procento - obecně 80% - respondentů s mentálním postižením je schopno odpovědět na otázku ano-ne, nebo na otázku, na kterou lze odpovědět pomocí nabídnutých obrázků. Ano-ne otázky týkající se aktivit jedince byly pro respondenty jednodušší, než otázky týkající se subjektivních prožitků (jako např. štěstí). Verbální buď-anebo otázky bylo schopno zodpovědět 66-70% respondentů. Otázky s více nabízenými odpověďmi nebo otevřené otázky byly pro respondenty nejobtížnější zodpověditelné. Autoři také dokazují, že schopnost zodpovědět otázku stoupá spolu se stoupajícím IQ. Je tedy patrné, že vhodné položení otázky je zcela klíčovým faktorem při vedení rozhovoru s lidmi s mentálním postižením. Důležitá pak je nejenom jasná a stručná formulace otázky, ale také to, jaké možnosti odpovědi respondentovi nabízí. Nejméně problematické se v tomto ohledu jeví otázky nabízející odpověď ano-ne. Na straně tazatele je také nutná dávka trpělivosti a citlivosti, tzn. poskytnout respondentovi dostatek času k odpovědi (Felce, Perry 1995).

Tento druh otázek však v sobě skrývá jiné úskalí, a to tendence k souhlasným odpovědím, která se zvyšuje se snižující se inteligencí (Matikka, Vesala 1997). Tento fenomén je definován jako tendence souhlasit či odpovídat „ano“ na otázky bez ohledu na jejich obsah (Block 1965 in Finlay, Lyons 2002). Tato tendence může dle Matikka, Vesala (1997) ohrozit výzkum: (a) „pokroucením“ obrazu prezentovaného respondentem, (b) vytvořením nepravdivých vztahů mezi jednotlivými proměnnými. Existuje několik technik, jak je možné tuto tendenci při rozhovoru detekovat, a to (a) použitím otázky, na kterou je předem známá pravdivá odpověď „ne“, (b) větší počet heterogenních otázek, (c) opačně formulované dvojice otázek (Matikka, Vesala 1997). Finnley a Lyons (2002) dokazují, že tato tendence se výrazně zvyšuje především tehdy, nemá-li respondent na danou otázku názor, je-li otázka nejasně položena, pokud je respondent nejistý a pokud je struktura otázky příliš komplexní. Z toho plyne, že tendenci k souhlasným odpovědím je možné snížit, pokud je struktura otázky dostatečně jednoduchá a jasná, rozpoznáním typu obsahu,

který činí kladné odpovědi u daného respondenta častějšími, umožnění odpovědi „nevím“ a kontrolou odpovědí. Palma, Schare (1989) dále ve svém výzkumu diskutují důvod zvýšeného souhlasného odpovídání u lidí s mentálním postižením a vidí ho v časté snaze vyhovět přáním druhých (tazatele).

Problém tendence k souhlasným odpovědím je často u lidí s hlubokou mentální retardací řešen použitím osoby blízké (člena rodiny, ošetřovatele, asistenta apod.) jako respondenta namísto samotné osoby s mentálním postižením. Toto řešení ale přináší mnoho obtíží a nebezpečí, jak shrnují Lefort a Fraser (2002). Existují reálné obavy týkající se míry shody mezi odpověďmi osoby blízké a tím, jak danou věc vnímá člověk s postižením.

Konzistentnost odpovědí je další problematickou oblastí při vedení rozhovoru s lidmi s mentálním postižením. Tento problém souvisí již s dříve zmíněnou tendencí odpovídat souhlasně na otázky bez ohledu na jejich obsah. Výzkumy dokonce ukazují, že tato tendence je hlavní příčinou nízké konzistentnosti odpovědí u respondentů s mentálním postižením. V otázkách buď-anebo mají respondenti větší tendenci volit druhou z nabízených možností. U otevřených otázek zase respondenti mají sklon k podhodnocování. Například mají-li uvést výčet aktivit, kterým se věnují ve volném čase, respondenti většinou uvedou aktivit mnohem méně, než když jsou jim nabízeny specifické aktivity pomocí ano-ne otázek (Heal, Sigelman 1990).

Z výše uvedeného plyne, že získávání informací v rozhovorech s lidmi s mentálním postižením může být problematické. Samotné získání odpovědi od člověka s omezenými verbálními schopnostmi je nelehký úkol. Heal, Sigelman (1990) na základě výzkumu udávají jako optimální formu dotazování se otázku „buď-anebo“, tím spíše, je-li výběr odpovědí podpořen obrázkem.

4 Volný čas u lidí s mentálním postižením

Volnočasové aktivity a sociální síť mají pro mnohé lidi zásadní význam. To znamená, že volný čas je i důležitým ukazatelem kvality života (Hawkins 1997).

4.1 Specifika volného času lidí s mentálním postižením

Otázka volného času u lidí s mentálním postižením je však nezdědka velmi problematická. Až příliš často jsou volnočasové aktivity u těchto lidí výrazně omezeny, jsou neuspokojující, neúplné, umělé a neadekvátní (Hawkins 1997) a jejich rozsah jen zřídka překračuje aktivity typu rukodělné práce, bowling a segregované aktivity specificky pro osoby s postižením (Van Naarden Braun a kol. 2006). Důvodem často bývá fakt, že každodenní činnosti (hygiena, příprava jídla, domácí práce atd.) jsou pro osoby s mentálním postižením časově náročnější, což má za následek významné omezení volného času. Dalším důvodem je snížená zaměstnanost u lidí s mentálním postižením. Zaměstnání není pouze zdrojem finančních příjmů, neudává pouze náš společenský status a identitu, ale je také důležitým zdrojem sociálních kontaktů a aktivit. Mnoho lidí tráví svůj volný čas právě s kolegy/přáteli z práce (Carr 2007).

Dalším důležitým faktorem mající velký vliv na to, že lidé zaměstnaní mají lepší přístup k volnočasovým aktivitám, jsou technické pomůcky. Lidé zaměstnaní mají často k dispozici mnohé kompenzační pomůcky včetně pomoci asistenta, které pak mohou využívat i ve svém volném čase (Carr 2007). Tím se jim výrazně rozšiřuje nabídka volnočasových aktivit, kterou mohou tito lidé využívat.

Rodiče dětí s postižením uvádějí, že jejich děti mají výrazně limitovaný výběr integrovaných volnočasových aktivit a toto omezení se s přibývajícím věkem dětí ještě zvětšuje. Důvodem je odchod z kruhu rodiny, vzdělávacích institucí a zařízení poskytující další sociální služby (Van Naarden Braun a kol. 2006). Jak uvedl jeden z rodičů: „*Čím je mé dítě starší, tím je obtížnější nalézt věkově vhodné aktivity kompatibilní s jeho schopnostmi.*“ (Modell, Imwold 1998). Jako hlavní překážky při trávení volného času svých dětí rodiče uvádějí (Modell, Imwold 1998): (a) architektonické bariéry, (b) programové bariéry – bezpečnost, nedostatek programů, věková vhodnost, (c) negativní přístup okolí.

Crawford a Godbey (1987) tyto překážky rozdělili do tří kategorií, a to: (a) intrapersonální, (b) interpersonální, (c) strukturální. Kategorie intrapersonálních překážek zahrnuje vnímání sebe sama, které primárně utváří preference týkající se volnočasových aktivit. Kategorie interpersonálních překážek zahrnuje ty, které jsou výsledkem vztahu s jinými lidmi, tzn. např. schopnost najít si partnera nebo kamarády, se kterými se účastnit vybrané volnočasové aktivity, časové a finanční možnosti, nebo přílišné vytižení v rodině. Kategorie strukturálních překážek pak zahrnuje důvody, které brání v samotné účasti na aktivitě, jako např. doprava, dostupnost, nedostatek příležitostí. Hawkins a kol. (1999) se ve svém výzkumu snažili konkrétněji tyto překážky identifikovat (tab. č. 1).

Tab. č. 1 Překážky v účasti na volnočasových aktivitách

překážky	% respondentů
Nemá vybavení	90
Neví, jak to dělat	89
Někdo jiný rozhoduje o tom, co dělám	79
Dělá to pouze s přáteli	74
Nemá nikoho, kdo by ho to naučil	53
Nemá, kde by to dělal	52
Nemá se jak dopravit	47
Nemá dost peněz	45
Je příliš unavený	44
Nemá nikoho, s kým by to dělal	44
Bojí se zranění	40
Bojí se posměchu	33
Je příliš zaneprázdňený	33
Bojí se, že udělá chybu	29
Je příliš starý	24
Rodina/přátelé by nesouhlasili	24
Nešlo by mu to	23
Cítí se vinen nebo špatně	16
Je příliš nemocný	8

(Upraveno dle Hawkins a kol. 1999)

Dalším častým problémem je bagatelizace volného času. Již tradičně mají volnočasové aktivity nízkou prioritu mezi programy nabízenými lidem s mentálním postižením (MacNeil, Anderson 1999). Volný čas sám o sobě, jak píše Van Naarden Braun a kol. (2006), má totiž v naší společnosti menší důležitost než čas, který věnujeme zaměstnání, vzdělávání se nebo péči o děti. Tento fakt je velmi nešťastným hlavně z toho důvodu, že kvalitní účast na volnočasových aktivitách je důležitým faktorem při úspěšném zapojení se do života společnosti.

Van Naarden Braun a kol. (2006) ve své práci rozdělují volnočasové aktivity do tří kategorií: (a) organizovaná skupina, (b) neformální společenské aktivity, (c) neformální individuální aktivity. První z těchto se odehrává mimo jedincův domov a má za následek sociální interakci (jako příklad uvádí účast na bohoslužbách nebo organizovaných skupinových sportovních aktivitách). Druhá kategorie je ze své podstaty neorganizovaná a zahrnuje styk s dalšími lidmi (příkladem je setkání s přáteli, schůzka, společná večeře v restauraci). Třetí kategorie aktivit se odehrává především v rámci životního prostředí daného jedince a nutně neimplikuje společenskou interakci (například četba knihy, individuální koníček).

Na toto rozdělení zajímavým způsobem navazuje statistika, kterou v roce 2002 vydala Her Majesty's Stationery Office (HMSO), zabývající se sociálními trendy ve Velké Británii. Jedním ze zkoumaných faktorů bylo také trávení volného času, kde vyšlo najevo, že nejoblíbenější volnočasové aktivity jsou ty, kterým se lidé věnují doma (sledování televize, navštěvování přátel/přijímání návštěv od přátel, poslech rádia, poslech hudby, četba). Je důležité si uvědomit, že lidé s mentálním postižením ale často svůj vlastní domov nemají. Žijí v institucích, domech podporovaného bydlení či s rodiči až do pozdního dospělého věku, což má za následek sníženou možnost věnovat se právě těmto aktivitám v domácím prostředí (Carr 2007).

4.2 Charakteristika volnočasových aktivit

Aktivita sama o sobě, ač je všeobecně považována za volnočasovou, není určujícím faktorem při jejím definování. Keramický kroužek může být pro většinu lidí plnohodnotným trávením volného času, avšak pro někoho to může být „práce“. Důležité je, zda je aktivita dobrovolně volena.

Jak píše Brightbill a Mobley (1977, in Hawkins 1997) dobrovolnost je právě jednou z nejdůležitějších charakteristik volnočasových aktivit. V žádném případě se nejedná o aktivity, které by byly člověku vnuceny. Naopak jde o činnosti, které si člověk vybírá podle svých zájmů z více možností. A tato volba pak člověka může rozvíjet po stránce sociální, intelektové, fyzické i duševní (Brightbill, Mobley 1977 in Hawkins 1997). Volný čas je často definován následujícími klíčovými prvky: svoboda (tzn. svoboda časová, stejně jako svoboda volby), aktivita a specifický stav mysli, který se často popisuje jako radostný, kreativní a spontánní (Hawkins 1997).

Právě svoboda je hlavním elementem definujícím volný čas, neboť ho takto odlišuje od práce a jiných povinných životních aktivit. A právě svoboda může být oním problematickým faktorem v životě lidí s mentálním postižením. Studie z posledních 20-ti let ukazují, že hlavní překážkou v této oblasti je fakt, že personál poskytující služby rozhoduje také o tom, jaké aktivity člověk s postižením bude ve svém volném čase vykonávat (Hawkins 1997), a tak volný čas lidí s mentálním postižením ztrácí svou hlavní charakteristiku – svobodu volby. Rozdíl mezi pracovními a volnočasovými aktivitami se tak snižuje na minimum, což může mít silně negativní dopad právě na subjektivně vnímanou kvalitu života lidí s mentálním postižením.

Tedrick (1997) popisuje význam volného času následujícími čtyřmi základními skupinami faktorů:

- (a) příležitosti socializace
- (b) zvýšení produktivity a sebehodnocení
- (c) zvýšení či udržení fyzických schopností
- (d) korelace mezi pocitem spokojenosti (pozitivních emocionálních prožitků) a zapojením do volnočasových aktivit.

Kraus (1990 in MacNeil, Anderson 1999) dodává:

- (e) snížení stresu
- (f) pocit úspěchu

Modell a Imwold (1998) se ve svém výzkumu zabývali postojem rodičů dětí s postižením k volnému času. Ti uváděli několik významů aktivního trávení volného času

(v inkluzivním prostředí), a to: (a) učení se rozdílnosti, (b) učení se jeden od druhého, (c) komunikace, (d) sociální rozvoj.

Zdá se tedy, že volný čas je jedním z hlavních faktorů přispívajících k osobní i celospolečenské spokojenosti (MacNeil, Anderson 1999). Výzkumy v oblasti volného času ukázaly, že lidé s postižením, kteří se pravidelně účastnili volnočasových aktivit, byli výrazněji spokojenější se svým životem než lidé, kteří k volnočasovým aktivitám přístup neměli (Harner, Heal 1993, Hawkins 1993, MacEwen a kol. 1995, Mahon, Goatcher 1999).

Při aktivitách, které jsou obecně považovány za volnočasové, nejsou ale člověkem s mentálním postižením svobodně zvoleny, bude i tak docházet k příležitostem socializace, zvýšení či udržení fyzických schopností, může dojít ke zvýšení sebehodnocení, dostane-li se člověku na základě této aktivity kladné zpětné vazby, což jsou vše velká pozitiva. Nicméně korelace mezi zapojením do těchto aktivit a pocitem spokojenosti bude s velkou pravděpodobností narušena, neboť tyto aktivity budou vnímány stejným způsobem jako pracovní činnost. A to právě následkem nedobrovolného zapojení do aktivit, přestože jsou nazývány volnočasové a dějí se po skončení pracovní doby.

4.3 Trendy ve volnočasových službách pro lidi s mentálním postižením

V současné době není mentální postižení chápáno pouze jako znak vykazovaný samotným člověkem s postižením, ale jako výraz interakce mezi člověkem s omezenými intelektovými a adaptačními schopnostmi a jeho okolím. Důraz je kladen ve velké míře právě na adaptační schopnosti, jak i vyplývá z výše citované definice mentálního postižení AAMR, mezi které patří i trávení volného času. Adaptační schopnosti v oblasti volného času byly AAMR (1992) definovány jako: „rozvoj škály volnočasových aktivit, které reflektují osobní preference a volby, věkové a kulturní normy a to, zda je aktivita vykonávána veřejně.“ Mezi tyto schopnosti patří: (a) výběr a započítání zájmové činnosti, (b) využití volného času doma a ve svém okolí samostatně a s ostatními, (c) sociální interakce s okolím, (d) ukončení, odmítnutí volnočasové aktivity, (e) prodloužení účasti ve volnočasové aktivitě, (f) rozšiřování repertoáru svých zájmů a dovedností, (g) učení se vhodnému chování ve společnosti, (h) podpora pohybových dovedností, (i) využití akademických dovedností (Dattilo, Jekubovich-Fenton 1995).

V souladu s tímto chápáním mentální retardace jdou i trendy v oblasti volnočasových služeb, jak popisují Dattilo a Jekubovich-Fenton (1995). Mezi tyto trendy patří:

- (a) **zplnomocnění jedince** – služby jsou nejpřínosnější, jsou-li poskytovány v co nejméně restriktivním prostředí, má-li jedinec s postižením možnost zapojit se do života místní komunity.
- (b) **inkluze** – inkluzivní přístup se zaměřuje na silné stránky jedince, ne na jeho nedostatky, a tak poskytuje (věkově vhodné) volnočasové aktivity. Přínos inkluzivních aktivit není jen pro jedince s postižením, kteří takto mají rozšířenu nabídku volnočasových aktivit. Lidé bez postižení se takto učí novým způsobům řešení problémů, toleranci a přijetí.
- (c) **sebeurčení** – svobodná volba aktivity je často důležitější než aktivita samotná. Volnočasové aktivity nabízejí vynikající příležitost pro podporu samostatného rozhodování lidí s mentálním postižením, které jim často bývá upřeno.
- (d) **rozvoj vzdělávacích programů** – pomocí vzdělávacích programů si lidé s postižením mohou rozšířit povědomí o možnostech trávení volného času, a tak lépe volit své aktivity. Dalším důležitým komponentem je výuka sociálních dovedností, které jsou jedním z hlavních aspektů účasti na volnočasových aktivitách. Efektivní vzdělávání v oblasti volného času pro lidi s mentálním postižením by tudíž mělo obsahovat: (a) ocenění volného času, (b) samostatné rozhodování, (c) povědomí o volném čase a jeho využití, (d) sociální dovednosti, (e) volbu aktivit, (f) dovednosti související s konkrétními volnočasovými aktivitami.
- (e) **podpora vůdčího postavení** – volnočasové aktivity přinášejí nespočet možností, jak podporovat osoby s mentálním postižením ujímat se vůdčího postavení a rozhodovat tak o svém vlastním životě a zvyšovat jejich sebevědomí.

4.4 Právo na volný čas

V posledních padesáti letech se značně proměnil pohled na důležitost volného času, a to i z hlediska lidských práv. Volný čas je v dnešní době chápán jako základní lidské právo každého člověka pro svou nezastupitelnou úlohu v podpoře kvality života. Volný čas se tak stal jedním z lidských práv zakotvených ve Všeobecné deklaraci lidských práv – článek 27, který říká: „každý má právo svobodně se účastnit kulturního života společnosti, užívat plodů umění a podílet se na vědeckém pokroku a jeho výtěžcích (OSN 1948). Ze stejného roku (1948) pochází i Americká deklarace práv a povinností člověka, která právo na volný

čas zmiňuje ještě explicitněji ve svém 15. článku: „Každý člověk má právo na volný čas a na jeho využití ke svému duševnímu, kulturnímu a fyzickému prospěchu.“ Obsah Všeobecné deklarace lidských práv a dalších dokumentů týkajících se lidských práv převzala i Česká republika a na jejich základě vypracovala Listinu základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky.

