

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky



DIPLOMOVÁ PRÁCE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

MOŽNOSTI ADAPTIVNÍHO CHOVÁNÍ U DOSPÝLÝCH OSOB
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Lucie Charvátová

2009

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Katedra speciální pedagogiky



DIPLOMOVÁ PRÁCE

**DIAGNOSTIKA ADAPTIVNÍHO CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH OSOB
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Praha 2009

Autor práce: Lucie Charvátová

Vedoucí práce: PhDr. Iva Strnadová, PhD.



Lucie Charvátová

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, pouze za použití uvedené literatury.

Souhlasím s užitím tohoto školního díla ve smyslu § 60 Zákona č. 121/2000 Sb. ve smyslu zpřístupnění odborné veřejnosti.

V Praze dne 11. dubna 2009


.....

Lucie Charvátová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce PhDr. Ivě Strnadové, PhD. za podporu, trpělivost a cenné připomínky. Můj dík dále patří velkému množství osob, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Jsou to pracovníci sociálních služeb, kteří byli ochotni poskytnout mi informace o své práci. Děkuji kolegům z občanského sdružení Podpora samostatnosti OSA, kteří mi poskytli možnost vykonat v této organizaci šetření a podělili se se mnou o své připomínky a zkušenosti. Uživatelům služeb Podpory samostatnosti OSA a jejich rodičům děkuji za ochotu účastnit se šetření. Za podporu při psaní diplomové práce jsem vděčná rodině a přátelům.

Anotace

Tématem diplomové práce je diagnostika adaptivního chování u dospělých osob s mentálním postižením. Teoretické kapitoly jsou věnovány problematice dospělosti osob s mentálním postižením, diagnostice osob s mentálním postižením v období dospělosti, adaptivnímu chování a jeho diagnostice. Poslední teoretická kapitola pojednává o sociálních službách s důrazem na novou legislativu.

Problematice diagnostiky adaptivního chování dospělých osob s mentálním postižením v sociálních službách osobní asistence a sociální rehabilitace jsou věnována dvě šetření. Na celorepublikové úrovni je sledována podoba diagnostiky v těchto sociálních službách. Druhé šetření spočívá v ověření diagnostického nástroje vypracovaného pro potřeby konkrétního poskytovatele sociálních služeb.

Annotation

The subject of this thesis is measurement of adaptive behavior of adults with intellectual disabilities. Theoretical chapters include topics as adulthood of people with intellectual disabilities, assessment of adults with intellectual disabilities, adaptive behavior and its measurement. The final chapter of theoretical part involves information about social services with emphasis on a new legislation.

Second part of the thesis contains analysis of two survey investigating measurement of adaptive behavior of adults with intellectual disabilities in two kinds of social services - personal assistance and social rehabilitation. First survey investigates characteristics of measurement in these social services on nationwide level. The aim of second survey is to examine an assessment tool designed for needs of concrete social services provider.

Obsah

	Úvod	9
1.	Diagnostika osob s mentálním postižením v období dospělosti	11
1.1.	Dospělost osob s mentálním postižením	11
1.1.2.	Dospívání	12
1.1.2.	Dospělost	17
1.1.3.	Rodina a osamostatňování	20
1.1.4.	Ochrana práv dospělých osob s mentálním postižením	22
1.1.5.	Sexualita osob s mentálním postižením	24
1.1.6.	Manželství a rodičovství dospělých osob s mentálním postižením	26
1.1.7.	Pracovní uplatnění dospělých osob s mentálním postižením	28
1.1.8.	Bydlení dospělých osob s mentálním postižením	29
1.1.9.	Celoživotní učení osob s mentálním postižením	30
1.2.	Nové pojetí diagnostiky	32
1.3.	Východiska psychopedické diagnostiky	32
1.3.1.	Definice mentálního postižení	33
1.3.2.	Rozumové schopnosti	34
1.3.3.	Adaptivní chování	35
1.4.	Cíle a metody psychopedické diagnostiky v období dospělosti	36
2.	Adaptivní chování a jeho diagnostika	40
2.1.	Historie, definice a oblasti adaptivního chování	40
2.2.	Význam adaptivního chování v životě člověka s mentálním postižením	44
2.3.	Adaptivní chování u jednotlivých stupňů mentálního postižení	46
2.3.1.	Lehké mentální postižení (IQ 69 - 50)	46
2.3.2.	Středně těžké mentální postižení (IQ 49 - 35)	48
2.3.3.	Těžké mentální postižení (IQ 34 - 20)	50
2.3.4.	Hluboké mentální postižení (IQ pod 20)	50
2.4.	Diagnostika adaptivního chování	51
2.4.1.	Vinelandská škála sociální zralosti	54
2.4.2.	Günzburgova škála	55

2.4.3.	Škály funkční nezávislosti	55
2.4.4.	Nástroje zaměřené na diagnostiku dílčích oblastí adaptivního chování	55
2.4.5.	Diagnostika adaptivního chování v řízení o způsobilosti k právním úkonům	58
2.4.6.	Diagnostika adaptivního chování v podporovaném zaměstnávání	60
3.	Sociální služby	62
3.1.	Obecná charakteristika, legislativa, trendy	62
3.2.	Některé změny plynoucí ze zákona č. 108/2006 Sb.	65
3.3.	Kategorizace sociálních služeb	67
3.4.	Služby osobní asistence a sociální rehabilitace	69
3.4.1.	Osobní asistence	70
3.4.2.	Sociální rehabilitace	73
3.4.2.1.	Kurzy samostatnosti	75
3.5.	Individuální plánování v sociálních službách	76
4.	Úvod k praktické části	78
5.	Diagnostika adaptivního chování v sociálních službách	79
5.1.	Cíl a dílčí otázky šetření	79
5.2.	Metoda šetření a zpracování dat	79
5.2.1.	Kvantitativní výzkum	79
5.2.2.	Dotazník, jeho výhody a omezení	80
5.2.3.	Stavba dotazníku a postup konstrukce	81
5.2.4.	Metoda zpracování dat	82
5.3.	Předvýzkum	83
5.4.	Charakteristika souboru	85
5.5.	Průběh šetření	86
5.6.	Analýza získaných dat	88
5.7.	Shrnutí výsledků šetření a diskuze	109
6.	Model diagnostiky adaptivního chování	115
6.1.	Cíl a dílčí otázky šetření	115
6.2.	Podpora samostatnosti OSA	115
6.3.	Týden samostatnosti	117
6.4.	Dotazník podpory	119

6.4.1.	Cíl dotazníku	119
6.4.2.	Stavba dotazníku a postup konstrukce	119
6.5.	Průběh šetření a popis souboru	120
6.6.	Metody šetření a zpracování dat	122
6.6.1.	Akční výzkum	122
6.6.2.	Pozorování	123
6.6.3.	Rozhovor	123
6.6.4.	Metoda zpracování dat	125
6.7.	Analýza získaných dat	126
6.7.1.	Průběh vyplňování Dotazníků podpory	126
6.7.2.	Zodpovězení dílčích otázek šetření	127
6.7.3.	Reakce uživatelů služeb	136
6.7.4.	Reakce rodičů	137
6.7.5.	Reakce osobních asistentů	138
6.8.	Shrnutí výsledků šetření	139
	Závěr	141
	Literatura	143
	Přílohy	150

Úvod

Téma dospělosti osob s mentálním postižením se otevírá v souvislosti s trendy normalizace, humanizace, deinstitucionalizace a integrace v přístupu k lidem s postižením, s nimiž souvisí i změna pohledu na mentální retardaci. Opouští se deficitní model mentální retardace, na kterou je teď nahlíženo v kontextu environmentálním, vývojovém, multidimenzionálním. Mentální retardace už není chápána jako nemoc či jako neměnný stav, ale jako dynamický proces, který se mění v průběhu života v individuálním a společenském kontextu života člověka.

V důsledku těchto změn, které byly v České Republice započaty až v devadesátých letech, především v angloamerických zemích však mnohem dříve, vzniká celá řada iniciativ a služeb, které se snaží odpovídat na potřeby dospělých osob s mentálním postižením a naplňovat je v přirozeném prostředí - v sociálních službách dochází k rozvoji ambulantních a terénních služeb.

Problematika života osob s postižením se stává přístupnou pro širokou veřejnost, dochází k pokrokům na poli osvěty a do podpory osob s postižením jsou zapojováni dobrovolníci.

Všechny tyto změny si žádají i další změny na poli diagnostiky. Diagnóza určitého stupně mentální retardace už není dostačující. Nepomůže nám popsat úroveň schopností a dovedností konkrétního člověka, jeho silné a slabé stránky. Údaj o stupni mentální retardace neposkytne dostatečné informace pro plánování míry a podoby podpory pro konkrétního člověka. Ve zmíněných oblastech nereflexuje změny, ke kterým v průběhu života člověka s mentálním postižením dochází.

Nedokonalá diagnostika může vést ke zhoršení kvality života dospělého člověka s mentálním postižením - například v případě nadměrného zásahu do právního statusu při řízení o způsobilosti k právním úkonům.¹ S rostoucí integrací a nezávislostí osob s mentálním postižením může nedokonalá diagnostika vést rovněž k ohrožení bezpečnosti těchto osob.

¹ ZAHUMENSKÝ, D. Některé problémy v řízení o způsobilosti k právním úkonům. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 33-39. ISBN 80-903921-0-5.

Proto si kladu otázku: Jakým způsobem můžeme zjistit, co člověk s mentálním postižením skutečně dovede, aby mu na základě toho byla poskytnuta přiměřená míra podpory a nezávislosti (tak, aby zároveň mohl dále rozvíjet své schopnosti, dovednosti, vědomosti a zájmy a podílet se na životě komunity)? S cílem zodpovědět tuto otázku je hlavním tématem diplomové práce diagnostika adaptivního chování.

V prvních třech kapitolách diplomové práce se teoreticky věnuji tématům dospělost osob s mentálním postižením, psychopedická diagnostika v období dospělosti, adaptivní chování a jeho diagnostika a sociální služby. V rámci praktické části jsem provedla dvě šetření zaměřující se na diagnostiku adaptivního chování v sociálních službách osobní asistence a sociální rehabilitace poskytovaných dospělým lidem s mentálním postižením.

1. Diagnostika osob s mentálním postižením v období dospělosti

1.1. Dospělost osob s mentálním postižením

V důsledku změn od počátku 90. let 20. století se rozšiřuje speciálně pedagogická péče z žáků speciálních (nebo základních) škol i na dospělé osoby s mentálním postižením.²

„Do zorného pole speciální pedagogiky posledního období se dostala řada zcela nových jevů. (...) Objevil se fenomén celoživotního učení se a edukace člověka, fenomén práv a integrace hendikepovaného člověka.“³

Osobám s mentálním postižením byla dospělost a práva a potřeby z ní plynoucí dlouho upírány. Tento fakt do značné míry souvisí s charakterem postižení, kdy jedním z jeho hlavních znaků jsou snížené rozumové schopnosti, a předpokládaná dosažená úroveň rozumových schopností se přirovnává k lidskému věku. Jak podotýká Valenta, jeden z rozšířených předsudků vůči lidem s mentálním postižením je následující: *„Člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem.“⁴* Z tohoto předsudku vyplývají postoje vůči dospívání těchto osob a především vůči jejich přirozeným citovým a sexuálním potřebám.⁵

Diplomovou práci, která se vztahuje k dospělosti osob s mentálním postižením, proto začínám kapitolou shrnující dostupné informace o tomto životním období. Základní charakteristiky a dělení mentální retardace jsou naopak podrobně popsány v mnoha českých odborných publikacích (Švarcová 2000, Valenta 2007 aj.), proto se jimi v této práci nebudu zabývat.

² VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 3. aktual. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

³ JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2000. s.8. ISBN 80-7041-196-1.

⁴ VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 3. aktual. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. s. 48. ISBN 978-80-7320-099-2.

⁵ VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 3. aktual. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

1.1.1. Dospívání

Nezbytným mezníkem pro dosažení dospělosti je období dospívání. Proto bych dospělost osob s mentálním postižením ráda uvedla podkapitolou o jejich dospívání - o období důležitém z hlediska podpory rozvoje samostatnosti a adaptivního chování.

Období dospívání dělí Langmeier a Krejčířová (1998) na dvě etapy: období pubescence (11 - 15 let) a období adolescence (od 15 do 20 - 22 let), během kterých dochází k výrazným biologickým, psychickým a sociálním změnám. Biologické změny počínají prvními známkami pohlavního zrání (zejména objevením sekundárních pohlavních znaků) a výraznou akcelerací růstu a dovršeny jsou dosažením plné pohlavní zralosti. Psychické změny se projevují „*ohlášením nových pudových tendencí a hledáním způsobů jejich uspokojování a kontroly, celkovou emoční labilitou a zároveň nástupem vyspělého (formálně abstraktního) způsobu myšlení a dosažením vrcholu jeho rozvoje.*“⁶ Sociální změny pramení z odlišného očekávání společnosti vzhledem k chování a výkonům intaktního dospívajícího člověka i z měnícího se pojetí vlastní role a nově reflektovaného sebepojetí. Ke zmíněným změnám nemusí docházet současně a jejich nástup a projevy jsou ovlivněny i tím, jak dospívající pozoruje změny na svém těle a zároveň změny v přístupu okolí k němu. Důležitou roli hrají i sociální, ekonomické a kulturní faktory a výchovný postoj rodičů, učitelů či dalších pro dospívajícího významných osob. Mezi dospívajícími osobami jsou proto značné individuální rozdíly.⁷

Dospívání, stejně jako dospělost, u osob s mentálním postižením je velmi těžké definovat, jelikož výše zmíněné individuální rozdíly jsou v některých oblastech ještě umocněny vzhledem k hloubce mentálního postižení. Podle Selikowitz (2005) přichází dospívání u dětí s Downovým syndromem, které vyrůstají v rodinách, průměrně ve stejném věku, jako u intaktních dětí. K hormonálním změnám dochází i u dítěte, které není intelektuálně zralé.⁸ U osob s mentálním postižením však existuje problematický

⁶ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 1998. s. 138. ISBN 80-7169-195-X.

⁷ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.

⁸ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

rozpor mezi fyzickou vyspělostí a úrovní mentálních schopností. Uvádí se, že myšlení osob s mentálním postižením nikdy nedosáhne úrovně abstrakce a generalizace.⁹

Je známo, že nervová soustava člověka s mentálním postižením zraje pomaleji¹⁰, proto se některé jevy charakteristické pro období dospívání mohou objevit až ve věku mnohem pozdějším, ve věku, kdy už se člověk zároveň může potýkat například s hledáním pracovního uplatnění - například utváření hodnotového systému, utváření diferencovanějších vztahů s vrstevníky obojího pohlaví, vytváření vlastního sebepojetí apod.

Sociální změny uváděné Langmeierem a Krejčířovou (1998), které do značné míry souvisí s očekáváním okolí, jsou v dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením asi nejvíce problematické - jelikož pokud je okolí přesvědčeno, že člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem a neočekává od něho nárůst samostatnosti, neposkytne mu zároveň žádný impulz k rozvoji. „Podle Jenkinse (1989) pro mladého člověka s mentálním postižením období adolescence prakticky neexistuje. Jeho život determinuje očekávání, postoje, hodnoty a předsudky společnosti vnímající hendikep jako jeho osobní tragédii. Pokud navzdory všem intervencím se stane ze školáka dospělý, který nabyl přesvědčení o svém špatném zdravotním stavu, nelze se divit, že přijme pasivní roli nemocného a závislého příjemce péče, za kterou se navíc od něj očekává vděk.“¹¹ Problematický sociální rozměr dospívání lze však zároveň výrazně ovlivnit změnou postojů okolí.

Jedním z hlavních cílů dospívání je dosažení maximální možné samostatnosti a nezávislosti. Zatímco intaktní děti se naučí řadu dovedností nápodobou a postupně narůstá jejich samostatnost, děti s mentálním postižením potřebují často dovednosti nacvičovat. Děti s mentálním postižením většinou samostatnost nevyžadují a rodiče, kteří se obávají zranitelnosti dítěte, jim zas neposkytnou dostatek prostoru pro osvojování důležitých dovedností.¹² Dalším faktorem ovlivňujícím přístup rodičů je

⁹ VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 3. aktual. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

¹⁰ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. přeprac. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-821-X.

¹¹ ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha : Karolinum, 2005. s. 37. ISBN 80-246-0992-4.

¹² SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

bezesporu to, že výchova dětí s mentálním postižením vyžaduje vysokou míru trpělivosti. Jsou chvíle, kdy je pro rodiče jednodušší a méně bolestné vykonat něco za dítě, než vyčkávat a sledovat jeho „nešikovnost“ a obtíže.

Rodiče sami sebe často utvrzují, že dítěti umožní větší nezávislost, až bude starší. Avšak získávání nezávislosti je pro dítě s mentálním postižením pomalým sledem jednotlivých krůčků, které musí na této cestě udělat, a to od nejranějšího dětství. Je chybné se domnívat, že dítě, které jsme chránili před tím, aby si muselo některé věci udělat samo, bude schopné samostatného života v dospělosti.¹³

Pokud mají děti se speciálními potřebami vyrůst v mladé dospělé, potřebují pomoci zvládnout přechod do této fáze.¹⁴ „Transition“ - „přechod“ je termín používaný k vyjádření dynamického procesu zažívaného dospívajícími lidmi se speciálními potřebami, když se stávají dospělými. Transition s sebou nenese pouze přechod k poskytovateli služeb pro dospělé, ale všechny aspekty života dospělého člověka - zahrnuje zdravotní péči, vzdělání, zaměstnání a volný čas.“¹⁵ Přechod je důležitou součástí vzdělávání dospívajících osob s postižením.¹⁶

Člověk s mentálním postižením by se měl dle Selikowitze už během dospívání seznamovat například s následujícími tématy:¹⁷

- Sexualita, zvládání menstruace, masturbace, antikoncepce, prevence sexuálního zneužití - s tím souvisí i otázka pochopení vlastního soukromí a osobních hranic druhých lidí, uvědomění sebe sama. Nevhodné chování dospívajícího (například masturbace na veřejném místě) v této oblasti bývá často právě projevem rozdílu mezi fyzickou a intelektuální

¹³ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

¹⁴ PORTER, S., FREEMAN, L., GRIFFIN, L. *Transition Planning for Adolescents with Special Health Care Needs and Disabilities : A Guide for Health Care Providers*. Boston : Institute for Community Inclusion, 2002.

¹⁵ PORTER, S., FREEMAN, L., GRIFFIN, L. *Transition Planning for Adolescents with Special Health Care Needs and Disabilities : A Guide for Health Care Providers*. Boston : Institute for Community Inclusion, 2002. s.14

¹⁶ PORTER, S., FREEMAN, L., GRIFFIN, L. *Transition Planning for Adolescents with Special Health Care Needs and Disabilities : A Guide for Health Care Providers*. Boston : Institute for Community Inclusion, 2002.

¹⁷ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

vypěstování či neporozuměním nevhodnosti daného chování, nikoliv projevem sexuální odchylky. Adolescent se potřebuje naučit rozpoznat přijatelné a nepřijatelné doteky a nebezpečné situace. Musí se naučit říkat „ne“.

- Porozumění svému postižení - adolescent by měl porozumět tomu, proč má v některých oblastech větší obtíže než ostatní lidé. S tím však souvisí i uvědomění svých silných stránek a jedinečnosti sebe sama i každého člověka.
- Ztráta blízkého člověka, smrt - s adolescentem by mělo být hovořeno o koloběhu života, stárnutí, smrti. V případě ztráty blízkého člověka potřebuje mít také člověk s mentálním postižením možnost truchlit, účastnit se smutečního obřadu, sdílet s ostatními své pocity.
- Sociální kontakty - seznamovat se a setkávat se s vrstevníky obou pohlaví, rozvíjet společné zájmové aktivity, nebýt pouze v přítomnosti rodičů.
- Cestování hromadnými dopravními prostředky - zde mohou adolescenti získávat postupnou nezávislost prostřednictvím nácviku konkrétní trasy, který obsahuje i přípravu na zvládnutí nečekaných situací.

Valenta (2007) uvádí jako problém spojený s mentálním postižením nereálné aspirace a představy o vlastní budoucnosti.¹⁸

Autorky publikace *Transition Planning for Adolescents with Special Health Care Needs and Disabilities* doporučují rodičům započít s adolescentem debatu o budoucnosti co nejdříve. Neznamená to hned vykonávat rozhodnutí, ale začít se soustředit na téma přechodu, mluvit o změnách, možnostech a volbách, které adolescenta v životě čekají¹⁹. Dále autorky rodičům doporučují mluvit s adolescentem o jeho zájmech, schopnostech, dovednostech, aktivitách, představách; vyhledávat

¹⁸ VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 3. aktual. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

¹⁹ V souladu s federální legislativou musí být v USA před dosažením věku dvaceti dvou let (nebo před dokončením středního vzdělávání) započat dvouletý proces plánování přechodu u osob, které budou i v dospělosti potřebovat podporu. V rámci tohoto procesu musí být vytvořen individuální plán přechodu. V tomto věku v USA rovněž končí nárok na speciálně pedagogické služby. (*Porter, Freeman, Griffin, 2002, s. 33*)

informace o možných službách (vzdělávacích, pracovních-tréninkových, volnočasových aj.), spojit síly s rodiči dalších adolescentů aj. Adolescent musí být součástí jakýchkoliv rozhodnutí, které týkají jeho budoucnosti.²⁰

Někdy je pro rodiny obtížné začít plánovat budoucnost, když jsou naplno zaměstnány pokrýváním současných potřeb. Rodiny potřebují povzbuzení a podporu v tom, aby započaly proces přechodu včas.²¹ Podporu v období přechodu mohou lidé s mentálním postižením a jejich rodiny nalézt například v tranzitních programech. „V zahraničí jsou běžné kurzy či semináře pro rodiče osob s mentálním postižením zaměřené právě na plánování budoucnosti jejich potomků.“²²

Studie dokázaly, že dospívající a dospělí lidé s postižením jsou vystaveni zvýšenému riziku násilí, sexuálního zneužívání, nezaměstnanosti a omezených sociálních zkušeností. Toto riziko může být sníženo, pokud jsou dospívající podporováni v tom, aby žili aktivním a smysluplným životem ve svých komunitách.²³

Rodiče dospívajícího člověka s mentálním postižením se nacházejí v nelehké situaci. Uvědomují si rizika spojená s dospíváním, zvýšeným zájmem o opačné pohlaví, touhou trávit čas s vrstevníky aj. Nadměrné omezování dospívajícího nebo tabuizace témat spojených s dospíváním plynoucí ze strachu rodičů o svého potomka může vést ke zhoršení vzájemného vztahu mezi rodičem a dítětem.²⁴

²⁰ PORTER, S., FREEMAN, L., GRIFFIN, L. *Transition Planning for Adolescents with Special Health Care Needs and Disabilities : A Guide for Health Care Providers*. Boston : Institute for Community Inclusion, 2002.

²¹ PORTER, S., FREEMAN, L., GRIFFIN, L. *Transition Planning for Adolescents with Special Health Care Needs and Disabilities : A Guide for Health Care Providers*. Boston : Institute for Community Inclusion, 2002.

²² STRNADOVÁ, I. *Rodiny osob s mentálním postižením : současné směry ve výzkumu a možnosti speciálněpedagogické intervence*. Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2008. s. 94. ISBN 978 - 80 - 7290 - 388 - 7.

²³ PORTER, S., FREEMAN, L., GRIFFIN, L. *Transition Planning for Adolescents with Special Health Care Needs and Disabilities : A Guide for Health Care Providers*. Boston : Institute for Community Inclusion, 2002.

²⁴ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

1.1.2. Dospělost

Mezi dospělými s mentálním postižením jsou značné rozdíly v povaze i schopnostech. Tito lidé však budou pro život mezi ostatními vždy potřebovat větší pomoc než průměrný člověk.²⁵

*„Rozdíly mezi obdobím dětského věku a dospělostí jsou zřejmé například v právech, v očekávání, v sebepojetí, v odpovědnosti atd. U mentálně postižených je období přechodu do dospělosti charakteristické řadou zvláštností, které ovlivňují naplňování snahy dosáhnout statusu dospělosti.“*²⁶ *„Postižený jedinec není vždy schopen zvládnout nároky dospělosti. Není schopen soběstačnosti, nemůže či není schopen o sobě rozhodovat a nést za tato rozhodnutí zodpovědnost.“*²⁷ Přestože lidé s mentálním postižením ve většině případů nejsou schopni plně zvládnout nároky dospělosti, neznamená to, že nedospívají. Dospělost je spojena s řadou potřeb z ní plynoucích a každý má právo tyto potřeby naplňovat, i když někteří k tomu potřebují podporu ostatních.

*„V minulosti se rodičům doporučovalo, aby se k dítěti s Downovým syndromem chovali úměrně jeho mentálnímu věku. Nežádka bývali pak dospělí se syndromem oblékáni jako děti, mluvilo se a zacházelo s nimi jako s dětmi.“*²⁸ Infantilizace osob s mentálním postižením tedy souvisí s užíváním pojmu mentální věk - *„vyjadřuje předpokládanou mentální úroveň (statisticky zjištěnou) pro konkrétní věk jedince.“*²⁹

Na jedince, jehož zjištěný mentální věk odpovídá věku dítěte, může být po interpretaci tohoto údaje, který nevyjadřuje komplexní diagnózu, nahlíženo jako na dítě. „Ačkoli je pravda, že chápání světa a sociální a sebeobslužné dovednosti mohou být u takového jedince podobné jako u mladší osoby, jeho schopnosti se s přibývajícimi životními zkušenostmi ještě změní.“³⁰ Můžeme tedy říct, že i když lidé s mentálním

²⁵ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost.* Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

²⁶ ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost.* Praha : Karolinum, 2005. s. 36. ISBN 80-246-0992-4.

²⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha : Portál, 1999. s. 119. ISBN 80-7178-214-9.

²⁸ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost.* Praha : Portál, 2005. s.158. ISBN 80-7178-973-9.

²⁹ EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník.* 3. uprav. vyd. Praha : H&H, 2000. s. 384. ISBN 80-86022-76-5.

³⁰ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost.* Praha : Portál, 2005. s.158. ISBN 80-7178-973-9.

postižením nedosáhnou z kvantitativního i kvalitativního hlediska některých znaků přisuzovaných danou kulturou vrstevníkům bez postižení, jejich schopnosti a dovednosti se vyvíjejí po celý život paralelně s životními zkušenostmi. A tento dlouhodobý zákonitý vývoj je odlišuje od dětí, k nimž jsou přirovnáváni na základě mentálního věku (pokud posuzujeme dospívání a dospělost z hlediska psychických a sociálních změn).

Matulay uvádí další důvod infantilizace: „*Mienka, že m.r. děti „nikdy nedorastú, spolu s výmyslom, že sú nebezpečné, je prejavom negatívneho postoja k ich sexuálnemu správaniu.*“³¹ Negativní postoj dle autora pramení z v minulosti panujícího přesvědčení o převažující dědičnosti mentálního postižení, z něhož plynula snaha sexualitu lidí s mentálním postižením maximálně potlačit.³²

„*Těžké deficitu se u dětí raného věku projevuje jako poruchy vývoje, u dětí školního věku jako poruchy učení a u dospělého jako poruchy adaptace. (...) Mentální retardace není jen problémem dětského a dorostového věku, ale záležitostí dynamiky celoživotního vývoje. Obraz a vyrovnávací strategie se mění vzhledem k očekávání a nárokům okolí a vzhledem k danému věkovému období.*“³³ Vyrovnávacími strategiemi se zde rozumí „*strategie, pomocí kterých postižený nalézá vztah ke svému postižení, tedy pokouší se nabýt sebevědomí.*“³⁴ Selhávání těchto strategií se může projevit jako překážka v sociálním soužití - též označována termínem porucha chování.³⁵ Durecová (2007) uvádí, že v dospělosti mohou u osob s mentálním postižením přetrvávat problémy se sebeobsluhou, komunikací, soběstačností v různých oblastech.³⁶

³¹ MATULAY, K. a kol. *Mentálna retardácia*, Martin : Osveta, 1986. s. 237

³² MATULAY, K. a kol. *Mentálna retardácia*, Martin : Osveta, 1986. s. 238

³³ Petišková, M.: Poznámky psychiatrovky k problematice mentální retardace. Přehled základních skutečností, QUIP - Společnost pro změnu: Praha, 2007. s.5

³⁴ PETIŠKOVÁ, M.: Poznámky psychiatrovky k problematice mentální retardace : přehled základních skutečností, Praha : QUIP, 2007. s.5

³⁵ PETIŠKOVÁ, M.: Poznámky psychiatrovky k problematice mentální retardace : přehled základních skutečností, Praha : QUIP, 2007.

³⁵ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007. 41-50. ISBN 80-903921-0-5.

³⁶ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze*

Způsob života člověka s mentálním postižením v dospělosti souvisí s prostorem, který je mu poskytnut pro oproštění se od představ vychovávajících, pro postupné nabývání samostatnosti. Není neobvyklé, že člověk s mentálním postižením je (v dobré víře) vychován i v dospělém věku jako dítě k úplné závislosti na vychovávajícím, aniž by byl seznámen se svými možnostmi a právy.

Často se stává, že dospělí lidé s mentálním postižením žijí do vysokého věku v péči rodičů. Když rodičům dojdou síly, vychovávaný odchází v lepším případě do chráněného bydlení, ale pro samostatnější život často nepřipraven, v horším případě do ústavu, kde ho čeká izolovaný život nadále v závislosti na péči jiných osob. V obou případech často neinformován o svých právech a možnostech.

Pro člověka s mentálním postižením je mnohem výhodnější, když se již od dětství připravuje na eventualitu samostatného života, a učí se zařídit si co nejvíc věcí samostatně. Přípravou pro budoucí odloučení od rodičů může být pravidelná respitní péče. Méně bolestné je zvyknout si na plánovanou změnu, než na náhlé odloučení. Jedinec s mentálním postižením, který měl možnost postupně si zvykat na samostatný život, si povede mnohem lépe.³⁷

„Když postižený člověk dosáhne dospělosti, musí být nějakým způsobem ošetřeno posouzení jeho speciálních potřeb a navržen postup jejich zajištění.“³⁸ Selikowitz nazývá proces posuzování potřeb a navrhování opatření individuální postupový program nebo plán individuálních potřeb. Na sestavování plánu individuálních potřeb by měli dle autora spolupracovat: člověk s postižením, jeho opatrovník nebo ošetřovatel, advokát (ve smyslu občanské advokacie - viz níže), rodiče a další osoby, které jsou s člověkem s postižením pravidelně ve styku. Průběžně je možné zvat další důležité osoby. *„Prvotním cílem všech zúčastněných by měl být co nejkvalitnější život postiženého. Je vhodné probrat všechny oblasti činnosti postiženého. Potřeby je nutné posuzovat podle priorit, vytčených cílů a stanovené odpovědnosti. (...)*

seminářů pořádaných v rámci projektu *Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007. 41-50. ISBN 80-903921-0-5.

³⁷ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

³⁸ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. s.161. ISBN 80-7178-973-9.

*Jeden člověk by měl být pověřen koordinací plánu a dohledem nad jeho uskutečňováním.*³⁹ V našich podmínkách bývá podobné individuální plánování uplatňováno, pokud dospělý člověk s mentálním postižením využívá nějakou sociální službu. Plán se vztahuje k cíli, rozsahu, průběhu, formě a metodám poskytované služby. Cíle služby jsou stanoveny dle individuálních potřeb klienta. Služba je ukončena, pokud dojde k naplnění stanoveného cíle a neobjeví se nový. Nebývá však obvyklé, že by dospělí lidé s mentálním postižením byli podporováni v tvorbě svého komplexního životního plánu v nezávislosti na sociální službě, a teprve po vzniku plánu by si vybírali vhodné poskytovatele.

Pro ucelenější pohled na současnou situaci dospělých osob s mentálním postižením dále rozebírám vybraná témata související s obdobím dospělosti: rodina a osamostatňování, ochrana práv, sexualita, manželství a rodičovství, práce, bydlení, celoživotní učení.

1.1.3. Rodina a osamostatňování

Podle Jesenského je jedním ze specifických problémů vyplývajících z mentálního postižení „*poměrně vysoká míra závislosti i mimořádný význam rodiny.*“⁴⁰ Schopnost rodiny hledat nové cesty v zajištění budoucnosti člověka s mentálním postižením má na jeho život zásadní vliv.⁴¹

Může se stát, že rodina pečující o dospělého člověka s postižením nevyužívá žádné služby. V roce 2001 bylo ve Velké Británii zjištěno, že až 25% osob s mentálním postižením se dostává do povědomí veřejných orgánů až v pozdním věku, často v souvislosti s nějakou krizovou situací - například selhání zdravotního stavu pečujícího. Příčinou může být dřívější stresující zkušenost plynoucí z toho, že si rodič musel pomoc doslova vybojovat, nebo byla rodině pomoc zamítnuta. Stárnoucí rodiče si často nejsou vědomí, jaké služby jsou dnes dostupné pro dospělé osoby s mentálním postižením.