Chartu zcela specificky se věnující volnému času (Charter for Leisure) vydala roku 1979 Světová asociace pro volný čas (World Leisure and Recreation Association). Charta zdůrazňuje důležitost volného času, který by měl stát vedle vzdělávání a zdravotnické péče. Velký důraz klade také na roli vlád jednotlivých států, které mají za úkol svým obyvatelům umožňovat co nejširší přístup k volnočasovým aktivitám. Význam volného času autoři Charty vidí ve vytváření sociálních kontaktů, zlepšení sociální integrace, rozvoji komunitního života, podpoře mezinárodního porozumění, spolupráce a ve zlepšení kvality života.

Jak již bylo zmíněno v předchozím textu, volný čas u lidí s mentálním postižením je velmi problematickou oblastí stejně tak jako dodržování práv těchto osob. Bývalá vysoká komisařka OSN pro lidská práva Mary Robinson uvedla: „Víme, že lidé s postižením často žijí v žalostných podmínkách, potýkají se s fyzickými i sociálními bariérami, které jim brání v integraci a plném začlenění se do společnosti. Výsledkem je, že miliony dospělých a dětí jsou po celém světě segregovány, jsou jim upírána prakticky veškerá jejich práva a vedou těžký život na okraji společnosti...“ (in Herr, Gostin, Koh 2003, s. 3). Toto celospolečenské chápání důležitosti volného času bylo a je důvodem k tomu, že práva osob s postižením (mezi nimi i právo na volný čas) bylo zakotveno ještě v dalších dokumentech specificky orientovaných na osoby s postižením.

Mezi tyto dokumenty patří Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (OSN 1993), která v pravidle čtvrtém „Služby“ v odstavci šestém udávají, že: „Státy by měly podporovat rozvoj a zajištění programů osobní asistence a tlumočnických služeb, zvláště pro osoby s těžkým a nebo mnohočetným zdravotním postižením. Takové programy by zvýšily úroveň zapojení těchto osob do každodenního života doma, v práci, ve škole a v činnostech ve volném čase.“

Dalším významným dokumentem je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, kterou po pětiletém jednání v srpnu 2006 přijal Ad hoc výbor OSN, která byla schválena na 61. Valném shromáždění OSN v září 2006 a jejímž cílem je ochrana práv osob s postižením a jejich kvalitnější zapojení do života společnosti. Úmluva byla také v březnu 2007 podepsána Evropskou unií a bylo to vůbec poprvé, kdy Společenství podepsalo stěžejní úmluvu OSN o lidských právech. Článek 30 s názvem *Účast na kulturním životě, rekreace, volný čas a sport* (viz příloha č. 1) se pak výslovně zabývá právem osob s postižením na volný čas. Konkrétně se zabývá právem účastnit se kulturního života společnosti na rovnoprávném základě včetně přístupu ke kulturním materiálům, televizním, filmovým a divadelním programům, přístupu na místa určená pro kulturní aktivity; právem na příležitost k rozvoji tvůrčích, uměleckých a intelektuálních potenciálů; právem podílet se na zájmových, rekreačních a sportovních aktivitách včetně přístupu na sportoviště a do rekreačních zařízení, přístupu ke službám a organizacím nabízejícím takovéto aktivity.

V otázce lidských práv (konkrétně pak práva na volný čas) nejsou důležité jen samotné dokumenty týkající se tohoto tématu, ale i mnohé další z mezinárodních aktivit, jako byla například Dekáda zdravotně postižených osob vyhlášená OSN (1983-1992), nebo pak z nedávné minulosti např. Evropský rok osob se zdravotním postižením (2003). Takovéto aktivity pak mají mimo jiné za cíl podporovat práva lidí s postižením.

4.5 Sebeurčení – samostatné rozhodování

Jak již bylo řečeno, sebeurčení (a s ním i samostatné rozhodování) je podle Schalocka (2005, 2006) jedním z osmi hlavních indikátorů kvality života. V posledních letech je oblasti sebeurčení věnována značná pozornost, neboť panuje přesvědčení, že právě jeho podporou dochází ke zlepšení kvality života (Hawkins, 1997). Důvodů, proč bychom se tématem sebeurčení u lidí s mentálním postižením měli zabývat, je ale několik, jak uvádí Wehmeyer a Schwarz (1998): 1) sami lidé s postižením požadují větší kontrolu nad svými životy, 2) lidé s mentálním postižením mají méně příležitostí k rozhodování, 3) existují důkazy, že schopnosti samostatného rozhodování jsou důležité pro úspěšnější život v dospělosti. Jelikož ale vnímání lidí s mentálním postižením jako kompetentní, schopné a hodné úcty a důstojnosti je relativně nedávným jevem, není nikterak překvapivé, že

otázce sebeurčení u lidí s mentálním postižením je věnována rozsáhlejší pozornost až posledních dvou dekadách (Wehmeyer 2001).

Pojem *sebeurčení* definuje Wehmeyer (1996) jako „*jednání jako primární příčinný činitel ve svém životě a rozhodování se v otázkách kvality svého života svobodně bez ohledu na vnější faktory*“ (s. 632). V souladu s touto definicí pak Wehmeyer a Schalock (2001) uvádějí 4 základní charakteristiky sebeurčení, které jsou: (a) autonomní jednání, (b) autoregulace činnosti, (c) zplnomocněné jednání (empowerment), (d) seberealizace.

Autonomní jednání pak stejní autoři popisují jako chování, kdy člověk jedná (a) v souladu se svými zájmy a možnostmi, (b) nezávisle, tzn. bez ohledu na vnější faktory. Autoregulace podle autorů zahrnuje strategie jako např. sebehodnocení, sebumonitoring, sebezpešování apod. Empowerment-zplnomocněné jednání je charakterizováno (a) kontrolou nad důležitými okolnostmi, (b) schopnostmi potřebnými k dosažení žádaného výsledku (vlastní efektivita), (c) očekáváním dosažení výsledku, pokud jsou schopnosti využity. Seberealizace znamená použití komplexních vědomostí o sobě samém, svých silných i slabých stránek tak, aby mi byly k užitku.

Tyto čtyři základní charakteristiky byly ověřeny na základě šetření (Wehmeyer, Kelchner, Richards 1996) a dále pak rozpracovány do dílčích elementů, které zahrnují (Wehmeyer, Schalock 2001): (a) rozhodování, (b) řešení problémů, (c) stanovení cíle, (d) nezávislost a brání na sebe rizika, (e) sebezpozorování, hodnocení a posilování, (f) sebeinstrukce, (g) sebeobhajoba, (h) vnitřní kontrola, (i) víra ve vlastní schopnosti a možnosti dosažení výsledku, (j) vědomí si sebe sama, sebezpoznávání.

Podpora sebeurčení u lidí s postižením má své počátky v normalizaci, samostatném bydlení, v hnutích za práva osob s postižením a v hnutí sebeobhájců v 60. a 70. letech, respektive 80. letech 20. století (Wehmeyer, Schwarz 1998). Přesto jsou ale lidé s postižením (a to především lidé s mentálním postižením) velmi často považováni za neschopné samostatného rozhodování, a to nejenom z řad laické veřejnosti (Wehmeyer 1998). Podle Wehmeyera (1998) toto pramení z jistého nepochopení pojmu *sebeurčení*, a to především ve spojení s lidmi s mentálním postižením. Budeme-li totiž sebeurčení striktně interpretovat jako „udělej to sám“, zcela nepřekvapivě narazíme na problém právě u lidí s mentálním postižením, jelikož rozsah aktivit, které mohou vykovávat zcela

samostatně, je u nich značně limitován. To znamená, že člověk s takovýmto postižením nemusí být schopen učinit komplexní rozhodnutí zcela samostatně. Avšak pokud jsme schopni tomuto člověku poskytnout takovou podporu, aby si uchoval kontrolu nad celým procesem rozhodování se, je tento člověk schopen samostatného rozhodování.

Dalším problémem podle Wehemyera (1998) je, že samostatnost rozhodování je často vnímána absolutně. Nicméně již od narození jsme všichni závislí na pomoci druhých. A tato závislost nekončí dospělostí, pouze se mění její podstata, to znamená, že dospělost není krokem od závislosti k absolutní dominanci, nýbrž od závislosti k „interzávislosti“.

Dalším „nepochopením“, které Wehemyer (1998) ve svém článku uvádí, je představa, že chování na základě samostatného rozhodování je vždy korunováno úspěchem. V našem případě je ale takovéto chápání samostatného rozhodování nevhodné. Důraz bychom místo toho měli klást na snahu být příčinným činitelem ve svém vlastním chování.

Dále pak je podle již zmíněného autora velmi časté, že je sebeurčení chápáno pouze ve smyslu samostatného rozhodování. To je důležitým komponentem, ale jak již bylo zmíněno (Wehmeyer, Schalock 2001), není tím jediným. Řešení problému, vědomí se sebe sama, stanovení cílů atd. jsou elementy neméně důležitými. Samostatné rozhodování tedy není v tomto případě pro nás tím nejdůležitějším. Je tím kontrola nad vlastním životem.

Nabízí se nám tedy otázka, jakou míru sebeurčení nalezneme u lidí s mentálním postižením. Výzkum na toto téma provedli Wehmeyer a Metzler (1995) a jejich závěry ukazují, že míra sebeurčení je u lidí s mentálním postižením nízká. Respondenti s postižením vnímali, že mají méně příležitostí k rozhodování a kontroly nad svým životem, než respondenti bez postižení.

Důvodů tohoto závěru je několik, jak uvádí Wehmeyer a Metzler (1998). Jedním z nich je přehnaně protektivní domácí a školní prostředí, které těmto lidem nedává příležitost k rozvinutí schopností nutných k samostatnému rozhodování a řešení problémů. Dalším faktorem jsou jistě individuální limitace každého jedince a hloubka jeho postižení, stejně jako očekávání, která mají rodina, sociální pracovníci, učitelé atd. Dalším důležitým faktorem je prostředí (Wehmeyer, Bolding 1999). Prostředí zvyšující jedincovu nezávislost, začlenění do společnosti a vlastní spokojenost je podle autorů takové prostředí,

které podporuje samostatné rozhodování, jedincovy schopnosti, jedince respektuje a zajišťuje účast ve společenství.

4.5.1 Kvalita života, volný čas a sebeurčení

Otázka jak kvality života, tak sebeurčení jsou tématy, kterým je v poslední době věnována značná pozornost. Jejich vzájemnému vztahu již ale taková pozornost věnována není, přestože se o nich hovoří často ve stejném kontextu (Wehmeyer, Schalock 2001).

Wehmeyer a Schwartz (1998) na toto téma provedli výzkum s 50 dospělými lidmi s mentálním postižením pomocí dotazníku *Quality of Life Questionnaire* (autoři Schalock a Keith), který měří celkovou kvalitu života specificky u této skupiny lidí, a pomocí dotazníku *The Arc's Self-Determination Scale* (autor Wehmeyer), který naopak zkoumá míru sebeurčení. Hypotézou autorů tohoto výzkumu bylo, že zvýší-li se míra sebeurčení jedince a má-li tento větší kontrolu nad svým životem, zvýší se tak i jeho celková kvalita života, což výsledky výzkumu potvrdily.

Ke stejnému závěru došel např. i Grue (1999), který píše: „*Vysoká míra sebeurčení je pevně spjata s vysokou kvalitou života.*“ (s. 145) Význam a spjatost těchto dvou konstruktů shrnují Wehmeyer a Schalock (2001):

1. Je obecně přijatým faktem (pro který existuje empirický důkaz), že jedním z faktorů přispívajícím ke zvýšení kvality života je podpora sebeurčení jedince.
2. Lidé, kteří mají vysokou míru sebeurčení, jsou řídicími faktory ve svém vlastním životě.
3. Míra sebeurčení jedince buďto ovlivňuje, nebo je ovlivněna dalšími ze základních indikátorů kvality života. Společně s nimi pak ovlivňuje celkový stav kvality jedincova života.

Úzké spojení kvality života a sebeurčení není tedy pouhým teoretickým konstruktem, ale je i empiricky dokázáno. A jelikož se jedná o spojení velice úzké a relevantní i pro téma volného času, je otázka sebeurčení (v oblasti právě volného času) součástí i této práce, neboť jak uvádí Hawkins a kol. (1999), se lidé s mentálním postižením často ocitají v situacích, kdy je jim nucena závislost na poskytovatelích služeb, kteří pak za ně přebírají rozhodnutí i v otázkách volného času. Stejná autorka současně píše, že lidé s mentálním

postižením však jsou schopni vyjádřit svá přání a jednat podle nich, jejich každodenní život však je často formován myšlenkami a přáními jejich asistentů a pečovatelů.

Princip svobodné volby je pevně zabudován i do Standardů kvality sociálních služeb, které jsou závazné pro poskytovatele služeb v České republice, kde kritérium 1.4 uvádí: *„Zařízení vytváří příležitosti k tomu, aby uživatelé služeb mohli uplatňovat vlastní vůli, jednat na základě vlastních rozhodnutí, aby mohli být sami sebou.“* (2002, str. 11), což s sebou nese respektování vlastního názoru, práva na soukromí, práva na volbu apod.

5 Cíle a metodologie šetření

V následující kapitole je prezentován proces šetření, jeho cíle a použité metody současně s kritérii šetření.

5.1 Zakotvená teorie (dle Švaříček, Šed'ová 2007)

Proces šetření jsem postavila na základě již vytvořeného designu „zakotvené teorie“. Autory zakotvené teorie jsou Barney Glaser a Anselm Strauss, kterou poprvé představili v díle *The Discovery of Grounded Theory* v roce 1967. Tato teorie „představuje sadu systematických induktivních postupů pro vedení kvalitativního výzkumu zaměřeného na vytváření teorie.“ (Švaříček, Šed'ová 2007, s. 84) Tuto teorii jsem si vybrala, neboť jejím cílem není popis singulárních jevů, jako je tomu např. u případové studie, nýbrž generování nové teorie zakotvené v datech. Zakotvená teorie také není založena na hutném popisu jako např. etnografie, ale vede k vytvoření abstraktního schématu postihující vztah mezi zkoumanými proměnnými. Zakotvená teorie dále popisuje dění dynamicky, tzn. že ukazuje, jak „změny podmínek ovlivňující jednání nebo interakci vedou ke změněným reakcím aktérů.“ (Švaříček, Šed'ová 2007, s. 86). Tato teorie si navíc klade za cíl dostát všem vědeckým výzkumným požadavkům, jako je validita výzkumu, reliabilita, soulad mezi teorií a pozorováním apod.

Prvním krokem šetření je stanovení cílů. Maxwell (2005, in Švaříček, Šed'ová 2007) rozlišuje trojí typ cílů: (a) intelektuální – rozšíření odborného poznání, (b) praktický – praktické využití výsledků, (c) personální – obohacení výzkumníka samotného. Zároveň však dle Švaříka a Šed'ové (2007) není vhodné se zaměřovat pouze na jeden z uvedených cílů, naopak je přínosné výzkumem pokrýt cílů co nejvíce. Doporučuji tudíž výběr témat, které mají praktickou a teoretickou relevanci. Domnívám se, že výběr tématu *kvalita života* se zaměřením na využití volného času, obě tato kritéria splňuje.

Dalším krokem šetření je formulování výzkumného problému. Ten má, na rozdíl od výzkumné otázky, gramatickou podobu oznamovací věty a vychází především z již formulovaného intelektuálního cíle výzkumu. Následuje definování klíčových konceptů, aby v průběhu práce nedošlo k odchýlení se od tématu. Následuje nastínění teoretického konceptu za použití relevantní literatury a definování výzkumných otázek, které „tvorí













jádro každého výzkumného projektu.“ (Švaříček, Šed'ová 2007, s. 69) Otázky je nutné formulovat jasně, aby na konci projektu bylo možné poznat, zda na ně byly nalezeny odpovědi.

Na základě všech těchto kroků může následně dojít k výběru výzkumných metod. Je nutné rozhodnout o výběru vzorku, metodě sběru dat a zajištění vstupu do terénu. Po sběru dat následuje část nejdůležitější, a to je jejich analýza, neboli kódování. To má v zakotvené teorii tři fáze, a to (a) otevřené kódování, (b) axiální kódování a (c) selektivní kódování. Při otevřeném kódování je text rozbit na jednotky, kterými jsou přidělena jména, a s těmito novými fragmenty výzkumník dále pracuje. Jednotlivým fragmentům je přidělen kód dle významu, doporučuje se jedno slovo, popř. krátká věta, která fragment charakterizuje a odlišuje ho tak od zbytku textu. Paralelně s kódování si výzkumník také vytváří seznam použitých kódů, které je pak nutné systematicky kategorizovat, tzn. seskupujeme je podle podobnosti. Následující technikou je axiální kódování, které nám pomocí tzv. paradigmatického modelu (příčinné podmínky → jev → kontext → intervenující podmínky → strategie jednání a interakce → následky) umožňuje o datech systematicky uvažovat a vzájemně k sobě vztahovat. Postup je takový, že jednotlivé kategorie vzešlé z otevřeného kódování přiřazujeme ke složkám paradigmatického modelu. Třetím krokem při analýze dat je kódování selektivní, které zahrnuje výběr jedné klíčové kategorie, ke které jsou potom všechny ostatní kategorie vztaženy. Centrální kategorie by měla dobře odpovídat zkoumanému jevu a popisovat ho.

Po fázi kódování nastává tvorba kostry analytického příběhu, což představuje jednoduchý popis vzniklých kategorií a vztahů mezi nimi. V momentě vytvoření kostry analytického příběhu, začínáme psát vlastní výzkumný text.

Schéma č.1 popisuje průběh šetření postavený na zakotvené teorii.

Schéma č.1 Průběh šetření – zakotvená teorie

	Analýza dat (4)			
		Konstruování teorie (5)		
Organizace dat (3)				
		Naplnění teorie? (6)		Ano
Sběr dat (2)				
		Ne		Závěr (7)
Nastínění teorie (1)				

(Upraveno dle Pandit 1996.)

5.2 Cíl šetření, výzkumný problém, výzkumné otázky

Na počátku mého šetření stála otázka: *Jak dospělí lidé s mentálním postižením vnímají svůj volný čas?* Mnohokrát jsem se setkávala s velmi striktním organizováním každé minuty dne dospělých lidí s mentálním postižením, včetně času „volného“. To má samozřejmě svá vzdělávací, bezpečnostní i jiná opodstatnění. Mně nicméně zajímalo, jestli to, co my – většinová společnost – považujeme za volnočasové aktivity, vnímají stejně i dospělí lidé s mentálním postižením. K tomu mě přivedl mimo jiné následující zážitek:

Kolem velkého stolu sedělo 10 lidí, všichni zahalení do zástěr, aby se neumazali od keramické hlíny. Volnočasový kroužek keramiky, sdělila mi paní ředitelka, ale pro jistotu jsem se zeptala: *Co tu děláte?* Odpověď zněla prostě: *Keramiku*. Pokračovala jsem: *A sem chodíte, když máte volno?* Další odpověď už byla o něco více překvapující: *Ne, sem chodíme každé úterý*. Zeptala jsem se tedy, kdy mají volno: *Večer před spaním*. Pokračovala jsem otázkou, co tedy dělají, když mají volno: *Koukáme na televizi*.

Jak již bylo řečeno v předešlých kapitolách, volný čas má oproti jiným programům nabízeným lidem s mentálním postižením velmi často nižší prioritu. I z tohoto důvodu jsem si zvolila tuto oblast zkoumání, neboť se domnívám, že kvalitní trávení volného času je stejně důležité jako např. kvalitní zaměstnání.

Intelektuálním cílem šetření je získat vhled do vnímání volného času dospělými lidmi s mentálním postižením a zjistit, zda je toto vnímání v souladu s pohledem poskytovatelů volnočasových služeb. Mezi cíle praktické patří využití získaných informací při organizování volného času lidí s mentálním postižením poskytovateli služeb, které bude mít za následek zvýšení spokojenosti lidí s mentálním postižením s trávením svého volného času. Personální cíl šetření je dán faktem, že sama pracuji jako dobrovolník v programu zaměřeném mimo jiné na smysluplné trávení volného času dospělých lidí s mentálním postižením, tudíž je i mým osobním cílem toto téma hlouběji prozkoumat.

Cíle mého šetření jsou velmi kvalitativně a subjektivně zaměřeny, v žádném případě mým cílem není zmapování situace v poskytování volnočasových služeb pro lidi s mentálním postižením v ČR, vytvoření databáze jejich poskytovatelů, ani vytvoření seznamu aktivit, kterým se lidé s postižením nejvíce věnují.

Výzkumný problém jsem definovala jako vnímání volného času očima dospělých lidí s mentálním postižením. Na základě vytvoření cílů a výzkumného problému jsem definovala následující výzkumné otázky: (a) Jsou dospělí lidé spokojeni s trávením svého volného času? (b) Touží v této oblasti po změně a vědí, jak této změny dosáhnout? (c) Jaká je míra jejich samostatnosti při utváření náplně volného času? (d) Jakou mají dospělí lidé s mentálním postižením obecnou představu o možnostech trávení volného času?

(e) Je vnímání volného času poskytovateli služeb ve shodě s tím, které mají lidé s mentálním postižením?

5.3 Metody šetření

Záměrem mého šetření nebylo získat kvantifikovatelná data, porovnávat jednotlivce či celé skupiny, ani snaha získat vyčíslenou míru spokojenosti lidí s mentálním postižením se svým volným časem. Z tohoto důvodu a vzhledem k úzkému zaměření svého šetření (šetření není zaměřeno na kvalitu života jako celek, ale pouze na jeden z jejích indikátorů) jsem se rozhodla pro kvalitativní metody šetření.

Současně jsem si ale vědoma důležitosti metodologického pluralismu (Schalock 2002), a proto (v souladu s požadavky triangulace) jsem si zvolila následující vzájemně se doplňující metody šetření: (a) semi-strukturovaný rozhovor s člověkem s mentálním postižením, (b) terénní poznámky, (c) podpůrný rozhovor s poskytovatelem služeb. Stěžejní metodou je semi-strukturovaný rozhovor s člověkem s mentálním postižením spolu s terénními poznámkami. Rozhovor s poskytovatelem služeb je podpůrnou, nikoliv primární metodou v případě mého šetření, neboť jeho cílem není získání názoru poskytovatelů služeb na volný čas dospělých lidí s mentálním postižením, zmapování nabízených aktivit v rámci České republiky, ani jeho financování či další otázky spíše organizačního charakteru, ke kterým by bylo vhodné využít metod kvantitativního výzkumu. Význam terénních poznámek je ve dvou bodech. Jednak jako jistý druh ověření validity odpovědí lidí s mentálním postižením a jednak pro porovnání pohledu na volný čas u těchto dvou skupin obyvatel. Součástí terénních poznámek bylo v jednom ze zařízení také zúčastněné pozorování.

Švaříček (2007) definuje (hloubkový) rozhovor jako zkoumání členů určitého prostředí „s cílem získat stejné pochopení jednání událostí, jakým disponují členové dané skupiny.“ (s. 159) Přirozenou součástí každého rozhovoru je ovšem také pozorování, „čtení mezi řádky“, ne pouze zaznamenávání řečeného. Hloubkový rozhovor může mít dle Švaříčka (2007) dvě podoby, a to polostrukturovanou, nebo nestrukturovanou. Já jsem si vzhledem ke svým výzkumným otázkám a rozhodnutí použít zakotvenou teorii rozhodla pro semi-strukturovaný rozhovor.

Podle Švaříčka (2007) je význam terénních poznámek dvojitý. Jednak jsou důležité pro kvalitativní analýzu dat, „*neboť jsou mnohdy jedinou uchovanou verzí dat.*“ (s. 155) Druhý účel splňují při psaní výzkumné zprávy, kdy dokládají překvapivé či neobvyklé jevy. Terénní poznámky jsem pořizovala ve všech čtyřech zařízeních. Ve třech proběhly dvě návštěvy, poprvé za účelem seznámení, získání souhlasu s účastí na šetření, představení šetření a výběru účastníků. Při druhé návštěvě proběhly naplánované rozhovory, popř. také účast na některých aktivitách, které byly na ten den naplánovány. V jednom ze zařízení, kam jsem se opakovaně vracela na týdenní pobyty, kromě terénních poznámek bylo provedeno i zúčastněné pozorování. To je definováno jako „*dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální života proces.*“ (Švaříček, Šed'ová 2007, s. 143).

5.4 Kritéria kvality šetření

5.4.1 Důvěryhodnost (credibility)

Důvěryhodnost odpovídá staršímu termínu vnitřní validity. Při zkoumání důvěryhodnosti výzkumu si klademe otázku, zda „*pozorování badatele odpovídají teorii, kterou vyvinul.*“ (Švaříček, Šed'ová 2007, s. 32) Mezi techniky k zjištění důvěryhodnosti výzkumu tuto autoři řadí (a) členské ověřování (member checking) – ověřování závěrů přímo u členů výzkumné skupiny, (b) audit kolegů (peer auditing) – skupina zkušených expertů nezávisle na sobě posuzuje závěry výzkumu, (c) reflexe kolegů (peer de-briefing) – vědec průběžně prezentuje své úvahy kolegům, (d) výběr účastníků výzkumu – důvěryhodnost zvyšuje pečlivý výběr účastníků, (e) deník výzkumníka – zaznamenávání všech kroků výzkumu, (f) postupy při interpretaci dat - dvěma nejužívanějšími technikami jsou *metoda systematického porovnávání a analýza deviantních případů*, (f) přímé citace (quotations) – které je ale nutno interpretovat.

Ve svém šetření jsem důvěryhodnost zajišťovala pomocí techniky členského ověřování – ověřování svých závěrů přímo u lidí s mentálním postižením a následně také v rozhovorech s poskytovateli služeb, pečlivým výběrem účastníků, který bude blíže popsán později, deníkem výzkumníka, kam jsme si zaznamenávala jednotlivé kroky, chyby, nápady apod. týkající se mého šetření, a použitím přímých citací jako podpory závěrů.

5.4.2 Spolehlivost (reliability)

Spolehlivost je často problematickou částí kvalitativního výzkumu, neboť „*nejsou všechny metody standardizované, a může docházet k tomu, že každý výzkumník by vyzkoumal něco trochu jiného.*“ (Švaříček, Šed'ová 2007, s. 39) Kirk a Miller (in Švaříček, Šed'ová 2007) převedli koncept reliability do kvalitativního výzkumu jako nezávislost na nahodilých podmínkách výzkumu. Techniky k zajištění spolehlivosti dle autorů Švaříček, Šed'ová (2007) zahrnují (a) konzistence otázek v rozhovoru, (b) přepis nahrávek rozhovoru, (c) konzistence při kódování. Já jsem spolehlivost šetření zajišťovala technikami (a) a (b). Při rozhovorech jsem dbala na to, aby respondenti otázkám rozuměli, jejich odpovědi zaznamenávala na diktafon a poté celé rozhovory přepisovala do počítače.

5.4.3 Etické dimenze výzkumu

Etické dimenze výzkumu souvisejí s obecnými etickými principy. Jednotlivé vědní obory mají tyto principy definované v rámci svých asociací. Česká asociace pedagogického výzkumu (ČAPV) však žádné takovéto principy nedefinovala, a proto je nutné se odkázat na etický kodex Britské asociace pedagogického výzkumu (British Educational Research Association – BERA), která v roce 2004 zrevidovala a znovu vydala etický kodex (Revise Ethical Guidelines for Educational Research). Mezi základní principy tohoto kodexu patří dobrovolný informovaný souhlas s účastí na výzkumu. Účastníky výzkumu jsem před jeho zahájením seznámila s procesem šetření, jeho cíly, za jakým účelem šetření vedu a kde a jak bude šetření použito. Účastníci dobrovolně souhlasili s účastí. Dalším principem je právo účastníka od výzkumu kdykoli odstoupit. S tímto právem jsem všechny účastníky před začátkem šetření seznámila. Žádný z účastníků ho však nevyužil. Lidé se sníženými intelektovými schopnostmi jsou v etickém kodexu zvláště vyčleněni a je zdůrazňováno, že u lidí s mentálním postižením je kromě jejich informovaného souhlasu (viz příloha č. 2) nutný také souhlas opatrovníků (např. rodičů), nebo jiných odpovědných osob. Ve dvou zařízeních, ve kterých jsem prováděla šetření, byl poskytovatel služby zároveň i opatrovníkem, který dal k šetření svůj písemný souhlas (viz příloha č. 3), v ostatních případech byli opatrovníky rodiče, které jsem osobně kontaktovala a taktéž je požádala o písemný souhlas. Dalším z uvedených principů je právo na soukromí, tzn. důvěrné a anonymní zacházení s daty získanými při výzkumu, aby nijak nemohlo dojít k pozdější identifikaci účastníků či zařízení. Toto právo bylo písemně zaneseno do formuláře o souhlasu s účastí na šetření a respondenti o něm byli ústně informováni

spolu s právem na ukončení účasti bez udání důvodu. Dále toto právo bylo naplňováno při přepisu rozhovorů, kdy veškeré údaje, které by mohly vést k pozdější identifikaci účastníků (jména klientů, asistentů, poskytovatelů služeb, název zařízení, geografická označení a veškerá vlastní jména), byly zakódovány.

6 Průběh šetření

V následující kapitole jsou představena zařízení, ve kterých šetření probíhalo, údaje o výběru respondentů a jsou popsány jednotlivé kroky průběhu samotného šetření včetně pilotáže.

6.1 Zařízení

Šetření bylo vedeno ve čtyřech různých zařízeních poskytující buďto pobytové, nebo volnočasové služby, nebo obojí pro lidi s mentálním postižením. Všechna čtyři zařízení spojovala cílová skupina, se kterou poskytovatelé těchto služeb pracují, a to lidé s lehkým až těžkým mentálním postižením ve věku od 18 let výše. Všechna čtyři zařízení byla neziskového charakteru, kde zřizovatelem nebyl stát ani jiný státní subjekt. Dvě z vybraných zařízení nabízela celoroční služby pobytové i volnočasové, dvě zařízení nabízela aktivity volnočasové, přičemž klienti bydleli buďto ve svých rodinách nebo v jiných zařízeních nabízející pobytové služby a do těchto organizací pouze docházeli ve svém volném čase. Zařízení se lišila jak ve své velikosti, tak i lokalitou – jednalo se o zařízení umístěná jak v městských oblastech, tak i venkovských po celé České republice.

Dvě z těchto zařízení jsem vybrala na základě vlastní předchozí dlouhodobé dobrovolnické zkušenosti v těchto organizacích, ostatní dvě zařízení byla vybrána náhodně, pouze s ohledem na cílovou skupinu uživatelů poskytovaných služeb. V jednom ze zařízení jsem rozhovor a dlouhodobější zúčastněné pozorování provedla s pěti klienty, ve dvou zařízeních se čtyřmi a v jednom zařízení se dvěma, celkem tedy s 15 klienty. Ve všech čtyřech zařízeních jsem provedla také podpůrný rozhovor s poskytovatelem služeb.

6.2 Respondenti

Celkem 15 respondentů bylo pečlivě vybráno především na základě věku a stupně mentální retardace. U obou těchto kritérií jsem vycházela z informací, které mi poskytli poskytovatelé služeb, popř. sami rodiče. Věkovou kategorii jsem stanovila jako střední dospělost v rozhraní 30 až 40 let. Průměrný věk respondentů byl 34,1 let (u mužů 33,9 let, u žen 34,3 let). Mnoho z respondentů mělo ještě další přidružené diagnózy, které jsem ale vzhledem k zaměření svého šetření nepovažovala za relevantní, a tudíž na ně nebyl brán zřetel. Respondenti nebyli vybíráni na základě pohlaví, ale zcela přirozeně se podařilo

dosáhnout vyváženého zastoupení žen a mužů – 8 mužů (53%) a 7 žen (46%). 60% respondentů žilo v zařízení poskytující chráněné bydlení, 40% respondentů žilo v domácnosti s rodiči.

Další kritéria výběru respondentů nebyla.

6.3 Pilotáž

Prvním krokem samotného šetření byla pilotáž, kterou jsem provedla na třech respondentech (splňující totožné podmínky s účastníky šetření) a která mi pomohla ke značnému zlepšení mého šetření. Zlepšení se týkala následujících třech oblastí:

1. Použití doprovodného obrazového materiálu

Přestože se všemi respondenty bylo možno komunikovat verbálně, z pilotáže vyplynulo, že by bylo vhodné verbální otázky doplnit ještě obrazovým materiálem znázorňující různé volnočasové aktivity (viz příloha č.4). Tento obrazový materiál jsem nepoužívala u všech respondentů, ale pouze v případě zhoršených schopností vyjadřování respondentů, kde tato pomůcka byla velmi kladně přijímána.

2. Zdvojení otázek – zabránění souhlasným odpovědím

Pilotáží šetření potvrdilo dříve zmiňovanou vyšší tendenci lidí s mentálním postižením k souhlasným odpovědím. V souladu s navrhovanými metodami snížení těchto tendencí v odborných textech jsem se rozhodla pro využití metody kontrolních otázek, tj. otázek opakovaných, pouze opačně formulovaných (pokud první otázka zněla: Organizuje někdo váš volný čas? Kontrolní opačná otázka byla: Řídíte si svůj volný čas sám?). Došlo-li k protiřečení si, pokládala jsem doplňující konkrétní otázky, na které nebyla možná odpověď ano-ne.

K ověření platnosti odpovědí je při výzkumech často používán prostředník (osoba blízká osobě s mentálním postižením), jak již bylo zmíněno v kapitole 3. Podpůrný rozhovor s poskytovatelem služeb v případě mého šetření nesloužil primárně jako technika ověřovací, a to z důvodu, že mým cílem bylo zjistit pohled samotných lidí s mentálním postižením na trávení volného času, nikoli pohled poskytovatelů služeb. Z tohoto důvodu

jsem zvolila metodu zdvojených otázek. Ověření odpovědí respondentů u poskytovatelů služeb (prostředníků) sloužilo pouze jako podpůrná verifikační metoda.

3. Změna formulace otázek

Z pilotáže vyplynulo, že obzvláště velká pozornost musí být věnována formulaci otázek. Velmi obecné, až abstraktní formulace se ukázaly jako krajně nevhodné, neboť pro respondenty byly těžce pochopitelné. Nepochopení pak vedlo ke dvěma typům reakce: (a) souhlasná odpověď, (b) žádná odpověď. Na základě této zkušenosti jsem se při šetření vyhýbala obecným formulacím s použitím striktně formální slovní zásoby jako například *Máte dostatek společenských kontaktů?* Místo toho jsem volila formulace neformálního typu jako *Máte kamarády? Jak se váš kamarád jmenuje?*, které respondenty vedly ke konkrétnějším odpovědím a jejichž slovní zásoba byla pro respondenty dobře známa. Tyto odpovědi respondentů byly také dále verifikovatelné, na rozdíl od pouze souhlasných odpovědí *ano*.

Formulace *Jste spokojen s...?* se také neukázala jako nevhodná z důvodu navádějící odpovědi *ano* bez jakékoli další reflexe (viz snaha vyhovět přáním druhých - tazatele (Palma, Schare 1989)). Z toho důvodu se mi lépe osvědčila formulace *Změnil byste něco na...?*, na kterou je možné navázat konkretizujícími otázkami *Co byste změnil? Víte, jak změny dosáhnout?*, které přinášejí velké množství podnětů ze strany respondenta.

6.4 Šetření

Dalším krokem bylo samotné šetření, které ve třech zařízeních proběhlo během dvou návštěv. První návštěva byla vždy uskutečněna za účelem výběru respondentů, kteří by splňovali stanovené podmínky, za účelem získání souhlasu s účastí na šetření a předběžného seznámení se jednak s prostředím zařízení, jím nabízených služeb a se samotnými potenciálními respondenty (jak z řad lidí s mentálním postižením, tak z řad poskytovatelů služeb). Druhá celodenní návštěva byla pak vykonána již za účelem provedení rozhovorů s vybranými respondenty a účastí na aktivitách konkrétního dne .

V jednom zařízení nabízející rezidenční služby jsem měla možnost uskutečnit dlouhodobější zúčastněné pozorování při opakovaných víkendových návštěvách jedenkrát

do měsíce (prováděných v průběhu roku 2008), účastnit se víkendových volnočasových aktivit i neformálních rozhovorů s obyvateli zařízení i poskytovateli služeb.