³⁹ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost.* Praha : Portál, 2005. s.161. ISBN 80-7178-973-9.

⁴⁰ JESENSKY, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky.* Hradec Králové : Gaudeamus, 2000. s.139. ISBN 80-7041-196-1.

⁴¹ SLOWIK, J. *Sociální izolace mentálně postižených klientů ústavní péče a možnosti jejího překonávání : nepochopené lidství.* Praha, 2005. 126 s. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce M. Černá. s.18

Nevědí o existenci komunitních služeb a jediná možnost, kterou znají, je ústav. Žádost o pomoc si mohou vykládat jako své selhání.⁴²

*„Pokud se už zájem nepostiženého okolí soustředí na problémy rodin s mentálně postiženým dítětem, objevuje se povětšinou v období krátce po narození dítěte a dá se říci, že po té s narůstajícím věkem dítěte trvale klesá. Nejhůře jsou na tom tedy rodiny, kde se stárnoucí rodiče starají o středně nebo těžce mentálně postiženého dospělého potomka (někdy za podpory jeho dalších nepostižených sourozenců).“*⁴³ Rodiče, kteří celoživotně pečují o člověka s mentálním postižením, se mohou ocitnout v sociální izolaci - z důvodu stálé péče i z důvodu přerušování dřívějších kontaktů s rodiči stejně starých dětí v důsledku jejich dospívání.⁴⁴

Mít doma syna či dceru s mentálním postižením může být rovněž vítaným pokračováním rodinného života, zvláště v případě, kdy ostatní sourozenci opustili domov. Pro stárnoucí rodiče se postupem času stává obtížné opouštět domov a ztrácejí tak další kontakty, syn či dcera jsou však jejich stálými společníky.⁴⁵

Mimořádný význam rodiny netkví pouze v poskytování podpory a péče, ale její postoje jsou pro život dospělého člověka stále do značné míry určující, jak vyplývá z předcházejícího textu. Postoje rodiny často ovlivňují, jakou cestou se bude dospělý člověk s mentálním postižením dále ubírat a jaké možnosti se mu naskytanou. *„Jestliže chceme podpořit uživatele v tom, aby získal, upevnil si a v běžném životě používal dovednosti vedoucí k větší kontrole a samostatnosti, často to nejde bez spolupráce rodičů nebo blízkých osob; a i v případě, že to jde, spoluprací s nimi dosáhneme většího*

⁴² HOLLINS, S., HUBERT, J. *People with intellectual disabilities and their elderly carers* [online]. London: St George's University of London, 2002 [cit. 0.3.2009]. Dostupné na: http://www.intellectualdisability.info/families/care_age.htm.

⁴³ SLOWÍK, J. *Sociální izolace mentálně postižených klientů ústavní péče a možnosti jejího překonávání: nepochopené lidství*. Praha, 2005. 126 s. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce M. Černá. s.18

⁴⁴ HOLLINS, S., HUBERT, J. *People with intellectual disabilities and their elderly carers* [online]. London: St George's University of London, 2002 [cit. 0.3.2009]. Dostupné na: http://www.intellectualdisability.info/families/care_age.htm.

⁴⁵ HOLLINS, S., HUBERT, J. *People with intellectual disabilities and their elderly carers* [online]. London: St George's University of London, 2002 [cit. 0.3.2009]. Dostupné na: http://www.intellectualdisability.info/families/care_age.htm.

úspěchu. Je tomu tak proto, že uživatel a jeho rodina tvoří systém a když nastane změna u jednoho člena systému, projeví se to i na ostatních.⁴⁶

„Rodiče se můžou snažit uživatele podpořit, ale můžou mít strach ze změn, z nezávislosti svého potomka, strach z rizika; můžou se bránit změnám, i když si je zároveň i přejí.“⁴⁷ Podporu potřebují tedy nejen dospělí lidé s mentálním postižením, ale i jejich rodiny, které zvýšená závislost člověka s mentálním postižením neustále staví před nové otázky a rozhodování. Pro změnu postojů, pokud je třeba, potřebují rodiče vidět jasné alternativy a v podpoře nezávislosti svého člena nemohou být sami.

1.1.4. Ochrana práv dospělých osob s mentálním postižením

K ochraně práv a zájmů dospělých osob s mentálním postižením má sloužit institut omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům a opatrovnictví. V případě omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům je dospělému člověku s mentálním postižením soudem přidělen opatrovník. „Cílem opatrovnictví je poskytnutí podpory a pomoci mentálně postiženému člověku při zásadních rozhodnutích.“⁴⁸ Při ustanovování opatrovníka je třeba dát přednost příbuzným osobám nebo jiným osobám z blízkého okolí člověka. „Pokud není fyzické osoby, která by byla schopna a ochotna funkci opatrovníka vykonávat, ustanoví soud opatrovníkem orgán místní správy (...). Jde o tzv. veřejného opatrovníka.“⁴⁹ Soud uvede i rozsah opatrovnických práv a povinností. O navrácení způsobilosti k právním úkonům je možné zažádat. Návrh může podat i osoba způsobilosti zbavena.

„Za hlavní problém výkonu opatrovnictví veřejným opatrovníkem lze považovat odosobnění vztahu opatrovníka a opatrovance, kdy opatrovník záležitosti opatrovance

⁴⁶ ADAMČÍKOVÁ, J.; EISNER, P.; KAUCKÝ, D. *Empowerment – možnosti zapojování a posilování lidí, uživatelů služeb agentur PZ a jiných organizací*. Praha : Rytmus, 2005. s.32

⁴⁷ ADAMČÍKOVÁ, J.; EISNER, P.; KAUCKÝ, D. *Empowerment – možnosti zapojování a posilování lidí, uživatelů služeb agentur PZ a jiných organizací*. Praha : Rytmus, 2005. s.32

⁴⁸ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. s.159. ISBN 80-7178-973-9.

⁴⁹ TOMIŠKOVÁ, H. Právní úprava a etika zastupování lidí s duševní poruchou. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 53-57. s. 56. ISBN 80-903921-0-5.

vyřizuje jako úřední spis. Výkon opatrovnictví se tak často zužuje na hospodaření s majetkem klienta (...).⁵⁰

Dle Selikowitze jsou ve Velké Británii opatrovníci stanovováni pouze v případech, kdy je to nezbytně nutné a „opatrovnictví může být určeno pouze pro jediný účel, například pro poskytnutí souhlasu k operaci“.⁵¹ „V některých zemích (včetně České Republiky) se nepostupuje takto diferencovaně. Nejčastěji jsou zde dospělí jedinci s mentálním postižením, kteří nejsou schopni kvalifikovaných rozhodnutí, zbaveni způsobilosti k právním úkonům.“⁵²

Dalším možným způsobem ochrany práv člověka s mentálním postižením je takzvaná občanská advokacie, která zatím v České Republice není příliš rozšířena. Účelem občanské advokacie je spojit dobrovolníka z komunity (advokáta) s člověkem s mentálním postižením.⁵³ „Advokát rozvíjí tento vzájemný vztah a poskytuje partnerovi podporu takovým způsobem, který umožní naplnit jeho potřeby. Občanský advokát je člověk, který vystupuje a jedná jménem mentálně postiženého jedince. Advokáta si nesmíme plést s opatrovníkem. Advokát - na rozdíl od opatrovníka - nemůže za postiženého člověka činit rozhodnutí, nemůže jeho jménem ani podepisovat právní dokument. (...) Aktivně naslouchá partnerovi a vysvětluje všechno, čemu nerozumí. Pomáhá mu najít takové informace, které partner chce nebo potřebuje. Doprovází ho na různé schůzky, když je o to požádán. Advokát nikdy nedělá nic, co partner nechce, a nikdy nejedná za partnera bez jeho vědomí a souhlasu. Advokát nehovoří za partnera, ale pomáhá mu vyjádřit se.“⁵⁴

⁵⁰ ŠALAMOUNOVÁ, J. Zkušenosti veřejného ochránce práv s fungováním institutu opatrovnictví získané při vyřizování individuálních podnětů. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 23-27. s. 26. ISBN 80-903921-0-5.

⁵¹ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. s.159. ISBN 80-7178-973-9.

⁵² SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. s.159. ISBN 80-7178-973-9.

⁵³ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

⁵³ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. s.160. ISBN 80-7178-973-9.

⁵⁴ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. s.160. ISBN 80-7178-973-9.

Vzdělání a posílení v oblasti svých práv, povinností a možností může dospělý člověk s mentálním postižením získat prostřednictvím sebeobhajování. Lidé s mentálním postižením pomocí skupin sebeobhájců vystupují a hovoří sami za sebe. Učí se vyjadřovat své názory, postoje a přání, vystupovat sami za sebe i za skupinu, vzájemně se účinně dorozumívat, vyjednávat, prosazovat vlastní zájmy, přání, potřeby a práva, nést odpovědnost za svá rozhodnutí, bránit se diskriminaci, zkrátka převzít v maximální možné míře odpovědnost za svůj život. Přínosem je příležitost k získávání sociálních zkušeností.⁵⁵ Tyto skupiny umožňují svým členům zároveň sdílet různé životní situace a obtíže a společně hledat a nacvičovat jejich řešení. V České Republice například dlouhodobě funguje skupina Sami a spolu. Historií a popisem fungování hnutí sebeobhájců se zabývá Šiška (2005).

1.1.5. *Sexualita osob s mentálním postižením*

Z přesvědčení, že lidé s mentálním postižením nedospívají, plynuly i odmítavé postoje a předsudky vůči jejich sexualitě.

Podoba sexuálního vývoje souvisí s hloubkou mentálního postižení - čím hlubší je postižení, tím méně osoba projevuje svou sexualitu. Čím mírněji je postižen intelekt, tím více se sexuální vývoj osoby blíží normě.⁵⁶ Specifickou skupinu tvoří osoby s mentálním postižením žijící v kolektivních (nekoedukovaných) zařízeních, jelikož ta neposkytují podmínky na nerušený rozvoj sexuality.⁵⁷ V oblasti sexuality se výrazně projevuje výše zmíněný rozpor mezi fyzickou a duševní vyspělostí. „*Emocionálna odpoveď často zaostáva za telesným vývojom. Je to s časti preto, že retardovaní majú zväčša menej informácií o sexe jako normálni jedinci.*“⁵⁸

„*Většina dospělých osob s mentálním postižením ví, že jsou mužem nebo ženou. Mnozí z nich ale nevědí, zda jsou homo-, bi-, nebo heterosexuální. To se týká ve velké*

⁵⁵ VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 3. aktual. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

⁵⁶ VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 3. aktual. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

⁵⁷ MATULAY, K. a kol. *Mentálna retardácia*, Martin : Osveta, 1986.

⁵⁸ MATULAY, K. a kol. *Mentálna retardácia*, Martin : Osveta, 1986. s. 240

míře např. uživatelů nekoedukovaných typů zařízení, obzvláště jsou-li obklopeni tabuizováním této oblasti a nemají s kým prodiskutovat svoje pocity a pochybnosti.“⁵⁹

Podle Matulaye⁶⁰ slovo sexualita zahrnuje nejen činnosti vysloveně pohlavního charakteru, ale i romantické představy, dočasnou či trvalou náklonnost, potřebu líbit se osobě, do které se člověk s mentálním postižením zahledí. S právem na rozvoj sexuality osob s mentálním postižením proto podle autora souvisí i právo na péči o svůj zevnějšek (moderní účes, kosmetika, šperky aj.) a právo na trávení volného času podle svých představ. Zde je nutné zdůraznit potřebu podpory vzhledem k závažnosti a projevům postižení každého jedince.

Dospělé osoby s mentálním postižením v partnerském vztahu často ani nevyužívají možnost intimních styků, ale k jejich spokojenosti stačí vzájemná společnost, blízkost a pocit jistoty, který jim vztah přináší.⁶¹

Především osoby se středním až těžším s mentálním postižením mohou mít problémy s udržení partnerského vztahu vzniklé následkem problémů spojeným s obtížemi v komunikaci a dalšími symptomy mentálního postižení. Proto je jednou z oblastí, ve které potřebují podporu, vytvoření podmínek pro partnerské soužití a jeho udržení.⁶²

U dětí i dospělých s mentální retardací je podstatně častější výskyt všech typů zneužívání (fyzické, sexuální, psychické), než u většinové populace. Podle Stromsnessové (1993) má 80% žen s mentálním postižením, se kterými vedla interview, zkušenost alespoň s jedním incidentem zneužívání.⁶³

Valenta uvádí rizikové faktory spojené se sexuálním zneužíváním osob s mentálním postižením: snížená schopnost úsudku, omezené komunikační schopnosti, snadná ovlivnitelnost, vysoká důvěřivost v mezilidských vztazích, nedostatečná osvěta, omezená schopnost posoudit míru nebezpečí, neporozumění situaci a nepatřičnosti

⁵⁹ VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 3. aktual. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. s. 45. ISBN 978-80-7320-099-2.

⁶⁰ MATULAY, K. a kol. *Mentálna retardácia*, Martin : Osveta, 1986.

⁶¹ MATULAY, K. a kol. *Mentálna retardácia*, Martin : Osveta, 1986.

⁶² VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 3. aktual. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

⁶³ KHEMKA, I., HICKSON, L., REYNOLDS, G. Evaluation of a Decision - making Curriculum Designed to Empower Women with Mental Retardation to Resist Abuse. *American Journal on Mental Retardation*, 2005, vol. 110, no. 3, s. 193 - 204.

chování obtěžujícího, neznalost možných způsobů sebeobrany. Zneužívateľ může být pro zneužívanou osobu autoritou, může být na něm existenčně závislá. Pokud dojde k aktu zneužití, osoba s mentálním postižením nemusí vědět, na koho se obrátit. Nemusí dojít k poučení z této zkušenosti.⁶⁴

Aby se lidé s mentálním postižením byli schopni bránit proti zneužívání a diskriminaci, musí být vybaveni schopnostmi samostatně rozeznat situaci, kdy hrozí zneužívání, a adekvátně reagovat. K tomu byly v zahraničí vyvinuty nejrůznější preventivní programy, například CIRCLES: Stop Abuse nebo ESCAPE Curriculum. S rostoucí integrací osob s mentálním postižením přichází potřeba jejich podpory v oblasti efektivního zvládnání interpersonálních vztahů a prevence zneužívání.⁶⁵

1.1.6. Manželství a rodičovství dospělých osob s mentálním postižením

„Průzkum mezi rodinami, kde jeden nebo oba rodiče mají mentální retardaci, ukazuje, že tyto rodiny mají s narozením a výchovou dítěte velké potíže. Děti obvykle trpí nedostatečnou péčí a rodiče vlastní neschopností zvládnout tíži rodičovských povinností. To platí v případě dětí s mentálním postižením i bez postižení.“⁶⁶

Lidé s mentálním postižením mohou mít romantické a zkreslené představy o rodičovství, v nichž se může odrážet i očekávání, že tak bude kompenzován jejich hendikep.⁶⁷ Mnoho autorů vyjadřuje potřebu osvěty mezi lidmi s mentálním postižením v oblasti manželství, rodičovství a péče o dítě. Podle Selikowitz (2005) by lidé s mentálním postižením měli být podpořeni v:

- uvědomění, že dva lidé spolu mohou žít šťastně, aniž by měli děti,
- uvědomění si, co všechno obnáší péče o dítě.⁶⁸

⁶⁴ VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 3. aktual. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

⁶⁵ KHEMKA, I., HICKSON, L., REYNOLDS, G. Evaluation of a Decision - making Curriculum Designed to Empower Women with Mental Retardation to Resist Abuse. *American Journal on Mental Retardation*, 2005, vol. 110, no. 3, s. 193 - 204.

⁶⁶ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. s.169. ISBN 80-7178-973-9.

⁶⁷ MATULAY, K. a kol. *Mentálna retardácia*, Martin : Osveta, 1986.

⁶⁸ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

K tomuto poznání jim může dopomoci například zkušenost s hlídáním dětí nebo zaměstnání například jako asistent v mateřské škole. Možnost trávení času s dětmi zároveň může alespoň částečně uspokojit potřebu rodičovství.⁶⁹

Matulay (1986) dále doporučuje pořádání přednášek, besed, kurzů o otázkách manželství, rodičovství a péče o dítě pro mladistvé a dospělé osoby s mentálním postižením.⁷⁰

Někteří lidé s lehkým mentálním postižením, kteří zvládnou nároky každodenního života v běžném prostředí, mají dle Matulaye (1986) právo mít děti, jejich sociální a psychická situace je pro ně však v tomto případě náročnější, než pro intaktní osoby. Během těhotenství i výchovy dítěte proto lidé s mentálním postižením potřebují podporu.⁷¹

Grayson (2000) identifikoval/a faktory přispívající k úspěšnému zvládnutí rodičovství:

- Inteligenční kvocient rodičů vyšší než 50 nebo 60.
- Manželství, společný život rodičů a prarodičů dítěte nebo každodenní podpora od intaktních osob.
- Mít méně dětí nebo pouze jedno.
- Motivace a ochota využívat podporu a informace od poskytovatelů různých typů služeb.
- Vhodný rodičovský model během vlastního dětství.
- Dobré fyzické a duševní zdraví.
- Finanční zabezpečení.
- Nízká míra stresu.
- Dostatečná gramotnost.⁷²

⁶⁹ SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.

⁷⁰ MATULAY, K. a kol. *Mentální retardácia*, Martin : Osveta, 1986.

⁷¹ MATULAY, K. a kol. *Mentální retardácia*, Martin : Osveta, 1986.

⁷² GRAYSON, J. Parents with mental retardation. *Virginia Child Protection Newsletter*, 2000, vol. 57.

Společnost The Arc působící v USA vydala v roce 2005 článek *Parents with Intellectual Disabilities*, kde jsou uvedeny možné formy podpory rodičů s mentálním postižením, které mohou v různé míře v různých životních etapách dítěte využívat:

- Návštěvy domácnosti - výuka rodičovských dovedností, posuzování rodičovských kompetencí.
- Rodičovský trénink přizpůsobený pro osoby s mentálním postižením.
- Podpora při nakupování a hospodaření s penězi.
- Koordinování služeb. Case management.
- Zdravotní péče. Učení, jak využívat služby lékařů.
- Poskytování služeb rané péče.
- Poradenství týkající se mentálního postižení.
- Poradenství v oblasti zneužívání návykových látek a závislostí.
- Podpora gramotnosti rodičů.
- Poskytování dopravních služeb rodinám.
- Zájmové kroužky pro děti a rodiče.
- Poskytování služeb krizové intervence.
- Realizace podpory na úrovni komunitních služeb.⁷³

1.1.7. Pracovní uplatnění dospělých osob s mentálním postižením

Pracovní uplatnění je faktorem výrazně posilujícím plnění sociálních rolí spojených s dospělostí. Naprostá většina lidí s mentálním postižením (nejen pouze lidé s lehkým nebo středním stupněm) je schopna zvládat jednoduché pracovní úkony a s určitou mírou asistence je pravidelně vykonávat.⁷⁴ Pracovní činnost rozvíjí a uchovává kompetence dospělých osob s mentálním postižením.⁷⁵

Lidé s mentálním postižením mají dnes možnost zapojit se do volného pracovního trhu prostřednictvím programu podporovaného zaměstnávání. Hlavním

⁷³ *Parents with Intellectual Disabilities* [online]. 2005 [cit. 20.3.2009]. Dostupné na: <http://www.thearc.org/NetCommunity/Page.aspx?pid=1651&chid=193>.

⁷⁴ SLOWÍK, J. *Sociální izolace mentálně postižených klientů ústavní péče a možnosti jejího překonávání : nepochopené lidství*. Praha, 2005. 126 s. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce M. Černá.

⁷⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

cílem programu podporovaného zaměstnávání je pomoci uživateli získat a zachovat vhodné zaměstnání. K tomu napomáhá další cíl programu - zvýšení míry samostatnosti uživatelů služeb, tedy jejich dovedností potřebných k získání a zachování si práce, posílení jejich pracovních návyků a motivace k dalšímu profesnímu rozvoji. Souhrnnou metodiku podporovaného zaměstnávání vydala organizace Rytmus v roce 2005. Podporované zaměstnávání metodicky zastřešuje Česká unie pro podporované zaměstnávání.⁷⁶

V dostatečné přípravě na volný trh práce pomáhají dospělým lidem s mentálním postižením další výchovné a vzdělávací programy, jako například job kluby, které jsou organizovány v rámci podporovaného zaměstnávání nebo tranzitních programů. „*Jedná se o skupinové setkání lidí, kteří hledají práci, případně práci dlouho najít nemohou a k jejímu nalezení potřebují určitou formu podpory. Během těchto setkání by účastníci měli získat a procvičit si dovednosti potřebné k nalezení a udržení zaměstnání.*“⁷⁷

Další možnosti pracovního uplatnění osob s mentálním postižením nabízejí chráněné dílny. Chráněné dílny mohou být provozovány v rámci sociálních služeb například jako služba sociální rehabilitace (např. Textilní dílna Gawain) nebo centrum denních služeb (např. dílny provozované Společností Duha). Chráněné dílny jsou svým programem, vybavením i režimem přizpůsobeny specifickým potřebám uživatelů.

1.1.8. Bydlení dospělých osob s mentálním postižením

„*Je dokázáno, že lidé s postižením nepotřebují žít v ústavech, ať už je jejich postižení jakkoliv závažné. A život v otevřené společnosti rovněž vede k větší míře nezávislosti a k osobnímu rozvoji jednotlivce.*“⁷⁸ Moderními službami zajišťujícími bydlení osob s mentálním postižením jsou chráněné bydlení nebo podporované bydlení.

⁷⁶ Česká unie pro podporované zaměstnávání [online]. Definice a principy podporovaného zaměstnávání [cit. 3.4. 2009]. Dostupné na:

<<http://www.unie-pz.cz/index.php/pz>>.

⁷⁷ DVOŘÁKOVÁ, M., FRANCOVÁ, M., ŘEHOŘKOVÁ, J. aj. *Metodický materiál k publikaci Pracovní listy - job klub*. Praha : Asistence, o.s., 2007. s. 4. ISBN 978 - 80 - 254 - 0858 - 2.

⁷⁸ GRUNEVALD, K.: *Zavřete ústavy pro mentálně postižené. Každý může žít v otevřené společnosti. Pojednání k Evropskému roku lidí s postižením*[online]. Stockholm, 2003 [cit. 3.4. 2009]. s. 3. Dostupné na: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/deinstitucionalizace.html>>.

Chráněné bydlení pro jednotlivce nebo malou skupinu je zřizováno v bytech či domech, které jsou součástí běžné zástavby. „*Místo bydlení malé skupiny přirozeně zapadne do jejího okolí a taková skupina nebude potřebovat početný personál. V malé skupině nebude tak mnoho konfliktů a rutinních činností a zvýší se její účast na životě okolní společnosti. Každý jednatlivec dostane takovou podporu, jakou potřebuje.*“⁷⁹ Podle potřeby jednotlivce nebo skupiny pomáhá s chodem domácnosti a zvládnutím nároků samostatného bydlení osobní asistent. Služba podporovaného bydlení se od chráněného bydlení liší především tím, že je uživateli poskytována v jeho vlastní domácnosti.⁸⁰

1.1.9. Celoživotní učení osob s mentálním postižením

Téma dospělosti osob s mentálním postižením uzavírám podkapitolou o celoživotním učení.

Učení je aktivita, která by u osob s mentálním postižením měla pokračovat i po absolvování základní školy. Přípravu na povolání mají možnost v rámci školského systému realizovat na odborných učilištích a praktických školách (jednoletých, dvouletých nebo tříletých). Kromě přípravy na budoucí povolání potřebují lidé s mentálním postižením získávat nové užitečné znalosti, sebeobslužné a sociální dovednosti, ale i upevňovat a prohlubovat stávající.

Pipeková uvádí v současné nabídce výchovně-vzdělávacích možností v rezortu školství pro osoby s mentálním postižením ve věku dvacet jedna let a výše dvě možnosti: večerní škola a kurzy k doplnění vzdělání.⁸¹

Když jakýkoli člověk ukončí vzdělávání v rámci školského systému, může docházet k postupnému úbytku dosažených vědomostí, dovedností a návyků. Záleží na tom, do jaké míry je v dalším životě využívá, případně dále rozvíjí. V případě osob s mentálním postižením přichází vyhasínání naučeného kvůli zvláštnostem jejich

⁷⁹ GRUNEVOLD, K.: *Zavřete ústavy pro mentálně postižené. Každý může žít v otevřené společnosti. Pojednání k Evropskému roku lidí s postižením*[online]. Stockholm, 2003 [cit. 3.4. 2009]. s. 5. Dostupné na: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/deinstitucionalizace.html>>.

⁸⁰ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

⁸¹ PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6

centrální nervové soustavy dříve a rychleji. Tyto osoby mají zároveň často omezené schopnosti i možnosti v praxi využívat nebo rozvíjet dříve naučené.

Dospělé osoby s mentálním postižením tedy často potřebují podporu v oblasti dalšího učení a upevňování naučeného i v oblasti uvádění těchto vědomostí, dovedností a návyků do praxe. Jednou z nejdůležitějších strategií celoživotního učení je podpora v období mezi školním vzděláváním a nástupem do zaměstnání.⁸²

Řada vzdělávacích a speciálně pedagogických služeb pro dospělé osoby s mentálním postižením starší 26 let funguje jako registrovaná sociální služba. Některým z nich se věnuji v dalších kapitolách.

Podpora celoživotního učení je jednou z cest, prostřednictvím které můžeme lidem s mentálním postižením pomoci žít plnohodnotně v běžném prostředí a v maximální možné míře naplňovat sociální role.

⁸² ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

1.2. Nové pojetí diagnostiky

Cílem psychopedické diagnostiky je identifikovat individuální specifické potřeby jedince s mentálním postižením, pokusit se je naplnit a tím mu umožnit důstojný život ve společnosti. Přes používání některých standardizovaných nástrojů porovnávajících výkon jedince s výsledky běžné populace by měla být především individualizovaná.⁸³

V souladu s trendem dekategoriace není stanovení diagnózy (druhu a stupně postižení) cílem, ale spíše pomocným kritériem diagnostického procesu, který se dále zaměřuje na poznávání individuálních zvláštností a potřeb jedince.⁸⁴

Jelikož dnešní diagnostika nazírá na člověka s mentálním postižením jako na osobnost s potenciálem dalšího vývoje, jedná se o proces dynamický a neustále se opakující.⁸⁵

Jesenský uvádí jako předmět diagnostiky v komprehenzivní (ucelené) speciální pedagogice osobnostní, sociální, kulturní, pracovní, edukační a integrační dimenze hendikepovaného člověka a zdůrazňuje posun k nazírání člověka v jednotě s jeho prostředím.⁸⁶

Diagnostika v tomto pojetí je otevřená rozvoji, etapám a procesu celoživotního učení, je aktuální a reflektuje potřeby člověka s hendikepem.⁸⁷

1.3. Východiska psychopedické diagnostiky

„Samotné stanovení diagnózy mentálního postižení je založeno na celkovém hodnocení jedince. Musí být použit některý „komplexní inteligenční soubor“, ale také metody, které hodnotí specifické dílčí schopnosti. Dále je třeba posoudit adaptivní

⁸³ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

⁸⁴ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

⁸⁵ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

⁸⁶ JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1.

⁸⁷ JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1.

chování.⁸⁸ Kritéria pro stanovení diagnózy mentálního postižení jsou obsažena definici organizace American Association on Intellectual and Developmental Disabilities⁸⁹ (dále AAIDD), naposledy aktualizované v roce 2002.⁹⁰

1.3.1. Definice mentálního postižení

Existuje mnoho definic, které fenomén mentální retardace pojímají z různých hledisek a za stěžejní považují různé aspekty mentálního postižení. Jako příklad můžeme uvést definice zdůrazňující inteligenční kvocient, definice zdůrazňující biologické faktory či sociální faktory, definice zdůrazňující více hledisek (též multifaktoriální, multidimenzionální). Zejména v definicích zdůrazňující sociální faktory nebo více hledisek nacházíme pasáže, které se snaží postihnout specifika chování a společenské aspekty života člověka s mentálním postižením.

Těmto aspektům je též přikládán různý význam. V některých definicích se o nich hovoří jako o následku postižení rozumových schopností, jiné definice jsou na těchto aspektech založeny a považují je za stěžejní pro kvalitu života člověka s mentálním postižením.

V současné definici AAIDD, kde je uplatněn multifaktoriální přístup, je mentální retardace stavěna do kontextu individuální podpory. „*Definice mentální retardace AAIDD zní: Mentální retardace je snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech.*“⁹¹ Posledním kritériem AAIDD je počátek postižení do věku 18 let.⁹² V této definici je rovněž stanoveno pět předpokladů pro její aplikaci, z nichž z hlediska pokroku v chápání mentální retardace za stěžejní považují následující: „*Zjišťování limitů má jít ruku v ruce s vypracováním systému cílené podpory. S vhodnou individuální podporou dojde k celkovému zlepšení kvality života člověka s mentální retardací. (...) Pokud se toto*

⁸⁸ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. s. 106. ISBN 978-80-246-1565-3.

⁸⁹ Do roku 2006 American Association on Mental Retardation

⁹⁰ *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* [online]. FAQ on Intellectual Disability [cit. 21.3.2009]. Dostupné na: <http://www.aaid.org/content_104.cfm>.

⁹¹ ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha : Karolinum, 2005. s.10. ISBN 80-246-0992-4.

⁹² ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

zlepšení nedostaví, je třeba přehodnotit dosavadní profil individuální podpory.“⁹³ Po stanovení diagnózy podle výše zmíněných kritérií by měl podle AAIDD následovat popis silných a slabých stránek jedince v pěti dimenzích (intelektuální schopnosti; adaptivní chování; zapojení, interakce a sociální role; zdraví - tělesné, psychické, etiologie; kontext - okolí, kultura) a identifikace typu a intenzity podpory v těchto dimenzích.⁹⁴

1.3.2. Rozumové schopnosti

„Česká republika se řídí Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí a přidružených zdravotních problémů Světové zdravotnické organizace, MKN-10 (...) z roku 1992.“⁹⁵ Rozumové schopnosti jsou určovány pomocí normativních testů, kdy je výkon jedince srovnáván s výkonem populace stejného věku a zázemí.⁹⁶ „Podle MKN - 10 by mělo být IQ stanoveno standardizovanými, individuálně aplikovanými inteligenčními testy, determinovanými místními kulturními normami.“⁹⁷ U nás se běžně používají Weschlerovy soubory.⁹⁸ „Stupeň mentálního postižení se určuje na základě počtu standardních deviačních jednotek pod průměrem.“⁹⁹ Pro kvantitativní vyjádření úrovně inteligence se nejčastěji používá inteligenční kvocient.¹⁰⁰

Podle MKN-10 je horní hranicí mentální retardace IQ 69.¹⁰¹ AAIDD uvádí jako horní hranici mentální retardace IQ 70 - 75.¹⁰²

⁹³ ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha : Karolinum, 2005. s.10. ISBN 80-246-0992-4.

⁹⁴ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

⁹⁵ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. s.103. ISBN 978-80-246-1565-3.

⁹⁶ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

^{97,98} DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. s. 45. ISBN 80-903921-0-5.

⁹⁹ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. s.108. ISBN 978-80-246-1565-3.

¹⁰⁰ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

¹⁰¹ *World Health Organization* [online]. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2007. Chapter V, Mental and behavioural disorders (F00 - F99), Mental retardation (F70 - F79). [cit. 21.3.2009]. Dostupné na: <<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>>.

¹⁰² *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* [online]. Frequently Asked Questions on Intellectual Disability and the AAIDD Definition (Updated January 2008), [cit. 27.8.2008]. Dostupné na: <www.aaidd.org/policies/pdf/AAIDDFAQonID.pdf>.

Při testování je třeba zohlednit řadu faktorů, které mohou ovlivnit výkon testovaného jedince. Původcem těchto faktorů může být vyšetřující, vyšetřovaný i prostředí výkonu testu. „Působení těchto faktorů je rizikové zvláště pro pásmo lehké retardace. Tato diagnóza může být potom chybně stanovena primárně na základě kulturních rozdílů, jazykové bariéry, nepohody v testové situaci či předpojatosti vyšetřujícího.“¹⁰³

Intelligenční schopnosti se mohou v průběhu času měnit a mohou se zlepšovat v důsledku tréninku a rehabilitace. Diagnostika proto musí být zaměřena na aktuální úroveň.¹⁰⁴

1.3.3. Adaptivní chování

„Pro definitivní diagnózu mentální retardace nestačí jenom stanovit hypotézu o úrovni intelektových výkonů, ale potřebujeme získat přesnější informace o současné úrovni schopností adaptace, tj. o dovednostech, které potřebujeme pro běžný život. Člověk, který má sníženou úroveň intelektových výkonů do pásma mentální retardace, ale není omezený v oblasti adaptivních dovedností, nesmí být diagnostikován jako člověk s mentální retardací.“¹⁰⁵

Adaptivní chování je rozsáhlý komplex dovedností, které se lidé musí naučit, aby mohli samostatně fungovat ve svém každodenním životě. AAIDD dělí adaptivní chování na tři hlavní kategorie dovedností: pojmové, sociální a praktické. Každá z kategorií v sobě obsahuje řadu dílčích dovedností. Pro stanovení diagnózy udává AAIDD podmínku obtíží alespoň ve dvou dílčích adaptivních dovednostech.¹⁰⁶

¹⁰³ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. s. 45. ISBN 80-903921-0-5.