Semi-strukturovaný rozhovor s lidmi s mentálním postižením probíhal v prostorách vybraných zařízení a trval cca 45 minut (rozsah 30-60 minut) v závislosti na vyjadřovacích schopnostech jedince a jeho zájmu sdělit své zkušenosti a názory týkající se trávení volného času. Rozhovor byl strukturován (v souladu s výzkumnými otázkami) do šesti částí: (a) úvod, souhlas s účastí a nahráváním (b) současné trávení volného času, (c) spokojenost s jeho trávením, (d) organizace volného času, (e) povědomí o možnostech trávení volného času, (f) ukončovací otázky, rozloučení. Hlavní otázky rozhovoru jsou zaznamenány v příloze č.5, doslovný přepis jednoho rozhovoru pak v příloze č.6.

Rozhovor s poskytovateli služeb vybraných zařízení probíhal cca 30 minut v návaznosti na provedené rozhovory s lidmi s mentálním postižením, a to z důvodu možnosti verifikace některých dat získaných při rozhovorech s klienty zařízení (za dodržení podmínky anonymity) a z důvodu konkretizace otázek opět v závislosti na informacích získaných od klientů zařízení. Rozhovor byl strukturován do následujících částí: (a) úvod, souhlas s účastí a nahráváním (b) volnočasové aktivity klientů, (c) organizace volného času, (d) hodnocení kvality nabízených služeb (e) ukončovací otázky, rozloučení. Hlavní otázky rozhovoru s poskytovateli služeb jsou opět uvedeny v příloze č.7 a doslovný přepis jednoho rozhovoru v příloze č.8.

Sběr terénních poznámek proběhl ve třech zařízeních v průběhu rozhovorů a odpoledních volnočasových aktivit (kroužek keramiky, hudební kroužek, resp. procházka). V jednom ze zařízení, jak již bylo zmíněno, došlo k dlouhodobějšímu pozorování a účasti na mnoha víkendových aktivitách, jako například cyklistické výlety, návštěvy galerií, trhů, místních slavností, pěší výlety po okolí apod.

7 Získaná data

Data byla v rámci šetření získávána třemi různými způsoby, jak již bylo dříve popsáno, a to (a) semi-strukturovaným rozhovorem s dospělými osobami s mentálním postižením, (b) terénními poznámkami (jejichž součástí bylo i zúčastněné pozorování v jednom ze zařízení) , (c) rozhovorem s poskytovateli služeb.

7.1 Data od osob s mentálním postižením

Tato data byla nasbírána při 15 hloubkových rozhovorech s dospělými lidmi s mentálním postižením. V souladu s vymezenými výzkumnými otázkami je můžeme rozdělit do třech kategorií, a to (a) způsoby trávení volného času, (b) spokojenost s trávením volného času, (c) samostatnost v utváření náplně volného času.

7.1.1 Způsoby trávení volného času

Přestože cílem šetření nebylo statisticky vyhodnotit způsoby trávení volného času dospělých lidí s mentálním postižením, při rozhovorech byla nasbírána data vypovídající o trávení volného času dospělých lidí se středním mentálním postižením a o jejich celkovém povědomí o volnočasových možnostech. Jelikož byl ale vzorek respondentů příliš malý na to, aby bylo možné formulovat obecné závěry o způsobech trávení volného času lidí s mentálním postižením, předkládám zde pouze tabulky zachycující výpovědi respondentů na jednotlivé otázky a terénní poznámky.

7.1.1.1 Volnočasové aktivity

Následující tabulka zachycuje výpovědi respondentů na otázku: *Jak v současné době trávíte svůj volný čas?*

Tab. č.2 Způsoby trávení volného času respondentů šetření

Volnočasová aktivita	Počet respondentů (%)
Sledování televize	15 (100%)
Poslouchání radia, hudby	13 (67%)
Výlety (pěší, cyklistické)	7 (47%)
Kino	3 (20%)
Hraní fotbalu	1 (7%)
Spaní	1 (7%)
Háčkování	1 (7%)
Skládání puzzle	1 (7%)
Plavání	1 (7%)

7.1.1.2 Povědomí a způsobech trávení volného času

Rozhovory ukázaly, že obecné povědomí o možných způsobech trávení volného času bylo u respondentů velmi omezené. Většina z respondentů při otázce: *Jak tráví volný čas ostatní lidé?* Odpověděla velmi podobně jako např. Jana: *„Já nevím, asi koukají na televizi.“* Až po následné otázce: *Jak tráví volný čas vaši kamarádi/rodiče/bratr/sestra?* bylo 10 z 15 respondentů schopno udat rozšířenou odpověď o jednu až tři aktivity. Žádný z respondentů ovšem neudal více než tři volnočasové aktivity a pouze ve třech případech to byly aktivity,

kterým se respondent sám nevěnoval. V těchto případech se jednalo o volnočasové aktivity rodinných příslušníků, jako to vyjádřil Jan: „Brácha chodí na karate.... Já bych nechtěl, máma říká, že to není nic pro mě.“

Následující tabulka souhrnně zachycuje odpovědi respondentů na otázku: Jak jinak lze trávit volný čas? (jak ho tráví vaši kamarádi, rodiče apod.)?

Tab. č. 3 Povědomí o možnostech trávení volného času u respondentů šetření

Aktivita	Počet respondentů (%)
Sledování televize	15 (100%)
Poslech hudby	10 (67%)
Výlety	5 (33%)
Karate	1 (7%)
Plavání	1 (7%)
Šachy	1 (7%)
Luštění křížovek	1 (7%)

7.1.2 Spokojenost s trávením volného času

Již v pilotáži se ukázalo, že na dotaz „jste spokojeni s...?“ mají respondenti tendenci odpovídat automaticky ano. Toto zjištění se potvrdilo i při samotném šetření, kdy všichni respondenti na takto položenou otázku odpověděli slovem ano. Použití této otázky nebylo podmíněno snahou zjistit spokojenost respondentů se svým volným časem, nýbrž zmapovat tendenci k souhlasným odpovědím, která se tímto potvrdila.

Dalším krokem rozhovoru byla otázka „chtěli byste něco na svém volném čase změnit?“, kde nyní 13 z 15 dotázaných odpovědělo záporně. Následně však na otázku, zda by si přáli mít více volného času, všech 15 dotázaných odpovědělo kladně, stejně tak na otázku, zda

by chtěli více času trávit sledováním televize, popř. poslechem hudby. Následovalo zopakování otázky, zda by respondenti něco na svém volném čase chtěli změnit. Tentokrát již pět z dotázaných odpovědělo kladně, konkretizovat tuto odpověď uměli ale pouze dva z dotázaných. Jeden respondent vyjádřil přání moci více chodit ven, druhý respondent by rád chodil do kina.

Na otázku proč teď do kina, resp. ven nechodí, respondenti zprvu odpovědět nedokázali. Z následně navržených možností (a) nemám s kým, (b) nemám peníze, (c) nemám dost volného času, (d) asistent/rodič mi to nedovolí, oba respondenti shodně vypověděli, že nemají s kým. Na předchozí otázku, zda mají respondenti přátele a zda by jich chtěli víc, ovšem všichni byli se stávající situací ve věci společenských kontaktů spokojeni.

7.1.3 Samostatnost v utváření náplně volného času

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že pouze tři z dotázaných si rozhodují o svém volném čase sami. Osmi respondentům ho organizují asistenti/poskyvatelé služeb, čtyřem pak rodiče. Pět z dotázaných (včetně třech respondentů, kteří si rozhodují o volném čase sami) tento stav plně vyhovoval. Zbytek (10) respondentů by uvítalo větší míru samostatnosti v rozhodování. Petr například uvedl: „*Někdy jsem unavený, když mám prášky, tak se mi nechce ven na výlet, ale radši bych spal.*“ Pět z dotázaných respondentů se vyjádřilo, že by rádo více sledovalo televizi, ale nemohou, protože jim volný čas organizuje někdo jiný.

7.2 Data získaná od poskytovatelů služeb

7.2.1 Nabízené aktivity

Šíře volnočasových aktivit nabízených čtyřmi zařízeními, kde bylo šetření provedeno, je velká. Jedná se o množství aktivit organizovaných i aktivit méně organizovaného typu, dlouhodobých i jednorázových. Mezi nejčastěji uváděné aktivity patří: (a) rukodělné dílny (keramika, práce se dřevem, papírem, textilem, tkaní, pletení), (b) sport (plavání, cvičení na míčích, jízda na kole), (c) aktivity se zvířaty (hypoterapie, kanisterapie), (d) návštěva kulturních akcí (divadlo, výstavy, kino).

7.2.2 Organizace volného času

Na otázku ohledně organizace (zapojení klientů do rozhodování) volného času, poskytovatelé nejprve shodně odpovídali v souladu se Standardy kvality sociálních služeb, poskytovatel č. 2 to vyjádřil následovně: „*Snažíme se o maximální zapojení klientů do rozhodování o volnočasových aktivitách. Aby byli součástí všeho, co se kolem nich děje a co je nějak ovlivňuje.*“ Po dalších otázkách z rozhovoru vyplynulo, že toto je spíše ideál, ke kterému se snaží poskytovatelé přiblížit, ne vždy je ale možné ho dosáhnout. Důvodů bránící plné samostatnosti klientů je několik, dva ze čtyř poskytovatelů uvedli: (a) bezpečnost klientů, (b) osobní rozvoj – poskytovatel č.2: „*Není možné, aby se naši klienti celý den jen dívali na televizi.*“, (c) nedostatečné finanční a personální prostředky.

Jeden z poskytovatelů (poskytovatel č. 3) se však posléze na základě rozšiřujících otázek ve věci svobodného rozhodování překvapivě vyjádřil, že samostatné rozhodování klientů může být ke škodě, protože „*oni všeho dokáží zneužít. Jakmile jim někdo řekne, na co všechno mají právo, tak se vám tady z toho stane chlívek.*“ Závěrem bylo, že autoři dokumentů, jejichž příkladem jsou i Standardy kvality sociálních služeb, „*nevědí moc o čem mluví. Oni v té realitě nepracují.*“

7.2.3 Hodnocení kvality služeb

Poskytovatelé služeb měli možnost se také vyjádřit ke kvalitě, adekvátnosti a pestrosti volnočasových aktivit jejich klientů. Poskytovatelé sídlící ve městech (tři ze čtyř) shodně považovali kvalitu, adekvátnost i pestrost za dostatečnou, v jednom případě (poskytovatel č. 2) i za nadstandardní – „*keré ze zdravých dětí chodí každý týden na keramiku, plavat, na koně, někam za kulturou a kdoví co ještě, to bych teda chtěla vidět.*“ Dva zbývající poskytovatelé by i přesto rádi nabídku volnočasových aktivit rozšířili, problémem ale podle jejich slov zůstávají nedostatečné finanční zdroje. Poskytovatel služeb nesídlící ve velkém městě s nabídkou volnočasových aktivit pro své klienty plně spokojen nebyl. Důvod viděl hlavně ve faktu, že v jeho nejbližším okolí se žádný podobný poskytovatel služeb nevyskytuje, tudíž veškeré zabezpečení volnočasových aktivit je pouze na poskytovateli, zatímco poskytovatelé ve městech mohou navzájem spolupracovat

a jejich klienti se účastní aktivit v různých zařízeních. Tato situace byla potvrzena i v rámci zúčastněného pozorování.

7.3 Data získaná z terénních poznámek

Z terénních poznámek (a zúčastněného pozorování) vyplynulo, že respondenti s mentálním postižením se ve svém volném čase věnovali mnohým činnostem (v souladu s výpověďmi poskytovatelů služeb). Jednalo se o rukodělné aktivity i sport, které sami respondenti s mentálním postižením jako náplň volného času neuváděli. Dále však vyplynulo, že účast osob s mentálním postižením na těchto aktivitách neměla plně dobrovolný charakter. Výše zmíněné aktivity byly součástí denního/týdenního plánu klientů utvářeného poskytovateli služeb. Tento fakt tedy dává za pravdu osobám s mentálním postižením, kteří aktivity jako volnočasové neuváděli, neboť nebyli účastní procesů rozhodování. Tento nedostatek ukázalo především dlouhodobější zúčastněné pozorování v jednom ze zařízení. Volnočasový program v zařízení lze vskutku hodnotit z pozice pozorovatele jako bohatý – klienti každý víkend podnikají výlety (pěší a cyklistické) po okolí, navštěvují kulturní akce (výstavy, koncerty, slavnosti, dny otevřených dveří apod.). Organizace a výběr těchto aktivit je však plně v rukou poskytovatelů služeb, klientům je program pouze sdělován, nikoli s nimi diskutován.

Ve dvou zařízeních byl také zaznamenán nesouhlas jednoho či více klientů s účastí na dané volnočasové aktivitě. Tento projev byl v jednom případě poskytovatelem služby nekompromisně zamítnut bez jakéhokoli dalšího vysvětlení či diskuse. V druhém případě došlo k výměně názorů mezi klientem a poskytovatelem služby, kdy byla klientovi nabídnuta teoretická možnost neúčasti na aktivitě. Prakticky však možná nebyla, protože s ním neměl kdo zůstat v zařízení. Tento rozhovor (i přestože klient se aktivity nakonec účastnit musel), hodnotím velmi kladně. Pozitivní odezva byla zaznamenána také u klienta, který pochopil složitost situace (nedostatek personálu), patrné bylo také uspokojení z možnosti vyjádřit vlastní názor, kterému bylo nasloucháno.

8 Analýza dat

Zpracování získaných dat je nejdůležitější částí šetření, při které jde, jak uvádí Hendl (2005) o systematické nenumerné organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, kvality a vztahy. Jak již bylo dříve popsáno, analýza dat založená na zakotvené teorii má několik fází ((a) otevřené kódování, (b) axiální kódování, (c) selektivní kódování) a celá je postavena na principu opakovaného prověřování. Jak uvádějí Strauss a Corbinová (1999) je třeba si udržovat skeptický postoj a veškerá zjištění považovat za provizorní. Dále také uvádějí, že není vždy nezbytně nutné, aby výzkumník dosáhl i poslední fáze kódování – selektivního – neboť nemusí v každém případě dojít ke vzniku nové teorie. Já jsem se ve snaze o co nejdetailnější analýzu dat a za účelem využití příležitosti vyzkoušet si všechny tři fáze kódování, rozhodla i pro kódování selektivní.

8.1 Otevřené kódování

Při otevřeném kódování sebraného materiálu (rozhovorů s osobami s mentálním postižením a poskytovateli služeb a terénních poznámek) byly identifikovány následující kategorie:

8.1.1 Kategorie vzešlé z odpovědí osob s mentálním postižením

(a) tendence k souhlasným odpovědím – výskyt zaznamenám u všech dotázaných s mentálním postižením. Kategorie zahrnuje opakované odpovědi „ano“, „jo“, „hm“ apod. respondentů s mentálním postižením, kteří tak zjevně odpovídali bez ohledu na obsah otázky.

Já: „Děláte nějaký sport ve volném čase?“

Karel: „Jo.“

Já: „A jaký?“

Karel: přemýšlí, neodpovídá

Já: „Chodíte plavat?“

Karel: „Jo.“

Já: „A baví vás to?“

Karel: „Hm.“

(b) vyjádřený nedostatek volného času – výskyt zaznamenán u 15 z 15 dotázaných s mentálním postižením. Každý z dotázaných vyjádřil nespokojenost s nedostatkem volného času.

Já: „A máte dost volna?“

Jan: „To ne, to nemáme.“

Já: „A co byste dělal, kdybyste měl víc volna?“

Jan: „Já bych víc koukal na televizi.“

(c) nespokojenost s náplní volného času – výskyt zaznamenán u 5 z 15 dotázaných s mentálním postižením. Třetina dotázaných vyjádřila touhu se věnovat aktivitě, které se v současnosti buďto nevěnují vůbec, popř. věnují nedostatečně.

Já: „A je něco, co nemůžete dělat, ale chtěla byste?“

Anna (přemýšlí): „Já bych chtěla chodit ven.“

Já: „A kam byste chodila?“

Anna: „Já nevím, prostě ven.“

(d) nedostatek samostatnosti v rozhodování o náplni volného času – zaznamenáno u 12 z 15 dotázaných s mentálním postižením. 4/5 dotázaných se vyjádřili, že o jejich volném čase rozhoduje jiná osoba.

Já: „A když máte volno, rozhodujete sama, jak ho trávit?“

Martina: „Ne.“

Já: „A kdo vám říká, jak ho máte trávit?“

Martina: „Tomáš.“

(e) nespokojenost s omezením samostatnosti – zaznamenáno u 10 z 15 respondentů s mentálním postižením, kteří vyslovili svou nespokojenost s nemožností rozhodovat sami o svém volném čase.

Petr: „Někdy jsem unavený, když mám prášky, tak se mi nechce ven na výlet, ale radši bych spal... jenže musím jít.“

(f) nevědomost o možnostech trávení volného času – žádný z respondentů s mentálním postižením neudal více než tři aktivity, kterým je možné se ve volném čase věnovat, většina respondentů (53%) ovšem nebyla schopna udat více než „sledování televize“.

Já: „A co si myslíte, že dělají jiní lidé ve volném čase? Třeba Klárka, když je na víkend doma?“

Martina (bez zaváhání): „Kouká na televizi.“

Já: „A Vy taky koukáte?“

Martina: „No, koukám.“

Já: „Máte televizi?“

Martina: „Nemáme.“

Já: „A kde teda na ni koukáte?“

Martina: „To bylo dřív.“

...

Já: „A co myslíte. Že třeba já dělám ve volném čase?“

Martina: „Čumíš na bednu.“

(g) neschopnost vyjádřit touhu po změně – zaznamenáno u 13 z 15 dotázaných s mentálním postižením. Tato kategorie zahrnuje odpovědi respondentů, kdy byla zaznamenána snížená schopnost vyjádřit své přání týkající se volného času.

Já: „Chtěl byste něco změnit na svém volném čase?“

Marek (přemýšlí): „Asi ne.“

Já: „A chtěl byste mít víc času?“

Marek: „Asi jo.“

Já: „A chtěl byste víc poslouchat rádio?“

Marek (s úsměvem na tváři): „No.“

Já: „Chtěl byste teda něco na volném čase změnit?“

Marek: „Asi ne.“

8.1.2 Kategorie vzešlé z odpovědí poskytovatelů služeb

(a) finanční problémy – tato kategorie byla zaznamenána u všech poskytovatelů služeb a také u dvou osob s mentálním postižením. Kategorie zahrnuje stížnosti dotázaných na nedostatek finančních zdrojů.

Poskytovatel č.2: „Nemáme na nic peníze, je to věčný boj. Pořád dokola. To se opakuje každý rok.“

(b) zapojování klientů do procesu utváření náplně volného času – zaznamenáno u všech dotázaných poskytovatelů služeb, kteří vypovídali o samozřejmosti spolupráce s klienty na plánování volnočasových aktivit.

Poskytovatel č.1: „Tak to je samozřejmost, že naši klienti jsou do tohoto procesu [utváření náplně volného času] zapojeni.“

(c) specifika trávení volného času v komunitním bydlení – kategorie zaznamenána u dvou poskytovatelů služeb, kteří zmiňovali negativní vliv tohoto typu bydlení na možnosti trávení volného času klientů.

Poskytovatel č.3: „Ono si to představte. Kdybyste měla rodinu s třeba deseti dětma, tak taky budete mít možnosti volného času omezený. To je prostě daný i typem toho bydlení.“

(d) překážky – kategorie udávaná poskytovateli služeb zahrnující překážky v trávení volného času podle představ klientů.

Poskytovatel č.2: „Ono to [volný čas] nakonec není podle ničích představ.“

Já: „A v čem vidíte příčinu?“

Poskytovatel č.2: „Jedna věc je bezpečnost, já mám odpovědnost. Pak samozřejmě peníze a nedostatek lidí. Ale pak taky nějaký rozvoj klientů. Kdybychom je celý den nechali jen koukat na televizi, tak se nebudou nijak rozvíjet.“

(e) izolovanost zařízení – kategorie zaznamenána u jednoho z poskytovatelů, který zmínil negativní dopad izolovanosti zařízení na možnosti trávení volného času klientů.

Poskytovatel č.4: „My jsme tu na všechno sami. Jak tu žijeme na malé vesnici. Má to spoustu výhod, to jo, ale ten kontakt s jinýma zařízeníma, novýma lidma, vzájemná výpomoc, nebo třeba společné výlety, akce a tak, to nám tu chybí.“

(l) „pohodlnost“ poskytovatele – tato kategorie zahrnuje projevy poskytovatelů, kdy z vlastní pohodlnosti omezují buďto samostatnost klientů nebo jejich volnočasové možnosti. Zaznamenána byla v rámci terénních poznámek u všech poskytovatelů služeb.

8.2 Axiální kódování

Při axiálním kódování je použito tzv. paradigmatického modelu (příčinné podmínky → jev → kontext → intervenující podmínky → strategie jednání a interakce → následky), což nám umožňuje o datech systematicky uvažovat a vzájemně k sobě vztahovat. Jednotlivé kategorie získané v otevřeném kódování jsou vztaženy ke složkám tohoto modelu.

Identifikované kategorie v předchozí kapitole jsem přiřadila k jednotlivým částem paradigmatického modelu následovně:

(a) příčinné podmínky

- Nevědomost o možnostech trávení volného času
- Neschopnost vyjádřit touhu po změně



(b) jev

- Vnímání volného času lidmi s mentálním postižením
- Míra spokojenosti / touha po změně
- Vnímání volného času poskytovateli služeb



(c) kontext

- Specifika trávení volného času v komunitním bydlení
- Izolovanost zařízení



(d) intervenující podmínky

- Překážky (finance, bezpečnost, osobní rozvoj klientů, nedostatek personálu)
- Pohodlnost poskytovatelů služeb



(e) Strategie jednání a interakce

- Tendence k souhlasným odpovědím
- Nedostatečná samostatnost v rozhodování („nechávám za sebe rozhodovat“)



(f) následky

- Nedostatek volného času
- Nespokojenost s náplní volného času
- Nespokojenost s omezením samostatnosti v rozhodování

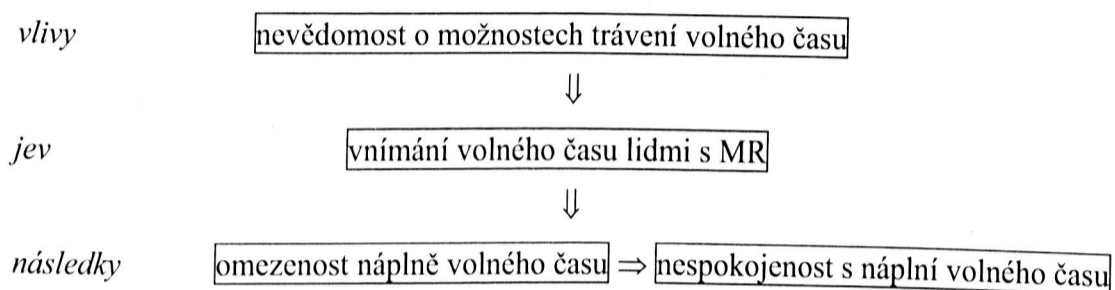
8.3 Selektivní kódování

Selektivní kódování zahrnuje výběr jedné klíčové kategorie, ke které jsou potom všechny ostatní kategorie vztaženy.

Centrálními kategoriemi byly vybrány tři jevy uvedené v axiálním kódování, a to vnímání volného času lidmi s mentálním postižením v konfrontaci s vnímáním volného času poskytovateli služeb a míra spokojenosti v oblasti volného času u lidí s mentálním postižením.

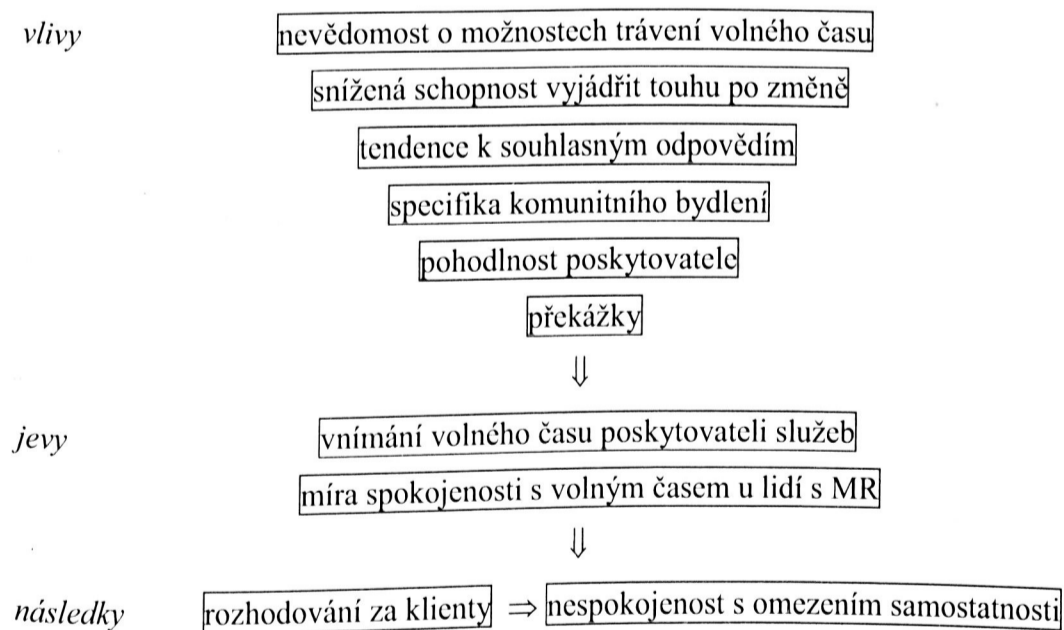
Mezi jednotlivými kategoriemi byly nalezeny následující vztahy, které je možno zobrazit graficky takto:

Schéma č. 2 – Kategorie vztahující se k vnímání volného času lidmi s MR



Domnívám se, že omezené povědomí osob s mentálním postižením o možnostech trávení volného času má negativní vliv na jeho celkové vnímání, což se následně projevuje omezením širě náplně volného času. Celkovým důsledkem je pak nespokojenost s trávením volného času, která vyplynula z výpovědí respondentů s mentálním postižením, i přes jejich značné obtíže ve vyjádření touhy po jakékoli změně.

Schéma č. 3 - Kategorie vztahující se k vnímání volného času poskytovateli služeb a zároveň k míře spokojenosti s volným časem u lidí s MR



Na vnímání volného času poskytovateli služeb a na míru spokojenosti osob s mentálním postižením s vlastním volným časem má dle mého názoru vliv několik faktorů, které působí současně. Znovu je to již zmíněná nevědomost o možných volnočasových aktivitách, dále jsou k tomu přidruženy snížená schopnost osob s mentálním postižením vyjádřit touhu po změně, která spolu s tendencí k souhlasným odpovědím může mít za následek zdání, že klienti jsou se svým volným časem spokojeni. Další faktory pocházejí ze strany poskytovatelů služeb a jsou jimi specifika komunitního bydlení, která mají za následek zúžení možností aktivního trávení volného času, objektivní překážky (bezpečnost, finance, nedostatek personálu, osobní rozvoj klientů) a pohodlnost poskytovatele, které se negativně odráží v míře spokojenosti osob s mentálním postižením s vlastním volným časem.

8.4 Kostra analytického příběhu

Kostra analytického příběhu byla identifikována následovně:

Ve výpovědích respondentů byly vyzorovány značné diskrepance.

- (a) Respondenti s mentálním postižením uvádějí spokojenost s vlastním volným časem a současně touží po změnách týkajících se samotné náplně volného času a samostatnosti v rozhodování. První z jevů tak svědčí o již popsané tendenci lidí s mentálním postižením k souhlasným odpovědím. Zároveň tento jev může vyvolávat zdání spokojenosti lidí s mentálním postižením s kvalitou svého volného času.

Další podstatné diskrepance byly nalezeny mezi výpověďmi lidí s mentálním postižením a poskytovateli služeb.

- (b) Diskrepance byla identifikována v náplni volného času, kdy lidé s mentálním postižením uvedli velmi malý výčet volnočasových (ve značné míře pasivních) aktivit, zatímco poskytovatelé uváděli dlouhý seznam velice pestrých činností. Z toho lze usoudit, že vnímání volného času u lidí s mentálním postižením se značně liší od toho, který mají poskytovatelé služeb pro ně.

- (c) Nesoulad byl objeven také ve výpovědích týkajících se samostatnosti rozhodování ve věcech volného času. Respondenti s mentálním postižením vnímají svou samostatnost jako velmi omezenou, což bylo potvrzeno i zúčastněným

pozorováním, zatímco poskytovatelé služeb uvádějí maximální zapojení klientů do organizace volného času. Příčinu této diskrepance lze hledat ve faktu, že poskytovatelé služeb si jsou vědomi nároků Standardů poskytování sociálních služeb (které ve svých výpovědích uvedli), jejich aplikace v praxi již je ale jevem méně častým.

8.5 Spokojenost dospělých lidí s mentálním postižením s volným časem

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že dotázaní dospělí lidé s mentálním postižením mají omezenou představu o možnostech trávení volného času. Respondenti byli v průměru schopni uvést dvě činnosti, kterými lze volný čas trávit, ve velké většině ale šlo o činnosti, kterým se sami ve volném čase věnovali. Nejdůležitějším objektem v tomto ohledu byla televize, kterou uváděli shodně všichni respondenti, i ti, kteří v zařízení, kde bydlí, televizi neměli. Nedostatečná informovanost o možnostech trávení volného času má pak za následek restrikce v samotném trávení volného času.

Omezené možnosti a představy týkající se volného času vyplývají z několika proměnných. Jednou z nich je fakt, že informovanost lidí s mentálním postižením má svá specifika a obecná omezení daná sníženými intelektovými schopnostmi. Další proměnnou je život v komunitě, popř. rodině, která se o člověka s postižením stará. To znamená, že nejde o život zcela nezávislý, což se odráží i v trávení volného času, který je pro ně z velké části organizován právě lidmi, se kterými žijí. Další proměnnou jsou finance, jak se vyjádřil Martin na otázku, zda by chtěl zkusit někdy hrát fotbal: „*Já nevím. Třeba jo. Ale ono by to určitě nešlo... A peníze. Naši nemaj.*“ Finanční problémy netrápí jen samotné lidi s postižením, ale i poskytovatele služeb, kteří si na nedostatek finančních prostředků též stěžovali. Dalším důvodem možné nespokojenosti lidí s mentálním postižením s volným časem je jeho odlišné chápání, čemuž bude věnována pozornost v následující podkapitole.

Všechny tyto faktory mají vliv na sníženou spokojenost respondentů s volným časem. Přesto respondenti zprvu shodně vypověděli, že jsou se svým volným časem spokojeni. Tato – dalšími výzkumy ověřená (viz kapitola 3) – tendence k souhlasným odpovědím pak může mít i za následek mylné přesvědčení poskytovatelů sociálních služeb, že klienti jsou s jejich službami naprosto spokojeni. Přestože existuje velký prostor pro možné změny a vylepšení v této oblasti.

8.6 Vnímání volného času – lidé s MR vs. poskytovatelé služeb

Značný nesoulad byl identifikován ve výpovědích lidí s mentálním postižením a poskytovatelů služeb ve věci náplně volného času. Zatímco lidé s mentálním postižením uváděli velmi omezený počet aktivit, kterým se věnují :

Anna: „Když mám volno, tak koukám na televizi.“

Já: „A co děláte třeba, když máte volno po obědě?“

Anna: „Spím.“

Já: „A hudbu posloucháte ráda?“

Anna: „No.“ (odpovídá nejistě)

Já: „A jakou máte nejraději?“

Anna: „Rádio.“

...

Já: „A co děláte o víkendu, když jste doma?“

Anna: „Koukám na televizi.“

Já: „Včera jste celý den koukala na televizi?“

Anna: „Hm.“

...

Já: „A co ještě děláte ráda?“

Anna: „Už nic.“

Poskytovatelé služeb naopak uváděli velmi dlouhý a pestrý seznam volnočasových aktivit, kterým se jejich klienti věnují. Tento značný nepoměr lze vysvětlit právě odlišným vnímáním volného času lidmi s mentálním postižením a poskytovateli a zároveň také omezeným povědomým lidí s mentálním postižením o možnostech trávení volného času. Zjevně aktivity považované poskytovateli za volnočasové (a pozorování potvrdilo, že se těmto aktivitám daní lidé s mentálním postižením opravdu věnovali) nejsou tak považovány lidmi s mentálním postižením. Důvodem může být právě svobodná volba se těmto aktivitám věnovat, což je jedním z hlavních atributů volnočasových aktivit, jak již bylo popsáno v kapitole 4. Respondenti s mentálním postižením zcela v souladu s definicí volnočasových aktivit uváděli pouze aktivity, pro které se sami svobodně rozhodli a nejsou nijak zaneseny v jejich denním či týdenním programu připraveném někým jiným (asistentem či rodičem). Z těchto odpovědí je pak zjevné, pro jak malý počet volnočasových činností se lidé s mentálním postižením rozhodují na základě svobodné volby. Zároveň je ale třeba brát v potaz fakt, že lidé s mentálním postižením uváděli

i velmi malý počet obecně možných volnočasových aktivit, což se jistě negativně odráží právě i na výčtu aktivit, kterým se sami věnují.

Poskytovatelé služeb uváděli aktivity obecně považované za volnočasové svým charakterem (jako opak zaměstnání), nebrali ale v úvahu složku svobodného výběru. Takto je pak možné vysvětlit výše popsaný nesoulad mezi výpověďmi těchto dvou skupin respondentů.

Nelze ovšem říci, že jedna ze skupin má pravdu a druhá ne. Pohled obou skupin je důležitý a opodstatnitelný. Důležité v tomto případě je (a to především pro poskytovatele služeb) být si těchto odlišných pohledů vědom. Stejně jako by pro lidi s mentálním postižením nebylo nijak prospěšné, kdyby celé dny pouze sledovali televizní programy, není ani vhodné, aby jim byl veškerý čas organizován zvenčí, přestože jsou tyto aktivity obecně považovány za volnočasové či odpočinkové. Důležitost možnosti svobodně se rozhodnout alespoň v některých aspektech vlastního života je zcela zásadní.

8.7 Samostatnost rozhodování – lidé s MR vs. poskytovatelé služeb

Patrně nejzávažnější nesoulad ve výpovědích respondentů s mentálním postižením a poskytovatelů služeb byl identifikován v otázce samostatného rozhodování. Lidé s mentálním postižením až překvapivě přímo odpovídali, že jim volný čas organizuje někdo jiný (čímž ho zbavuje hlavního atributu volného času), jak uvedl například Jan:

Já: „Když máte volno, rozhoduje sám o tom, jak ho budete trávit?“

Jan: „Ne.“

Já: „A kdo o tom rozhoduje?“

Jan: „Martin.“

Já: „A kdo je Martin?“

Jan: „No, přece tenhle. Jak je tady. S náma. Martin...(pauza, odkašle si). Ty ho neznáš?“

Já: „Znám. Ale ptám se, kdo to je pro vás.“

Jan: „Martin nám tu vaří a tak.“

Výpovědi poskytovatelů byly přesně opačného rázu, jak je uvedeno na příkladu v kapitole 7. Z rozhovorů s nimi bylo patrné, že jsou si plně vědomi standardů kvality sociálních služeb, které uživatelům zajišťují právo na svobodnou volbu, tzn. vědí, jak by se věci měly

dělat. Z pozorování a dvou rozhovorů následně však vyplynulo, že praxe je ve velké většině tomuto ideálu velmi vzdálená.

Pozorování potvrdilo, že veškeré aktivity, které poskytovatelé uváděli jako volnočasové, byly uživatelům předloženy v rámci denního plánu bez jakékoli konzultace s nimi. Dlouhodobé pozorování dokonce odhalilo, že víkendový volný čas klientů byl mnohdy řízen dle toho, co měl v ten den chuť dělat poskytovatel služby. Pozorování tedy potvrdilo výpovědi respondentů s mentálním postižením.

Důvodů k takovému jednání poskytovatelů bylo během šetření shledáno několik. Jak již bylo uvedeno v kapitole 7 podle výpovědí dvou poskytovatelů, kteří přiznali neúplné plnění práva na svobodnou volbu, byly to nedostatky finanční, personální, bezpečnostní opatření a snaha klienty dále rozvíjet. Tyto objektivní překážky byly shledány i při následném pozorování. Dále však byl zaznamenán jev, o kterém nikdo z poskytovatelů služeb nehovořil a který by bylo možno nazvat *pohodlností* poskytovatele. Bylo zjevné, že místo aby poskytovatel služby strávil 30 minut z poledního klidu dohadováním se s klienty, co budou v odpoledních hodinách dělat, program sám během dvou minut oznámil. Na přímou otázku: „*A proč jste jim nedal vybrat?*“, odpověděl: „*To bychom tu seděli do večere a možná se ani nikam nedostali.*“ Na rozdíl od překážek uváděných poskytovateli, které jsou buďto zatím jen těžko odbouratelné (finanční a personální nedostatky), nebo jsou překážkami objektivními (bezpečnost a osobní rozvoj klientů), překážka ve formě pohodlnosti poskytovatele nemá své ospravedlnění.