¹⁰⁴ *World Health Organization* [online]. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2007. Chapter V, Mental and behavioural disorders (F00 - F99), Mental retardation (F70 - F79). [cit. 21.3.2009]. Dostupné na: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.

¹⁰⁵ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. s. 46. ISBN 80-903921-0-5.

¹⁰⁶ *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* [online]. Frequently Asked Questions on Intellectual Disability and the AAIDD Definition (Updated January 2008), [cit. 27.8.2008]. Dostupné na: www.aaidd.org/policies/pdf/AAIDDFAQonID.pdf.

Podle čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch zpracovaného Americkou psychiatrickou asociací jsou nedostatky v adaptivním chování ovlivnitelné pomocí nápravných postupů spíše než intelekt.¹⁰⁷ Mentální retardace proto není nutně celoživotní porucha. Jedinci, kteří měli ve školním věku lehkou mentální retardaci projevující se neúspěchem v osvojování akademických dovedností, mohou díky vhodnému tréninku a příležitostem dosáhnout dobrých adaptivních dovedností v ostatních oblastech a úroveň jejich poruchy už tím pádem nemusí spadat do diagnostických kritérií mentální retardace.¹⁰⁸

Definici a diagnostice adaptivního chování se podrobně věnuji v kapitole 2.

1.4. Cíle a metody psychopedické diagnostiky v období dospělosti

V dospělosti je člověk s vrozeným mentálním postižením již většinou diagnostikován, co se týče druhu a stupně postižení.¹⁰⁹

Význam diagnostiky v dospělosti spočívá v reflektování změn v důsledku vývoje člověka, ke kterému dochází s věkem a životními zkušenostmi, a potřeb z nich plynoucích. Diagnostika by měla provázet člověka s postižením po celý život jakožto pomocný nástroj při určování vhodné míry a formy podpory v nejrůznějších životních situacích a při hledání společenského uplatnění. Zároveň je i nástrojem pro ověřování efektivity podpůrných intervencí.

V období přechodu mezi školou a zaměstnáním by měla diagnostika ulehčit člověku s mentálním postižením volbu profesního uplatnění. V tomto případě by výstupem z diagnostiky měla být tvorba tranzitního individualizovaného vzdělávacího plánu, na jehož vzniku týmově spolupracují odborníci, rodiče i člověk s mentálním postižením.¹¹⁰

¹⁰⁷ DSM - IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Text revision. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2000. ISBN 0-89042-024-6.

¹⁰⁸ DSM - IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Text revision. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2000. ISBN 0-89042-024-6.

¹⁰⁹ NACHLINGEROVÁ, M. *Chráněné bydlení pro osoby s mentální retardací : míra samostatnosti, diagnostika, lokalizace*. Praha, 2006. 122 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce I. Strnadová.

¹¹⁰ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

V dospělosti se diagnostika se dále uplatňuje například při hledání pracovního uplatnění, při vstupu do zaměstnání, do pobytového zařízení či jiných sociálních nebo vzdělávacích služeb, které se dospělému člověku s mentálním postižením nabízejí i při podpoře ve zvládnání nároků každodenního života. Zásadní roli by měla diagnostika v dospělosti sehrávat při řízení o omezení, zbavení či navrácení způsobilosti k právním úkonům. Zaměření a metody diagnostiky závisí na účelu, kterému má diagnostika sloužit, na kulturním a sociálním kontextu, znalosti dostupných diagnostických nástrojů a na věku a předpokládané vývojové úrovni jedince.¹¹¹

Důležité je hodnocení úrovně současných i odhad potencionálních dovedností v těch oblastech, které jsou nejdůležitější pro úspěšný a v rámci možností nezávislý život doma i v komunitě (pracovní dovednosti, dovednosti pro volný čas, pracovní chování, funkční komunikace a interpersonální chování).¹¹²

Diagnostika se tedy zaměřuje především na různé oblasti adaptivního chování a některé další specifické schopnosti - sebeobsluhu (včetně hrubé a jemné motoriky), citovou a sociální oblast (projevy chování v běžných situacích, způsob a míra nezávislosti při navazování kontaktů, postavení ve skupině a jak ho jedinec sám vnímá, reakce na konflikt a kritiku, vztah k zařízení kde žije apod.). Další oblasti, které je důležité zohledňovat při poskytování podpory dospělému člověku s mentálním postižením, jsou řeč a komunikace (verbální a neverbální složka, expresivní a receptivní jazyk, využívání alternativní a augmentativní komunikace) a zraková a sluchová percepce.¹¹³

Při poradenství pro volbu povolání se uplatňuje vyšetření inteligence, vyšetření dílčích schopností a dovedností (motorika, komunikace, sociabilita), posouzení struktury zájmů, vyšetření osobnosti.¹¹⁴ „Podle Halperna (1994 in: Taylor 2003) by měl být klient veden k tomu, aby se sám učil ohodnotit svůj výkon v oblastech

¹¹¹ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

¹¹² ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

¹¹³ NACHLINGEROVÁ, M. *Chráněné bydlení pro osoby s mentální retardací : míra samostatnosti, diagnostika, lokalizace*. Praha, 2006. 122 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce I. Strnadová.

¹¹⁴ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

akademických, osobních/sociálních, oblastech týkajících se zaměstnání nebo nezávislého bydlení. V každém případě je jeho sebeocení užitečnou informací, která umožní lépe odhadnout i potenciální riziko (např. pokud se klient přeceňuje či neodhadne riziko vlastní selhání).¹¹⁵

Uvádí se, že osoby s mentálním postižením častěji než intaktní populace trpí psychickými nemocemi včetně sekundárních demencí (Alzheimerova, Parkinsonova) - po celý život osob s mentálním postižením proto hraje důležitou roli diferenciální diagnostika, která pomůže odlišit příznaky psychické nemoci od projevů mentálního postižení. Zde se opět uplatňuje diagnostika rozumových schopností.

„Aplikace diagnostických metod vychází z věkových zvláštností postiženého člověka, z jeho aktuálního psychického stavu a přihlíží k hloubce mentální retardace.¹¹⁶

Z obecných metod speciálně pedagogické diagnostiky můžeme využít rodinnou a osobní anamnézu. Důležitým doplňkem anamnestických údajů je vyšetření prostředí. Zde je třeba přihlížet ke specifčnosti dosavadního životního prostředí. U dospělých osob je významné vyšetření pracovního prostředí.¹¹⁷

Ze speciálních metod jsou to dotazník, rozhovor, pozorování, diagnostické zkoušky, testové metody, případové studie, rozbor výsledků činnosti.

Diagnostické údaje zjišťované při poskytování ambulantních a terénních sociálních služeb, jimiž se podrobněji zabývám v dalších kapitolách této práce, by měly být pro ucelený obraz doplňovány informacemi z dalších zdrojů. Za nepostradatelný zdroj informací považují blízké osoby uživatelů služeb (rodinné příslušníky, pracovníky pobytových služeb) a další odborníky (neurolog, psychiatr, psycholog, logoped, praktický lékař aj.).

Důvodem je fakt, že pracovníci výše zmíněných sociálních služeb se s uživateli často dostávají do běžného nechráněného prostředí a součástí služby je často dílčí

¹¹⁵ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. s. 178. ISBN 978-80-246-1565-3.

¹¹⁶ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. s. 175. ISBN 978-80-246-1565-3.

¹¹⁷ PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2004. 80-210-3354-1.

osamostatňování uživatelů. Pracovník tohoto typu služeb zároveň suživatelem většinou tráví jen omezený čas.

Informace od dalších osob umožní dokonalejší individuální plánování, rozpoznání změny zdravotního stavu, efektivnější komunikaci s uživatelem, zvýší schopnost pracovníků řešit krizové nebo nečekané situace aj. Informace od pracovníků terénních a ambulantních sociálních služeb mohou být naopak užitečné pro další odborníky, rodinné příslušníky a pracovníky pobytových služeb.

2. Adaptivní chování a jeho diagnostika

2.1. Historie, definice a oblasti adaptivního chování

Počátkem dvacátého století se v definicích mentální retardace začaly objevovat zmínky o adaptivním chování. Jako součást mentální retardace se považovala neschopnost plně se přizpůsobit požadavkům společnosti, řešit osobní záležitosti a být konkurencí intaktním vrstevníkům. V definici American Association on Mental Deficiency¹¹⁸ (dále AAMD) z roku 1961 byl termín adaptivní chování poprvé oficiálně použit.¹¹⁹

V pozdějších definicích byla stále více zdůrazňována provázanost mentální retardace a adaptivního chování. Adaptivní chování bylo definováno v klasifikačním manuálu AAMD jako: „Omezení člověka v efektivním naplňování standardů zrání, učení, osobní nezávislosti a/nebo společenské odpovědnosti na úrovni odpovídající jeho věku.“¹²⁰ Rostoucí význam začal být adaptivnímu chování přikládán v souvislosti s integrací lidí s mentálním postižením.¹²¹

Výzkumy se soustředily na faktory ovlivňující úroveň adaptivního chování včetně vlivu prostředí, souvislost adaptivního a problémového chování, vliv úrovně adaptivního chování na sociální úspěšnost a kvalitu života člověka s mentálním postižením apod. Tyto poznatky umožnily lepší poznání individuálních potřeb lidí s mentálním postižením a začaly se využívat při plánování vzdělávání a sociálních služeb.¹²²

¹¹⁸Později American Association on Mental Retardation, dnes American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

¹¹⁹ BRUININKS, R., GILMAN, C., THURLOW, M. Adaptive behavior and mental retardation. *The Journal of Special Education*, 1987, vol. 21, no .1.

¹²⁰ BRUININKS, R., GILMAN, C., THURLOW, M. Adaptive behavior and mental retardation. *The Journal of Special Education*, 1987, vol. 21, no .1. s. 71.

¹²¹ BRUININKS, R., GILMAN, C., THURLOW, M. Adaptive behavior and mental retardation. *The Journal of Special Education*, 1987, vol. 21, no .1.

¹²² BRUININKS, R., GILMAN, C., THURLOW, M. Adaptive behavior and mental retardation. *The Journal of Special Education*, 1987, vol. 21, no .1.

Počátky měření adaptivního chování představuje Dollova Vinelandská škála z roku 1936. Autor prosazoval definování různých stupňů mentální retardace pomocí úrovně sociálních dovedností před definicemi založenými na mentálním věku.¹²³

Bruininks, Hill, Weatherman a Woodcock vydali v roce 1985 Škálu nezávislého chování (Scale of Independent Behavior – SIB), která hodnotí úroveň adaptivního chování současně se závažností projevů maladaptivního chování člověka s mentálním postižením. V části zaměřené na adaptivní chování je měřena dosažená úroveň dovedností ve čtyřech oblastech (motorika, sociální a komunikační dovednosti, dovednosti v osobním životě, dovednosti v komunitním životě) a celková nezávislost.¹²⁴

Holmann a Bruininks (1985) do adaptivního chování řadí následující dovednosti: **sebeobsluha** (příjem potravy, oblékání, toaleta, udržování čistoty, hygiena), **tělesný vývoj** (úroveň jemné a hrubé motoriky), **komunikace** (recepce, exprese řeči), **personální a sociální dovednosti** (hra, interakce, participace ve skupině, sexuální chování, sebekontrola, zodpovědnost, exprese emocí, volnočasové aktivity), **kognitivní fungování** (preakademické dovednosti, čtení, psaní, počítání, čas, peníze, základní míry), **péče o svou osobu a o své zdraví** (ošetření zranění, zdravotních potíží, předcházení zdravotním potížím, dodržování bezpečnostních zásad, péče o dítě), **zákaznické dovednosti** (zacházení s penězi, nakupování, rozpočet), **péče o domácnost** (uklizení, péče o svůj majetek, péče o oděv, kuchyňské dovednosti, dodržování bezpečnostních zásad v domácnosti), **komunitní dovednosti** (cestování, využívání komunitních zdrojů, zacházení s telefonem, dodržování bezpečnostních zásad na veřejnosti) a **dovednosti spojené se zaměstnáním** (pracovní návyky a postoje, hledání zaměstnání, pracovní výkon, sociální dovednosti spojené se zaměstnáním, pracovní bezpečnost).¹²⁵

Z českých autorů se o adaptivním chování zmiňoval například Langer (1996), který řadí sociální adaptabilitu mezi tři základní faktory úspěšného zapojení do

¹²³ BRUININKS, R., GILMAN, C., THURLOW, M. Adaptive behavior and mental retardation. *The Journal of Special Education*, 1987, vol. 21, no .1.

¹²⁴ BRUININKS, R., GILMAN, C., THURLOW, M. Adaptive behavior and mental retardation. *The Journal of Special Education*, 1987, vol. 21, no .1.

¹²⁵ BRUININKS, R., GILMAN, C., THURLOW, M. Adaptive behavior and mental retardation. *The Journal of Special Education*, 1987, vol. 21, no .1.

společnosti spolu s motorikou a intelektovou úrovní.¹²⁶ Do sociální adaptability zahrnuje schopnost přizpůsobit se danému prostředí, chování a osobnostní vlastnosti, „a to zvláště pracovní, jako jsou dochvilnost, snaha pracovat dobře, určitá míra pracovní motivace apod.“¹²⁷

Podle čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (dále DSM-IV) se mentální postižení navenek projevuje spíše v poruše adaptivního fungování, než jako snížená inteligence.¹²⁸ Adaptivní fungování podle DSM-IV ukazuje, jak efektivně jedinec zvládá požadavky každodenního života a do jaké míry tím odpovídá standardu osobní nezávislosti očekávané od jedince jeho věkové skupiny daného sociokulturního a komunitního prostředí.¹²⁹ Oblasti adaptivního fungování podle DSM-IV jsou: komunikace, sebeobsluha, bydlení, sociální a interpersonální dovednosti, využívání komunitních zdrojů, sebeřízení, funkční akademické dovednosti, práce, volný čas, zdraví, bezpečnost.¹³⁰

Definici adaptivního chování uvádí i AAIDD na svých webových stránkách: „Adaptivní chování je komplex pojmových, sociálních a praktických dovedností, které se lidé musí naučit, aby mohli fungovat ve svém každodenním životě. Závažné omezení adaptivního chování poškozuje každodenní život takovéto osoby a ovlivňuje schopnost reagovat na mimořádné situace či prostředí. Omezení adaptivního chování může být determinováno za použití standardizovaných testů. (...) Pomocí těchto standardizovaných nástrojů je signifikantní omezení v adaptivním chování diagnostikováno v případě nedostatků v nejméně dvou z následujících dovedností v pojmových, sociálních či praktických dovednostech: **POJMOVÉ DOVEDNOSTI:** recepce a exprese řeči, čtení a psaní, porozumění penězům, sebeřízení. **SOCIÁLNÍ DOVEDNOSTI:**

¹²⁶ LANGER, S. Mentální retardace : etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova. 3. přeprac. vyd. Hradec Králové : Kotva, 1996. ISBN 80-900254-8-X.

¹²⁷ LANGER, S. Mentální retardace : etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova. 3. přeprac. vyd. Hradec Králové : Kotva, 1996. s. 131. ISBN 80-900254-8-X.

¹²⁸ DSM - IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Text revision. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2000. ISBN 0-89042-024-6.

¹²⁹ DSM - IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Text revision. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2000. ISBN 0-89042-024-6.

¹³⁰ DSM - IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Text revision. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2000. ISBN 0-89042-024-6.

interpersonální dovednosti, zodpovědnost, sebeúcta, důvěřivost (ve smyslu rizika být podváděn či manipulován), dodržování pravidel a zákonů, předcházení diskriminaci či šikaně. **PRAKTICKÉ DOVEDNOSTI:** Osobní aktivity každodenního života jako sebeobsluha (jídlo, oblékání, hygiena), mobilita. Instrumentální aktivity potřebné v každodenním životě (příprava pokrmů, užívání léků, užívání telefonu, zacházení s penězi, užívání dopravy, péče o domácnost). Pracovní dovednosti. Dodržování bezpečnostních zásad.¹³¹

Autorky Vágnerová a Klégrová (2008) postihují ve své definici adaptivního chování další aspekty: „Adaptivní chování zahrnuje běžné každodenní aktivity, které jsou potřebné pro zvládnání požadavků okolí, pro sociální začlenění jedince, ale i pro uchování jeho samostatnosti (soběstačnosti). Dosažení přijatelné úrovně adaptivního chování vyžaduje určitý stupeň kognitivních schopností, který je podmínkou pochopení významu různých situací a vhodnosti použití určitých způsobů chování. Omezení v oblasti adaptivních funkcí je závislé na snížení inteligence, ale i na kvalitě výchovného vedení, protože dítě se potřebné dovednosti učí od ostatních lidí. Adaptivní chování lze chápat jako **praktické využití zachovaných mentálních schopností**. Jeho kvalita ovšem nezávisí jen na inteligenci, ale i na dalších, mimointelektových faktorech (např. emoční vyrovnanosti) a přiměřenosti požadavků.¹³²

Adaptivních dovedností dle Vágnerové, Klégrové (2008) zahrnují především:

- „Schopnost **komunikace** (základní porozumění sdělení jiných lidí a schopnost vlastního vyjádření).
- **Bazální gramotnost** (schopnost číst, psát a počítat).
- **Schopnost orientace v čase a prostoru**.
- **Základní soběstačnost a schopnost sebeobsluhy**.

¹³¹ American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [online]. Frequently Asked Questions on Intellectual Disability and the AAIDD Definition (Updated January 2008), [cit. 27.8.2008]. Dostupné na: <www.aaidd.org/policies/pdf/AAIDDFAQonID.pdf>.

¹³² VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha : Karolinum, 2008. s. 213. ISBN 978-80-246-1538-7.

- *Ovládání vlastního chování a respektování základních sociálních pravidel.*¹³³

Autoři Psychologického slovníku Hartl, Hartlová (2000) uvádějí v definici pojmu, že adaptivní chování nesměřuje pouze k vyrovnání se s požadavky okolí, ale i k uspokojení subjektivních potřeb. Projevuje se jako hledání prostředků nebo řešení problémů. Je vědomé, koncentrované.¹³⁴

V literatuře je uváděna řada faktorů, mající vliv na rozvoj a podobu adaptivního chování jedince, které můžeme souhrnně označit jako vnitřní a vnější. Mezi vnitřní faktory patří například inteligence, stupeň mentálního postižení, případná koexistující postižení, motivace, emoční vyrovnanost, specifické vlohy a schopnosti a další osobnostní charakteristiky, ale i aktuální rozpoložení. Vnějšími a často určujícími faktory jsou: životní prostředí jedince (rodina versus nekoedukované ústavní zařízení pro osoby se stejným typem postižení), dostatek podnětů, výchovné vedení, vzdělávání, rehabilitace, společenské a volnočasové příležitosti, zkušenosti jedince, formy a míra podpory, přístup okolí, příležitost k rozhodování a možnost volby, účast na životě komunity, vliv prostředí, kde se člověk aktuálně nachází aj.

Chování, které může být v běžném sociálním prostředí považováno za maladaptivní (např. závislost, pasivita aj.), může být rovněž důkazem úspěšné adaptace v kontextu individuální životní zkušenosti jedince (např. život v zařízení ústavního typu).¹³⁵

2.2. Význam adaptivního chování v životě člověka s mentálním postižením

Člověk s mentálním postižením může být znevýhodněn nejen mentálním postižením, ale i nedostatkem zkušeností, který ho činí nepřipraveným na zvládnutí každodenních situací. Pokud mentální postižení chápeme z hlediska sociálního/environmentálního, tedy že závažnost postižení je dána tím, do jaké míry je zasaženo fungování člověka s mentálním postižením v sociokulturním prostředí, ze

¹³³ VÁGNEROVÁ, M., KLÉGRVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha : Karolinum, 2008. s. 213. ISBN 978-80-246-1538-7.

¹³⁴ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. s. 211. ISBN 80-7178-303-X.

¹³⁵ DSM - IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Text revision. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2000. ISBN 0-89042-024-6.

kterého pochází, tj. do jaké míry se projevuje jeho funkční omezení, vyplývá nám zásadní význam adaptivního chování a jeho rozvoje pro člověka s mentálním postižením.

Lidé s mentálním postižením se dnes pohybují v různém sociálním prostředí (škola, zaměstnání, restaurace, obchody, hromadná doprava aj.) a situacích. S rostoucí integrací a dnes podporovanou nezávislostí osob s mentálním postižením rostou i rizika a nároky, které jsou na tyto osoby kladeny a potřeba celoživotního učení, jehož zásadní součástí je podpora adaptivního chování.

Zaměření podpory na rozvoj adaptivního chování může mít pro člověka s mentálním postižením přínos například v následujících oblastech, z nichž některé nabývají celospolečenského významu:

- růst kompetencí
- využití a rozvoj vlastních schopností
- lepší přehled o tom, jak věci fungují; větší porozumění realitě
- aktivizace, rozšíření okruhu zájmů
- větší možnosti seberealizace
- adekvátnější sebehodnocení a aspirace - lepší přehled o svých silných a slabých stránkách, preferencích
- vyšší sebeúcta, sebevědomí, motivace, zážitek úspěchu
- vyšší schopnost řešit problémové a nečekané situace
- vyšší odolnost vůči rizikům
- menší závislost na péči, větší kontrola nad svým životem
- ulehčení rodině
- nižší finanční nákladnost služeb pro člověka s mentálním postižením, jeho rodinu i stát
- větší možnosti společenského uplatnění - přirozené zapojení do komunity, vyšší šance získat pracovní uplatnění, společenský přínos a respekt
- podpora role dospělého člověka
- změna přístupu společnosti k člověku s mentálním postižením

2.3. Adaptivní chování u jednotlivých stupňů mentálního postižení

„Úzké spektrum adaptačních strategií je jistě dáno intelektovými a dalšími limity vycházejícími z postižení, ale často i omezeným přístupem k možnostem adekvátního učení se dalším alternativám.“¹³⁶ „Nelze říci, že všichni lidé s mentální retardací jsou stejní, ani se nedá popsat „typický“ retardovaný člověk, podobně, jako nelze popsat typického „neretardovaného“ člověka. Existují ohromné rozdíly v chování a úrovni výkonů u těchto lidí, v problémech, se kterými se potýkají, v úrovni podpory, kterou potřebují (...).“¹³⁷

V charakteristikách jednotlivých stupňů mentálního postižení v české odborné literatuře můžeme najít popis úrovně adaptivního chování osob s mentálním postižením.

Stupeň mentálního postižení, jak vyplývá z předchozích kapitol, je však pouze jedním z mnoha faktorů ovlivňující úroveň rozvoje adaptivního chování. Tyto charakteristiky by proto měly sloužit spíše jako pomocné nástroje při hledání optimální míry a formy podpory. Hlavní otázka, kterou bychom si měli klást je, *„jak má vypadat optimální podpora konkrétního jedince s mentálním postižením v jeho konkrétní životní situaci, abychom mu zajistili ty potřebné zkušenosti, které kvůli svým omezením a kvůli omezenému porozumění společnosti nemůže získat standardní cestou.“¹³⁸*

2.3.1. Lehké mentální postižení (IQ 69 - 50)

Durecová (2007) uvádí, že osoby s lehkým mentálním postižením tvoří asi 85% populace s mentálním postižením. *„Předpokládá se, že jedinci, kteří mají IQ v tomto pásmu, si mohou osvojit akademické dovednosti až na úroveň 6. až 7. třídy. Mohou si*

¹³⁶ PETIŠKOVÁ, M.: Poznámky psychiatrovy k problematice mentální retardace : přehled základních skutečností, Praha : QUIP, 2007. s. 10.

^{137,138} DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. S. 41. ISBN 80-903921-0-5.

¹³⁹ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. S. 44. ISBN 80-903921-0-5.

dostatečně rozvinout sociální a komunikační dovednosti a také se mohou stát celkem soběstačnými a žít nezávisle jen s občasnou podporou.¹³⁹

Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických domácích dovednostech. Vývoj ve všech zmíněných oblastech je vzhledem k normě výrazně pomalejší.¹⁴⁰

Hlavní obtíže se obvykle projevují při teoretické práci ve škole (čtení, psaní), školní úspěšnost je výrazně ovlivněna nedostatkem pozornosti.¹⁴¹ Myšlení je porušeno kvantitativně i kvalitativně (nedostatek kritičnosti, povrchnost, ovlivnění emocemi, konkrétnost, ulpívanost, snížená schopnost využívání zkušeností při řešení problémů). Nedostatečná je motivace k myšlení.¹⁴² Tyto vlastnosti činí spolu s velkou sugestibilitou osoby s lehkým mentálním postižením, které se více pohybují v nechráněném prostředí, ohroženy všemi typy zneužívání (sexuální zneužívání, zneužívání návykových látek, zneužívání k páčání trestné činnosti).¹⁴³

Většinou dosáhnou schopnosti účelně užívat řeč v každodenním životě, jsou schopni udržovat konverzaci. Řeč je narušena po stránce formální i obsahové, expresivní i receptivní. V sociálně nenáročném prostředí mohou být lidé s lehkým mentálním postižením zcela bez problémů, potíže mají tam, kde je kladen důraz na vysoký stupeň sociokulturních vztahů.¹⁴⁴ Vztahy k ostatním lidem jsou málo diferenciované a empatické. Chápu většinu základních společenských norem a rolí, pokud není situace příliš proměnlivá.¹⁴⁵

Lidé s lehkým mentálním postižením mají sníženou schopnost adekvátního volního jednání. Jejich chování je ovlivněno emocionalitou, zvýšenou sugestibilitou a nízkou úrovní sebekontroly. Sebehodnocení je nekritické a závislé na hodnocení druhých.¹⁴⁶

¹⁴⁰ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁴¹ PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

¹⁴² ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁴³ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁴⁴ PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

¹⁴⁵ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁴⁶ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

S volnými vlastnostmi souvisí nedostatečná pracovní vytrvalost. Vzhledem k omezenému chápání času je podle Švingalové (2003) třeba zaměřovat činnost na krátkodobé cíle. Lidé s lehkým mentálním postižením bývají schopni vyučit se jednoduchému učebnímu oboru nebo se zacvičit v jednoduchých pracovních činnostech, které nekladou velké nároky na rozumové schopnosti, nevyžadují rychlé reakce a častou změnu pracovních operací.¹⁴⁷

2.3.2. Středně těžké mentální postižení (IQ 49 - 35)

Podle Durecové (2007) asi 10% osob s mentální retardací.¹⁴⁸ Se středním stupněm mentální retardace se pojí výrazná porucha poznávacích procesů (myšlení, pozornost, paměť).¹⁴⁹ Raný psychomotorický vývoj je opožděn až o tři až čtyři roky. Potenciál i dosažená úroveň v jednotlivých oblastech (řeč, senzomotorika, sociální dovednosti aj.) jsou rozdílné.¹⁵⁰

Některí z těchto lidí si osvojí základy trivie.¹⁵¹ Trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Samostatnost v sebeobsluze je mnohdy pouze částečná. Projevuje se neschopnost úspěšně a samostatně řešit náročnější situace.¹⁵² Některé osoby se středním stupněm mentální retardace je dle Pipekové (1998) nutno zbavit způsobilosti k právním úkonům, nebo ji omezit.¹⁵³ Mohou se naučit samostatně cestovat na dobře známých místech.¹⁵⁴

Rozvoj chápání a užívání řeči je pomalý.¹⁵⁵ Řeč je často omezena na jednoduchá slovní spojení či jednoduché věty s nápadně porušenou formální stránkou.¹⁵⁶ U

¹⁴⁷ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁴⁸ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. ISBN 80-903921-0-5.

¹⁴⁹ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁵⁰ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁵¹ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁵² PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

¹⁵³ PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

¹⁵⁴ DSM - IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Text revision. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2000. ISBN 0-89042-024-6.

¹⁵⁵ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁵⁶ ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*, Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

některých osob zůstává řeč po celý život na neverbální úrovni.¹⁵⁷ Většinou jsou ale schopni navázat kontakt, komunikovat s druhými a podílet se na jednoduchých sociálních aktivitách.¹⁵⁸ Během adolescence mohou jejich obtíže v porozumění společenským konvencím narušit vztah s vrstevníky.¹⁵⁹

Vyskytují se poruchy afektivní sféry (afektivní labilita, zkratkovité jednání). Lidé se středním stupněm mentální retardace nedovedou předvídat důsledky svého chování a v jejich motivaci převládají pudové impulzy.¹⁶⁰

Úkol vzdělávání lidí se středním stupněm mentální retardace spočívá v rozvíjení potenciálu k získání základních dovedností, rozvoji sebeobsluhy a v dosažení maximální možné úrovně samostatnosti. Pro komunikaci a její rozvoj je vhodné využívat metody alternativní a augmentativní komunikace.¹⁶¹

Vhodným pracovním uplatněním pro tyto osoby je jednoduchá manuální práce za speciálních podmínek (strukturovanost úkolů, odborný dohled). V dospělosti je jen zřídka možný úplně samostatný život.¹⁶² Podle Valenty (2004) potřebují lidé se středním stupněm mentální retardace chráněné prostředí, zvláště v oblasti bydlení a zaměstnání, po celý život.¹⁶³

¹⁵⁷ VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 2. vyd. Praha : Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.

¹⁵⁸ ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*, Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

¹⁵⁹ DSM - IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Text revision. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2000. ISBN 0-89042-024-6.

¹⁶⁰ ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*, Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

¹⁶¹ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁶² ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁶³ VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 2. vyd. Praha : Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.

2.3.3. Těžké mentální postižení (IQ 34 - 20)

Podle Durecové (2007) 3 až 4 % osob s mentální retardací.¹⁶⁴ Často mají značný stupeň poruchy motoriky nebo se zde vyskytují jiné závažnější přidružené poruchy. Psychomotorický vývoj je ve všech oblastech značně opožděn.

Rozvoj komunikativních dovedností je minimální. Řeč je omezena na malý počet izolovaných špatně artikulovaných výrazů s nepřesným použitím.¹⁶⁵ Receptivní složku řeči uplatňují lépe než expresivní.¹⁶⁶

Lidé s těžkým mentálním postižením se mohou naučit základním sebeobslužným návykům a jednoduchým dovednostem (komunikace se známými osobami, stereotypní adekvátní chování ve známých situacích).¹⁶⁷ Mohou vykonávat jednoduché činnosti pod stálým dohledem. Závislost na podpoře okolí je trvalá.¹⁶⁸

2.3.4. Hluboké mentální postižení (IQ pod 20)

Podle Durecové (2007) 1 až 2 % lidí s mentální retardací.¹⁶⁹ Lidé s hlubokým mentálním postižením jsou většinou imobilní či výrazně omezeni v pohybu a vyskytují se u nich neurologická či smyslová poškození.

Schopnost porozumět sdělením, požadavkům svého okolí nebo je provést je omezená.¹⁷⁰ Komunikace zůstává na neverbální úrovni.¹⁷¹

Schopnost pečovat o své základní potřeby je minimální. S podporou se mohou částečně podílet na domácích a praktických úkonech. U těchto lidí převládají funkce pudové, vegetativní a afektivní.¹⁷²

¹⁶⁴ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. ISBN 80-903921-0-5.

¹⁶⁵ ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*, Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

¹⁶⁶ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. ISBN 80-903921-0-5.

¹⁶⁷ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁶⁸ ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*, Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

¹⁶⁹ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. ISBN 80-903921-0-5.

¹⁷⁰ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁷¹ ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*, Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

Lidé s hlubokým mentálním postižením potřebují péči ve všech základních životních úkonech.¹⁷³ S vhodnou formou podpory jsou však schopni rozvinout určité základní dovednosti péče o sebe a komunikaci.¹⁷⁴

2.4. Diagnostika adaptivního chování

Pomocí diagnostiky adaptivního chování zjišťujeme, jak člověk s mentálním postižením dostává nárokům každodenního života a jakou míru nezávislosti schopen zvládnout. Tyto údaje sehrávají klíčovou roli při diagnostice mentálního postižení. K hodnocení adaptivního chování však dochází - nebo by mělo docházet - opakovaně.

V průběhu života člověka s mentálním postižením vznikají situace, kdy je třeba získat aktuální informace o úrovni adaptivního chování. Tyto situace mají často zásadní vliv na další život člověka s mentálním postižením - k adaptivnímu chování například přihlíží posudková komise při řízení o omezení, zbavení nebo navrácení způsobilosti k právním úkonům.

Diagnostika adaptivního chování by nám ale měla především umožnit určit oblasti potřebné podpory a dalšího rozvoje a naplánovat podporu tak, aby směřovala k rozvinutí samostatnosti do maximální možné míry a ke zvýšení komplexní kvality života člověka s mentálním postižením. Pokud se snažíme naplňovat nejnovější trendy v přístupu k osobám s postižením a podporovat je při životě v běžném komunitním prostředí, diagnostika adaptivního chování v cílené a individualizované formě musí být základem každé služby poskytované v oblasti sebeobsluhy, vzdělávání, práce, bydlení, volného času, využívání komunitních zdrojů a v dalších oblastech podle potřeb a zájmů uživatele.