9 Diskuse

V následující kapitole je šetření dáno do kontextu publikovaných výzkumů a jsou identifikovány oblasti možných změn.

9.1 Zhodnocení současné situace v kontextu publikovaných výzkumů

Výzkumů zabývajících se kvalitou života dospělých lidí s mentálním postižením je mnoho, pocházejí především z USA a Velké Británie. V nich volný čas je jedním ze zkoumaných faktorů, je ovšem posuzován pouze jako jeden z indikátorů kvality života. Výzkumů zabývajících se výhradně volným časem dospělých lidí s mentálním postižením je již o poznání méně. Jedním z důvodů jistě je několikrát zmiňovaný fakt, že otázka volného času stojí na okraji zájmu jak vědců, tak často i poskytovatelů služeb (Hawkins 1997, Van Naarden Braun a kol. 2006).

Řada výzkumů i přesto v této oblasti existuje. Jako příklad budou uvedeny čtyři výzkumy, kdy pojítkem mezi nimi je volný čas dospělých lidí s mentálním postižením, každý z nich je však zaměřen na jinou stránku této problematiky. Jejich závěry budou konfrontovány s nálezy tohoto šetření.

(a) Výzkum *Factors Associated with Leisure Activity Among Young Adults with Developmental Disabilities* (Faktory asociované s volnočasovými aktivitami mladých dospělých lidí a mentálním postižením) Van Naarden Brauna a kol. (2006) se zaměřuje na mladé dospělé lidi s mentálním (i jiným) postižením, frekvenci jejich účasti na volnočasových aktivitách a důvody jejich případné neúčasti. Z výsledků výzkumu je patrné, že právě skupina lidí s mentálním postižením má signifikantně nižší účast na volnočasových aktivitách než skupiny ostatní (lidé bez postižení, se sluchovým postižením, epilepsií a DMO). Hypotézou autorů bylo, že nižší účast na volnočasových aktivitách souvisí s limitacemi v každodenních aktivitách, což i z výsledků výzkumu vyplynulo. Tímto tématem – překážkami v trávení volného času, teoretickým modelem těchto překážek a jejich další definicí – se zabýval i výzkum *Leisure Constraints: A Replication and Extension of Construct Development* (Překážky ve volném čase: replikace a rozšíření pojmu) - autory Hawkins a kol. (1999) (výsledky viz tabulka č. 1 kapitola 4.).

Celkovým závěrem výzkumu je, že jsou to především překážky strukturální a interpersonální, které brání lidem s mentálním postižením aktivně trávit svůj volný čas.

I toto šetření je v souladu s výsledky výzkumů Van Naarden Brauna (2006) a Hawkins a kol. (1999), kdy byla zjištěna značná limitace v účasti na volnočasových aktivitách, jak uváděli sami respondenti s postižením. Jelikož toto šetření se nezabývalo každodenními aktivitami a zmapováním možných překážek, důvod této limitace byl na základě výpovědí respondentů identifikován ve snížené informovanosti v oblasti možností trávení volného času a zároveň v souladu s výsledky výzkumu Hawkins ve snížené samostatnosti v rozhodování - jak uvedlo 79% respondentů (Hawkins 1999).

(b) Výzkum *Evaluating and increasing in-home leisure activity among adults with severe disabilities in supported independent living* (Hodnocení a zvyšování domácích volnočasových aktivit u dospělých lidí s těžkým postižením v podporovaném bydlení) Wilsona a kol. (2006) se zaměřil na starší jedince s mentálním postižením žijící v zařízeních podporovaného bydlení a jejich volnočasové aktivity prováděné v domácím prostředí. Z výzkumu a pozorování vyplynulo, že sledovaní jedinci s těžkým mentálním postižením tráví až 75% volného času nezjevnými aktivitami (ležení, sedění, bloumání okolo), nebo nevhodným chováním. Vědci se tuto situaci snažili změnit pomocí zvýšené možnosti samostatné volby volnočasových aktivit u těchto lidí, což vedlo k pozitivním výsledkům.

I toto šetření zaznamenalo u dospělých lidí s mentálním postižením velký podíl pasivních aktivit (sledování televize, poslouchání rádia, spánek) v celkovém souhrnu volnočasových aktivit, kterým se věnují. Zároveň také byla identifikována nesamostatnost při rozhodování, jak volný čas trávit, spolu s častou neochotou poskytovatelů služeb tento fakt změnit. Je proto velmi důležitým zjištěním, že zvýšená samostatnost nemá zásadní význam pouze jako naplněné lidské právo, ale má i pozitivní vliv na trávení volného času u lidí s mentálním postižením.

(c) Hawkins, Ardovino a Hsieh (1998) ve svém výzkumu *Validity and Reliability of the Leisure Assessment Inventory* zaměřeném na revizi reliability a validity nástroje „Leisure Assessment Inventory“, sloužícímu k hodnocení volného času (a s ním spojeného chování) u lidí s mentálním postižením, došli také k dílčím závěrům netýkajícím se přímo tohoto

výzkumného nástroje. Jedná se o vztah mezi sociálními dovednostmi a účastí na volnočasových aktivitách. Překvapivým závěrem je, že lidé s většími sociálními dovednostmi vykazovali nižší účast na volnočasových aktivitách. Vysvětlení autoři podávají dvě. Jedno souvisí se zvýšenou tendencí k souhlasným odpovědím u lidí s nižšími sociálními dovednostmi. Dalším vysvětlením je vyšší míra samostatnosti u lidí s většími sociálními dovednostmi a tudíž jejich výběr volnočasových aktivit je méně tvořen programem zařízení, která navštěvují, je více selektivní než obsáhlý a více reflektuje opravdové preference jedince.

Závěry týkající se tendence k souhlasným odpovědím jsou ve shodě se zjištěními tohoto šetření. Avšak závěr týkající se vyššího volnočasového zapojení u lidí s nízkými sociálními dovednostmi nebyl tímto šetřením potvrzen. Zapojení do volnočasových aktivit bylo naopak shledáno z pohledu lidí s mentálním postižením celkově jako velmi nízké a respondenti s mentálním postižením organizované aktivity v zařízení ve velké většině jako volnočasové aktivity neuváděli, z čehož usuzujeme na již zmíněné odlišné vnímání volného času lidmi s mentálním postižením a poskytovateli služeb pro ně.

9.2 Možné návrhy změn

V průběhu šetření byly identifikovány tři oblasti, ve kterých je velký prostor pro změny a případná vylepšení. Jednou z nich je zvýšení informovanosti lidí s mentálním postižením ohledně možností trávení volného času. Druhou pak je zvýšení povědomí poskytovatelů služeb ve věci charakteristik volnočasových aktivit, a to především oblasti svobodné volby. Třetí oblastí, navazující na bod předcházející, je naplňování práva na svobodnou volbu v trávení volného času.

Z výsledků šetření vyplynulo, že dospělí lidé s mentálním postižením mají velmi omezené povědomí o možnostech trávení volného času. To se pak negativně odráží v náplni jejich volného času a druhotně pak i ve spokojenosti s trávením volného času. Informovanost u lidí s mentálním postižením je problémem obecným, ne pouze v oblasti volnočasové. Je však zcela klíčové, aby i lidé s mentálním postižením měli rovný přístup k informacím, které jim budou podány v pro ně pochopitelné formě. Tento princip je zanesen i ve Standardech kvality sociálních služeb, které jsou závazné pro poskytovatele služeb v České

republice¹. Poskytovatelé služeb by tudíž měli věnovat více pozornosti oblasti vhodného informování svých klientů o možnostech trávení volného času, což by se mělo pozitivně odrazit v rozšíření náplně jejich volného času a dále pak ve zvýšené spokojenosti s volným časem. Důsledkem toho bude zvýšení kvality života lidí s mentálním postižením, neboť propojenost těchto dvou fenoménů – volný čas a kvalita života - již byla dříve prodiskutována. Zajištění maximální kvality života klientů je jedním z hlavních cílů každého poskytovatele sociálních služeb.

Šetření také identifikovalo značný rozpor mezi vnímáním náplně volného času lidmi s mentálním postižením a poskytovateli služeb. Šetření jasně ukázalo, že lidé s mentálním postižením aktivity předkládané poskytovateli služeb jako volnočasové, takovýmto způsobem nevnímají. Poskytovatelé služeb volný čas svých klientů hodnotí vlastními kritérii, neberou však na vědomí jednu z nejdůležitějších charakteristik volnočasové aktivity, a tou je nutnost svobodné volby. Pokud by se podařilo poskytovatelům služeb toto osvětlit (např. na základě školení vedoucích pracovníků, kteří by dále šířili tyto principy mezi své podřízené), je velmi pravděpodobné, že by mohlo být dosaženo většího souladu mezi vnímáním volného času těchto dvou skupin, a tudíž i ke zvýšení spokojenosti lidí s mentálním postižením se svým volným časem. Cílem není nechat osoby s mentálním postižením svobodně celý den sledovat televizní programy, nýbrž jim zajistit možnost, aby i oni mohli o části svého života samostatně (spolu)rozhodovat.

Šetření dále odhalilo častý jev omezování samostatného rozhodování lidí s mentálním postižením ze strany poskytovatelů služeb. Princip svobodné volby je opět pevně zabudován i do Standardů kvality sociálních služeb (kritérium 1.4) a volný čas je i z hlediska nácviku rozhodovacích dovedností velmi vhodnou oblastí. Přestože existuje několik objektivních překážek, které vždy nedovolují plnou samostatnost v rozhodování u lidí s mentálním postižením (bezpečnost, osobní rozvoj lidí s mentálním postižením) a které poskytovatelé služeb sami uváděli, šetření ukázalo, že jednou z překážek je také

¹ **Standard 13. Informovanost o službě**

Zařízení zpřístupňuje veřejnosti informace o poslání, cílech, principech a cílové skupině uživatelů služeb a další informace, které usnadní orientaci pro zájemce o služby a jiné subjekty, čímž přispívá k dostupnosti služeb.

(Čermáková, Johnová 2002)

pohodlnost poskytovatelů, tzn. neochota věnovat zvýšenou energii a čas podpoře samostatného rozhodování klientů. Dalším potenciálním důvodem může být nepochopení principu „samostatného rozhodování“, který neznamena absolutní nezávislost rozhodování, ale dává jedincům kontrolu nad svým životem, jak bylo popsáno v kapitole 4.5. V této oblasti spatřuji velký potenciál možnosti pozitivních změn, podaří-li se správným vzděláváním a kontrolou zamezit tomuto negativnímu jevu ze strany poskytovatelů služeb. Zabezpečením možnosti samostatného rozhodování lidí s mentálním postižením nebudou pouze naplněny závazné právní normy, ale dojde i ke zvýšení kvality života lidí s mentálním postižením. Propojení těchto dvou jevů bylo empiricky dokázáno i mnoha výzkumy (viz kapitola 4.5.1).

10 Závěr

Předložené šetření ukázalo, že existují značné nedostatky v oblasti dodržování práva na svobodnou volbu u lidí s mentálním postižením ze strany poskytovatelů služeb. Dále byl identifikován rozkol ve vnímání volného času lidmi s mentálním postižením a poskytovateli služeb pro ně. Důvod této diskrepance byl rozpoznán především ve faktu, že poskytovatelé služeb nevnímají svobodnou volbu (pro danou volnočasovou aktivitu) jako jeden z hlavních atributů činností volného času. Poskytovatelé služeb za volnočasové považují ty činnosti, které jsou takto obecně vnímány, nikoli ty, které si jejich klienti svobodně volí.

Důvodů nedodržování práva na svobodnou volbu bylo identifikováno několik. Řada z těchto důvodů byla objektivních (osobní rozvoj osob s mentálním postižením, bezpečnost), nebo v současné době v podmínkách České republiky těžko překonatelných (nedostatečné finanční a personální zdroje), jeden z důvodů – pohodlnost poskytovatele – byl však shledán neodůvodněným. V překonání této překážky pomocí dalšího vzdělávání a kontrol byl spatřen velký potenciál pro zlepšení kvality života lidí s mentálním postižením v České republice.

V otázce odlišného vnímání volného času poskytovateli služeb a lidmi s mentálním postižením byla rozpoznána další možnost pro pozitivní změnu v oblasti kvality nabízených sociálních služeb a života lidí s mentálním postižením. Výše popsany důvod odlišného pohledu těchto dvou skupin není možné (ani vhodné) zcela odstranit. Bylo by však jistě přínosné tyto dva pohledy k sobě přiblížit, a to tak, aby si poskytovatelé služeb více uvědomovali důležitost jednak volného času jako takového, a také faktu, že aktivity volného času jsou charakterizovány tím, že se pro ně jedinec sám rozhodne. Dosáhnout toho je možné jednak zvýšením informovanosti lidí s mentálním postižením v oblasti možností trávení volného času, a také ponecháním většího prostoru pro aktivity, pro které se klienti sami rozhodnou (nejsou jim striktně předepsány v rámci denního/týdenního plánu).

Při utváření výše uvedených závěrů však vyvstaly otázky týkající se: (a) počtu respondentů a vybraných zařízení, (b) času věnovanému pozorování, (c) doprovodného materiálu na podporu komunikace s respondenty.

Autorka šetření si je vědoma, že počet patnácti respondentů a čtyř zařízení sociálních služeb není dostatečný pro tvorbu obecně platných závěrů. V odpovědích osob s mentálním postižením i poskytovatelů služeb byly identifikovány mnohé (zarážející) skutečnosti, pro vytvoření obecně platných závěrů je však třeba provedení výzkumu na širší populaci jak osob s mentálním postižením, tak i poskytovatelů služeb. Ani počet zařízení nebyl dostatečný. Přestože se jednotlivá zařízení nacházela v různých prostředích (město vs. venkov), nebyla vybrána způsobem, který by umožňoval obecné závěry ohledně situace volného času u lidí s mentálním postižením v České republice. Další a důkladnější výzkumy jsou tudíž nutné.

Pouze v jediném ze zařízení bylo provedeno skutečné zúčastněné pozorování. V souladu se současnými trendy v oblasti zjišťování kvality života lidí s mentálním postižením podle Keitha (2001), kdy je patrný odklon od tradičních způsobů měření – testy, dotazníky, výzkumy – k faktickému naslouchání životních příběhů a názorů lidí s mentálním postižením, je třeba rozšířit v dalších výzkumech časovou dotaci věnovanou právě zúčastněnému pozorování a naslouchání.

Je pravděpodobné, že doprovodný obrazový materiál, přestože vycházel z potřeb identifikovaných v pilotáži, neobsahoval veškeré možné způsoby trávení volného času. Z toho plyne zúžení výběru volnočasových aktivit pro respondenty a následné zkreslení získaných dat. Kromě obrazového materiálu je vhodné v budoucích výzkumech zvážit a zařadit další metody na podporu komunikace s lidmi s mentálním postižením.

I přes tyto nedostatky se však domnívám, že cíle šetření, kterým bylo získat autentický pohled dospělých lidí s mentálním postižením na vlastní volný čas, bylo dosaženo. Dále pak na tomto základě došlo k identifikaci oblastí, které snižují kvalitu života lidí s mentálním postižením v otázkách volného času a kterým je nutné se dále hlouběji věnovat jednak po stránce výzkumné, a také po stránce praktických kroků vedoucích ke zlepšení kvality života lidí s mentálním postižením.

Literatura

1. *American Declaration of the Rights and Duties of Man* [online]. University of Minnesota, 1992 [cit. 20.6.2008]. Dostupné na WWW: <<http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/zoas2dec.htm>>.
2. ANTAKI, C. Interviewing Persons with a Learning Disability: How Setting Lower Standards May Inflate Well-Being Scores. *Qualitative Health Research*. 1999, Vol. 9, No. 4, s. 437-454.
3. BARNES, C.; MERCER, G.; SHAKESPEARE, T. *Exploring Disability – A Sociological Introduction*. Cambridge: Polity Press, 2005. ISBN 0-7456-1478-7.
4. BAROFF, G.S.; OLLEY, J.G. *Mental Retardation: Nature, Cause, and Management*. London: Psychology Press, 1999. ISBN 1583910018.
5. BLACHER, J.; BAKER, B.L. *The Best of AAMR: Families and Mental Retardation: a Collection of Notable AAMR Journal Articles Across the 20th Century*. Washington, DC: AAMR, 2002. ISBN 0940898764.
6. BONHAM, S.B. Consumer-Based Quality of Life Assessment: The Maryland Ask Me! Project. *Mental Retardation*, 2004, vol. 42, no. 5, s. 338-355.
7. BRISEID, L. G. *Tilpasset opplæring og flerfaglig samarbeid – Fra lov til praksis*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS, 2006. ISBN 10 82-7634-668-5.
8. BROWN, I.; BROWN, R.I. *Quality of Life and Disability: An Approach for Community Practitioners*. London: Jessica Kingsley Publisher, 2003. ISBN 1843100053.
9. *Charter for Leisure* [online]. World Leisure, 1979 [cit. 30.6.2008]. Dostupné na WWW: <www.worldleisure.org>.
10. CHONG, I.; YU, D.; MARTIN, G.; HARAPIAK, S.; GARINGER, J. Response Switching to Repeated Questions by Individuals with Developmental Disabilities During Interviews. *Developmental Disabilities Bulletin*, 2000, Vol. 28(1), s. 56-67.
11. CONROY, J.W.; FEINSTEIN, C.S. Measuring Quality Of Life: Where Have We Been? Where Are We Going? In *Quality of Life: Perspectives and Issues*, Washington D.C.: AAMR, 1990, s. 227-233. ISBN 0940898-23-3.