Durecová (2007) identifikovala faktory komplikující v současné době hodnocení adaptivního chování a tím pádem i diagnostické rozhodování ohledně mentálního postižení:

- mezi odborníky existují rozpory v definování adaptivního chování

¹⁷² ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.

¹⁷³ PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

¹⁷⁴ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. ISBN 80-903921-0-5.

- nebyly stanoveny normy adaptivního chování, které má splňovat jedinec v určitém věku a sociokulturním prostředí
- dosud nebyl vytvořen nástroj, který by měřil všechny oblasti adaptivního chování.¹⁷⁵

Výsledky diagnostiky adaptivního chování mohou být tedy ovlivněny tím, k jaké definici adaptivního chování se vyšetřující přiklání, komplexností zvoleného diagnostického nástroje, ale i představou vyšetřujícího o normálním výkonu v oblasti adaptivního chování.

Diagnostika adaptivního chování odráží aktuální výkon člověka, nikoliv míru behaviorálního potenciálu jedince.¹⁷⁶ Výkon je do značné míry ovlivněn zkušenostmi daného jedince a výsledkem toho, co se v životě naučil.¹⁷⁷ Při hodnocení je třeba vzít v úvahu sociální zkušenosti daného jedince, prostředí, v jakém se pohybuje, okruh osob, s nimiž se stýká apod.¹⁷⁸

Příčinou nedostatků v adaptivním chování může být rovněž atypické životní prostředí omezující rozvoj adaptivního chování nebo přímo potlačující naučené dovednosti¹⁷⁹, zanedbávání, zneužívání, nedostatek podnětů, nevhodné modely socializace, nevhodné výchovné přístupy, infantilizace. Symtomy, které jsou považovány za charakteristické znaky mentálního postižení, mohou být zapříčiněny

¹⁷⁵ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. ISBN 80-903921-0-5.

¹⁷⁶ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. ISBN 80-903921-0-5.

¹⁷⁷ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. ISBN 80-903921-0-5.

¹⁷⁸ VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1538-7.

¹⁷⁹ V praxi jsem se setkala s ženou s mentálním postižením ve věku střední dospělosti, která byla během života se stárnoucím otcem schopna plně se o něho postarat, zařízovat nákupy apod. Po jeho smrti byla zbavena způsobilosti k právním úkonům a umístěna v ústavu sociální péče, který na příkaz opatrovnice dodnes nesmí opustit bez doprovodu.

působením těchto faktorů. Například sugestibilita může vzniknout následkem infantilizace, podceňování a výchovy k závislosti a poslušnosti.¹⁸⁰

Durecová (2007) považuje za primární cíl diagnostiky adaptivního chování popis pozitivních dovedností (tj. co jedinec aktuálně dokáže). Vágnerová a Klégrová (2008) zdůrazňují, že hodnocení adaptivních dovedností by mělo zahrnovat i případné nedostatky v chování (např. projevy hyperaktivity, sebepoškozování, agresivity aj.). Adaptivní chování jedince můžeme objektivněji popsat, pokud zaměříme pozornost na jeho projevy v různém prostředí (např. rodina, škola, pracoviště, veřejná místa, zařízení sociálních služeb). Užitečné jsou proto výpovědi více osob.¹⁸¹

Dle Durecové (2007) diagnostika adaptivního chování primárně nespadá do psychiatrického vyšetření, ale měli by se na něm podílet další profesionálové: psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci, logopedi, fyzioterapeuti, ergoterapeuti. Důležitou roli sehrávají i lidé, kteří s vyšetřovaným běžně přicházejí do kontaktu: rodiče a další blízcí lidé, spolupracovníci v zaměstnání, asistenti aj.

Výpovědi pocházejících z různých zdrojů se mohou lišit, jelikož jedinec může měnit své chování v závislosti na prostředí. Větší objektivitu diagnostiky zaručíme i použitím více metod hodnotících adaptivní chování.¹⁸² Při diagnostice adaptivního chování můžeme uplatňovat například metody:

- rodinná a osobní anamnéza, vyšetření prostředí
- pozorování
- metody dotazování (rozhovor, dotazník)
- studium dokumentace ze škol nebo jiných organizací¹⁸³
- testování dovedností pomocí plnění specifických úkolů¹⁸⁴

¹⁸⁰ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha: QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. ISBN 80-903921-0-5.

¹⁸¹ *Measuring Adaptive Behavior, Technical assistance paper 312530* [online]. 2004, [cit. 26.8.2008]. Dostupné na: <sss.usf.edu/resources/taps/2004/2005_3.pdf>.

¹⁸² *Measuring Adaptive Behavior, Technical assistance paper 312530* [online]. 2004, [cit. 26.8.2008]. Dostupné na: <sss.usf.edu/resources/taps/2004/2005_3.pdf>.

¹⁸³ *Measuring Adaptive Behavior, Technical assistance paper 312530* [online]. 2004, [cit. 26.8.2008]. Dostupné na: <sss.usf.edu/resources/taps/2004/2005_3.pdf>.

- využití diagnostických nástrojů

Pro měření adaptivního chování bylo navrženo mnoho diagnostických nástrojů, jako například: Škály nezávislého chování (výše zmíněná Scale of Independent Behavior), Vinelandská škála sociální zralosti, Vinelandské škály adaptivního chování (Vineland Adaptive Behavior Scales), Škála adaptivního chování AAMR (Adaptive Behavior Scale), Günzburgova škála.¹⁸⁵ Použit lze i Škály funkční nezávislosti.¹⁸⁶ „Obsah jednotlivých nástrojů určených k diagnostice adaptivního chování se liší podle věkové skupiny, pro kterou jsou určeny. Například škála adaptivního chování určená pro dítě předškolního věku zahrnuje především oblast motoriky, komunikace a sebeobslužných činností, kdežto škála adaptivního chování určená pro dospívající je zaměřena především na sociální oblast.“¹⁸⁷ Důraz musí být kladen na to, aby zvolený diagnostický nástroj odpovídal sociokulturnímu prostředí, vzdělání, přidruženým hendikepům, motivaci a úrovni spolupráce jednotlivce.¹⁸⁸

V tabulce 1 jsou stručně popsány některé diagnostické nástroje využívané k hodnocení adaptivního chování v USA v roce 2004.¹⁸⁹ V České republice byla standardizována pouze Vinelandská škála sociální zralosti.¹⁹⁰

2.4.1. Vinelandská škála sociální zralosti

Autorem české úpravy z roku 1965 je J. Kožený.¹⁹¹ V České republice je škála využívána pro děti od tří do devíti let a je zaměřena na hodnocení celkové

¹⁸⁴ *Measuring Adaptive Behavior, Technical assistance paper 312530* [online]. 2004, [cit. 26.8.2008].

Dostupné na: <sss.usf.edu/resources/taps/2004/2005_3.pdf>.

¹⁸⁵ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

¹⁸⁶ HANÁK, P. a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0.

¹⁸⁷ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. s. 112. ISBN 978-80-246-1565-3.

¹⁸⁸ DSM - IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Text revision. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2000. ISBN 0-89042-024-6.

¹⁸⁹ *Measuring Adaptive Behavior, Technical assistance paper 312530* [online]. 2004, [cit. 26.8.2008].

Dostupné na: <sss.usf.edu/resources/taps/2004/2005_3.pdf>.

¹⁹⁰ DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. ISBN 80-903921-0-5.

¹⁹¹ VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1538-7.

soběstačnosti, soběstačnosti v jídle, soběstačnosti při oblékání, samostatnost, zaměstnání, komunikaci, motoriku, sociální začlenění na základě rozhovorů s rodiči. Administraci může provádět lékař, psycholog, speciální pedagog nebo sociální pracovník s vysokoškolským vzděláním.¹⁹²

2.4.2. Günzburgova škála

Günzburgova škála, jejíž výsledky jsou prezentovány v kruhovém diagramu, je zaměřena na hodnocení čtyřech oblastí: samostatnost/autonomie, komunikace, sociální přizpůsobení/socializace, zaměstnání.¹⁹³

2.4.3. Škály funkční nezávislosti

Škály funkční nezávislosti se využívají u jedinců s více vadami nebo s těžším stupněm mentálního postižení. Hodnocení se provádí v následujících oblastech: sebeobsluha (jídlo, oblékání, holení aj.), tělesná čistota (mytí, koupání, používání toalety), pohyb/přesuny (vozík, přesun do vany, sprchy), lokomoce/chůze (lezení, schody), komunikace (porozumění, aktivní řeč), sociální porozumění (sociální interakce, schopnost řešit běžné problémy, každodenní paměť). Výstupem z hodnocení je určení nutné míry pomoci v každé z výše jmenovaných oblastí od úplné samostatnosti po naprostou závislost.¹⁹⁴

2.4.4. Nástroje zaměřené na diagnostiku dílčích oblastí adaptivního chování

Všechny výše jmenované diagnostické nástroje byly zaměřeny na určení celkové úrovně rozvoje adaptivního chování. V praxi se můžeme setkat s diagnostickými nástroji vypracovanými za účelem zjištění úrovně dovedností v některé z dílčích oblastí adaptivního chování. Tyto nástroje jsou často vypracovány pracovníky organizací poskytujících služby lidem s postižením na základě konkrétních potřeb uživatelů.

Publikace „Transition Planning for Adolescents with Special Health Care Needs and Disabilities: A Guide For Health Care Providers“ (Porter, Freeman, Griffin, 2002) obsahuje dotazník „Health Care Skills Checklist“ (Příloha 1) zjišťující úroveň

¹⁹² KREJČÍŘOVÁ in ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

¹⁹³ HANÁK, P. a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0.

¹⁹⁴ HANÁK, P. a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0.

samostatnosti adolescenta s postižením nebo zdravotním znevýhodněním v oblasti péče o své zdraví. Oblast péče o své zdraví je v dotazníku detailně rozpracována do dílčích dovedností, které ovládá dospělý člověk. S pomocí dotazníků lze detailně popsat, jaké dovednosti adolescent ovládá úplně, jaké částečně či v jakých by se mohl zlepšit. Podle záznamů v dotazníku je rovněž možné stanovit potřebnou podporu a cíle dalšího rozvoje směřujícího k větší samostatnosti a vyšší míře řízení péče o své zdraví. Dotazník je původně určen pro poskytovatele zdravotní péče adolescentům s blíže neurčeným postižením nebo zdravotním znevýhodněním v USA.¹⁹⁵

Další příklad diagnostického nástroje zaměřeného na popis dovedností v dílčí oblasti adaptivního chování uvádím v Příloze 2. Jedná se dotazník vypracovaný v pražské organizaci Podpora samostatnosti OSA, o.s.¹⁹⁶ vytvořený pro konkrétního uživatele služeb, jehož dlouhodobým cílem v programu individuální sociální rehabilitace bylo naučit se připravovat si večeři.

¹⁹⁵ PORTER, S., FREEMAN, L., GRIFFIN, L. *Transition Planning for Adolescents with Special Health Care Needs and Disabilities : A Guide for Health Care Providers*. Boston : Institute for Community Inclusion, 2002.

¹⁹⁶ Podpora samostatnosti OSA, o.s. poskytuje sociální služby lidem s mentálním a kombinovaným postižením starším 16ti let.

Tabulka 1: Standardizované diagnostické nástroje využívané k hodnocení adaptivního chování v USA v roce 2004.¹⁹⁷

Diagnostický nástroj (rok vydání)	Věk	Součásti nástroje Examinátor	Vyvozené skóry
American Association of Mental Retardation Adaptive Behavior Scale-School (1993)	3 až 18 nebo 21 let	Hodnotící škála, rozhovor	Personální, sociální, komunitní faktory; maladaptivní chování
		Obě součásti vykonává Profesionál	
Adaptive Behavior Assessment System-Second Edition (2003): School, Parent, and Adult Forms	5 až 89 let	Hodnotící škály, rozhovory, osobní výpověď v případě dospělého probanda	Celkový skór, skóry deseti oblastí adaptivních Dovedností
		Zapojeno je více informátorů	
Comprehensive Test of Adaptive Behavior Revised (2000)	Od narození do 60 let	Hodnotící škála a testy, které jsou použity, když chování nebylo pozorováno	Celkový skór, skóry motoriky, sensoriky, nezávislosti, bydlení, sebeobsluhy, sociálních dovedností, jazyka/ akademických dovedností
		Zapojeno více informátorů	
Scales of Independent Behavior - Revised (1996)	3 až 90 let	Vysoce strukturovaný rozhovor	Celkový skór, skóry motoriky, osobního a komunitního života, sociální interakce a komunikace; zahrnuto maladaptivní chování
		Profesionál	
Vineland Adaptive Behavior Scales (1984): Interview and School Editions (revision expected in 2005)	Od narození do 99 let	Polostrukturovaný rozhovor vyžadující dobře vyškoleného profesionála. Školní forma využívá hodnotící škálu	Celkový skór, skóry motoriky (0-6 let), oblastí každodenního života, komunikace, socializace; maladaptivní chování nezahrnuto

¹⁹⁷ *Measuring Adaptive Behavior, Technical assistance paper 312530* [online]. 2004, [cit. 26.8.2008].
Dostupné na: <sss.usf.edu/resources/taps/2004/2005_3.pdf>.

2.4.5. Diagnostika adaptivního chování v řízení o způsobilosti k právním úkonům

„Řízení o způsobilosti k právním úkonům slouží k zabezpečení ochrany jednotlivci, který pro duševní poruchu, která není pouze přechodná, není schopen činit (některé) právní úkony (viz § 10 občanského zákoníku).“¹⁹⁸

V rámci zažité praxe bývá znalcem pro řízení ustanoven psychiatr, který určí, zda je přítomna trvalá duševní porucha. Skutečnost, zda jedinec není v důsledku duševní poruchy schopen činit právní úkony, by měl dne Zahumenského (2007) vyšetřovat tým znalců ve složení: psycholog, sociální pracovník, popřípadě psychiatr.

„Problémem je často absence standardizovaných diagnostických metod pro zjišťování způsobilosti jednotlivce a tak se setkáváme s případy, kdy znalec vyhotoví posudek na základě zdravotnické dokumentace, případně staršího posudku, a půlhodinového rozhovoru, kde posuzovanému položí otázky typu: „Vyjmenujte předchozí české a československé prezidenty.“¹⁹⁹

Z praxe znám případ, kdy byla mladá žena s mentálním postižením zbavena způsobilosti k právním úkonům na základě argumentu, že neumí číst. Otázkou zůstává: potřebujeme ovládat čtení k tomu, abychom se mohli samostatně rozhodnout ve všech životních oblastech? Je prokázáno, že jedinec například nepotřebuje umět číst k tomu, aby mohl samostatně cestovat.²⁰⁰

Americká profesní asociace právnických profesí American Bar Association (ABA) vytvořila podrobný manuál „Soudní určování způsobilosti starších dospělých osob v řízení o způsobilosti“. Mezi šesti základními pilíři, kterými by se měl soud zabývat, je i „každodenní fungování“. Tato oblast je ještě rozdělena do podkategorií. Na základě tohoto materiálu vypracoval Zahumenský (2007) soubor otázek, o jejichž zodpovězení

¹⁹⁸ ZAHUMENSKÝ, D. Některé problémy v řízení o způsobilosti k právním úkonům. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 33-39. s. 33. ISBN 80-903921-0-5.

¹⁹⁹ ZAHUMENSKÝ, D. Některé problémy v řízení o způsobilosti k právním úkonům. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 33-39. s. 36. ISBN 80-903921-0-5.

²⁰⁰ PERGLER, I. *Výcvik cestování* [online]. [cit. 5.9.2008]. Dostupné na: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=82&tmplid=45>>.

má pověřený znalec hodnotící míru schopnosti každodenního fungování vyšetřovaného usilovat. „Znalec má za úkol posoudit:

1. *Zda je vyšetřovaný schopen vykonávat činnost péče o sebe. Zejména:*
 - *Je schopen si zajistit a připravit přiměřené stravování?*
 - *Dokáže pečovat o osobní hygienu?*
 - *Je schopen zajistit si přiměřené oblečení?*
2. *Dokáže vyšetřovaný pečovat o své zdraví? Zejména:*
 - *Je schopen v případě potřeby (při nemoci či úrazu) vyhledat pomoc lékaře?*
 - *Je schopen pravidelně docházet ke svému ošetřujícímu lékaři či specialistovi?*
 - *Dokáže rozeznat situace ohrožující jeho zdraví a bránit se či vyvarovat nebezpečí?*
3. *Do jaké míry je vyšetřovaný schopen hospodařit s penězi?*
 - *Zná hodnotu peněz?*
 - *Dokáže peníze šetřit a chránit si je?*
 - *Je schopen si platit inkasní platby za chod domácnosti?*
4. *Má vyšetřovaný základní sociální kompetence? Zejména:*
 - *Je vybaven komunikačními schopnostmi? Dokáže udržet konverzaci?*
 - *Je schopen navazovat vztahy s ostatními lidmi?*
 - *Je schopen využívat hromadnou dopravu, telefon, poštovní služby apod.?*
5. *Dokáže vyšetřovaný hájit své zájmy? Zejména:*
 - *Je schopen si zajistit právního zástupce?*
 - *Dokáže si vyřídit své záležitosti na úřadech?*

- *Je schopen posoudit a uvědomit si důsledky uzavřených smluv?*²⁰¹

Dalšími zdroji diagnostických údajů by měl být výslech vyšetřovaného, návštěva znalce v místě jeho bydliště, informace od rodinných příslušníků nebo sociálních pracovníků služeb, které vyšetřovaný využívá.

2.5.6. Diagnostika adaptivního chování v podporovaném zaměstnávání

Propracovaný systém diagnostiky adaptivního chování je součástí přípravy osob s mentálním postižením pro zaměstnání na otevřeném pracovním trhu v rámci programu podporovaného zaměstnávání.

Pracovní diagnostika v podporovaném zaměstnávání je zaměřena na obecné funkční schopnosti potřebné pro zvládnutí nároků jakéhokoliv zaměstnání. Kromě stanovení potřebné míry podpory mapuje ještě orientaci ve vlastních zájmech, možnostech a v reálných možnostech. Pracovní diagnostika posuzuje vhodnost podporovaného zaměstnání pro potencionálního uživatele, poskytuje podklady pro individuální plánování, sleduje míru naplňování individuálních cílů a účinnost programu pro jednotlivé uživatele.²⁰²

Posuzování se provádí převážně v reálném prostředí (na pracovišti, úřadě, při kontaktu s lidmi apod.) za využití metod strukturovaného rozhovoru, nestrukturovaného rozhovoru, pozorování ve strukturovaných situacích (např. při řešení modelových situací), pozorování v reálných situacích, posuzování relevantními osobami (rodinný příslušník, zaměstnavatel, odborníci).²⁰³

Posuzují se následující rámcové oblasti: sebeobsluha; péče o domácnost; pohyb, orientace v obci; použití veřejné dopravy; veřejné instituce a vybavení; použití školních dovedností; učení se novým věcem; motivace k práci; vlastní pracovní

²⁰¹ ZAHUMENSKÝ, D. Některé problémy v řízení o způsobilosti k právním úkonům. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 33-39. s. 35. ISBN 80-903921-0-5.

²⁰² *Pracovní diagnostika v PZ jako systém stanovení míry potřebné podpory a sledování vývoje dovedností uživatelů v PZ* [online]. 2005 [cit. 5.9.2008]. Dostupné na: <pz-ses.net/ses/dokumentace/pracovni-diagnostika.pdf>.

²⁰³ *Pracovní diagnostika v PZ jako systém stanovení míry potřebné podpory a sledování vývoje dovedností uživatelů v PZ* [online]. 2005 [cit. 5.9.2008]. Dostupné na: <pz-ses.net/ses/dokumentace/pracovni-diagnostika.pdf>.

schopnosti a kariéra; provádění pracovních výkonů; orientace v hierarchii pracovníků; každodenní péče o zdraví; bezpečné chování; zvládání emocí/sebekontrola; kontakt s lidmi; právní a administrativní úkony; jednání s autoritami.²⁰⁴

Při hodnocení se posuzuje míra ovládnutí dané oblasti - zda uživatel potřebuje dohled, instruktáž, částečnou či plnou pomoc, nebo zda ovládá danou oblast bez pomoci. Hodnocení se provádí v úvodu služby (na základě minimálně dvoutýdenní spolupráce s uživatelem), v průběhu služby a v době ukončování služby.²⁰⁵

²⁰⁴ *Pracovní diagnostika v PZ jako systém stanovení míry potřebné podpory a sledování vývoje dovedností uživatelů v PZ* [online]. 2005 [cit. 5.9.2008]. Dostupné na: <pz-ses.net/ses/dokumentace/pracovni-diagnostika.pdf>.

²⁰⁵ *Pracovní diagnostika v PZ jako systém stanovení míry potřebné podpory a sledování vývoje dovedností uživatelů v PZ* [online]. 2005 [cit. 5.9.2008]. Dostupné na: <pz-ses.net/ses/dokumentace/pracovni-diagnostika.pdf>.

3. Sociální služby

3.1. Obecná charakteristika, legislativa, trendy

Jako sociální služby můžeme označit „všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti.“²⁰⁶ Zákon ze dne 14. března 2006 o sociálních službách definuje sociální službu jako „činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“²⁰⁷ Na základě nové koncepce sociální služby především pomáhají lidem žít běžným životem: „umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, účastnit se aktivit volného času, starat se sami o sebe, o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života.“²⁰⁸

V České republice spadají sociální služby legislativně do oblasti sociální pomoci, která spolu s oblastmi sociálního pojištění a státní sociální podpory tvoří systém státního sociálního zabezpečení řízeného Ministerstvem práce a sociálních věcí.²⁰⁹

Zákon o sociálním zabezpečení (č. 100/1988 Sb.) ustanovuje hlavním zajišťovatelem sociální péče stát. Toto ustanovení se až do přijetí nového zákona o sociálních službách v roce 2006 (č. 108/2006 Sb.) vztahovalo i na poskytování sociálních služeb. Sociální služby byly tedy primárně poskytovány státními orgány - Ministerstvem práce a sociálních věcí nebo okresními úřady. Po reformě veřejné správy přešly pravomoci v oblasti sociálních služeb na kraje a obce s rozšířenou působností.²¹⁰

Během transformačního období po roce 1989 se v sociální oblasti snižují aktivity státu a roste role samosprávných celků (obcí a krajů) a nestátních organizací.²¹¹

²⁰⁶ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003. s. 214. ISBN 80 - 7178 - 549 - 0.

²⁰⁷ § 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

²⁰⁸ HANUŠ, P., KOLÁŘOVÁ I. *Sociální služby v novém*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. s. 6.

²⁰⁹ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978 - 80 - 7367 - 310 - 9.

²¹⁰ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978 - 80 - 7367 - 310 - 9.

²¹¹ PRŮŠA, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha : Centrum sociálních služeb Praha, 2008.

„Základním posláním fungování státu je vytvářet podmínky pro stabilitu a regulovat sociální klima, tlumit sociální napětí a rozvojem sociálních činností stabilizovat poměry ve společnosti tak, aby se sociální subjekty mohly plně rozvíjet, působit a realizovat vlastními silami svoje cíle.“²¹²

Sociální služby by měly být poskytovány především obcemi a nevládními organizacemi, aby mohla být každá služba co nejvíce „šitá na míru“ potřebám konkrétního klienta.²¹³

„Do roku 1989 i v průběhu devadesátých let byl v praxi kladen důraz na celodenní ústavní péči. Alternativní služby především před rokem 1989 kromě pečovatelské služby v podstatě neexistovaly. Služby terénní a jiné začaly poskytovat až nestátní subjekty, jež vznikly po roce 1989.“²¹⁴

V devadesátých letech začaly spontánně vznikat nestátní organizace poskytující sociální služby v souladu s moderními trendy ve vývoji sociálních služeb. Tyto organizace vznikaly kvůli neexistující právní úpravě nejdříve jako občanská sdružení, později jako obecně prospěšné společnosti. Legislativní podmínky pro činnost poskytovatelů sociálních služeb přinesl až zmíněný nový zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.).²¹⁵

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách upravuje poskytování podpory a pomoci fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro oprávnění poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci sociálních služeb, předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách a předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka.²¹⁶

²¹² PRŮŠA, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha : Centrum sociálních služeb Praha, 2008. s. 8.

²¹³ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978 - 80 - 7367 - 310 - 9.

²¹⁴ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. s. 37. ISBN 978 - 80 - 7367 - 310 - 9.

²¹⁵ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978 - 80 - 7367 - 310 - 9.

²¹⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Nepříznivou sociální situací se rozumí oslabení nebo ztráta schopnosti řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením, z důvodu:

- věku
- nepříznivého zdravotního stavu
- pro krizovou sociální situaci
- životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností
- sociálně znevýhodňující prostředí
- ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů.²¹⁷

Zákon č. 108/2006 Sb. rovněž definuje základní zásady poskytování sociálních služeb:

„(1) Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.

(2) Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“²¹⁸

Ze základních zásad zákona vyplývají charakteristiky nového systému sociálních služeb. V rámci principu subsidiarity je primární podpora osoby v samostatném řešení nepříznivé životní situace prostřednictvím poskytnutí relevantních informací. Pokud informace nestačí, nastupují individualizované sociální služby podporující samostatnost

²¹⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

²¹⁸ § 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

uživatelů a předcházející trvání nepříznivé sociální situace.²¹⁹ „Kvalita poskytování sociálních služeb je dána přímo do souvislosti s dodržováním lidských práv a základních svobod a se zachováním důstojnosti člověka.“²²⁰

Zmíněné charakteristiky nového systému sociálních služeb korespondují s některými z následujících evropských trendů 90. let v rozvoji sociálních služeb:

- financování služeb je založeno na participaci více subjektů (přispívají občan, rodina, stát, obec, provozovatel apod.)
- probíhá proces deinstitucionalizace v oblasti sociálních a zdravotních služeb, který je doprovázen stíráním resortních rozdílů mezi službami sociálního a zdravotního charakteru, služby obojího typu bývají poskytovány jednou agenturou
- roste význam sociálního poradenství a aktivit jdoucích ke koordinaci péče o osoby v sociální nouzi.²²¹

3.2. Některé změny plynoucí ze zákona č. 108/2006 Sb.

Nová koncepce sociálních služeb předpokládá poskytování sociálních služeb převážně nestátními subjekty. Od zahájení platnosti zákona č. 108/2006 Sb. lze sociální služby poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, které po splnění podmínek stanovených zákonem na základě rozhodnutí o registraci vydává příslušný krajský úřad.²²²

Registrovaní poskytovatelé sociálních služeb jsou oprávněni financovat poskytování služeb z dotací ze státního rozpočtu poskytovaných prostřednictvím rozpočtu kraje. O dotaci musí poskytovatel požádat, žádost předkládá Ministerstvu práce a sociálních věcí krajský úřad. O dotaci musí žádat všichni registrovaní

²¹⁹ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978 - 80 - 7367 - 310 - 9.

²²⁰ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. s. 39. ISBN 978 - 80 - 7367 - 310 - 9.

²²¹ PRŮŠA, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha : Centrum sociálních služeb Praha, 2008.

²²² MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978 - 80 - 7367 - 310 - 9.

poskytovatelé, nikoliv pouze nestátní subjekty, jak tomu bylo před nabytím platnosti zákona č. 108/2006 Sb.²²³

Dalším zdrojem financování sociálních služeb je úhrada za služby od uživatelů služeb, která by měla být z větší části pokryta příspěvkem na péči. Zákon stanovuje služby poskytované bez úhrady (sociální poradenství, raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, krizová pomoc, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, terénní programy, sociální rehabilitace, sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, služby sociálně terapeutických dílen).²²⁴

Osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby se za účelem zajištění potřebné pomoci poskytuje ze státního rozpočtu příspěvek na péči. Výše příspěvku je odvozena od „stupně závislosti“ (závislost lehká, středně těžká, těžká nebo úplná) určeného na základě počtu úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti, které osoba není schopna samostatně zvládat.²²⁵ Způsob využití příspěvku na péči a volba poskytovatele, od něhož si příjemce službu zakoupí, záleží na rozhodnutí příjemce.²²⁶

„Zcela zásadně se mění vztah poskytovatel a uživatel v oblasti právního vztahu mezi nimi. Zatímco do 31.12.2006 uživatel žádal úřad o správní rozhodnutí o umístění do sociální péče, po 1.1.2007 již vyzve přímo poskytovatele a v případě, že tento poskytovatel poskytuje požadovanou sociální službu, má volnou kapacitu a žádající osoba není ve zdravotním stavu, který by vyloučil poskytnutí sociální služby, uzavírají společně smlouvu o poskytování sociální služby. Výše vyjmenované podmínky jsou také ze zákona jediné důvody, pro které může poskytovatel zájemce o službu odmítnout.“²²⁷ Smlouva musí být uzavřena písemně v případě služeb stanovených § 72 zákona o sociálních službách, nebo pokud o to jedna ze smluvních stran požádá.²²⁸

²²³ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978 - 80 - 7367 - 310 - 9.

²²⁴ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

²²⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

²²⁶ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978 - 80 - 7367 - 310 - 9.

²²⁷ HANUŠ, P., KOLÁŘOVÁ I. *Sociální služby v novém*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. s. 17.

²²⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Prostřednictvím uzavření smlouvy je posíleno postavení uživatele, který má tak možnost spolurozhodovat o způsobu zabezpečení při řešení obtížné sociální situace.²²⁹

Státním nástrojem ochrany uživatelů sociálních služeb je inspekce poskytování sociálních služeb, kterou provádí registrující orgán (ve většině případů krajský úřad). Inspekce sleduje, zda poskytovatel plní podmínky stanovené registrací, a kvalitu poskytovaných sociálních služeb.²³⁰ Ověřování kvality provádí inspekce na základě standardů kvality sociálních služeb. „*Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.*“²³¹ Metodický manuál Standardy kvality sociálních služeb byl vytvořen Ministerstvem práce a sociálních věcí ve spolupráci s poskytovateli i uživateli služeb a odbornou veřejností již v roce 2002, jejich povinné dodržování však ukládá až nový zákon o sociálních službách.²³²

„*Jedním z nejvýznamnějších prvků zákona o sociálních službách je povinnost sociálního pracovníka obnovovat si, upevňovat a doplňovat svou kvalifikaci. Tato skutečnost významným způsobem přispěje ke zvýšení prestiže sociální práce i postavení sociálního pracovníka ve společnosti.*“²³³ Zákon stanovuje předpoklady a odbornou způsobilost pro čtyři okruhy osob pracujících v sociálních službách: sociální pracovníci, pedagogičtí pracovníci, zdravotničtí pracovníci a pracovníci v sociálních službách.²³⁴

3.3. Kategorizace sociálních služeb

Nový zákon o sociálních službách přináší i novou kategorizaci sociálních služeb a vymezuje jejich obsah, který je dále konkretizován v prováděcí vyhlášce č. 506/2006 Sb.

²²⁹ PRŮŠA, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha : Centrum sociálních služeb Praha, 2008.

²³⁰ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978 - 80 - 7367 - 310 - 9.

²³¹ § 99 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

²³² ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe : průvodce poskytovatele*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80 - 86552 - 45 - 4

²³³ PRŮŠA, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha : Centrum sociálních služeb Praha, 2008. s. 30.

²³⁴ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon rozlišuje tři základní skupiny sociálních služeb: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. **Sociální poradenství** zahrnuje základní a odborné sociální poradenství. „Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.“²³⁵ Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby specifických okruhů osob (např. senioři, osoby se zdravotním postižením, oběti trestných činů a domácího násilí apod.). Zahrnuje také sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je rovněž půjčování kompenzačních pomůcek.²³⁶

Služby sociální péče „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.“²³⁷ Mezi služby sociální péče patří: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.²³⁸

Služby sociální prevence „napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“²³⁹ Mezi služby sociální prevence patří: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby,

²³⁵ § 37 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

²³⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

²³⁷ § 38 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

²³⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

²³⁹ § 53 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

azylové domy, domy napůl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociální aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociální aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace.²⁴⁰

Zákon zároveň definuje tři formy poskytování sociálních služeb: služby se poskytují ve formě **pobytové** (spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb), **ambulantní** (uživatel dochází nebo je doprovázen do zařízení sociálních služeb, součástí služeb není ubytování) nebo **terénní** (poskytované v přirozeném prostředí uživatele).²⁴¹

Kategorizace sociálních služeb bezesporu umožní zájemcům o služby orientaci v nabídce služeb a garantuje jim zajištění povinně nabízeného obsahu služeb.²⁴² Objevují se však i negativní ohlasy. Iniciativa BED IN pořádající Generální stávku sociálních služeb spatřuje v kategorizaci sociálních služeb zakonzervování dynamického vývoje sociálních služeb, což může zabránit zavádění nových typů služeb.²⁴³

3.4. Služby osobní asistence a sociální rehabilitace

Dále se zaměřím na popis služeb osobní asistence a sociální rehabilitace, jelikož v těchto službách se odehrála obě šetření vykonaná v rámci praktické části diplomové práce.

Služby osobní asistence a sociální rehabilitace považuji za efektivní nástroj pro podporu a rozvoj adaptivního chování u dospělých osob s mentálním postižením. Jedná se o služby individualizované, skýtající dostatek prostoru pro plnění osobních cílů uživatelů. Při poskytování služeb osobní asistence a sociální rehabilitace bývá uplatňováno individuální plánování. Uživateli umožňují setrvat v přirozeném prostředí,

²⁴⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

²⁴¹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

²⁴² SYROVÝ, J. *Proč nepodporuji BED IN stávku* [online]. 2008 [cit. 2.4.2009]. Dostupné na:

<<http://socialnirevue.cz/item/proc-nepodporuji-bed-in-stavku>>.

²⁴³ *Dovedete si představit, co by se stalo, kdybychom nevstali z postele? Rozhovor s Dušanem Dvořákem, iniciátorem BED IN stávky sociálních pracovníků, vyhlášené na 10. prosince 2008.* [online]. 2008 [cit. 2.4.2009]. Dostupné na:

<<http://socialnirevue.cz/item/dovedete-si-predstavit-co-by-se-stalo-kdybychom-nevstali-z-postele>>.

nebo se do něho aktivně zapojovat. Umožňují učit se každodenní dovednosti a vytvářejí prostor pro jejich uplatňování. Zprostředkovávají sociální kontakty, spolupracují s dobrovolníky. Svými charakteristikami spadají do moderních komunitních služeb.

Služby osobní asistence a sociální rehabilitace se mohou navzájem doplňovat i prolínat. Osobní asistence je jako metoda poskytování podpory využívána i v sociální rehabilitaci.

3.4.1. Osobní asistence

Služba osobní asistence spadá dle zákona č. 108/2006 Sb. do služeb sociální péče a je zákonem definována jako „*terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.*“²⁴⁴ Náplň služby stanovenou zákonem a prováděcí vyhláškou 505/2006 Sb. tvoří následující úkony:

- a) „*pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:*
 - 1. *pomoc a podpora při podávání jídla a pití,*
 - 2. *pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,*
 - 3. *pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,*
 - 4. *pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,**pomoc při osobní hygieně:*
- b)
 - 1. *pomoc při úkonech osobní hygieny,*
 - 2. *pomoc při použití WC,*
- c) *pomoc při zajištění stravy:*
 - pomoc při přípravě jídla a pití,*
 - pomoc při zajištění chodu domácnosti:*
- d)
 - 1. *pomoc s úklidem a údržbou domácnosti a osobních věcí,*
 - 2. *nákupy a běžné pochůzky,*
- e) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
 - 1. *pomoc a podpora rodině v péči o dítě,*

²⁴⁴ § 39 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

2. *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,*
3. *pomoc s nácvikem a upevňováním motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,*

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

f) *doprovázení do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět,*

pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

- g) 1. *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,*
2. *pomoc při vyřizování běžných záležitostí.²⁴⁵*

Zákonem definované úkony mohou být v závislosti na individuálních potřebách a požadavcích uživatele obsahem poskytování služby osobní asistence. Osobní asistence je však především moderní metoda podpory uživatele založená na individuálním přístupu a na partnerské spolupráci osobního asistenta a uživatele, případně jeho blízkých.

Hlavním cílem služby osobní asistence je zmírňovat důsledky postižení uživatele a umožnit mu žít způsobem života, který se co nejvíce blíží životu bez postižení. Měla by proto být poskytována bez omezení místa, času a bez závazně vymezených úkonů.²⁴⁶ Služby a podpůrné aktivity by neměly být koncipovány na základě deficitů plynoucích z mentálního postižení. Cílem by měl být rozvoj toho, čeho je nebo může být člověk s pomocí asistenta schopen.²⁴⁷

Osobní asistenti se proto uplatňují v širokém spektru služeb poskytovaných lidem s mentálním postižením, které jdou nad rámec vymezení osobní asistence zákonem č. 108/2006 (např. v chráněném bydlení, v chráněných dílnách, v podporovaném zaměstnávání, v odlehčovací službě apod.).

Hrdá (2001) rozeznává dva typy osobní asistence. Při **sebeurčující osobní asistenci** je uživatel zaměstnavatelem asistenta, školí ho a organizuje a vede jeho práci.

²⁴⁵ § 5 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

²⁴⁶ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80 - 7178 - 549 - 0.

²⁴⁷ NOVOSAD, L. Člověk s mentálním postižením v současném světě z pohledu profilování osobní asistence. *Speciální pedagogika*, 2001, roč. 11, č. 1, s. 37-39. ISSN 1211 - 2720

V tomto případě asistent nepotřebuje žádné odborné školení. Druhým typem je takzvaná **řízená osobní asistence**. Týká se lidí, kteří potřebují specializovanou pomoc, jelikož si nejsou schopni samostatně školit asistenta a řídit a organizovat průběh služby. V tomto případě by asistent měl mít odbornou přípravu. Lidé s mentálním postižením většinou využívají druhý typ osobní asistence.²⁴⁸ I v tomto případě se však člověk s mentálním postižením na řízení osobní asistence v maximální možné míře podílí.

Význam osobního asistenta spočívá v tom, že hendikepovanému člověku zprostředkovává činnosti, které by člověk sám vykonávat nemohl - v případě osobní asistence lidem s mentálním postižením se jedná o kompenzaci omezení plynoucích z poškození centrální nervové soustavy. Asistent se tak dostává do role pomocníka, průvodce každodenními i výjimečnými situacemi, advokátem.²⁴⁹

Asistent kompenzuje například:

- sociální nezkušenost a neobratnost uživatele
- nedostatky ve vnímání
- obtíže při orientaci v čase a prostoru
- nedostatky v plánování
- odchylky v logickém myšlení.²⁵⁰

Kompenzace se odehrává pouze při činnostech nebo dílčích úkonech, se kterými si aktuálně uživatel neporadí sám. Při osobní asistenci jsou proto aktivní oba činitelé - asistent i uživatel. Například při společném nákupu v samoobsluze může osobní asistent dohlížet na seznam zboží, co je třeba koupit, a uživatel přináší potraviny do vozíku. Pokud uživatel neodhadne, jakou finanční částku může za konkrétní zboží utratit, asistent uživateli srozumitelně vysvětlí situaci a spolu se mohou rozhodnout, jaký produkt při výběru upřednostní apod.

²⁴⁸ Hrdá, J. *Osobní asistence, příručka postupů a rad pro osobní asistenty*. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 2001.

²⁴⁹ NOVOSAD, L. Člověk s mentálním postižením v současném světě z pohledu profilování osobní asistence. *Speciální pedagogika*, 2001, roč. 11, č. 1, s. 37-39. ISSN 1211 - 2720

²⁵⁰ NOVOSAD, L. Člověk s mentálním postižením v současném světě z pohledu profilování osobní asistence. *Speciální pedagogika*, 2001, roč. 11, č. 1, s. 37-39. ISSN 1211 - 2720

Osobní asistence může mít výrazný aktivizační i edukační efekt. Člověk s mentálním postižením má díky podpoře osobního asistenta širší možnosti uplatňovat a tím pádem upevňovat své schopnosti a dovednosti. Osobní asistence umožňuje uživateli přirozeněji a samostatněji zvládat nároky nechráněného prostředí, příležitost zažívat s podporou a provázením nejrůznější každodenní situace a zkušenosti, což může být motivujícím činitelem pro cílený rozvoj samostatnosti, například prostřednictvím služby sociální rehabilitace.

Naplnění principů osobní asistence je zaručeno především následujícími faktory:

- služba probíhá v prostředí, kde ji uživatel potřebuje
- je poskytována individuálně (jeden asistent na jednoho uživatele)
- služba je postavena a hodnocena na základě procesu individuálního plánování.

3.4.2. Sociální rehabilitace

Služba sociální rehabilitace spadá dle zákona č. 108/2006 Sb. do kategorie služeb sociální prevence a je zákonem definována jako „soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“²⁵¹ Náplň služby stanovenou zákonem a prováděcí vyhláškou 505/2006 Sb. tvoří následující úkony:

„nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování:

1. nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů,
2. nácvik péče o domácnost, například péče o oděvy, úklid, drobné údržbářské práce, chod kuchyně, nakupování,

²⁵¹ § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

3. *nácvik péče o děti nebo další členy domácnosti,*
 4. *nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním i venkovním prostoru,*
 5. *nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, například vlastnoručního podpisu,*
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
1. *doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět,*
- b) *2. nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky,*
3. *nácvik chování v různých společenských situacích,*
 4. *nácvik běžných a alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi,*
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
- c) *upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,*
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
- d) *1. podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek,*
2. *informační servis a zprostředkovávání služeb,*
- poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:*
- e) *1. ubytování,*
2. *úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,*
- poskytnutí stravy, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:*
- f) *1. zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietní stravy, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,*
2. *pomoc při podávání jídla a pití,*
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:*
- g) *1. pomoc při úkonech osobní hygieny,*
2. *pomoc při základní péči o vlasy a nehty,*
 3. *pomoc při použití WC.¹²⁵²*

Definovaná náplň je obsáhlejší, než u služby osobní asistence. Zatímco ve službě osobní asistence převládá složka kompenzační a adaptivní chování je

²⁵² § 35 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

upevňováno a rozvíjeno především prostřednictvím získávání zkušeností a aktivizace, v sociální rehabilitaci probíhá rozvoj adaptivního chování prostřednictvím cíleného nácviku dovedností.

V rámci služby sociální rehabilitace může být osobám s mentálním postižením poskytována široká škála služeb, jako například podporované zaměstnávání, chráněné dílny nebo kurzy samostatnosti. Jednotlivé formy poskytování sociální rehabilitace (terénní, ambulantní, pobytová) se mohou vzájemně doplňovat a prolínat. Například podporované zaměstnávání bývá realizováno kombinací ambulantní a terénní sociální rehabilitace. Služba sociální rehabilitace je významnou složkou celoživotního vzdělávání osob s mentálním postižením.

3.4.2.1. Kurzy samostatnosti

V posledních letech začala některá občanská sdružení realizovat kurzy samostatnosti pro dospělé osoby s mentálním postižením zaměřené na rozvoj dovedností v oblastech každodenního života. Občanské sdružení Rytmus ve spolupráci s SPMP ČR, QUIP - Společnost pro změnu a dalšími externími lektory realizovalo v letech 2006 až 2008 projekt Správná volba zaměřený na rozšíření možností pracovního uplatnění a vzdělání lidí s mentálním postižením. V rámci tohoto projektu byly vypracovány metodiky Kurz Práce s počítačem, Hospodaření s penězi a Kurz Samostatného cestování (na metodice se významně podíleli pracovníci občanského sdružení Podpora samostatnosti OSA).²⁵³

Pražské občanské sdružení Podpora samostatnosti OSA nabízí v rámci služby sociální rehabilitace kurzy cestování, hospodaření s penězi, sociálních dovedností a bezpečného chování osobám s mentálním a kombinovaným postižením starším šestnácti let. Cílem těchto kurzů je:

- aktivizace uživatele a probuzení zájmu o dané téma
- zmapování dovedností uživatele v oblasti, na kterou je kurz zaměřen
- rozvoj dovedností v dané oblasti.

²⁵³ Rytmus [online]. Správná volba [cit. 2.4. 2009]. Dostupné na: <http://www.rytmus.org/index.php?option=com_content&task=view&id=90&Itemid=65>.

Během kurzů, které navštěvuje skupina maximálně pěti osob po dobu 4 - 6 měsíců, se střídají skupinové lekce s individuálními nácviky. Účastníci kurzů s pomocí lektorů usilují o dosažení individuálních cílů, které si stanoví před zahájením kurzu.

3.5. Individuální plánování v sociálních službách

Základním prostředkem poskytování sociálních služeb v souladu s novou koncepcí je proces individuálního plánování, který je zakotven i ve Standardech kvality sociálních služeb. Povinnost individuálně plánovat udává poskytovatelům sociálních služeb „Standard 3. Jednání se zájemcem o službu“.²⁵⁴

Cíl služby (dosažitelný a konkrétní) by měl být stanoven primárně uživatelem a zařízení by ho mělo ve formulaci osobních cílů podporovat. Nutným předpokladem je, aby byl uživatel srozumitelně informován o službách, které zařízení nabízí. Individuální plánování služby je proces počínající jednáním o poskytování služby a dále pokračující během poskytování služby, jelikož osobní cíle uživatele se mohou konkretizovat a měnit.²⁵⁵

Podle Milera (2005) sestává proces individuálního plánování z hodnocení samostatnosti uživatele a potřebné podpory, zjišťování přání, představ a zálib uživatele a ze stanovení individuálních cílů. Takto vzniklý individuální plán obsahuje zjištěné osobní cíle uživatele služby, plán konkrétních kroků směřujících k jejich naplnění a informace o průběhu poskytované služby.²⁵⁶

Johnová (2008) pojímá cyklus individuálního plánování z dlouhodobého hlediska a definuje následující etapy:

1. Zkoumání situace - v této fázi probíhají rozhovory s uživatelem (případně s dalšími lidmi, kteří ho znají), pozorování, studium uživatelovi dokumentace apod. Cílem je zjistit pohled uživatele služby a udělat si představu o jeho

²⁵⁴ ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe : průvodce poskytovatele*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80 - 86552 - 45 -4.

²⁵⁵ ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe : průvodce poskytovatele*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80 - 86552 - 45 -4.

²⁵⁶ MILER, J. Vědomí a jeho význam pro porozumění individuálním potřebám lidí s mentálním postižením (Individuální plánování poskytovaných služeb). *Speciální pedagogika*, 2005, roč. 15, č. 3, s. 182-189. ISSN 1211 - 2720.

potřebách. Důležité je, aby tato etapa byla srozumitelná pro všechny zúčastněné.

2. Tvorba plánu - následuje formulace cílů spolupráce (tak, aby byly měřitelné). Vybírají se vhodné metody práce, stanovují se kroky vedoucí k naplnění cílů a odpovědné osoby. Individuální plán může být zpracován různými formami srozumitelnými pro uživatele (může být přizpůsobena velikost písma, text může být doplněn piktogramy apod.).
3. Realizace plánu - uživatel a poskytovatel služby spolupracují na naplňování cíle. Vede se dokumentace o průběhu společné práce, která je podkladem pro hodnocení služby.
4. Hodnocení - hodnotí se, do jaké míry byly stanovené cíle naplněny. Výstupy hodnocení mohou být použity pro další plánování v případě, že cílů nebylo dosaženo, nebo se objevily další potřeby.²⁵⁷

V sociálních službách probíhá diagnostika adaptivního chování uživatele v rámci procesu individuálního plánování.

²⁵⁷ Johnová, M. *Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením* [online]. 2008 [cit. 20.3.2009]. Dostupné na: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/individualni-plan.html>>.

4. Úvod k praktické části

V teoretické části diplomové práce jsem se pokusila shromáždit dostupné poznatky o problematice adaptivního chování u dospělých osob s mentálním postižením, jeho diagnostice a toto téma jsem uvedla do kontextu systému sociálních služeb.

Praktická část diplomové práce sestává ze dvou šetření, jež sledují proces diagnostiky adaptivního chování v sociálních službách v České republice - první na celorepublikové úrovni, druhé v rámci jednoho poskytovatele.

V následujících kapitolách se budu postupně podrobněji zabývat popisem cílů, metod, souborů a průběhu obou šetření a provedu analýzu získaných dat. Za účelem lepší přehlednosti textu se šetřením věnuji odděleně ve dvou hlavních kapitolách: kapitola 5. Diagnostika adaptivního chování v sociálních službách a kapitola 6. Model diagnostiky adaptivního chování.

5. Diagnostika adaptivního chování v sociálních službách

5.1. Cíl a dílčí otázky šetření

Cílem prvního šetření provedeného v rámci praktické části je pokus o zmapování podoby diagnostiky adaptivního chování dospělých uživatelů s mentálním postižením v sociálních službách osobní asistence a sociální rehabilitace poskytovaných v terénním a ambulantním režimu v České republice v druhé polovině roku 2008.

Pro konkretizaci cíle šetření jsem formulovala následující dílčí otázky:

1. Je v organizacích poskytujících osobní asistenci a sociální rehabilitaci v terénním nebo ambulantním režimu diagnostikováno adaptivní chování uživatelů služeb?
2. Za jakým účelem poskytovatelé těchto sociálních služeb diagnostiku adaptivního chování provádějí?
3. Jakým způsobem je vykonávána diagnostika adaptivního chování uživatelů služeb?
4. Jaké osoby se na procesu diagnostiky adaptivního chování podílejí?
5. Je nějaký rozdíl v podobě diagnostiky adaptivního chování mezi službami vzhledem k věku, stupni a charakteru postižení uživatelů?

5.2. Metoda šetření a zpracování dat

5.2.1. Kvantitativní výzkum

Šetření Diagnostika adaptivního chování v sociálních službách se vzhledem k výše konkretizovanému cíli zabývá výzkumným problémem převážně deskriptivního (popisného) charakteru, který zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt určitého jevu.²⁵⁸ Obvykle používanými výzkumnými metodami jsou pozorování, škálování, dotazník nebo interview.²⁵⁹

Cíle šetření můžeme dosáhnout pomocí využití metod kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum lze realizovat tehdy, jde-li o jevy relativně jednoduché a do určité

²⁵⁸ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

²⁵⁹ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

míry poznané.²⁶⁰ „Jednoduché v tom smyslu, že nejsou skryty smyslovému poznávání, mají jednoznačný výraz, je možné se jich zmocnit prostřednictvím používaných nástrojů zajištění hromadných dat.“²⁶¹ V kvantitativním výzkumu zjišťujeme rozsah výskytu, zastoupení, frekvenci a intenzitu zkoumaných jevů.²⁶²

5.2.2. Dotazník, jeho výhody a omezení

Pro šetření celorepublikového rozsahu, jehož základem je získání velkého množství dat kvantitativní povahy, se jako nejvhodnější jeví použití výzkumné metody dotazníku. Tato nejfrekventovanější metoda sběru dat je určena především pro získávání údajů o velkém počtu odpovídajících.²⁶³

Podstatnou výhodou této výzkumné metody je, že dotazník umožňuje poměrně rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů.²⁶⁴ Další výhody mohou představovat fakta, že nedochází k nežádoucímu ovlivnění respondenta působením osoby tazatele a respondent má možnost zvolit si dobu vyplňování dotazníku.²⁶⁵ Anonymita dotazníku může pomoci k získání pravdivějších údajů.²⁶⁶

V literatuře se uvádí i řada nevýhod výzkumné metody dotazníkového šetření. U dotazníků zasílaných poštou se počítá s poměrně malou návratností - zvláště u anonymních dotazníků (uvádí se návratnost mezi 30% a 60%), jelikož úspěch metody do značné míry závisí na ochotě respondentů.²⁶⁷ Vzorek respondentů, kteří dotazník vyplnili a vrátili, nemusí být nutně reprezentativní. „Výzkumy totiž ukazují, že vrácení dotazníku není jen věcí náhody, nýbrž že se na něm podílejí různé další vlivy. Bylo např. prokázáno, že dotazníky vracejí spíše lidé s vyšším vzděláním, lidé s větší odpovědností

²⁶⁰ SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha : Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.

²⁶¹ SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha : Management Press, 2001. s. 25. ISBN 80-7261-038-4.

²⁶² SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha : Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.

²⁶³ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

²⁶⁴ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978 - 80 - 247 - 1369 - 4.

²⁶⁵ SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha : Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.

²⁶⁶ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978 - 80 - 247 - 1369 - 4.

²⁶⁷ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978 - 80 - 247 - 1369 - 4.

a kladným vztahem ke zkoumané problematice.²⁶⁸ Problematický je i fakt, že data přinášená dotazníkem nemusí vypovídat o realitě, ale o tom, jak chtějí být respondenti viděni.²⁶⁹

5.2.3. Stavba dotazníku a postup konstrukce

Dotazník použitý v tomto šetření (Příloha 3) je tvořen čtyřmi částmi. Respondent je nejprve seznámen s cíli, rozsahem, formou a dobou konání šetření prostřednictvím průvodního dopisu. Jako motivace respondenta má sloužit nabídka zaslání výsledků šetření v elektronické podobě v případě projeveného zájmu.

Samotným otázkám předchází ještě druhá část dotazníku: definování pojmu „adaptivní chování“ a nastínění, jak může jeho diagnostika v praxi probíhat. Záměrem druhé části dotazníku je zvýšení srozumitelnosti otázek a sjednocení výkladu termínu „adaptivní chování“ respondenty. Nástin možného průběhu diagnostiky má minimalizovat riziko zkreslení dat respondenty v případné snaze volit odpovědi podle domnělé správnosti. Třetí část obsahuje vlastní otázky. V závěru dotazníku je vyjádřeno poděkování respondentům za spolupráci.

Při konstrukci třetí části dotazníku jsem vycházela z dílčích otázek šetření, které rozdělily výzkumný problém do více podoblastí, z nichž každá byla naplněna otázkami - položkami. Při volbě a formulaci položek jsem se snažila o jejich smysluplnost, jelikož smysluplnost otázek může napomoci vzbudit zájem respondenta.²⁷⁰

Na počátku dotazníku se nacházejí položky zjišťující údaje o organizaci, které není možné spolehlivě vyčíst z registru sociálních služeb či z webových stránek organizací (např. stupně mentálního postižení uživatelů služeb), ale které zároveň přinášejí informace důležité pro zodpovězení dílčích otázek šetření. Vzhledem k celkovému počtu položek jsem se rozhodla dotazníkem nezjišťovat údaje o organizacích, které jsou v případě potřeby dohledatelné pomocí výše jmenovaných zdrojů (např. rok vzniku organizace, celkový počet uživatelů služeb nebo výčet všech

²⁶⁸ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2007. s. 175. ISBN 978 - 80 - 247 - 1369 - 4.

²⁶⁹ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978 - 80 - 247 - 1369 - 4.

²⁷⁰ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

sociálních služeb poskytovaných danou organizací). Údaje zjišťované v této části nijak nenarušují anonymitu šetření.

Všechny ostatní položky v dotazníku jsou zaměřeny na zjišťování podoby diagnostiky adaptivního chování v organizacích. Cenným zdrojem inspirace při formulaci těchto položek mi byla má vlastní praxe v organizaci spadající do cílového souboru tohoto šetření.

Z hlediska formy požadované odpovědi jsou v dotazníku obsaženy všechny typy položek: otevřené, uzavřené, polouzavřené.²⁷¹ Na základě výsledků předvýzkumu převládají položky polouzavřené. V rámci kategorie uzavřených a polouzavřených položek jsem využila alternativní i selektivní otázky.²⁷² Některé položky obsahují pokyny pro správné zodpovězení a příklady pro upřesnění otázky, které byly do dotazníku definitivně zapracovány na základě výsledků předvýzkumu.

Délku dotazníku jsem určila po provedení předvýzkumu a konzultacích s vedoucí práce. Gavora²⁷³ (2000) uvádí, že délka dotazníku by měla být taková, aby výzkumník dostal všechny potřebné informace (a ne delší) a měla by odpovídat kompromisu mezi požadavky výzkumníka a schopnostmi a zájmy respondentů. "*V praxi se obyčejně málo používají dotazníky, jejichž vyplňování trvá víc než tři čtvrtě hodiny. U dotazníků zasílaných poštou by měla délka trvat maximálně 15 min.*"²⁷⁴ Těmto zásadám jsem se pokusila při konstrukci dotazníku maximálně dostát.

5.2.4. Metoda zpracování dat

Zpracování získaných dat předcházela jejich primární kategorizace - vyřazení dotazníků, v nichž pracovníci uvedli, že při poskytování služby nehodnotí adaptivní chování uživatelů (položka č. 5).

Odpovědi na některé položky v dotazníku bylo před sčítáním nutné dodatečně upravit pomocí sekundární kategorizace. U uzavřených položek je kategorizace dána stavbou položky. U otevřených položek je třeba úplná kategorizace odpovědi - všechny

²⁷¹ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978 - 80 - 247 - 1369 - 4.

²⁷² SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha : Management Press, 2001, s. 86

²⁷³ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

²⁷⁴ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. s. 107. ISBN 80-85931-79-6.

individuální odpovědi přiřadit kurčitému počtu zvolených kategorií (max. 4 - 6 kategorií). Je možné zavést i kategorii „jiná odpověď“, které však nepřináší mnoho informací.²⁷⁵

Výsledky šetření jsou odvozené z procentuální četnosti odpovědí na jednotlivé dotazníkové položky. Pro zodpovězení dílčí otázky č. 5. a bylo nutné provést třídění dotazníků podle zvolených společných znaků (např. stupeň mentálního postižení uživatelů služeb) a následné srovnání dat v rámci jednotlivých kategorií. Interpretace výsledků je provedena formou odpovědí na jednotlivé dílčí otázky, které obsahují přehledné grafické znázornění.

5.3. Předvýzkum

Před provedením samotného dotazníkového šetření jsem se po konzultaci s vedoucí práce rozhodla prověřit nástroj sběru dat pomocí předvýzkumu. V předvýzkumu používáme shodné techniky na analogickém, ale podstatně menším vzorku jako u vlastního výzkumu.²⁷⁶ „*Díky předvýzkumu se výzkumník může vyvarovat některých nedostatků, které by ve vlastním rozsáhlém výzkumu jen velmi obtížně eliminoval.*“²⁷⁷

Díky vstřícnosti kolegů z pražského občanského sdružení Podpora samostatnosti OSA, které svými službami a jejich uživateli spadá do cílového souboru šetření, se mi naskytla možnost vykonání předvýzkumu právě zde.

Předvýzkumu se účastnili nejprve tři pracovníci sdružení. Respondenti byli individuálně pozorováni při vyplňování dotazníku. Po té jsem s každým respondentem vedla rozhovor. Jako záznamový arch jsem používala kopie dotazníku a zanášela do nich postřehy z pozorování a respondentovy odpovědi během rozhovoru. Dalším zdrojem informací byla následná analýza dotazníků vyplněných respondenty. *Tabulka 2* popisuje jevy sledované v předvýzkumu, použité metody a výsledné úpravy.

²⁷⁵ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978 - 80 - 247 - 1369 - 4.

²⁷⁶ SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha : Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.

²⁷⁷ SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha : Management Press, 2001. s. 78. ISBN 80-7261-038-4.

Výsledky předvýzkumu vypovídaly o vysoké časové i formální náročnosti původního dotazníku. Alarmující byl fakt, že vyplňování trvalo respondentům průměrně 45 minut. Ponechání dotazníku beze změny by mohlo negativně ovlivnit jeho návratnost. Z toho důvodu jsem po analýze výsledků prvního kola předvýzkumu a konzultaci s vedoucí práce provedla rozsáhlé změny:

- zkrácení z původních 20 položek na 16
- vynechání nebo úprava položek zjišťujících údaje o organizaci
- rozdělení původní položky zjišťující údaje o uživatelích služeb na tři položky (č. 2, 3, 4 dotazníku pro poskytovatele)
- přidání nabídky odpovědí k některým původně otevřeným položkám
- přidání příkladů a úprava pokynů k zodpovězení otázek
- přidání možnosti „Jinak. Jak?“ k některým původně uzavřeným položkám
- přeformulování znění některých položek
- vynechání pěti položek z původního dotazníku, jelikož odpovědi přinášely informace nekonkrétní nebo nepotřebné pro zodpovězení dílčích otázek, případně mohly být odpovědi na ně získány z jiných položek v dotazníku.

Vzhledem k výše uvedeným změnám jsem ještě dodatečně provedla druhé kolo ověřování dotazníku, už pouze s dvěma pracovníci Podpory samostatnosti OSA, o.s., z nichž jedna se účastnila i prvního kola. Účelem bylo ověřit funkčnost rozsáhlých úprav dotazníku. Tentokrát trvalo vyplňování průměrně 20 minut a k definitivnímu dokončení dotazníku dopomohly pouze drobné úpravy formulace dvou položek.

Sledovaný jev - vlastnost dotazníku	Cíl sledování daného jevu	Použité metody	Výsledná úprava Dotazníku
Vhodnost formulace Položek	Přináší položka požadovanou odpověď?	Pozorování, rozhovor, analýza dotazníků	Změna formulace položky, přidání pokynů, příkladů.
Užitečnost položek	Přináší položka informace potřebné k odpovědím na dílčí otázky šetření?	Analýza dotazníků	Ponechání nebo vyřazení položky.
Komplexnost	Přinesl dotazník všechny informace potřebné k zodpovězení dílčích otázek šetření?	Analýza dotazníků	Přidání nebo rozšíření položky.
Časová náročnost	Doba potřebná pro pochopení a zodpovězení položky, celková doba vyplňování.	Pozorování, rozhovor	Zkrácení dotazníku, přidání nabídky odpovědí, pokynů, příkladů.
Uživatelská přívětivost	Srozumitelnost položek, dostatek nabízených odpovědí, grafická podoba dotazníku	Pozorování, rozhovor, analýza dotazníků	Přidání nabídky odpovědí, pokynů, příkladů. Grafické úpravy.

Tabulka 2: Předvýzkum

5.4. Charakteristika souboru

Vzhledem k tématu diplomové práce je základní soubor šetření tvořen všemi registrovanými poskytovateli sociálních služeb dospělým lidem s mentálním postižením v České republice. Další stupeň výběru spočíval v selekci organizací poskytujících sociální služby osobní asistence a/nebo sociální rehabilitace zmíněné cílové skupině. Posledním kritériem výběru byl terénní nebo ambulantní režim poskytování sociální služby. Tato selekce se týkala pouze služby sociální rehabilitace, jelikož osobní asistence je v registru sociálních služeb vedena pouze jako terénní služba.

Při vyhledávání v registru sociálních služeb jsem zjistila, že většina poskytovatelů služeb osobní asistence a sociální rehabilitace poskytuje služby více cílovým skupinám z hlediska druhu postižení, nebo více cílovým skupinám z hlediska věku, případně bez omezení věku. Rozhodla jsem se, že do šetření zařadím všechny organizace, pokud jejich služby využívají dospělé osoby s mentálním postižením.

Na základě výše zmíněných kritérií byl za pomoci registru sociálních služeb vytvořen seznam 184 služeb s datem registrace do 20. srpna 2008, jejichž vedoucí pracovníci byli kontaktováni prostřednictvím emailu nebo telefonicky s nabídkou účasti na šetření. V průběhu šetření byly nově registrovány tři služby sociální rehabilitace (15.10.2008), jejichž pracovníky jsem posléze rovněž oslovila. Celkově tedy do cílového souboru spadalo 187 sociálních služeb.

5.5. Průběh šetření

Dotazníkové šetření bylo uskutečněno ve více etapách. Vedoucí pracovníci zvolených sociálních služeb byli poprvé osloveni s žádostí o spolupráci na šetření v druhé polovině srpna 2008 prostřednictvím emailu. Elektronickou formu oslovení jsem zvolila z důvodu velkého množství sociálních služeb spadajících do cílového souboru a tím pádem předpokládané časové i finanční náročnosti v případě telefonického spojení. Dotazníky byly po té postupně rozesílány na základě projeveného souhlasu. Jelikož mnoho oslovených pracovníků neprojevovalo na email žádnou odezvu, což je bezesporu rizikem elektronické komunikace, kontaktovala jsem je znovu telefonicky během září 2008.

Během fáze prvokontaktu se ukázalo, že poskytovatelé splňující podle registru sociálních služeb kritéria pro účast na šetření leckdy v praxi dosud neposkytli službu dospělému člověku s mentálním postižením. Účast na šetření odmítli pracovníci 81 sociálních služeb. Přehled důvodů neúčasti na šetření je uveden v *Tabulce 3*.

Z původního počtu 187 oslovených se nezúčastnilo šetření 81 registrovaných sociálních služeb:

- 30 sociálních služeb nebylo do doby šetření využito lidmi s mentálním postižením.
- Ve 4 sociálních službách měli do doby šetření minimální zkušenosti s lidmi s mentálním postižením.
- 10 sociálních služeb bylo poskytováno pouze dětem.
- 5 nově registrovaných sociálních služeb nebylo v době šetření ještě poskytováno.
- 2 sociální služby byly poskytovány v jiném režimu, než bylo uvedeno v registraci.
- 1 registrovaná sociální služba už v době šetření nebyla poskytována.
- Pracovníci 1 sociální služby odmítli účast na šetření z důvodu nevyhovujícího dotazníku.
- Pracovníci 3 sociálních služeb odmítli účast na šetření kvůli nedostatku času.
- Pracovníci 18 sociálních služeb neprojevili zájem o účast na šetření bez udání důvodu.
- Pracovníky 7 sociálních služeb se nepodařilo kontaktovat.

Tabulka 3: Důvody neúčasti na šetření.

Ochotu účastnit se šetření nakonec projevili pracovníci 106 sociálních služeb (57 služeb osobní asistence a 49 služeb sociální rehabilitace). Pouze v jednom případě byl dotazník zaslán poštou spolu se zpáteční ofrankovanou obálkou, zbytek dotazníků jsem po domluvě s pracovníky rozeslala elektronicky.