12. CRAWFORD, D.W.; GODBEY, G. Reconceptualizing barriers to family leisure. *Leisure Sciences*. 1987, Vol. 13, s. 309-320.
13. CUMNIS, R.A. Assessing Quality of Life. In *Quality of Life for People With Disabilities*. Cheltenham: Nelson Thornes, 1997. ISBN 0748732942.
14. ČERMÁKOVÁ, K.; JOHNOVÁ, M. ed. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha: MPSV, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
15. DATTILO, J.; JEKUBOVICH-FENTON, N. Leisure services trends for people with mental retardation. *Parks and Recreation*, 1995, Vol. 30, No. 5, s. 46-52.
16. FELCE, D.; PERRY, J. Quality of Life: Its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*. 1995, Vol. 16, No. 1, s. 51-74.
17. FELCE, D. What is Mental Retardation. In *What is Mental Retardation?: Ideas for an Evolving*. Washington DC: AAMR, 2006. ISBN:0940898934.
18. FINLAY, W.M.L.; LYONS, E. Acquiescence in Interviews With People Who Have Mental Retardation. *Mental Retardation*. 2002, Vol. 40, No. 1, s. 14-29.
19. GARGIULO, R.M. *Special Education in Contemporary Society: An Introduction to Exceptionality*. Florence: Thomson Wadsworth, 2006. ISBN 0534626416
20. GOODE, D.A.. Thinking About and Discussing Quality of Life. In *Quality of Life: Perspectives and Issues*, Washington D.C.: AAMR, 1990, s. 41-57. ISBN 0940898-23-3.
21. GREENSPAN, S.; SWITZKY, H.N. Forty-four Years of AAMR Manuals. In *What is Mental Retardation?: Ideas for an Evolving*, Washington D.C.: AAMR, 2006. ISBN:0940898934.
22. GULLONE, E.; CUMMINS, R.A. The Comprehensive Quality of Life Scale: A Psychometric Evaluation with an Adolescent Sample. *Behaviour Change*, 1999, Vol. 16, No. 2, s. 127-139.
23. HARNER, C.; HEAL, L. The Multifaceted Lifestyle Satisfaction Scale (MLSS): Psychometric Properties of an Interview Schedule for Assessing Personal Satisfaction of Adults with Limited Intelligence. *Research in Developmental Disabilities*. 1993, Vol. 14, s. 221-236.

24. HARRISON, P.L.; BONEY, T.L. Best Practices in the Assessment of Adaptive Behavior. In *Best Practices in School Psychology IV*. Bethesda: NASP, 2002. ISBN 0-932955-85-1.
25. HAWKINS, B.A. An Exploratory Analysis of Leisure and Life Satisfaction of Aging Adults with Mental Retardation. *Therapeutic Recreation Journal*. 1993, Vol. 21, S. 98-109.
26. HAWKINS, B.A. Promoting Quality of Life Through Leisure and Recreation. In *Quality of Life, Volume II: Application to Persons With Disabilities*. Washington D.C.: AAMR, 1997, s. 117-129. ISBN 0940898411.
27. HAWKINS, B.A.; ARDOVINO, P.; HSIEH, C.-M. Validity and Reliability of the Leisure Assessment Inventory. *Mental Retardation*. 1998, Vol. 36, No. 4, s. 303-313.
28. HAWKINS, B.A.; PENG, J.; HSIEH, C.-M.; EKLUND, S.J. Leisure Constraints: A Replication and Extension of Construct Development. *Leisure Sciences*. 1999, Vol. 21, s. 179-192.
29. HEAL, L.W.; SIGELMAN, C.K. Methodological Issues in Measuring the Quality of Life of Individuals With Mental Retardation. In *Quality of Life: Perspectives and Issues*, Washington D.C.: AAMR, 1990, s 161-176. ISBN 0940898-23-3
30. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402.
31. HERR, S.S.; GOSTIN, L.O.; KOH, H.H. *The Human Rights of Persons .with Intellectual Disabilities*. Oxford: Oxford University Press, 2003. ISBN 0199264511
32. JACKSON, E.L. In the eye of the beholder: A comment on Samdahl & Jekubovich (1997), "A critique of leisure constraints: Comparative analyses and understandings." *Journal of Leisure Research*. 1997, Vol. 29, s. 458-468.
33. KARAN, O.C. BOTHWELL, J.D. Supported Living: Beyond Conventional Thinking and Practice. In *Quality of Life, Volume II: Application to Persons With Disabilities*. Washington D.C.: AAMR, 1997, s. 117-129. ISBN 0940898411.
34. KEITH, K.D. International Quality of Life: Current Conceptual, Measurement and Implementation Issues. *International Review of Research in Mental Retardation*. 2001, Vol. 24, s. 49-74.

35. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-429-X.
36. KRAEMER, B.R. Quality of Life for Young Adults with Mental Retardation During Transition. *Mental Retardation*, 2003, vol. 44, no. 4, s. 250 – 262.
37. KREJČÍŘOVÁ, O. Speciální pedagogika mentálně retardovaných. In *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
38. LEFORT, S.; FRASER, M. Quality of Life Measurement and Its Use in the Field of learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 2002, vol. 6(3), s. 223 – 238.
39. LUCHTERHAND, C.; MURPHY, N.E. *Helping Adults with Mental Retardation Grieve a Death*. London: Taylor & Francis, 1998. ISBN 1560327685.
40. LUCKASSON, R. Foreword. In *Quality of life, Volume II: Application to Persons With Disabilities*. Washington: AAMR, 1997, s. vii-x. ISBN 0-940898-41-1.
41. MACEWEN, K.E.; BARLING, L.; KELLOWAY, E.K.; HIGGINBOTTOM, S.F. Predicting Retirement Anxiety: The Roles of Parental Socialization and Personal Planning. *Journal of Social Psychology*. 1995, Vol. 135, p.203-213.
42. MACNEIL, R.D.; ANDERSON, S.C. Leisure and Persons with Mental Disabilities: Empowering Self-Determination Through Inclusion. In RETISH, P.; RAITER, S. *Adults with Disabilities: International Perspectives in the Community*. Philadelphia: Lawrence Erlbaum Associates, 1999. ISBN 0805824243.
43. MACTAVISH, J.; MAHON, M.J. Leisure Education and Later-Life Planning: A Conceptual Framework. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2005, Vol. 2, No. 1, s. 29-37.
44. MAHON, M.J.; GOATHCHER, S. Later-Life Planning for Older Adults With Mental Retardation: A Field Experiment. *Mental Retardation*. 1999, Vol. 37, No. 5, s. 371-382.
45. MODELL, S.J.; IMWOLD, C.H. Parental Attitudes Toward Inclusive Recreation and Leisure: A Qualitative Analysis. *Parks and Recreation*, 1998, Vol. 33.
46. MORKEN, I. *Normalitet og avvik – Spesialpedagogiske utfordringer*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2006. ISBN 82-02-24-722-5.

-
47. OPDAL, L.R.; ROGNHAUG, B. Utviklingshemming. In *Spesialpedagogikk*. Oslo: Cappelen Forlag, 2004. ISBN 82-02-23176-0.
 48. PALMA, D.R.; SCHARE, M.L. *Acquiescence in the Mentally Retarded: Do They Just Say Yes?* Annual Meeting of the American Psychological Association (97th, New Orleans, LA, August 11-15, 1989).
 49. PANDIT, N.R. The Creation of Theory: A Recent Application of the Grounded Theory Method, *The Qualitative Report*, Vol 2, Nr. 4, 1996.
 50. PARK, J.; TURNBULL, A.P.; TURNBULL, H.R. Impacts of Poverty on Quality of Life in Families of Children With Disabilities. *Exceptional Children*, 2002, vol. 68, no. 2, s. 151 - 170.
 51. PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8.
 52. RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
 53. *Revised Ethical Guidelines for Educational Research*. Notts: British Educational Research Association, 2004. ISBN 0 946671 26 5.
 54. SCHALOCK, R. L. et al. Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental Retardation*, vol. 40, no. 6, 2002, s. 457-470.
 55. SCHALOCK, R. L. et al. Cross-Cultural Study of Quality of Life Indicators. *American Journal on Mental Retardation*. 2005, vol. 110, no. 4, s. 298-311.
 56. SCHALOCK, R. L. The Conceptualization and Measurement of Quality of Life: Current Status and Future Considerations. *Journal on Developmental Disabilities*. 2006, vol. 20, no. Spring 2006, s. 65-82.
 57. SCHALOCK, R. L.; BONHAM, G.S. Measuring Outcomes and Managing for results. *Evaluation and Program Planning*. 2003, vol. 26, s. 229-235.
 58. SCHALOCK, R. L.; BONHAM, G.S.; MARCHAND, C.B. Consumer Based Quality of Life Assessment: A Path Model of perceived Satisfaction. *Evaluation and Program Planning*. 2000, vol. 23, s. 77-87.

-
59. SHEPPARD-JONES, K.; PROUT, H.T.; KLEINERT, H. Quality of Life Dimensions for Adults With Developmental Disabilities: A Comparative Study. *Mental Retardation*, 2005, vol. 43, no. 4, s. 281 – 291.
60. SIGELMAN, C.K.; WINER, J.L.; SCHOENROCK, C.J. The responsiveness of mentally retarded persons to questions. *Education and Training of the Mentally Retarded*. 1982, Vol. 17, s. 120-124.
61. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha: UK, 2005. ISBN 80-246-0992-4
62. STANCLIFFE, R.J. Proxy Respondents and Quality of Life. *Evaluation and Program Planning*, 2000, Vol. 23, s. 89-93.
63. STANCLIFFE, R.J. Proxy Respondents and the Reliability of the Quality of Life Questionnaire Empowerment Factor. *Journal of Intellectual Disability Research*, 1999, Vol. 43, No. 3, s. 185-193.
64. Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, 1993 OSN, Národní rada osob se zdravotním postižením www.nrzp.cz/userfiles/file/pravidla.doc.
65. STARK, J.A.; GOLDSBURY, T. Quality of Life from Childhood to Adulthood. In *Quality of Life: Perspectives and Issues*, Washington D.C.: AAMR, 1990, s 71-83. ISBN 0940898-23-3.
66. STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu / Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60.
67. SYSE, A. *Rettsikkerhet livskvalitet for utviklingshemmete*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1995. ISBN 82-417-0716-9.
68. ŠVARŤÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
69. TED TEDRICK. *Older Adults with Developmental Disabilities and Leisure*. Haworth Press, 1997. ISBN 0789000237.
70. TESTA, M.A.; SIMONSON, D.C. Assessment of Quality-Of-Life Outcomes. *New England Journal of Medicine*. 1996, Vol. 334, No. 13, s. 835-840.

71. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením OSN* [online]. Národní rada osob se zdravotním postižením, 2006 [cit. 20.6.2008]. Dostupné na WWW: <www.nrzp.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>.
72. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
73. VAN NAARDEN BRAUN, K.; YEARGIN-ALLSOPP, M.; LOLLAR, D. Factors Associated with Leisure Activity Among Young Adults with Developmental Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 2006, Vol. 27, s. 567-583.
74. VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5
75. VENTEGODT, S.; MERRICK, J.; ANDERSEN, N.J. Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept. *The Scientific World Journal*, 2003, no. 3, s. 1030-1040.
76. *Všeobecná deklarace lidských práv* [online]. OSN, 1948 [cit. 20.6.2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>>.
77. WEHEMEYER, M.L. Self-Determination and Individuals With Significant Disabilities: Examining Meanings and Misinterpretations. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. 1998, Vol. 21, No.1, 5-16.
78. WEHEMYER, M.L.; METZLER, C.A. How Self-Determined Are People With Mental Retardation? The National Consumer Survey. *Mental Retardation*. 1995. Vol. 33, No. 2. str. 111-119.
79. WEHMEYER, M. L.; SCHALOCK, R. L. Self-Determination and Quality of Life: Implications for Special Education Services and Supports. *Focus on Exceptional Children*. 2001, April 2001.
80. WEHMEYER, M.; SCHWARTZ, M. Self-Determination and Positive Adult Outcomes: A Follow-Up Study of Youth with Mental Retardation or Learning Disabilities. *Exceptional Children*, 1997, vol. 63, no. 2, s. 245 – 255.
81. WEHMEYER, M.L. Self-Determination and Mental Retardation. In *International Review of Research in Mental Retardation*. Amsterdam: Elsevier, 2001. ISBN-10 0123662249.

82. WEHMEYER, M.L.; BOLDING, N. Self-Determination-Across Living and Working Environments: A Matched Samples Study of Adults With Mental Retardation. *Mental Retardation*. 1999, Vol. 37, No. 5, 353-363.
83. WEHMEYER, M.L.; KELCHNER, K.; RICHARDS, S. Essential Characteristics of Self Determined Behavior of Individuals With Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation*. 1996, Vol. 100, No. 6, 632-642.
84. WEHMEYER, M.L.; SCHWARTZ, M. The Relationship Between Self-Determination and Quality of Life for Adults with Mental Retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 1998. Vol. 33, No. 1, 3-12.
85. WILSON, P.G.; REID, D.H.; GREEN, C.W. Evaluating and increasing in-home leisure activity among adults with severe disabilities in supported independent living. *Research in Developmental Disabilities*. 2006, Vol. 27, s. 93-107.

Seznam použitých tabulek a schémat

Tab. č. 1 – Překážky v účasti na volnočasových aktivitách	str. 29
Tab. č. 2 – Způsoby trávení volného času respondentů šetření	str. 53
Tab. č. 3 – Povědomí o možnostech trávení volného času u respondentů šetření	str. 54
Schéma č. 1 – Průběh šetření – zakotvená teorie	str. 42
Schéma č. 2 – Kategorie vztahující se k vnímání volného času lidmi s MR	str. 64
Schéma č. 3 – Kategorie vztahující se k vnímání volného času poskytovateli služeb a zároveň k míře spokojenosti s volným časem u lidí s MR	str. 64

Seznam příloh

1. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením	2 strany
2. Souhlas s účastí na šetření	1 strana
3. Souhlas s účastí na šetření (pro rodiče a opatrovníky)	1 strana
4. Doprovodný obrazový materiál	3 strany
5. Struktura rozhovoru s dospělým člověkem s MR	2 strany
6. Rozhovor 1 – Martina	5 stran
7. Struktura rozhovoru s poskytovatelem sociálních služeb	1 strana
8. Rozhovor 2 – Poskytovatel č. 2	3 strany

Příloha č. 1

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Článek 30.

Účast na kulturním životě, rekreace, volný čas a sport

1. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají právo osob se zdravotním postižením účastnit se kulturního života společnosti na rovnoprávném základě s ostatními a přijmou veškerá odpovídající opatření, aby osoby se zdravotním postižením:

a) měly přístup ke kulturním materiálům v přístupných formátech;

b) měly přístup k televizním programům, filmům, divadelním a jiným kulturním činnostem v přístupných formátech;

c) měly přístup na místa určená pro kulturní aktivity, jako jsou divadla, muzea, kina, knihovny a služby pro turisty a, v co největší možné míře, přístup k historickým památkám a významným místům národního kulturního dědictví.

2. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou odpovídající opatření, aby poskytly osobám se zdravotním postižením příležitost rozvíjet a využívat jejich tvůrčí, umělecký a intelektuální potenciál, a to nejen ve svůj vlastní prospěch, ale také pro obohacení celé společnosti.

3. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, podniknou, v souladu s mezinárodním právem, veškeré odpovídající kroky s cílem zajistit, aby zákony na ochranu duševního vlastnictví nevytvářely nepřiměřené nebo diskriminační překážky bránící přístupu osob se zdravotním postižením ke kulturním materiálům.

4. Osoby se zdravotním postižením mají nárok, na rovnoprávném základě s ostatními, na uznání a podporu své specifické kulturní a jazykové identity, včetně znakové řeči a kultury neslyšících.

5. S cílem umožnit osobám se zdravotním postižením podílet se, na rovnoprávném základě s ostatními, na rekreační, zájmové a sportovní činnosti, přijmou státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, odpovídající opatření, která:

- a) podnítl a podpoří co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do běžných sportovních aktivit na všech úrovních;
- b) zajistí, aby osoby se zdravotním postižením měly možnost organizovat a rozvíjet speciální sportovní a zájmové aktivity a účastnit se jich, a za tímto účelem podporují poskytování odpovídajícího výcviku, školení a prostředků, na rovnoprávném základě s ostatními;
- c) zajistí, aby osoby se zdravotním postižením měly přístup na sportoviště a do rekreačních a turistických zařízení;
- d) zajistí, aby děti se zdravotním postižením měly rovný přístup, jako ostatní děti, k účasti ve hře, k rekreačním, zájmovým a sportovním činnostem, včetně účasti na uvedených činnostech v rámci školy;
- e) zajistí, aby osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám osob a institucí podílejících se na organizaci rekreační, turistické, zájmové a sportovní činnosti.

Příloha č. 2

SOUHLAS S ÚČASTÍ NA ŠETŘENÍ

Souhlasím s účastí na šetření na téma trávení volného času (v rámci diplomové práce na toto téma zpracovávané na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze na katedře Speciální pedagogiky).

Veškeré poskytnuté informace získané v souvislosti s šetřením zůstanou přísně důvěrné a budou uveřejněny pouze s Vaším souhlasem.

Pokud s účastí budete souhlasit, máte právo od šetření kdykoli v jeho průběhu odstoupit bez udání důvodu.

V případě jakýchkoli dotazů se na mě můžete obrátit na tel. č. 721 333 929, nebo emailem: marketa_kraj@yahoo.co.uk

Děkuji za spolupráci.
Markéta Krajníková

Svým podpisem stvrzujete, že souhlasíte s účastí na výše uvedeném šetření. Ze šetření máte právo kdykoli odstoupit bez udání důvodu.

Podpis, datum

Příloha č.3

**SOUHLAS S ÚČASTÍ NA ŠETŘENÍ
(pro rodiče a opatrovníky)**

Váš syn/dcera/svěřený do péče byl/a přizván/a k účasti na šetření ohledně využívání volného času u dospělých lidí a mentálním postižením v rámci diplomové práce na toto téma zpracovávané na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze na katedře Speciální pedagogiky.

Pokud budete s účastí Vašeho syna/dcery/svěřeného do péče na šetření souhlasit, s Vaším synem/dcerou/svěřeným do péče povedu přibližně půlhodinový rozhovor na téma volný čas.

Veškeré poskytnuté informace získané v souvislosti s šetřením zůstanou přísně důvěrné a budou uveřejněny pouze s Vaším souhlasem.

Pokud s účastí budete souhlasit, máte právo od šetření kdykoli v jeho průběhu odstoupit bez udání důvodu.

V případě jakýchkoli dotazů se na mě můžete obrátit na tel. č. 721 333 929, nebo emailem: marketa_kraj@yahoo.co.uk

Děkuji za spolupráci.