Návratnost dotazníku lze podpořit prodloužením doby, kdy má být dotazník vrácen a rozesíláním urgenčních dopisů.²⁷⁸ K oběma citovaným opatřením jsem musela přistoupit. Doba návratnosti dotazníků byla vícekrát prodlužována. Šetření bylo nakonec definitivně uzavřeno až 30. listopadu 2008 s celkovou návratností 56,6% - dotazník byl zaslán zpět od 60 sociálních služeb: 33 služeb osobní asistence a 27 služeb sociální rehabilitace (13 služeb poskytovaných terénně i ambulantně, 11 služeb poskytovaných ambulantně, 3 služby poskytované terénně). Seznam sociálních služeb, které se účastnily na šetření, je obsažen v Příloze 4. Po analýze získaných dat byly výsledky šetření na základě projeveného zájmu zaslány pracovníkům 18 sociálních služeb.

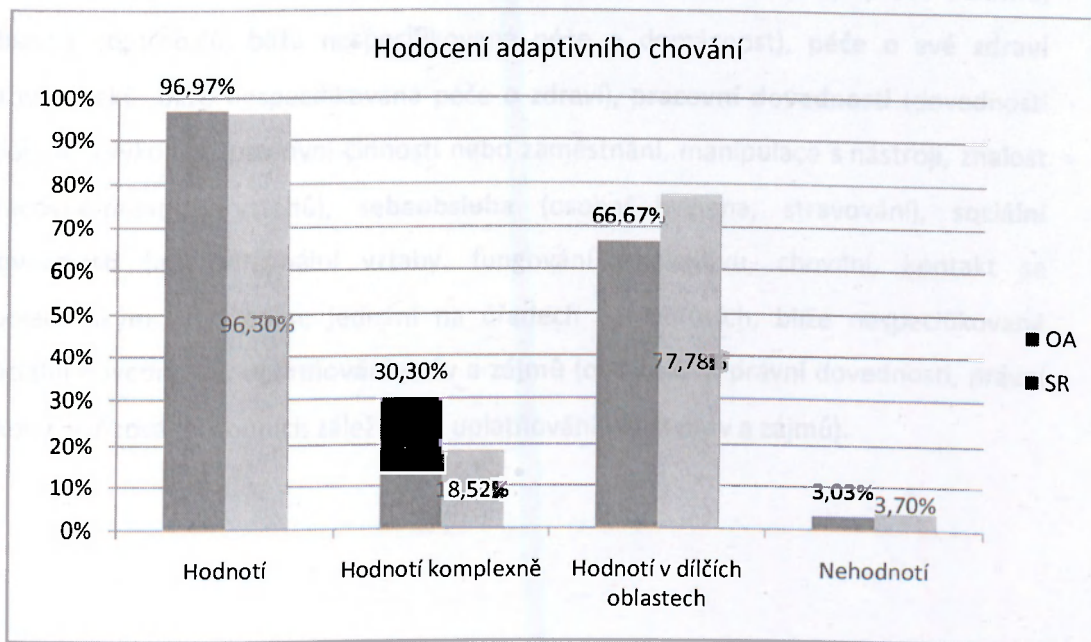
²⁷⁸ SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha : Management Press, 2001. s. 78. ISBN 80-7261-038-4.

5.6. Analýza získaných dat

Dílčí otázka 1.: Je v organizacích poskytujících osobní asistenci a sociální rehabilitaci v terénním nebo ambulantním režimu diagnostikováno adaptivní chování uživatelů služeb?

Odpověď nacházíme v datech získaných položkou č. 5 dotazníku pro poskytovatele.

Z dotazníků vyplynulo, že ve většině registrovaných sociálních služeb osobní asistence (dále OA) a terénní a/nebo ambulantní sociální rehabilitace (dále SR), které se zúčastnily šetření, je **hodnoceno adaptivní chování** uživatelů - v 96,97% služeb OA a 96,30% služeb SR (graf 1). **Komplexní hodnocení** úrovně adaptivního chování je prováděno ve 30,30% služeb OA a v 18,52% služeb SR. Pracovníci většiny služeb z cílového souboru (66,67% služeb OA; 77,78% služeb SR) naopak hodnotí pouze některé **dílčí oblasti adaptivního chování** uživatelů.



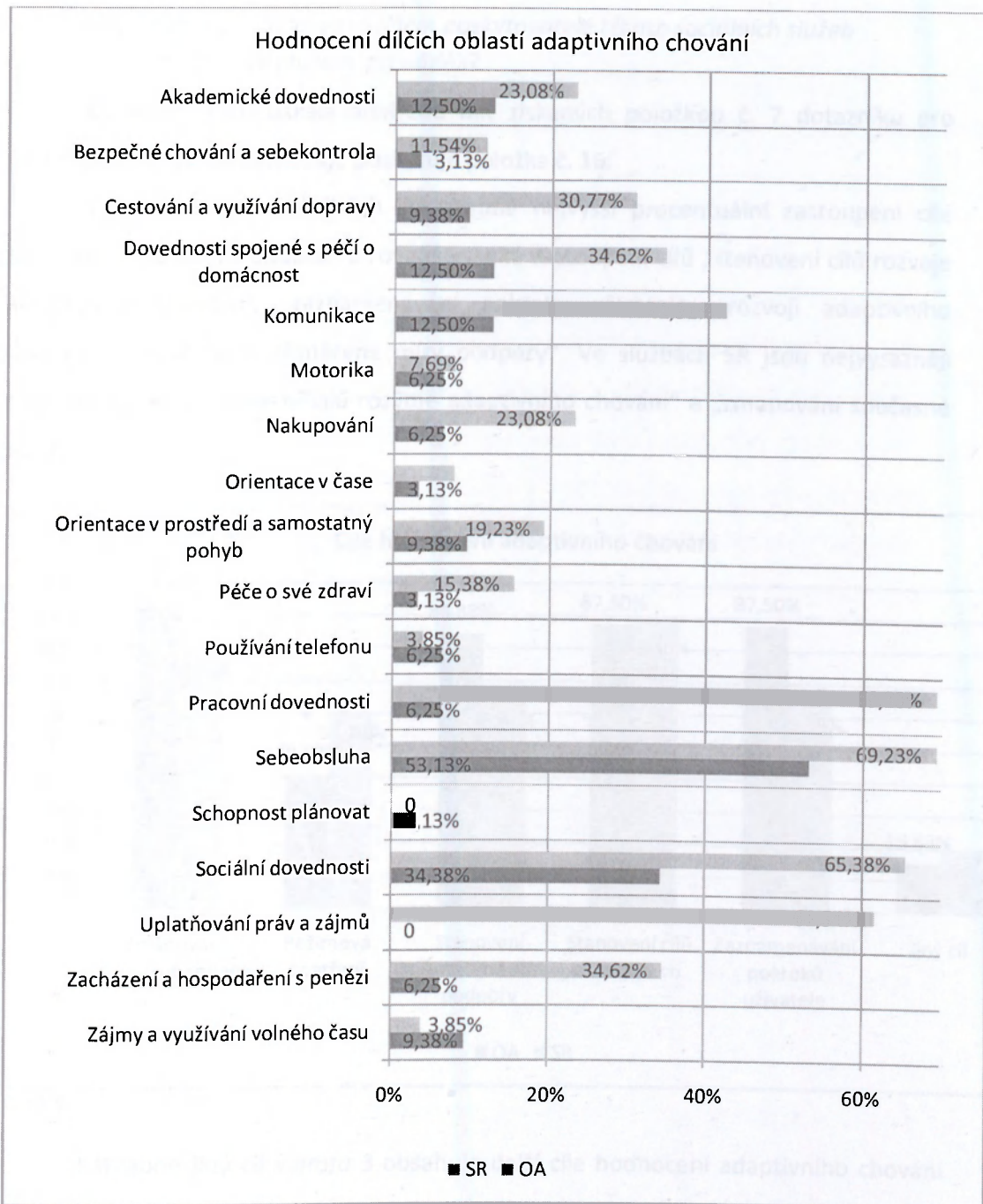
Graf 1

V grafu 2 jsou zaneseny **dílčí oblasti adaptivního chování** hodnocené ve službách OA a SR. Vzhledem k vysokému počtu nepoužitelných odpovědí (37,5% služeb OA; 18,52% služeb SR) zjištěné údaje považují pouze za orientační. Ve službách OA je

nejvíce zastoupena oblast **sebeobsluhy** (53,13%) a **sociálních dovedností** (34,38%). Pracovníci služeb SR nejčastěji uvedli hodnocení **sebeobsluhy** (69,23%), **sociálních** (69,23%) a **pracovních** (65,38%) **dovedností a uplatňování práv a zájmů** (61,54%). Ve sužbách SR dále výrazně vystupují oblasti **komunikace, dovednosti spojené s péčí o domácnost, zacházení a hospodaření s penězi a cestování a využívání dopravy**.

Domnívám se, že rozdíl mezi službami OA a SR v počtu nejfrekventovaněji hodnocených oblastí je dán náplní těchto služeb. V rámci služeb sociální rehabilitace probíhá cílený rozvoj dovedností za účelem zvýšení samostatnosti, společenského a pracovního uplatnění osob s mentálním postižením, zatímco osobní asistence je spíše kompenzační službou.

Jelikož bylo nutné dílčí oblasti uvedené v *grafu 2* při zpracovávání výsledků sekundárně kategorizovat, v dalším textu je přiblíženo, jaké dovednosti jmenované v dotaznících jsem zařadila k obsáhlejšími kategoriím: **akademické dovednosti** (trivium, učení se novým věcem), **dovednosti spojené s péčí o domácnost** (příprava pokrmů, obsluha spotřebičů, blíže nespecifikovaná péče o domácnost), **péče o své zdraví** (užívání léků, blíže nespecifikovaná péče o zdraví), **pracovní dovednosti** (dovednosti spojené s výkonem pracovní činnosti nebo zaměstnání, manipulace s nástroji, znalost pracovních právních vztahů), **sebeobsluha** (osobní hygiena, stravování), **sociální dovednosti** (interpersonální vztahy, fungování v kolektivu, chování, kontakt se společenským prostředím, jednání na úřadech a institucích, blíže nespecifikované sociální dovednosti), **uplatňování práv a zájmů** (občanské a právní dovednosti, právní úkony, vyřizování osobních záležitostí, uplatňování svých práv a zájmů).

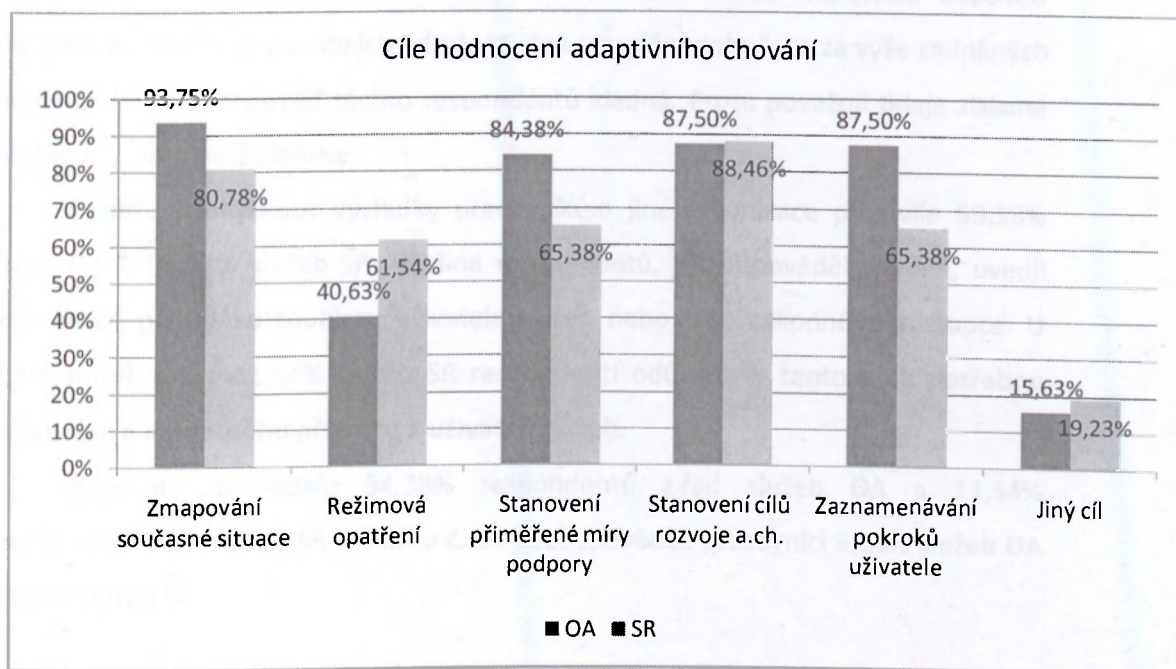


Graf 2

Dílčí otázka 2.: Za jakým účelem poskytovatelé těchto sociálních služeb diagnostiku adaptivního chování provádějí?

Odpověď jsem získala analýzou dat získaných položkou č. 7 dotazníku pro poskytovatele. Doplnující údaje poskytuje položka č. 16.

V grafu 3 je ve službách OA zřejmé nejvyšší procentuální zastoupení cíle „zmapování současné situace“ a rovněž vysoké zastoupení cílů „stanovení cílů rozvoje adaptivního chování“, „zaznamenávání pokroku uživatele v rozvoji adaptivního chování“ a „stanovení přiměřené míry podpory“. Ve službách SR jsou nejvýrazněji zastoupeny cíle „stanovení cílů rozvoje adaptivního chování“ a „zmapování současné situace“.



Graf 3

Kategorie **jiný cíl** v grafu 3 obsahuje další cíle hodnocení adaptivního chování uživatelů služeb uvedené respondenty, které jsem sekundárně kategorizovala následovně:

- Zhodnocení účelnosti a efektivity služby (3,13% služeb OA, 7,70% služeb SR).
- Podklad pro doporučení služby před uzavřením dohody (3,13% služeb OA, 3,85% služeb SR).
- Formulace doporučení pro rodinu a pečující (3,13% služeb OA, 3,85% služeb SR).

- Hodnocení naplnění cílů služby (3,13% služeb OA).
- Doporučení dalšího profesního uplatnění (3,85% služeb SR).
- Sledování změn uživatele služeb vzhledem k jeho druhu postižení (3,85% služeb SR).

Položka č. 14 dotazníku pro poskytovatele zjišťovala, zda jsou pracovníci služeb OA a SR ochotni poskytnout výsledky hodnocení adaptivního chování další organizaci, jejichž služeb uživatel také využívá - tj. **zda jsou výsledky hodnocení použity i za účelem lepší spolupráce služeb a jednotného přístupu k uživateli**. Formulace položky však neobsahovala podmínku souhlasu uživatele nebo jeho zákonného zástupce, což zpětně považuji za chybu. Mnoho respondentů totiž uvedlo zápornou odpověď s odůvodněním ochrany osobních údajů. Je však pravděpodobné, že za výše zmíněných podmínek by byla odpověď těchto respondentů kladná. Proto považuji údaje získané položkou č. 14 za nespolehlivé.

Ochotu poskytnout výsledky pracovníkům jiné organizace projevilo 59,38% služeb OA a 84,62% služeb SR. Většina respondentů, jež odpověděli kladně, uvedli v komentáři podmínku souhlasu uživatele služeb nebo jeho zákonného zástupce. U 12,5% služeb OA a 11,54% služeb SR respondenti odůvodnily tento krok **potřebou spolupráce a jednotného přístupu k uživateli služeb**.

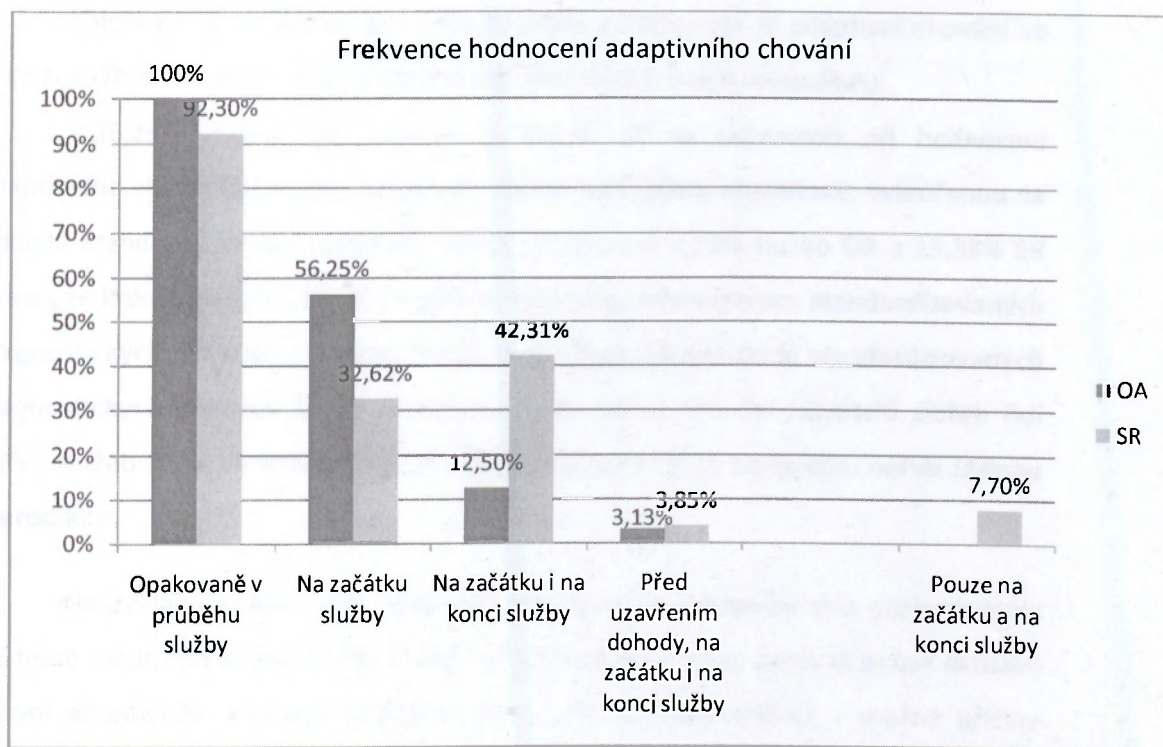
Záporně odpovědělo 34,38% respondentů z řad služeb OA a 11,54% respondentů z řad služeb SR. Položku č. 14 nezodpověděli pracovníci 6,25% služeb OA a 3,85% služeb SR.

Dílčí otázka 3.: Jakým způsobem je vykonávána diagnostika adaptivního chování uživatelů služeb?

Data pro zodpovězení dílčí otázky získáme z položek č. 6, 8, 9, 12, 13 dotazníku pro poskytovatele. Analýza odpovědí přináší informace o průběhu, metodách, rozsahu a pravidlech hodnocení adaptivního chování ve službách z cílového souboru šetření.

Data získaná položkou č. 12 dotazníku pro poskytovatele nám přináší informace o tom, **kdy je v průběhu služby hodnoceno adaptivní chování uživatelů**.

V grafu 4 vidíme, že pracovníci všech služeb OA a 92,30% služeb SR hodnotí adaptivní chování uživatelů **opakovaně v průběhu služby**. Kromě průběžného hodnocení vykonávají pracovníci většiny služeb OA a SR ještě minimálně jedno hodnocení v souvislosti s určitou fází služby: 56,25% služeb OA a 32,62% služeb SR **na začátku služby**; 12,5% služeb OA a 42,31% služeb SR **na začátku i na konci služby** a 3,13% služeb OA a 3,85% služeb SR **před uzavřením dohody, na začátku i na konci služby**. Průběžné hodnocení adaptivního chování uživatelů neprobíhá v 7,70% služeb SR - zde pracovníci hodnotí adaptivní chování uživatelů **pouze na začátku a na konci služby**.



Graf 4

Pomocí položky č. 6 dotazníku pro poskytovatele získáváme informace o **podobě hodnocení vzhledem k jednotlivým uživatelům služeb**.

Respondenti z 53,10% služeb OA a 34,62% služeb SR uvedli, že **zaměření, rozsah a forma hodnocení adaptivního chování je stejná** u všech uživatelů služeb.

V ostatních službách (46,9% služeb OA a 65,38% SR) **se podoba hodnocení adaptivního chování jednotlivých uživatelů liší**. Podoba hodnocení je zde určována na

základě navzájem souvisejících faktorů: rozsahu, náplně a cíle poskytované služby, individuálního plánu uživatele, specifických potřeb vyplývajících z druhu a stupně postižení a zdravotního stavu uživatele a jeho věku a schopností. Do této obsáhlé kategorie **individuálních potřeb uživatele** spadá 43,75% služeb OA a 57,69% služeb SR. Ve 6,25% služeb OA se při určování metody, formy, rozsahu hodnocení adaptivního chování uživatele spolupracuje s **rodinnými příslušníky uživatele** nebo **dalšími odborníky**. 7,69% služeb SR vyjádřilo jako určující **aktuální potřeby uživatele plynoucí z individuální práce**, na jejichž základě se zaměření, rozsah a forma hodnocení může průběžně měnit. 3,13% služeb OA a 3,85% služeb SR neupřesnilo svou odpověď.

Položka č. 8 dotazníku pro poskytovatele zjišťuje, zda je adaptivní chování ve službách OA a SR hodnoceno na základě pravidel stanovených **metodikou**.

V 56,25% služeb OA a 38,46 % služeb SR se pracovníci při hodnocení adaptivního chování uživatelů řídí pouze **vlastní metodikou** organizace, vytvořenou na základě Standardů kvality sociálních služeb. Pracovníci 3,13% služeb OA a 15,38% SR uvedli, že kromě vlastní metodiky využívají **metodiky administrace standardizovaných diagnostických nástrojů** (viz níže). Pouze **metodikou administrace standardizovaných diagnostických nástrojů** se při hodnocení adaptivního chování uživatelů služeb řídí 3,85% služeb SR. V 34,40% služeb OA a 42,31% služeb SR se hodnocení **neřídí žádnou metodikou**.

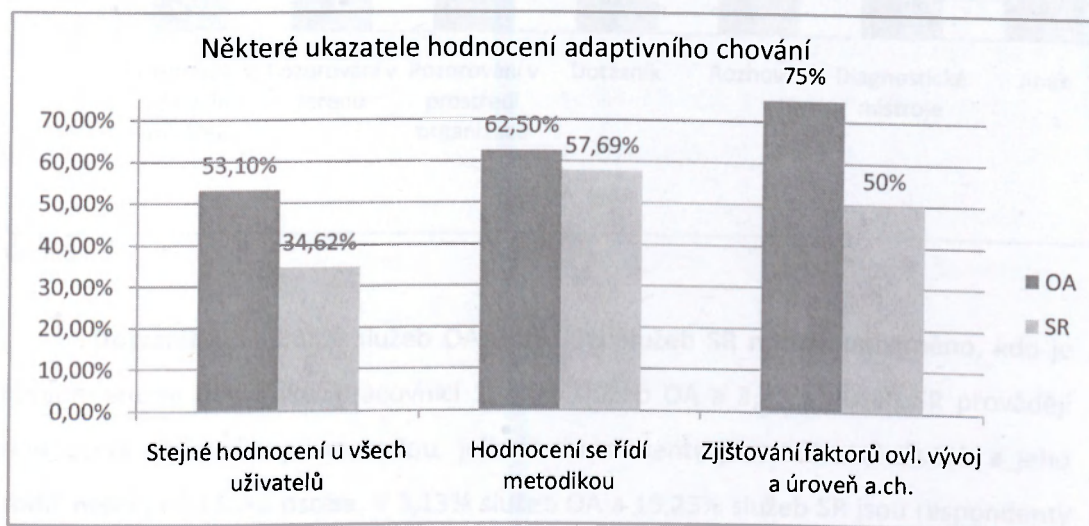
Na základě analýzy dat získaných položkou 13 dotazníku pro poskytovatele můžeme zjistit, zda se pracovníci služeb OA a SR při hodnocení zabývají pouze aktuální úrovní adaptivního chování uživatele, nebo zda se snaží odhalit i možné příčiny současného stavu. **Faktory ovlivňující vývoj a aktuální úroveň adaptivního chování** jsou zjišťovány v 75% služeb OA a 50% služeb SR. Sekundární kategorizací odpovědí jsem dospěla k následujícím používaným metodám zjišťování těchto faktorů:

- **Rozhovory** s uživatelem služeb, rodičem nebo blízkou osobou, pracovníky organizace, dalších sociálních služeb a školských zařízení využívaných uživatelem, pracovníky dříve využívaných sociálních služeb a školských zařízení (31,25% služeb OA).

- **Vyhodnocování individuálních plánů uživatele** (18,75% služeb OA)
- **Spolupráce s odborníky** - ošetřujícími lékaři, psychology, psychiatry, fyzioterapeuty a dalšími zainteresovanými odborníky (15,63% služeb OA).
- **Rodinná a osobní anamnéza** (12,5% služeb OA).
- **Pozorování** (9,36% služeb OA).
- **Vyšetření prostředí** (6,25% služeb OA).
- **Zapisování průběhu služby** (3,13% služeb OA).
- **Posouzení uplatňovaných metod práce s uživatelem** (3,13% služeb OA).
- **Supervize** (3,13% služeb OA).
- **Vyšetření zdravotního stavu** (3,13% služeb OA).

Metody zjišťování faktorů ovlivňujících vývoj a současnou úroveň adaptivního chování neupřesnilo 9,36% služeb OA.

Údaje získané položkami 6, 8 a 13 dotazníku pro poskytovatele jsou stručně shrnuty v *grafu 5*.

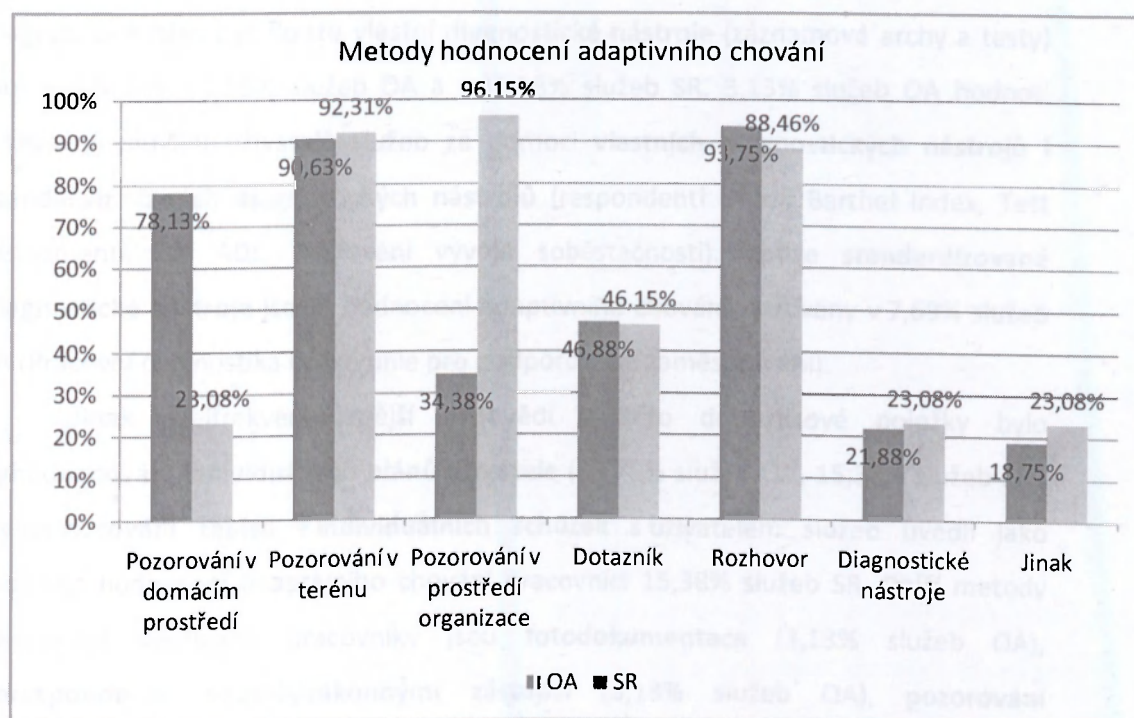


Graf 5

Informace o **metodách hodnocení** adaptivního chování uživatelů ve službách OA a SR, které jsou shrnuty v *grafu 6* a v *grafu 7*, přináší položka č. 9 dotazníku pro poskytovatele.

Nejčastěji využívanými **metodami hodnocení adaptivního chování** (*graf 6*) ve službách OA jsou: **rozhovor** (93,75%), **pozorování v terénu** (90,63%) a **pozorování**

v domácím prostředí (78,13%). K metodám nejvíce využívaným pracovníky služeb SR patří: **pozorování v prostředí organizace** (96,15%), **pozorování v terénu** (92,31%) a **rozhovor** (88,46%). Kategorie „dotazník“, „rozhovor“, „diagnostické nástroje“ a „jinak“ měli respondenti v dotazníku dále upřesňovat. Podrobnější údaje uvádím v dalším textu.



Graf 6

Dotazník: U 21,88% služeb OA a 23,08% služeb SR nebylo upřesněno, kdo je respondentem dotazníku. Pracovníci 18,75% služeb OA a 3,85% služeb SR provádějí hodnocení dotazníkovou metodou, jejímiž respondenty jsou **uživatel služeb** a jeho **rodič nebo jiná blízká osoba**. V 3,13% služeb OA a 19,23% služeb SR jsou respondenty dotazníků **pouze uživatelé služeb**. **Pouze rodič nebo blízká osoba** jsou respondenty dotazníku v 3,13% služeb OA.

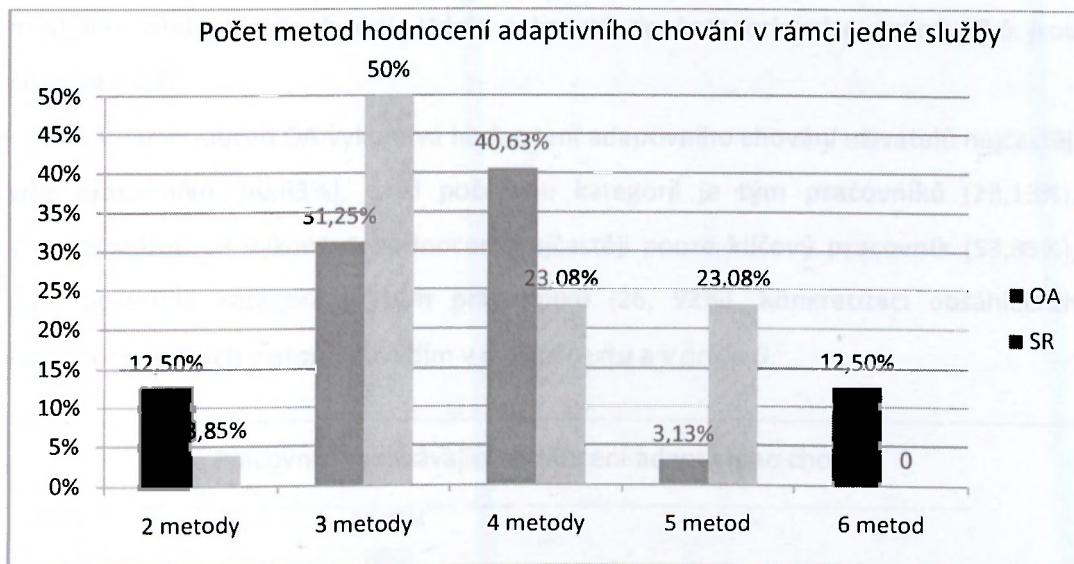
Rozhovor: U 43,75% služeb OA a 38,46% služeb SR nebylo upřesněno, kdo je respondentem rozhovoru. Pracovníci služeb 34,38% OA a 26,92% služeb SR provádějí hodnocení metodou rozhovoru, jejímiž respondenty jsou **uživatel služeb** a jeho **rodič nebo jiná blízká osoba**. V 6,25% služeb OA a 23,08% služeb SR jsou respondenty

rozhovorů **pouze uživatelé služeb. Pouze rodič nebo blízká osoba** jsou respondenty rozhovoru v 9,38% služeb OA. Takto získané informace doplňují pracovníci 6,25% služeb OA a 26,92% služeb SR rozhovory s **poskytovateli dalších sociálních služeb**, které uživatelé rovněž využívají, a pracovníci 11,54% služeb ještě rozhovory s **dalšími pracovníky též organizace** nebo s **odborníky** (psycholog, psychiatr, fyzioterapeut aj.).

Diagnostické nástroje: 6,25% služeb OA užívá blíže nespecifikované diagnostické nástroje. **Pouze vlastní diagnostické nástroje** (záznamové archy a testy) jsou využívány v 12,5% služeb OA a v 15,38% služeb SR. 3,13% služeb OA hodnotí adaptivní chování uživatelů služeb za pomoci **vlastních diagnostických nástrojů i standardizovaných diagnostických nástrojů** (respondenti uvedli Barthel Index, Test instrumentálních ADL, Testování vývoje soběstačnosti). **Pouze standardizované diagnostické nástroje** jsou k hodnocení adaptivního chování využívány v 7,69% služeb SR (Pracovní diagnostika České unie pro podporované zaměstnávání).

Jinak: Nejméně frekventovanější odpovědí u této dotazníkové položky bylo **vyhodnocování individuálních plánů uživatele** (18,75% služeb OA, 15,38% služeb SR). **Vyhodnocování zápisů z individuálních schůzek** s uživatelem služeb uvedli jako možnost hodnocení adaptivního chování pracovníci 15,38% služeb SR. Další metody hodnocení využívané pracovníky jsou **fotodokumentace** (3,13% služeb OA), **korespondence s rodiči/zákonnými zástupci** (3,13% služeb OA), **pozorování v přirozeném sociálním prostředí uživatele** (3,85% služeb SR), **využívání lékařských zpráv a doporučení odborníků** (3,85% služeb SR).

Analýza dat z položky č. 9 dotazníku pro poskytovatele zároveň svědčí o tom, že ve všech službách OA a SR se k hodnocení úrovně adaptivního chování uživatele využívá **více metod (graf 7)**. V sociálních službách OA využívají pracovníci nejčastěji 4 metody hodnocení (40,63%), v sociálních službách SR nejčastěji 3 metody hodnocení (50%) uvedené v **grafu 6**.



Graf 7

Dílčí otázka 4.: *Jaké osoby se na procesu diagnostiky adaptivního chování podílejí?*

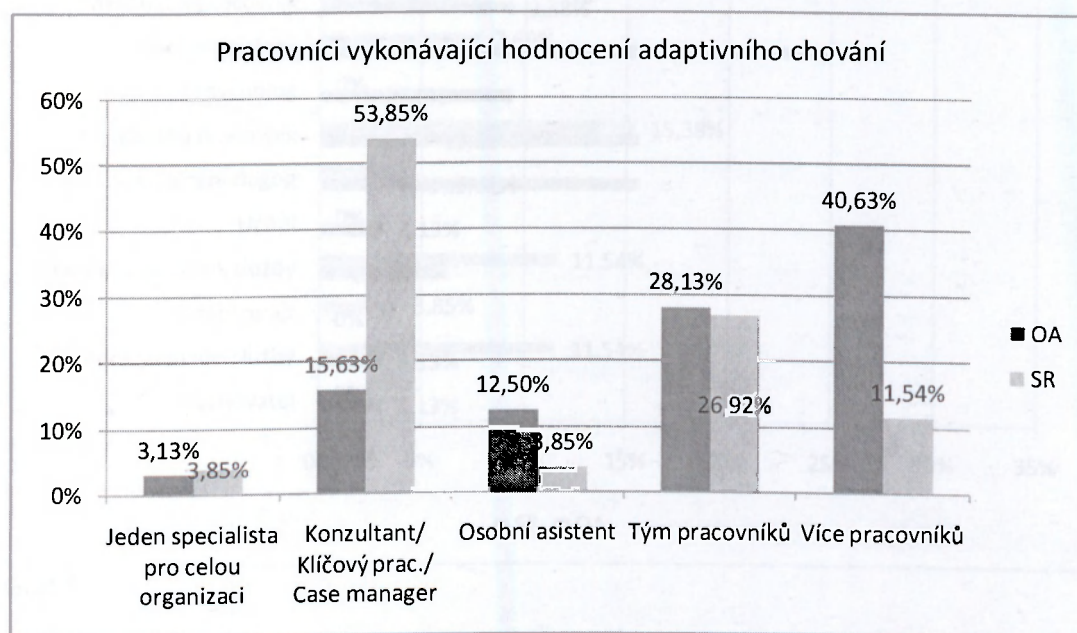
Data pro zodpovězení dílčí otázky získáme z položek č. 10, 11, 14, 15 dotazníku pro poskytovatele.

Analýza odpovědí z položek č. 14 a 15 přináší informace o tom, **kdo ve službách OA a SR hodnocení adaptivního chování vykonává a zda jsou pracovníci v oblasti adaptivního chování a jeho hodnocení vzdělávání.**

Interpretace dat zjištěných položkou 14 dotazníku pro poskytovatele (*graf 8*) je problematická, jelikož 40,63% respondentů z řad služeb OA a 11,54% služeb SR vypovědělo, že hodnocení adaptivního chování vykonává více jednotlivých pracovníků, aniž by byla zvolena nabízená odpověď „*Tým pracovníků ve složení*“. Pro tyto služby jsem vytvořila novou kategorii označenou jako **více pracovníků**. To může znamenat, že kompetence k výkonu hodnocení má více pracovníků a hodnocení u konkrétního uživatele prování podle potřeby jeden z nich. V případě volby odpovědi „*pracovník, který zodpovídá za poskytování služby danému uživateli (konzultant, case manager, klíčový pracovník aj.*“ - dále pouze „*klíčový pracovník*“)“ a „*osobní asistent*“ bez volby odpovědi „*tým pracovníků ve složení*“ se možná jedná o jednoho pracovníka, který je

nositelem obou těchto funkcí. Údaje zahrnuté do kategorie **více pracovníků** jsou přibliženy níže.

V rámci služeb OA vykonává hodnocení adaptivního chování uživatelů nejčastěji **více pracovníků** (40,63%), další početnou kategorií je **tým pracovníků** (28,13%). V rámci služeb SR vykonává hodnocení nejčastěji pouze **klíčový pracovník** (53,85%), další početnou kategorií je **tým pracovníků** (26,92%). Konkretizaci obsáhlejších kategorií použitých v *grafu 8* uvádím v dalším textu a v *grafu 9*.



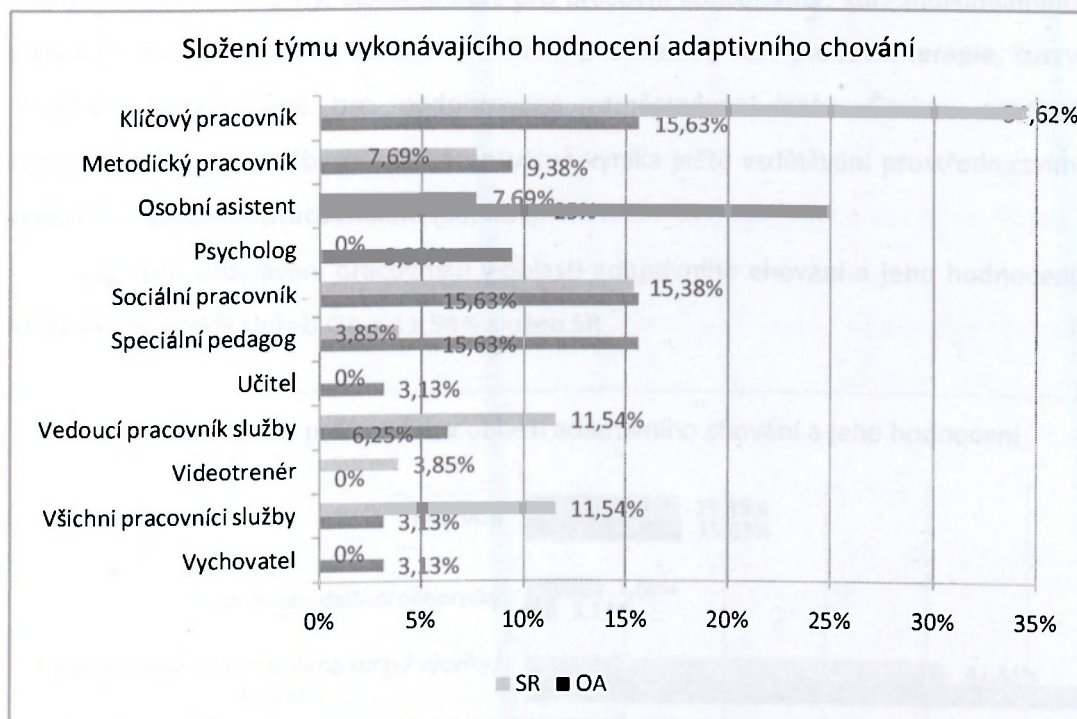
Graf 8

Jeden specialista pro celou organizaci: V případě služeb OA i SR byl jmenován sociální pracovník.

Více pracovníků: V rámci této kategorie vykonává ve službě OA hodnocení v 25% **klíčový pracovník** nebo **osobní asistent**; v 12,5% **klíčový pracovník**, **osobní asistent** nebo **sociální pracovník**; v 3,13% **vedoucí pracovník služby** nebo **osobní asistent**. Ve službě SR vykonává hodnocení v rámci této kategorie **psycholog** nebo **klíčový pracovník** (3,85%); **sociální pracovník** nebo **klíčový pracovník** (3,85%); **vedoucí pracovník služby** nebo **osobní asistent** (3,85%).

Tým pracovníků: Respondenti jmenovali mnoho různých pracovníků, kteří jsou součástí týmu vykonávajícího hodnocení adaptivního chování uživatelů. Přehledně

znázornění složení týmu obsahuje *graf 9*. Ve službách OA jsou nejpočetněji zastoupeni: **osobní asistent (25%)**, **klíčový pracovník (15,63%)**, **speciální pedagog (15,63%)** a **sociální pracovník (15,63%)**. Ve službách SR výrazně vyniká **klíčový pracovník (34,62%)** a dále **sociální pracovník (15,38%)**.



Graf 9

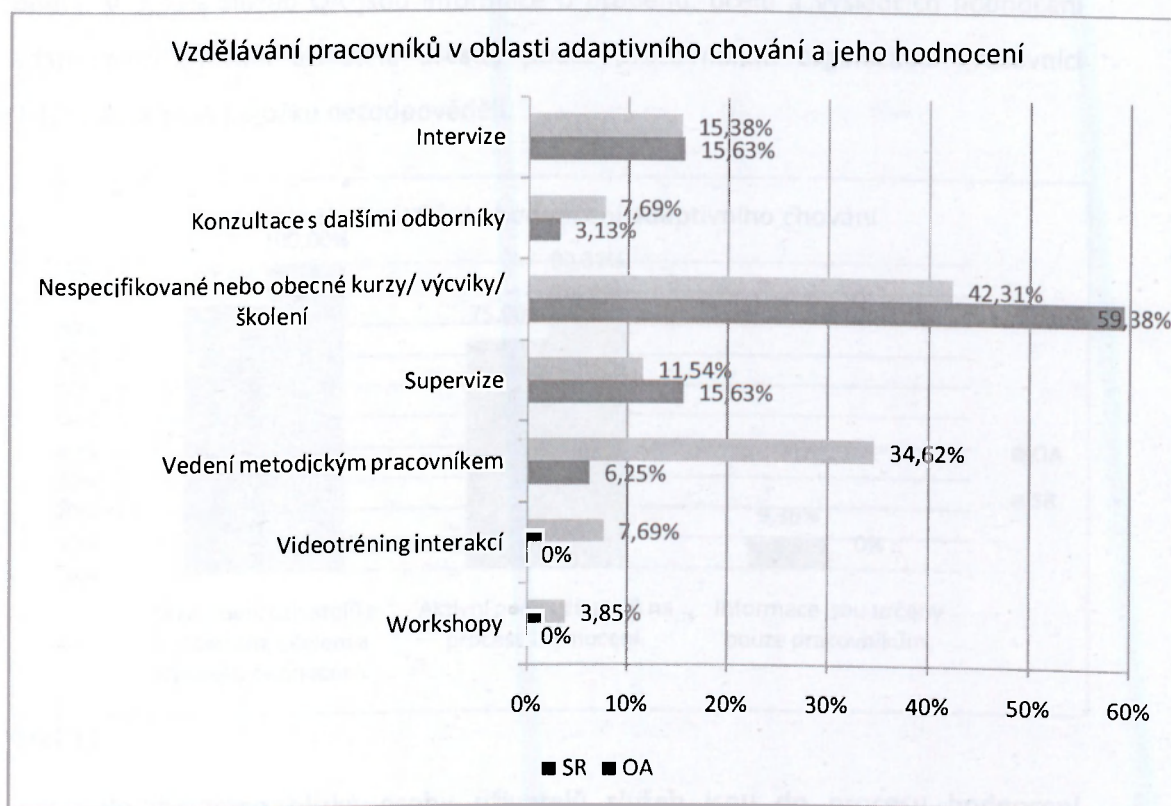
Kategorie **všichni pracovníci služby** použitá v *grafu 9* znamená konzultace hodnocení adaptivního chování uživatele v rámci porad, intervizí nebo supervizí, kterých se účastní všichni pracovníci služby.

Vzdělávání pracovníků služeb OA a SR v oblasti adaptivního chování a jeho hodnocení probíhá dle výpovědi respondentů v nadpoloviční většině služeb (62,5% služeb OA; 69,23% služeb SR). *Graf 10* vypovídá o tom, jakým způsobem je vzdělávání pracovníků v této problematice realizováno. Kategorie uvedené v *grafu 10* vznikly na základě sekundární kategorizace dat získaných položkou 15 dotazníku pro poskytovatele.

V *grafu 10* můžeme vidět, že převládající formou vzdělávání pracovníků jsou blíže **nespecifikované nebo obecné kurzy, výcviky a školení (59,38% služeb OA;**

42,31% služeb SR). Do této kategorie jsem zahrnula služby, u nichž respondenti vypověděli o vzdělávání prostřednictvím kurzů, výcviků, školení, které však blíže nespecifikovali. Dále jsou zde zahrnuty obecné kurzy zabývající se problematikou mentálního postižení, sociálních služeb nebo terapeutických metod (např. základní kurz pro osobní asistenty, základní kurz pro pracovní konzultanty, kurz individuálního plánování, kurz o sexualitě osob s mentálním postižením, kurz pracovní terapie, kurzy pořádané Českou unií pro podporované zaměstnávání nebo Českou asociací ergoterapeutů). Ve službách SR procentuálně vyniká ještě vzdělávání prostřednictvím vedení metodickým pracovníkem (38,46%).

Způsob vzdělávání pracovníků v oblasti adaptivního chování a jeho hodnocení neupřesnilo 6,25% služeb OA a 11,54% služeb SR.

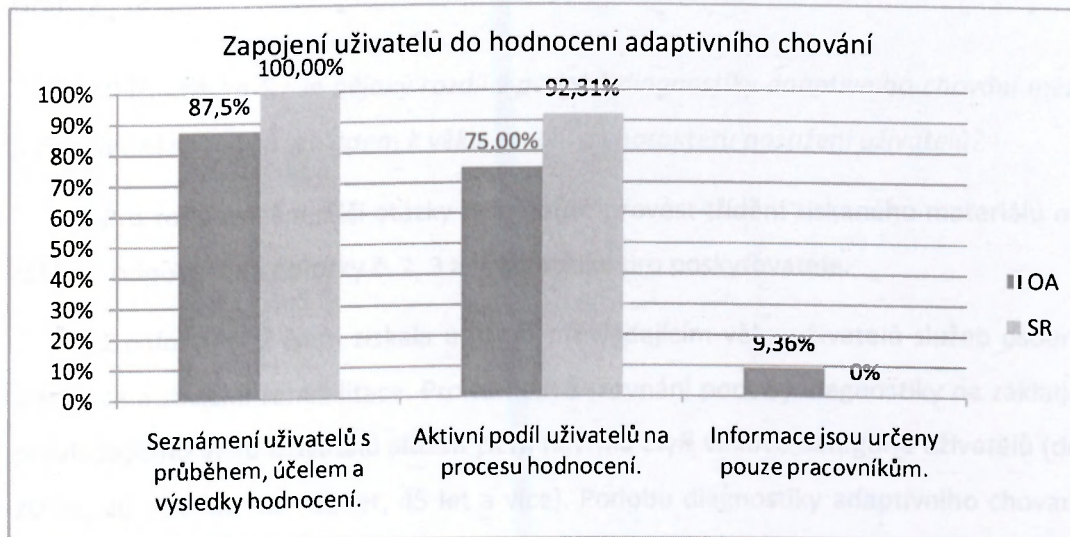


Graf 10

V kategorii **konzultace s dalšími odborníky** použité v grafu 10 jsou obsaženy odpovědi, v nichž respondenti jmenovali vzdělávání formou konzultací se sociálním pracovníkem, psychologem, speciálním a sociálním pedagogem.

Analýza dat z položek č. 10 a 11 dotazníku pro poskytovatele svědčí o **míře zapojení uživatelů služeb a jejich rodičů či blízkých osob do procesu hodnocení**. Shrnutí najdeme v *grafu 11* a v *grafu 12*.

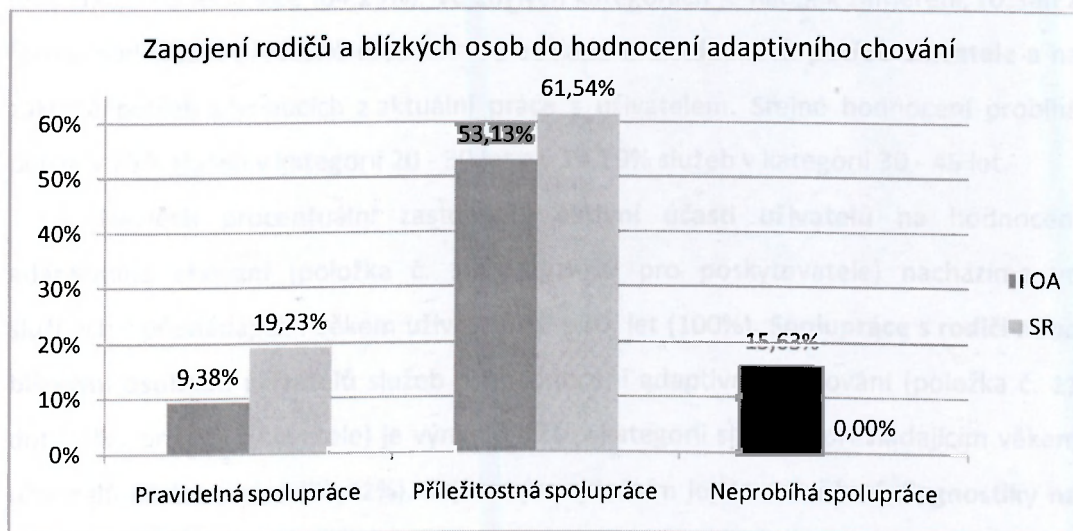
Odpovědi na položku č. 10 dotazníku pro poskytovatele jsem musela sekundárně kategorizovat, jelikož mnozí pracovníci zvolili dvě nabízené odpovědi místo požadované jedné. Pokud byly zvoleny současně odpovědi „ANO. Výsledky hodnocení jsou uživatelům služeb oznámeny“ a „ANO. Uživatelé služeb se na procesu hodnocení aktivně podílí“, zařadila jsem danou službu pouze do druhé citované kategorie. Analýzou jsem došla k výsledku (*graf. 11*), že v 87,5 % služeb OA a 100% služeb SR jsou **uživatelé seznámeni s průběhem, účelem a výsledky hodnocení adaptivního chování**. Z toho v 75% služeb OA a 92,31% služeb SR se **uživatelé na procesu hodnocení aktivně podílí**. V 9,36% služeb OA jsou informace o průběhu, účelu a výsledcích hodnocení adaptivního chování uživatelů **určeny pouze pracovníkům organizace**. Pracovníci 3,13% služeb OA položku nezodpověděli.



Graf 11

Rodiče nebo blízké osoby uživatelů služeb jsou do procesu hodnocení adaptivního chování zapojeny v 81,25% služeb OA a 100% služeb SR. Pracovníci 3,13% služeb OA položku č. 11 dotazníku pro poskytovatele nezodpověděli. Sekundární kategorizací sebraných dat jsem získala výsledky vypovídající o **míře a formách spolupráce (graf. 12)**. **Příležitostná spolupráce** (většinou účast na úvodní schůzce a

úvodním hodnocení, dále konzultace, schůzky, korespondence v případě potřeby) probíhá v 53,13% služeb OA v 61,54% služeb SR. **Pravidelná spolupráce** (pravidelné konzultace, schůzky, korespondence) probíhá v 9,38% služeb OA a 19,23% služeb SR. 18,75% služeb OA a 19,23% služeb SR spolupráci blíže neupřesnilo.



Graf 12

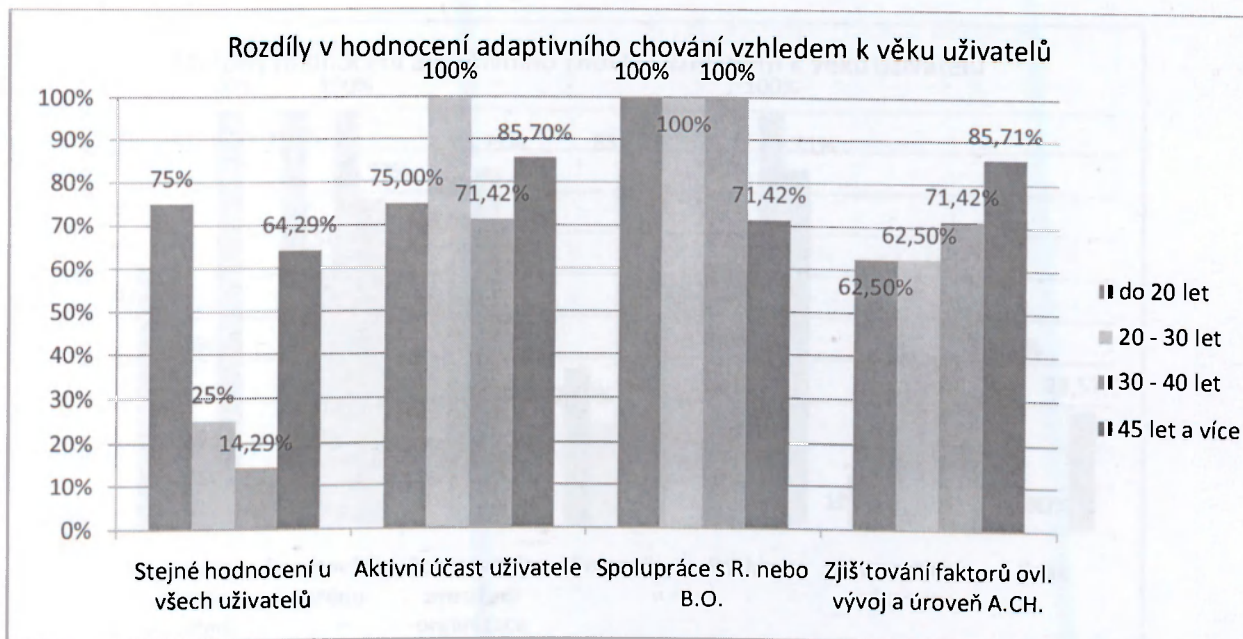
Dílčí otázka 5.: Je nějaký rozdíl v podobě diagnostiky adaptivního chování mezi jednotlivými službami vzhledem k věku, stupni a charakteru postižení uživatelů?

Pro zodpovězení dílčí otázky bylo nutné provést třídění získaného materiálu na základě odpovědí na položky č. 2, 3 a 4 dotazníku pro poskytovatele.

Z položky č. 2 jsem získala údaje o převládajícím věku uživatelů služeb osobní asistence a sociální rehabilitace. Pro rámcové srovnání podoby diagnostiky na základě **převládajícího věku uživatelů služeb** jsem navrhla čtyři věkové kategorie uživatelů (do 20 let, 20 - 30 let, 30 - 45 let, 45 let a více). Podobu diagnostiky adaptivního chování uživatelů jsem se rozhodla srovnat u služeb, kde převládá pouze jedna věková skupina: v kategorii do 20 let 8 služeb (7 služeb OA, 1 služba SR); v kategorii 20 - 30 let 8 služeb (1 služba OA, 7 služeb SR); v kategorii 30 - 45 let 7 služeb (5 služeb SR, 2 služby OA) a v kategorii 45 let a více 14 služeb (všechny služby OA). Služby OA a SR tentokrát v analýze výsledků šetření neodděluji.

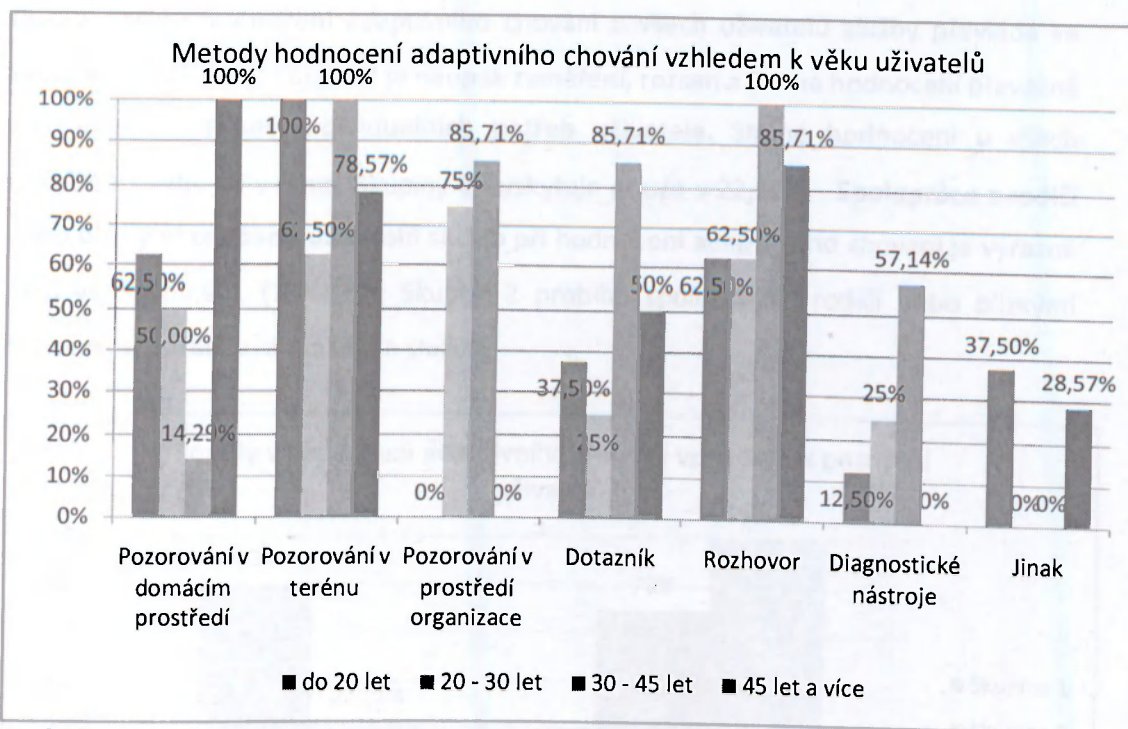
Rozdíly se objevují v oblastech znázorněných v *grafu 13*. Nejvýraznější rozdíl nacházíme v **zaměření, rozsahu a formě diagnostiky vzhledem k jednotlivým uživatelům služeb** (položka č. 6 dotazníku pro poskytovatele). **Stejné hodnocení adaptivního chování** u všech uživatelů služby převládá ve věkových kategoriích do 20 let (75%) a 45 let a více (64,29%). Ve zbylých kategoriích je naopak zaměření, rozsah a forma hodnocení převážně určována na základě **individuálních potřeb uživatele** a na základě potřeb plynoucích z aktuální práce s uživatelem. Stejné hodnocení probíhá pouze v 25% služeb v kategorii 20 - 30 let a v 14,29% služeb v kategorii 30 - 45 let.

Největší procentuální zastoupení **aktivní účasti uživatelů** na hodnocení adaptivního chování (položka č. 10 dotazníku pro poskytovatele) nacházíme ve službách s převládajícím věkem uživatelů 20 - 30 let (100%). **Spolupráce s rodiči nebo blízkými osobami uživatelů** služeb při hodnocení adaptivního chování (položka č. 11 dotazníku pro poskytovatele) je výrazně nižší v kategorii služeb s převládajícím věkem uživatelů 45 let a více (71,42%). Zajímavým zjištěním je, že **zaměření diagnostiky na faktory ovlivňující vývoj a aktuální úroveň adaptivního chování** (položka č. 13 dotazníku pro poskytovatele) v porovnávaných službách roste s převládajícím věkem uživatelů: 62,5% v kategoriích pod 20 let a 20 - 30 let; 71, 42% v kategorii 30 - 45 let a 85,71% v kategorii 45 let a více.



Graf 13

Procentuální četnost **metod využívaných k diagnostice adaptivního chování** (položka č. 9 dotazníku pro poskytovatele) vzhledem k převládajícímu věku uživatelů služeb můžeme vyčíst z *grafu 14*. Nejvíce využívanými metodami diagnostiky jsou: v kategorii do 20 let **pozorování v terénu** (100%); v kategorii 20 - 30 let **pozorování v prostředí organizace** (75%); v kategorii 30 - 45 let **pozorování v terénu** (100%) a **rozhovor** (100%) a v kategorii 45 let a více **pozorování v domácím prostředí** (100%). Pozorování v prostředí organizace není vůbec využíváno u kategorií pod 20 let a 45 let a více. Příčinu však spatřuji v tom, že tyto kategorie obsahují kromě jedné služby pouze služby osobní asistence, která je poskytována pouze v terénním režimu. Při srovnání jednotlivých kategorií zjišťujeme, že diagnostické nástroje jsou nejvíce využívány v kategorii 30 - 45 let (57,14% - převážně vlastní diagnostické formuláře, jedna služba SR uplatňuje Pracovní diagnostiku České unie pro podporované zaměstnávání). Jiné diagnostické metody jsou využívány pouze v kategoriích do 20 let (37,50% - pozorování v přirozeném sociálním prostředí uživatele, vyhodnocování individuálních plánů, fotodokumentace) a 45 let a více (28,57% - vyhodnocování individuálního plánu).

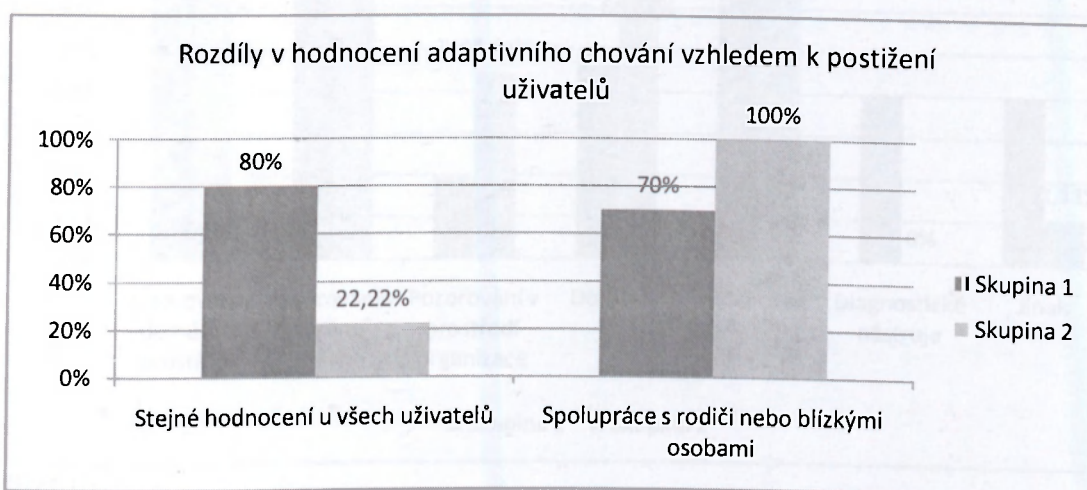


Graf 14

Na základě položek č. 3 a 4 dotazníku pro poskytovatele jsem mohla uskutečnit rámcové srovnání podoby diagnostiky adaptivního chování vzhledem ke **stupni mentálního postižení a přidruženým postižením** uživatelů služeb. Pro srovnání jsem nakonec vytvořila dvě skupiny vybraných služeb: služby poskytované lidem s lehkým a/nebo středním stupněm mentálního postižení a s maximálně třemi druhy přidružených postižení v rámci všech uživatelů služby (**Skupina 1: 9 služeb OA, 1 služba SR**) a služby, kde jsou jednou z kategorií uživatelů lidé s těžkým a/nebo hlubokým mentálním postižením a s pěti a více druhy přidružených postižení v rámci všech uživatelů služby (**Skupina 2: 5 služeb OA, 4 služby SR**).