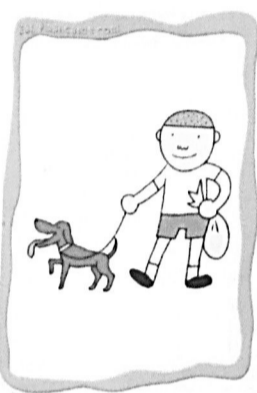
Markéta Krajníková

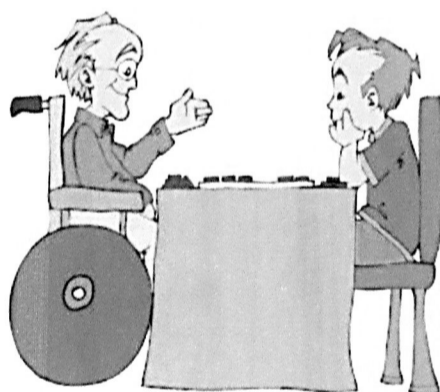
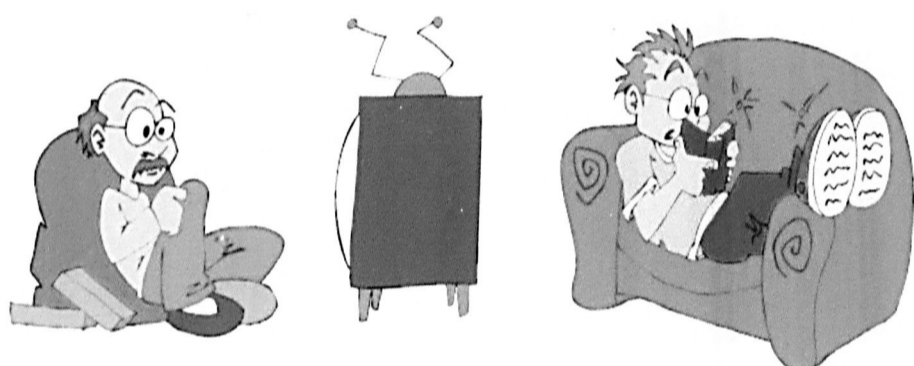
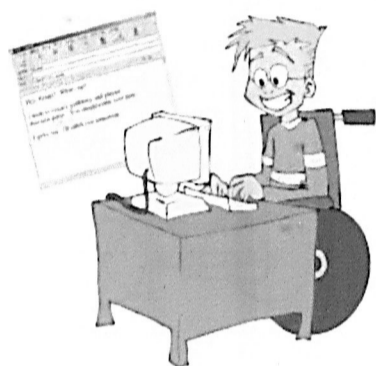
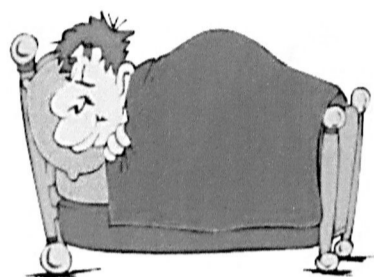
Svým podpisem stvrzujete, že souhlasíte s účastí svého syna/dcery/svěřeného do péče na výše uvedeném šetření. Ze šetření máte právo kdykoli odstoupit bez udání důvodu.

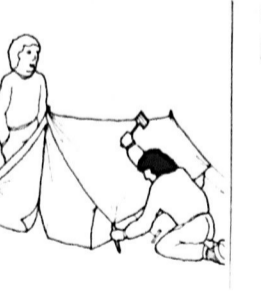
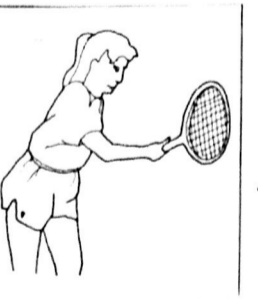
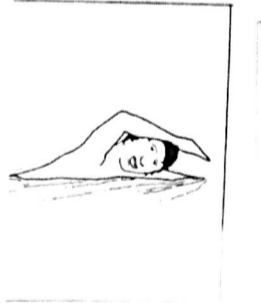
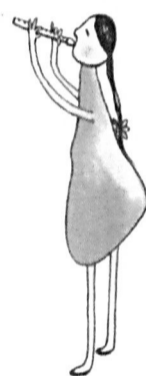
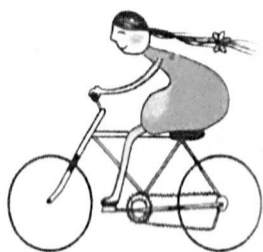
Podpis, datum

Příloha č. 4

Doprovodný obrazový materiál k rozhovorům







ZDROJE:

1. KLÉGROVÁ, Z.; VYKOUKALOVÁ, P. *Léto je tady*. Praha: Nakladatelství Knižcentrum, 1999. ISBN 80-86054-84-5
 2. *Free ESL Flashcards* [online]. ESLFlashcards.com, 2008 [cit. 30.9.2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.eslflashcards.com>>.
 3. *ESL/EFL Resources for Teachers of Young Learners* [online]. MES English.com, 2008 [cit. 1.10.2008] Dostupné na WWW: <<http://www.mes-english.com/flashcards.php>>
-

Příloha č. 5

Struktura rozhovoru s dospělým člověkem s mentálním postižením

1. Úvod

Souhlas s účastí, nahráváním

Představení

Anamnestická data (pohlaví, věk)

2. Jak v současné době trávíte svůj volný čas?

Co děláte, když nejste v práci/ve škole?

Chodíte do nějakého kroužku?

Jak často?

S kým tam chodíte?

Sportujete?

Co děláte, než jdete večer spát?

3. Jste se svým volným časem spokojen?

Baví vás (určitá aktivita)?

Chtěl byste něco změnit? – chodit častěji/přestat chodit?

Máte dostatek volného času?

Nudíte se někdy?

Cítíte se někdy osamělý?

Máte přátele?

Jak byste nejraději trávil svůj volný čas?

Dělal byste rád něco, co v současnosti neděláte?

Víte, na koho se obrátit o radu?

4. Vybral jste si tyto aktivity sám?

Radí vám někdo, co máte dělat ve volném čase?

Přihlásil jste se do kroužku sám?

Jak jste kroužek našel? Poradil vám někdo? Kdo?

5. Jak jinak se dá trávit volný čas?

Co ve volném čase dělají vaši kamarádi/rodiče?

Jak jinak lze trávit volný čas, než jak to děláte vy?

6. Závěr

Chtěl byste něco dodat/zdůraznit?

Poděkování

Příloha č.6

Rozhovor 1 – Martina

Datum: 5.10.2008

Dobrý den, Martino.

Dobrý den.

Jak už jsem vám říkala, já píšu teď ve škole závěrečnou práci, píšu o trávení volného času a ráda bych s vámi udělala na toto téma rozhovor. Samozřejmostí je, že nikde nebudu zveřejňovat vaše osobní údaje jako jméno, kde bydlíte, kdy jste se narodila a tak podobně. Kdybyste nechtěla na jakoukoli otázku odpovídat, tak samozřejmě nemusíte, a kdybyste celý rozhovor chtěla kdykoli ukončit, tak taky můžete. Chcete se na něco zeptat?

Ani ne.

Souhlasíte tedy s účastí na rozhovoru?

Ano.

Kolik je Vám let, Martino?

30.

A jak dlouho už tady bydlíte?

2,5 roku.

Dobře. Děkuju. Já bych si s Vámi teď ráda povídala o vašem volném čase. Nejdřív se Vás ale zeptám – chodíte ještě do školy?

Ne.

A do práce chodíte?

Ne.

Máte nějaké zaměstnání?

Ne.

Aha. A co tu přes den děláte?

Tak různě. Chodíme na pole, nebo do dílen.

A co v těch dílnách děláte?

Keramiku, textil. Tam vyrábím v textilní dílně koberce, tašky. V Keramický dílně vyrábím keramiku – misky, talíře, hrnky.

A na poli?

Tam pěstujeme různé věci.

A co například?

Třeba řepu, brambory nebo mrkev.

A když nejste v dílnách nebo na poli, co děláte?

Odpočívám, nebo hraju fotbal.

A s kým hrajete fotbal?

S Petrem.

A hrajete ho často?

No, to moc ne.

Třeba jednou za týden?

To asi ne.

Tak třeba jednou za měsíc?

Tak asi, no.

A jak odpočíváte?

Když beru hodně prášků, tak spím, ale dneska jsem nemohla, protože mě tak strašně bolí noha. Tak jsem neusnula.

A když nespíte?

Tak to poslouchám hudbu.

A jakou máte nejradši?

To je jedno.

A co třeba děláte, než jdete večer spát?

To taky poslouchám hudbu.

Aha. A chodíte do nějakého kroužku?

Já jsem chodila dřív. Do pěveckého. Bylinkářského.

A proč tam už teď nechodíte?

Ono je to někde jinde.

A chtěla byste tam zase chodit?

No jo.

A s kým nejraději trávíte volné chvíle?

No, s kamarádkou.

A kdo je Vaše kamarádka?

Klárka. A Lucka.

A ty tady s vámi bydlí?

No, přes tejdén. Klárka jezdí středa a pátky. A Lucka tu bydlí do pátku.

Už jste říkala, že ráda hrajete fotbal. Sportujete i jinak?

No, jednou jsem jela Petra doprovodit na vlak. Pod most. Jsem mu nosila těžkej bágel. My jsme se střídali. Na tom červenym kole. První jsem jela já a Petrš za mnou běžel. A potom jsem běžela já a Petr si vzal bágel. A potom jsme se vyměnili u toho moble espanol klasický a moderní nábytek.

Aha. Takže takhle sportujete, že jezdíte na kole?

No, když tu byla Věra na víkend, tak jsme jeli tady okolo.

A jste spokojená se svým volným časem?

(bez zaváhání) Jo.

Nic byste nechtěla změnit?

Ani ne.

A mít víc času na poslouchání hudby nebo na fotbal byste nechtěla?

No, to jo. Na to moc času nemám. To bych chtěla.

A když máte volno, rozhodujete sama, jak ho trávit?

Ne.

A kdo vám říká, jak ho máte trávit?

Petr.

A vadí vám to?

No, jak kdy.

A kdy vám to třeba vadí?

Když se mi něco nechce dělat.

A stalo se vám to teď někdy nedávno?

(přemýšlí). No, včera.

A co se stalo?

My jsme šli někam do muzea a mně se nechtělo.

A proč se vám nechtělo?

Já nerada chodím do muzea.

A řekla jste to?

No jo, ale my musíme.

Dobře. A co si myslíte, že dělají jiní lidé ve volném čase? Třeba Klárka, když je na víkend doma?

Kouká na televizi.

A Vy taky koukáte?

No, koukám.

Máte televizi?

Nemáme.

A kde teda na ní koukáte?

To bylo dřív.

A chtěla byste na ní zase koukat?

No, chtěla.

Aha. A co myslíte. Že třeba já dělám ve volném čase?

Čumíš na bednu.

No, dobře. A ještě něco myslíte?

Už asi ne.

A co vás baví úplně nejvíc dělat?

Fotbal.

Dobře. A máte na to dost času hrát fotbal?

No, moc ne.

Chtěla byste mít víc času na hraní fotbalu?

No.

A stává se Vám někdy, že se nudíte? Že nemáte co dělat?

No, nudím se dost děsně.

A stává se vám taky, že se někdy cítíte osamělá?

No, taky.

A máte něco, co byste chtěla udělat, ale zatím se vám to nepodařilo?

Eeh. (kouká zmateně, očividně nerozumí otázce)

Třeba já mám sen, že bych se chtěla proletět balónem. Máte taky nějaký sen?.

No, mám vysněnej sen.

A jaký? Řeknete mi to?

Aby mě zase vzali do fotbalového družstva.

Aha. A vy jste někdy hrála v týmu?

Já jsem hrála... (vzpomíná). Kluci a holky dohromady. Hráli jsme fotbal, vybiku, všechno.

Jo, takový sportovní hry. Aha.

Já jsem tam byla brankář, a jak se mi stala ta nehoda, tak mě ten náš šéf vyhodil z toho družstva. Oni holky brečely, protože mě tam měly rádi. A vzali tam jinýho brankáře.

Brankářku. A ta byla hnusná. Mně se nelíbila.

A jak myslíte, že by to šlo zařídit, abyste se zase dostala do fotbalového družstva? Kdo by vám s tím mohl pomoci?

No, protože já jsem zdrhla tady odtud. A chodila jsem si vydělávat na fotbalový hřiště.

A čím jste si tam vydělávala?

No, fotbalem. Brankářským fotbalem. Tak mám tam někde brankářský rukavice. Nemáme míč, protože my jsme ho propíchli. Mírek ho kopnul do nějakého křoviska. Tak se to propíchlo. A nemáme míč. Jak trénovat fotbal. Na tajným místě máme kopačky. Na půdě.

(respondentka si zjevně začíná část odpovědi vymýšlet, snažím se rozhovor dovést ke konci)

Chtěla byste tedy na svém volném čase něco změnit?

Eh. Nooo. (přemýšlí). Já nevim.

Nebo mi něco zopakovat, co je pro vás důležité?

Asi ne.

Dobře. Já vám moc děkuju, že jste se mi takhle věnovala a kdybyste měla třeba později ještě nějaké otázky, tak se mě určitě můžete zeptat. Telefon na mě máte tady.

Jo, díky.

Já děkuju.

Příloha č.7

Struktura rozhovoru s poskytovatelem sociálních služeb

1. Úvod

souhlas s účastí a nahráváním

2. Nabízené volnočasové aktivity

Jaký typ služeb nabízíte?

Jaké konkrétní volnočasové aktivity svým klientům nabízíte?

Účastní se vaši klienti volnočasových aktivit i mimo vaše zařízení?

3. Organizace volnočasových aktivit

Kdy a kde volnočasové aktivity probíhají?

Kdo volný čas klientů organizuje/utváří?

Účastní se klienti na utváření náplně volného času?

4. Zhodnocení kvality volnočasových aktivit

Zdá se vám volnočasové vyžití klientů adekvátní?

Zdá se vám dostatečné?

Jsou podle vás klienti se svým volným časem spokojeni?

Změnil byste něco?

5. Závěr

Chtěl byste něco dodat/zdůraznit?

Poděkování

Příloha č. 8

Rozhovor 2 – Poskytovatel č.2

Datum: 29.9.2008

Dobrý den.

Dobrý den.

Než začneme, já ještě jednou shrnu, proč s vámi chci dělat rozhovor, a pak se vás znovu zeptám, zda souhlasíte s účastí. Ano?

Ano.

Já píšu diplomovou práci na téma volný čas dospělých lidí s mentálním postižením a v rámci toho bych ráda udělala i několik rozhovorů s poskytovateli sociálních služeb. Samozřejmě je, že nikde nebudu zveřejňovat vaše osobní údaje ani údaje týkající se zařízení. Kdybyste nechtěla na jakoukoli otázku odpovídat, tak samozřejmě nemusíte, a kdybyste celý rozhovor chtěla kdykoli ukončit, tak taky samozřejmě můžete. Chcete se na něco zeptat?

Ne.

Souhlasíte tedy s účastí na rozhovoru?

Ano.

Můžu se tedy zeptat, jaký typ služeb nabízíte?

Tak my toho nabízíme spoustu. Hlavně je to ale služba podporovaného bydlení a potom k tomu přidružené další věci jako asistence, poradenství klientům i rodinám, volnočasové aktivity, začínáme i s realitními pobyty.

A jaká je přesně vaše cílová skupina?

Obecně mentálně postižení.

Jaké volnočasové aktivity klientům nabízíte?

Tak toho je spousta. Plavání, hypoterapie, kanisterapie, rukodělné aktivity jako třeba keramika, práce s textílem. (přemýšlí) Hrajeme nárazově taky divadlo. A pak takové jednorázové aktivity, jakože jdeme na výlet, do divadla nebo třeba na výstavu a tak podobně.

Účastní se vaši klienti i aktivit mimo vaše zařízení.

Nó... (pauza). Tak to až moc ne. I když vlastně jo, jeden náš klient chodí do volnočasového programu občanského sdružení XY. Věnuje se mu tam jeden dobrovolník. To je dobrá věc.

Takže zbytek klientů tráví volný čas tady a s vašimi zaměstnanci?

No, většinou jo.

Většinou?

Ted' mě zrovna nic nenapadá. Tak asi skoro pořád.

A jak je to s organizací?

Tak to organizujeme my sami, ministerstvo nám s ničím nepomáhá. Máme na to školené zaměstnance.

Já myslela spíš na klienty. Oni se utváření svého volného času neúčastní?

To samozřejmě ano! (nahlas vykřikne) Snažíme se o maximální zapojení klientů do rozhodování o volnočasových aktivitách. Aby byli součástí všeho, co se kolem nich děje a co je nějak ovlivňuje. To je samozřejmost.

A jak se vám to daří?

No, upřímně, jak kdy. Ono to nakonec není podle ničích představ.

A v čem vidíte příčinu?

Jedna věc je bezpečnost, já mám odpovědnost. Pak samozřejmě peníze a nedostatek lidí. Ale pak taky nějaký rozvoj klientů. Kdybychom je celý den nechali jen koukat na televizi, tak se nebudou nijak rozvíjet. Není možné, aby se naši klienti celý den jen dívali na televizi. Oni by nic jiného nedělali. To vy asi neznáte. Takže to vlastně ani nemžeme nechat úplně na nich. I když se teda samozřejmě snažíme, aby se mohli rozhodovat sami.

A zdá se vám volnočasové vyžití klientů adekvátní? Myslím z hlediska náplně.

Upřímně, které ze zdravých dětí chodí každý týden na keramiku, plavat, na koně, někde za kulturou a kdoví co ještě, to bych teda chtěla vidět. Takže adekvátní se mi zdá.

A zdá se vám dostatečné? Mají klienti dost volného času?

To myslím, že ano.

A jsou podle vás spokojeni?

Žádné stížnosti jsme nezaznamenali, ale to se musíte zeptat spíš jich.

Změnila byste něco na volném čase svých klientů?

(usměje se) Jó, kdybychom měli tolik peněz, kolik bysme chtěli, tak to by se měnilo jedna radost. Jenže to my nemáme. Nemáme na nic peníze, je to věčný boj. Pořád dokola. To se opakuje každý rok. Takže v současné situaci bych nic neměnila.

Já vám moc děkuju za vaše odpovědi a čas, který jste mi věnovala. Chtěla byste ještě něco dodat, nebo zdůraznit?

Ne, já vám taky děkuju a přeju hodně štěstí.