Rozdíly se objevují v oblastech znázorněných v *grafu 15*. Ze srovnání skupin tentokrát nevyplýval významný rozdíl v míře aktivní účasti uživatelů na hodnocení adaptivního chování - u obou skupin se uživatelé na hodnocení adaptivního chování aktivně podílí (Skupina 1 v 80%, Skupina 2 v 88, 89%). Ve většině služeb spadající do obou skupin se diagnostika rovněž zaměřuje na faktory ovlivňující vývoj a aktuální úroveň adaptivního chování (Skupina 1 70%, Skupina 2 77,78%). Výrazný rozdíl se však projevil v **zaměření, rozsahu a formě diagnostiky vzhledem k jednotlivým uživatelům**

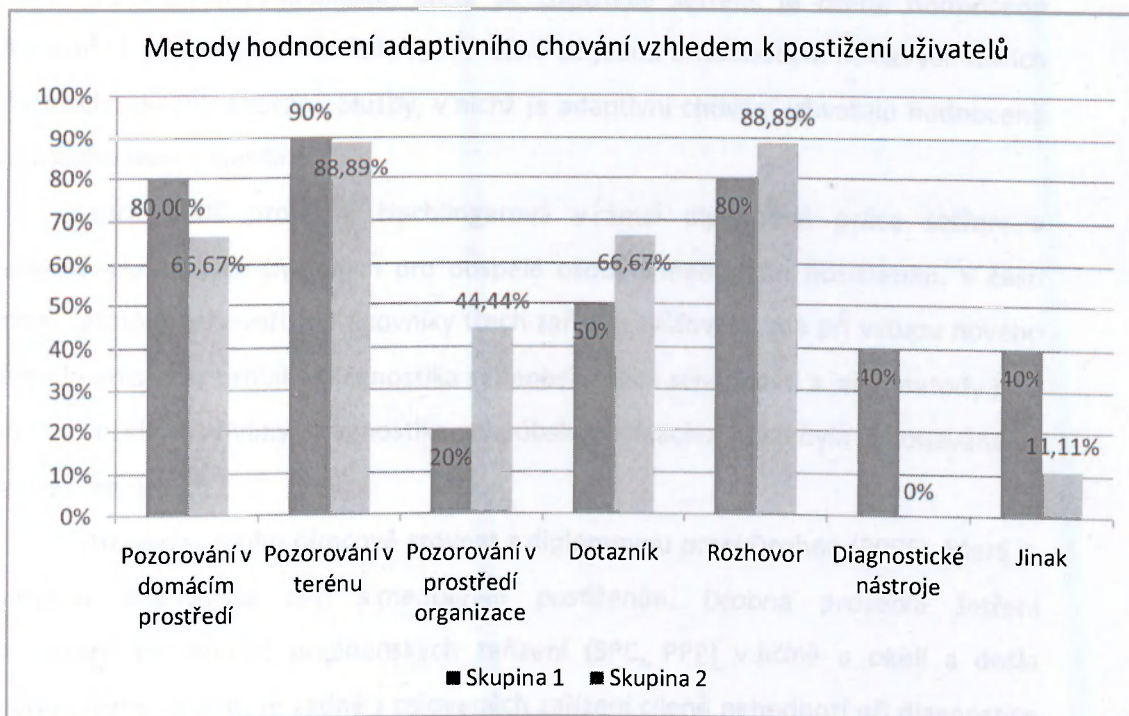
služeb. Stejné hodnocení adaptivního chování u všech uživatelů služby převládá ve Skupině 1 (80%). Ve Skupině 2 je naopak zaměření, rozsah a forma hodnocení převážně určována na základě **individuálních potřeb uživatele**. Stejné hodnocení u všech uživatelů služby se v rámci Skupiny 2 vyskytuje pouze v 22,22%. **Spolupráce s rodiči nebo blízkými osobami uživatelů** služeb při hodnocení adaptivního chování je výrazně nižší ve Skupině 1 (70%). Ve Skupině 2 probíhá spolupráce s rodiči nebo blízkými osobami uživatelů v rámci všech služeb.



Graf 15

Procentuální četnost **metod využívaných k diagnostice adaptivního chování** vzhledem ke **stupni mentálního postižení a přidruženým postižením** uživatelů služeb můžeme vyčíst z *grafu 16*. V obou skupinách jsou nejčastěji využívanými metodami **pozorování v domácím prostředí** (Skupina 1 80%; Skupina 2 66,67%), **pozorování v terénu** (Skupina 1 90%; Skupina 2 88,89%) a **rozhovor** (Skupina 1 80%; Skupina 2 88,89%), u Skupiny 2 ještě **dotazník** (66,67%). Při srovnání skupin vidíme výraznější rozdíl u metody pozorování v prostředí organizace. Méně časté využívání metody ve Skupině 1 je však dle mého dáno převažující terénní službou osobní asistence. Skupina 1 více využívá

diagnostické nástroje (40% - vlastní diagnostické formuláře) a jiné metody (40% - vyhodnocování IP).



Graf 16

Část položky č. 5 dotazníku pro poskytovatele, která zjišťuje v jakých dílčích oblastech adaptivního chování je v sociálních službách OA a SR prováděna diagnostika, nebyla 55,17% respondentů zodpovězena. Proto nemohu provést srovnání získaných údajů v této oblasti na základě věku ani postižení uživatelů služeb.

5.7. Shrnutí výsledků šetření a diskuze

Analýza získaných dat vypověděla, že ve většině sociálních služeb osobní asistence a sociální rehabilitace, které se zúčastnily šetření, **je cíleně hodnoceno adaptivní chování uživatelů služeb**. Převážně se jedná o hodnocení některých dílčích oblastí adaptivního chování. Služby, v nichž je adaptivní chování uživatelů hodnoceno komplexně, jsou v menšině.

V roce 2006 provedla Nachlingerová v rámci diplomové práce šetření v pražských chráněných bydleních pro dospělé osoby s mentálním postižením. V části šetření formou rozhovoru s pracovníky třech zařízení zjišťovala, zda při vstupu nového uživatele do služby probíhá diagnostika sebeobslužných schopností a jaké metody jsou k tomuto účelu využívány. Diagnostika sebeobslužných schopností byla vykonávána ve všech zařízeních.²⁷⁹

Tyto závěry mohou rámcově srovnat s diplomovou prací Drobnej (2006), která je věnována diagnostice dětí s mentálním postižením. Drobnej provedla šetření orientované na činnost poradenských zařízení (SPC, PPP) v Jičíně a okolí a došla k alarmujícímu závěru, že žádné z oslovených zařízení cíleně nehodnotí při diagnostice mentálního postižení oblast adaptivního chování. Pracovníci uvedených zařízení dle Drobnej odvozovali informace o adaptivním chování na základě testů specifických schopností (např. motoriky), které s adaptivním chováním souvisí.²⁸⁰ Přesto, že šetření byla vykonána v organizacích s rozdílnou činností i cílovou skupinou uživatelů z hlediska věku, můžeme na základě srovnání usuzovat, že zaměření diagnostiky na adaptivní chování roste spolu s věkem člověka s mentálním postižením.

Výsledky šetření poukazují na dílčí oblasti adaptivního chování, které jsou v sociálních službách osobní asistence a sociální rehabilitace hodnoceny. Jedná se o široké spektrum dovedností, z nichž nejčastěji hodnocené jsou: **sebeobsluha, sociální a pracovní dovednosti a uplatňování práv a zájmů**. Mezi další početněji hodnocené

²⁷⁹ NACHLINGEROVÁ, M. *Chráněné bydlení pro osoby s mentální retardací: míra samostatnosti, diagnostika, lokalizace*. Praha, 2006. 122 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce I. Strnadová.

²⁸⁰ DROBNÁ, V. *Diagnostika dětí s mentálním postižením: (regionální studie)*. Praha, 2006. 88 s., [28] s. příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce I. Strnadová.

oblasti patří: komunikace, dovednosti spojené s péčí o domácnost, zacházení a hospodaření s penězi a cestování a využívání dopravy.

Toto zjištění koresponduje s odbornou literaturou (Černá a kol. 2008, Přinosilová 2004). Oblast sebeobsluhy je z hlediska samostatnosti důležitá po celý život člověka s mentálním postižením.²⁸¹ V dospělosti nabývají na důležitosti oblasti nezbytné pro úspěšný a v maximální možné míře nezávislý život: pracovní dovednosti, funkční komunikace, interpersonální chování.²⁸² Černá a kol. (2008) dále uvádí důležitost diagnostiky v oblasti dovedností pro volný čas, která je však prováděna pouze v malém množství služeb z cílového souboru šetření. Důvodem je zřejmě fakt, že náplň služeb osobní asistence a sociální rehabilitace nejsou primárně volnočasové aktivity. Vyhláška č. 505/2006 Sb. v obou případech stanovuje jako součást náplně služeb pouze doprovod na zájmové aktivity a zpět.²⁸³

Zjištěné cíle diagnostiky adaptivního chování ve službách osobní asistence a sociální rehabilitace potvrzují **individualizované pojetí diagnostiky** usilující o poznání individuálních zvláštností a potřeb dospělého člověka s mentálním postižením, což je v souladu s moderním pojetím diagnostiky i s principy nové koncepce sociálních služeb.

Podoba diagnostiky (zaměření, rozsah, metody) v rámci jedné služby se u značného počtu služeb osobní asistence (46,9%) a sociální rehabilitace (65,38%) liší na základě individuálních potřeb uživatelů dané služby. Zjištěný údaj odpovídá vysoce individualizované náplni služeb osobní asistence a sociální rehabilitace.

Srovnáním podoby diagnostiky na základě převládajícího věku uživatelů služeb jsem došla k závěru, že u věkových skupin „do 20 let“ a „45 let a více“ (u obou skupin převážně služby osobní asistence) převládá stejná podoba diagnostiky u všech uživatelů služby. Ve službách s uživateli převážně ve věku od 20 do 30 let a od 30 do 45

²⁸¹ NACHLINGEROVÁ, M. *Chráněné bydlení pro osoby s mentální retardací : míra samostatnosti, diagnostika, lokalizace*. Praha, 2006. 122 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce I. Strnadová.

²⁸² ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

²⁸³ Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

let (u obou skupin převážně služby sociální rehabilitace) se podoba diagnostiky ve většině případů liší na základě individuálních potřeb uživatelů služby.

Z analýzy výsledků šetření vyplynul rovněž rozdíl v podobě diagnostiky vzhledem k hloubce postižení uživatelů služeb a počtu přidružených postižení. Ve službách pro uživatele s lehčím postižením se podoba diagnostiky shodovala u všech uživatelů služby v 80%, ve službách pro uživatele s těžším postižením pouze ve 22,20%

Můžeme tedy říci, že ve službách, které se účastnily šetření, diagnostika adaptivního chování pravděpodobně **vychází ze zvláštností plynoucích z věku a stupně postižení uživatelů.**

Ve všech službách osobní asistence a ve většině služeb sociální rehabilitace probíhá diagnostika adaptivního chování uživatelů opakovaně v průběhu služby. Zde se opět dostáváme do shody s moderním pojetím psychopedické diagnostiky, která je pojímána jako nikdy nekončící proces a na člověka s mentálním postižením pohlíží jako na osobnost s potenciálem dalšího vývoje.²⁸⁴

Pozitivním zjištěním je **vysoká míra aktivního zapojení uživatelů služeb a jejich rodičů nebo dalších blízkých osob** do procesu diagnostiky adaptivního chování. Nejen, že jsou uživatelé služeb informováni o průběhu, účelu a výsledcích hodnocení, ale ve většině služeb se na procesu hodnocení rovněž aktivně podílí (75% služeb osobní asistence a 92,31% služeb sociální rehabilitace). Z hlediska převládajícího věku uživatelů byla aktivní účast nejpočetněji zastoupena ve službách pro osoby ve věku 20 až 30 let.

Rodiče nebo další blízké osoby uživatelů služeb jsou do hodnocení adaptivního chování zapojeni v případě 81,25% služeb osobní asistence a 100% sociální rehabilitace. Nepravidelná spolupráce výrazně převládá nad pravidelnou.

Na základě srovnání podle převládajícího věku uživatelů služeb je spolupráce s rodiči nebo dalšími blízkými osobami uživatelů procentuálně nejméně zastoupena ve věkové skupině „45 let a více“. Vzhledem k hloubce postižení je spolupráce s rodiči nebo blízkými osobami nižší u služeb pro osoby s lehčím postižením.

²⁸⁴ ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

Faktory ovlivňující vývoj a současnou úroveň adaptivního chování jsou zjišťovány v 75% služeb osobní asistence a v 50% sociální rehabilitace. U služeb sociální rehabilitace jsem čekala vyšší procentuální zastoupení kladných odpovědí, jelikož podstatou této služby je rozvoj samostatnosti uživatelů. Poznání faktorů ovlivňujících vývoj a současnou úroveň adaptivního chování přitom bez pochyby vede k efektivnějšímu plánování cílů a prostředků nácviku samostatnosti.

Na základě srovnání jsem došla k závěru, že zaměření diagnostiky na faktory ovlivňující vývoj adaptivního chování je procentuálně nejvíce zastoupeno ve službách s převládající věkovou skupinou „45 let a více“ a naopak nejméně ve službách s převládajícími věkovými skupinami uživatelů „do 20 let“ a „20 - 30 let“. Ve srovnání vzhledem k hloubce postižení uživatelů a počtu přidružených postižení se neobjevil výrazný rozdíl.

Výsledky šetření vypovídají o **minimálním využívání standardizovaných diagnostických nástrojů** určených k diagnostice adaptivního chování. Za tímto faktem dle mého názoru stojí více příčin. Standardizovanými diagnostickými nástroji, kterých se v České republice navíc mnoho nevyužívá, disponují psychologové a speciální pedagogové, kteří se na diagnostice adaptivního chování v sociálních službách osobní asistence a sociální rehabilitace podílejí v relativně malém procentuálním zastoupení. Otázkou rovněž je, nakolik by byly dostupné standardizované diagnostické nástroje v sociálních službách osobní asistence a sociální rehabilitace pro dospělé osoby s mentálním postižením užitečné. Většina organizací neprovádí komplexní hodnocení adaptivního chování, pro které bývají standardizované diagnostické nástroje navrženy, ale hodnotí pouze dílčí oblasti adaptivního chování v závislosti na zaměření služby a individuální zakázce uživatele. Výjimkou je Pracovní diagnostika České unie pro podporované zaměstnávání, která je navržena pro konkrétní potřeby programu podporovaného zaměstnávání.

K diagnostice adaptivního chování se ve všech zúčastněných službách osobní asistence a sociální rehabilitace využívají **minimálně dvě metody**. Nejvíce služeb osobní asistence využívá čtyři diagnostické metody, nejvíce služeb sociální rehabilitace využívá tři diagnostické metody. Nejfrekventovanějšími metodami jsou pozorování

uživatele v přirozených situacích a rozhovor. Některé služby si pro diagnostiku adaptivního chování uživatelů vytvářejí vlastní diagnostické nástroje. Součástí diagnostiky je v některých službách vyhodnocování individuálních plánů.

Zde se vracím k výsledkům šetření Nachlingerové (2006). Nachlingerová zjistila, že ve dvou chráněných bydleních byly sebeobslužné schopnosti hodnoceny metodou rozhovoru, v jednom případě prostřednictvím vlastního dotazníku. Nachlingerová považuje využívání pouze jedné diagnostické metody při vstupu nového uživatele do chráněného bydlení za nedostačující, za optimální označuje kombinaci metod rozhovoru a dotazníku. Malý počet využívaných diagnostických metod v chráněných bydleních, kde Nachlingerová provedla šetření, je ovlivněna faktem, že pracovníci často znali nové uživatele chráněného bydlení z jiných sociálních služeb poskytovaných danými organizacemi.²⁸⁵

V sociálních službách osobní asistence a sociální rehabilitace je patrná snaha o **objektivní diagnostiku** adaptivního chování uživatelů. Údaje o adaptivním chování uživatelů jsou převážně zjišťovány od více osob a na základě pozorování uživatele v různém prostředí. Spolupráce s rodiči nebo blízkými osobami uživatelů, zjišťování faktorů ovlivňujících vývoj a úroveň adaptivního chování a využívání více metod diagnostiky umožní pracovníkům sociálních služeb lépe porozumět svým uživatelům, jelikož stupeň postižení je jen jeden z mála činitelů ve vývoji adaptivního chování.

Ve značném počtu služeb se diagnostika adaptivního chování neřídí **žádnou metodikou** (34,40% služeb osobní asistence a 42,31% služeb sociální rehabilitace). Předpokládám, že v mnoha organizacích jsou metodiky v souvislosti s relativně nedávným povinným zavedením Standardů kvality sociálních služeb teprve vypracovávány. Povinnost poskytování služeb v souladu s písemně vypracovanou metodikou, která je běžně přístupná všem pracovníkům, udává poskytovatelům sociálních služeb kritérium 1.3 „Standardu 1. Cíle a způsoby poskytování služeb.“²⁸⁶ Dle

²⁸⁵ NACHLINGEROVÁ, M. *Chráněné bydlení pro osoby s mentální retardací : míra samostatnosti, diagnostika, lokalizace*. Praha, 2006. 122 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce I. Strnadová.

²⁸⁶ ČERMÁKOVÁ, K., JOHNNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe : průvodce poskytovatele*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80 - 86552 - 45 -4.

mého názoru by měla být metodika hodnocení adaptivního chování uživatelů součástí metodických materiálů pro individuální plánování. Ve většině ostatních služeb je adaptivní chování uživatelů hodnoceno na základě vlastní **metodiky zpracované na základě Standardů kvality sociálních služeb.**

Vzdělávání pracovníků v oblasti adaptivního chování a jeho hodnocení probíhá dle odpovědí respondentů v nadpoloviční většině zúčastněných služeb. Většinou se však jedná o kurzy obecnějšího zaměření (problematika mentálního postižení, sociálních služeb, terapeutických metod apod.) Dalšími prostředky vzdělávání pracovníků jsou konzultace s metodickým pracovníkem a týmové supervize či intervize. Faktorem ovlivňujícím vzdělávání pracovníků jsou finanční možnosti organizací a dostupná nabídka vzdělávacích aktivit. Předpokládám, že vzhledem k požadavkům na další vzdělávání pracovníků sociálních služeb plynoucím ze zákona č. 108/2006 se bude vzdělávací nabídka nadále rozšiřovat.

6. Model diagnostiky adaptivního chování

6.1. Cíl a dílčí otázky šetření

Úkolem druhého šetření, provedeného v rámci praktické části, je ověřit mnou navržený diagnostický nástroj pro potřeby pražského občanského sdružení Podpora samostatnosti OSA, kde od roku 2006 pracuji. Jedná se o „Dotazník podpory“ zaměřený na zjišťování oblastí a formy podpory uživatelů na tréninkovém letním pobytu „Týden samostatnosti.“ Ráda bych, aby toto šetření napomohlo sjednocení procesu hodnocení adaptivního chování uživatelů služeb a individuálního plánování v rámci pobytů a aby vzniklý nástroj hodnocení pracovníkům usnadňoval individuální práci s uživateli na pobytech.

V rámci ověřování dotazníku bych ráda odpověděla na následující dílčí otázky:

1. Jak byl dotazník užitečný?
2. Jak se s dotazníkem pracovalo?
3. Co je potřeba změnit?
4. Shodovaly se informace uvedené v dotaznících s tím, jak si uživatelé na pobytu skutečně počínali?
5. Vyplývají z šetření nějaké zásady nebo návrhy, jak s dotazníkem pracovat?

6.2. Podpora samostatnosti Osa

Posláním organizace je umožnit lidem s mentálním a kombinovaným postižením žít co možná nejkvalitnější život podle jejich představ, podobně jako jejich vrstevníci bez postižení. Tedy poskytnout těmto lidem podporu při rozvoji samostatnosti a kompenzovat to, co díky svým omezením nezvládají sami. Součástí a samozřejmostí je úsilí o začlenění do společnosti, tedy setrvávání v přirozeném prostředí a využívání běžných služeb.

Organizace byla založena v srpnu roku 2003 a od 1. 1. 2004 začala oficiálně poskytovat sociální služby lidem s mentálním a kombinovaným postižením starším šestnácti let. Založení sdružení představovalo osamostatnění programu Sami za sebe, který do té doby fungoval v rámci občanského sdružení Rytmus, a to již od roku 1996.

Aktivitami projektu Sami za sebe byla osobní asistence, individuální nácvik samostatnosti, skupiny sociálních dovedností a víkendové výcviky samostatnosti Dialogy zaměřené na seznamování s jednotlivými oblastmi každodenního života.

V současné době Podpora samostatnosti OSA nabízí následující programy:

Individuální podpora - osobní asistence nebo sociální rehabilitace. Službou provází uživatele konzultant, který poskytuje základní poradenství, zjišťuje potřeby a cíle uživatele, řídí proces individuálního plánování, spolupracuje s uživatelem služeb při naplňování individuálního cíle, spolupracuje s rodinou a dalšími osobami dle potřeb uživatele (poskytovatelé sociálních služeb, ošetřující lékaři apod.), koordinuje činnost osobních asistentů.

Kurzy samostatnosti - viz kapitola 3.4.2.1

Tréninkové pobyty - čtyřikrát do roka se koná víkendový výcvik Dialogy zaměřený na seznamování účastníků s jednotlivými oblastmi každodenního života (např. „Šaty dělají člověka“, zdravý životní styl, možnosti trávení volného času, zacházení s penězi apod.). Skupinu účastníků tvoří dvanáct uživatelů služeb, z nichž každý má k dispozici dobrovolného osobního asistenta, a čtyři lektori (dva se věnují programu, dva dobrovolníkům). Dalším cílem Dialogů je ukázat lidem s mentálním postižením, že mohou samostatně přemýšlet, rozhodovat se a prosazovat vlastní názory, důraz je kladen i na schopnost převzít odpovědnost za svá rozhodnutí. Jednou do roka se koná týdenní letní tréninkový pobyt s názvem Týden samostatnosti. Vzhledem k cíli šetření věnuji tomuto pobytu následující kapitolu.

Volnočasové skupiny - v současné době fungují čtyři volnočasové skupiny se stálou sestavou průměrně pěti uživatelů služeb. Členy skupin jsou rovněž dobrovolní osobní asistenti. Činnost skupin odborně zajišťují konzultanti. Náplní činnosti volnočasových skupin je plavání (1 skupina), bowling (1 skupina) a dvě skupiny se scházejí v centru Prahy a domlouvají se na činnosti podle aktuálního zájmu uživatelů (procházky, výstavy, kino apod.). Společným jmenovatelem všech skupin je trávení volného času v běžném prostředí.

Podpora samostatnosti OSA dlouhodobě spolupracuje s dobrovolníky, kteří se různou mírou podílejí na všech nabízených programech. Jako organizace zajišťující

dobrovolnickou službu je občanské sdružení akreditováno Ministerstvem vnitra od roku 2003.

Mezi další činnosti Podpory samostatnosti OSA patří výcviky pro osobní asistenty (základní třídení výcvik asistentů pro práci s dospělými lidmi s mentálním postižením akreditovaný v rámci dalšího vzdělávání sociálních pracovníků dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) a osvětové aktivity. V rámci osvěty probíhají besedy na středních školách o problematice osob s mentálním postižením, na kterých se podílejí i dobrovolníci a uživatelé služeb.

6.3. Týden samostatnosti

Týden samostatnosti pořádá Podpora samostatnosti OSA od roku 2004. Jedná se o letní týdenní pobyt mimo Prahu, kde mají uživatelé možnost vyzkoušet si samostatnou přípravu jídla a trávení volného času, procvičit si sociální a komunikační dovednosti. Pobyt probíhá v penzionech s běžným provozem pro veřejnost, pro dopravu na pobyt i v rámci pobytu jsou využívány prostředky hromadné dopravy.

Sestavu účastníků tvoří zpravidla dvanáct uživatelů služeb, kteří pracují ve třech skupinkách, z nichž každá má k dispozici dva osobní asistenty. Činnost každé skupiny koordinuje jeden lektor. Úkolem lektorů je vedení programu i provozu celého týdne, koordinování práce ve skupině, koordinování individuální práce s uživateli (dohled nad přiměřenou mírou podpory, podpora a zpětná vazba při plnění individuálních cílů), podpora a vedení osobních asistentů (individuální i skupinové konzultace). Asistenti podporují uživatele ve své skupině podle jejich individuálních potřeb a cílů během programu, volnočasových aktivit i při obstarávání každodenních potřeb (sebeobsluha, hospodaření s penězi apod.). Podílejí se na zpětné vazbě uživatelům a na hodnocení. Při poskytování podpory je kladen důraz na to, aby probíhala jen v oblastech, kde ji konkrétní uživatel potřebuje a aby byl uživatel podporován ve vlastním rozhodování. Při hodnocení individuálních cílů i práce skupiny je dán prostor uživatelům, kteří jsou podporováni v sebehodnocení a vyjadřování vlastních názorů.

Jedním z hlavních cílů práce ve skupinách je samostatné hospodaření každé skupiny - příprava snídaní a večeří. Každá skupina má k dispozici jednu kuchyňskou linku s příslušenstvím a prostor pro skladování potravin.

Dopolední program je zaměřen na praktické úkoly vztahující se k tématu samostatného života. Náplň, témata a forma úkolů jsou přizpůsobeny potřebám každé skupiny podle individuálních potřeb a cílů uživatelů. Značnou část dopoledního programu tvoří plánování večeře a snídaně na následující den. Uživatelé, lektor i asistenti jsou rovnocennými členy skupiny, úlohou lektora je v této fázi programu spíše podpora vzájemné domluvy uživatelů a moderování skupiny. Plánování představuje:

- rozhodnutí skupiny pro konkrétní pokrm a nápoj
- vytvoření seznamu potřebných surovin
- porovnání seznamu s aktuálním stavem zásob skupiny
- definování činností, které je třeba vykonat (napsat nákupní seznam; nakoupit; úkony v souvislosti s přípravou konkrétního pokrmu - např. oškrábat brambory, nastrouhat sýr nebo uvařit čaj)
- rozdělení úkolů - účastníci se o úkoly sami hlásí a lektor dohlíží, aby se dostalo na každého a aby byl úkol pro daného účastníka přiměřený.

Díky podpoře osobních asistentů se mohou do plánování a přípravy pokrmů zapojit všichni členové skupiny - i lidé s těžším postižením.

Odpolední program je prostorem pro volnočasové aktivity podle zájmů uživatelů. Uživatelé jsou podporováni v plánování a domluvě trávení svého volného času. Při plánování volného času jsou využívány například symbolická znázornění aktivit, které je možné v místě pobytu vykonávat, aby měli uživatelé podklady pro svá rozhodnutí. Uživatelé tráví svůj volný čas individuálně či ve skupinách především podle toho, jak se každé odpoledne dohodnou s ostatními účastníky, lektory a asistenty. Asistenti v této fázi poskytují spíše neformální podporu.

Týdnu samostatnosti předcházejí individuální schůzky lektorů s účastníky, kterých se většinou účastní i jejich rodiče nebo jiné blízké osoby. Účastníci jsou informováni, že nejedou na dovolenou s organizovaným programem na celý den, ale že mají příležitost zkusit si nové věci nebo se v nich zdokonalit, uvědomit si obtíže, hledat

řešení možných problémů, připravit se na nové situace, které by je mohly zaskočit, seznámit se s novými lidmi a že to, jak budou trávit svůj volný čas, záleží především na nich. Lektoři na schůzkách zjišťují, v čem potřebují účastníci podporu, co zvládnou bezpečně sami a co by se chtěli na Týdnu samostatnosti naučit. Jsou stanoveny individuální cíle. Pro tyto účely jsem vytvořila „Dotazník podpory“ (Příloha 5), jehož využitelnost byla ověřena při šetření.

6.4. Dotazník podpory

6.4.1. Cíl dotazníku

Dotazník byl sestaven za účelem zjišťování individuálních potřeb a cílů účastníků při individuálním plánování podpory na Týdnu samostatnosti. Cílem Týdne samostatnosti je podpora a rozvoj samostatnosti a nezávislosti účastníků v oblastech každodenního života, v rozhodování a odpovědnosti. Abychom účastníkům umožnili rozvoj ve zmíněných oblastech, poskytovaná podpora nesmí být nepřiměřeně nízká a ani nepřiměřeně vysoká. Nepřiměřeně vysoká podpora uživatele činí závislým, nepřiměřeně nízká podpora klade na uživatele příliš vysoké nároky a může ohrozit jeho psychické a fyzické zdraví a pohodu.

Přiměřenou míru podpory můžeme poskytovat na základě informací o aktuální úrovni adaptivního chování uživatele, o jeho silných a slabých stránkách, o míře a formě podpory, na kterou je zvyklý a na základě informací o zdravotním stavu uživatele. Tyto informace by měl Dotazník podpory přinášet.

6.4.2. Stavba dotazníku a postup konstrukce

Dotazník byl sestaven na základě konzultací s kolegy - lektory Týdnu samostatnosti. Mluvili jsme o tom, jaké informace o uživateli potřebujeme mít vzhledem k programu a cílům pobytu a způsobu naší práce, co nám usnadní práci, v jakých situacích by mohla být ohrožena bezpečnost uživatelů apod. Uplatnila jsem i vlastní zkušenosti z pobytů s Podporou samostatnosti OSA. Inspirací při sestavování dotazníku bylo studium některých používaných diagnostických nástrojů a především

publikace od americké organizace Young Adult Institute, která provází poskytovatele tvorbou vlastního diagnostického nástroje.²⁸⁷

Dotazník podpory je rozdělen na pět částí. První část je zaměřena na zdraví uživatele. Zjišťuje, zda má uživatel nějaké zdravotní obtíže, prevenci zdravotních obtíží, projevy zdravotních obtíží, potřebné zákroky při akutních stavech, možné spouštěče akutních stavů, přítomnost problémového chování, do jaké míry je uživatel sám schopen pečovat o své zdraví a jakou v tom potřebuje podporu. Druhá a třetí část mapují míru nezávislosti a potřebné podpory v oblastech adaptivního chování, které jsou na Týdnu samostatnosti důležité (sebeobsluha, bezpečnost, nakupování, samostatný pohyb, obsluha spotřebičů apod.). U jednotlivých položek zaměřených na dílčí dovednosti můžeme pomocí nabízených odpovědí zjistit, zda uživatel dovednost ovládá samostatně či zda potřebuje připomenutí, dohled nebo fyzickou pomoc a jak má pomoc vypadat. V dotazníku jsou využívány polozavřené nebo otevřené položky. Čtvrtá část dotazníku poskytuje prostor pro shrnutí oblastí, v nichž uživatel potřebuje podporu a pro zaznamenání domluvených individuálních cílů, které mohou vyplynout při vyplňování dotazníku s uživatelem.

Dotazník podpory je nástrojem pro zjištění individuálních potřeb a cílů účastníků Týdne samostatnosti a pomůckou při individuální práci s uživateli na pobytu. Přehledná struktura dotazníku by měla napomoci rychlému dohledání potřebné informace.

6.5. Průběh šetření a popis souboru

Ověřování Dotazníku podpory probíhalo v červnu a červenci 2008 v období příprav Týdne samostatnosti, na Týdnu samostatnosti (28. 6. - 5. 7. 2008), kterého jsem se účastnila jako osobní asistentka a pomocná lektorka, i po jeho konci. Na šetření se podílelo mnoho osob.

Na Týden samostatnosti se přihlásilo 13 uživatelů služeb (10 s lehkým až středním mentálním postižením, 3 s těžkým mentálním postižením). 12 uživatelů se znalo s většinou z lektorů i asistentů z jiných programů Podpory samostatnosti OSA.

²⁸⁷ *Strategies for Seniors with Special Needs : program manual.* New York: Young Adult Institute, 1992.

V přípravné fázi Týdne samostatnosti proběhlo vyplnění 13 dotazníků na individuálních schůzkách.

Na 5 schůzkách lektorů s uživateli, kterých se ve 3 případech účastnil i jeden z rodičů, jsem po souhlasu všech zúčastněných provedla pozorování. Bezprostředně po schůzkách jsem vykonala polostrukturované rozhovory zvláště s účastníky (5 rozhovorů) a zvláště s jejich rodiči (3 rozhovory). Jeden z těchto rozhovorů byl nepoužitelný, jelikož se nepodařilo udržet téma rozhovoru. Reakce 2 dalších rodičů a opatrovnice se mi podařilo získat formou emailu.

Během přípravné fáze pobytu jsem rovněž průběžně vedla polostrukturované rozhovory s lektory (dle jejich časových možností) o práci s dotazníkem při schůzkách. Kolegové za mnou zároveň průběžně přicházeli s dalšími postřehy, takže nakonec bylo uskutečněno i několik nestrukturovaných rozhovorů. Celkově jsem v přípravné fázi Týdne samostatnosti zaznamenala 7 rozhovorů s lektory o práci s dotazníkem při individuálních schůzkách.

Na samotném pobytu nebylo možné, vzhledem k náročné práci s uživateli, vykonávat žádný strukturovaný sběr dat. Jelikož jsem však pracovala s čtyřmi dotazníky uživatelů jedné ze skupin, mohla jsem sama provést reflexi využitelnosti dotazníku. Zdrojem informací byly i občasné nestrukturované neformální rozhovory s ostatními asistenty. Takto získaná data jsem si průběžně zaznamenávala formou písemných poznámek.

Závěrem šetření byly polostrukturované rozhovory s lektory vedené po skončení Týdne samostatnosti. Vzhledem k dlouhodobé dovolené jednoho z lektorů proběhly pouze dva závěrečné rozhovory.

6.6. Metody šetření a zpracování dat

6.6.1. Akční výzkum

Ověřování dotazníku probíhalo formou akčního výzkumu. Akční výzkum je proces systematické reflexe profesních situací, který provádí sám pedagogický pracovník, a na základě jejich poznání se tyto situace pokouší zlepšit.²⁸⁸ „V pedagogice je tedy akční výzkum chápán jako nástroj, který učitelům pomáhá lépe poznávat problémy své vlastní praxe a řešit je.“²⁸⁹ Cílem akčního výzkumu není produkovat obecně platné poznání, ale získat konkrétní poznatky o konkrétním problému, na jejichž základě lze tento problém řešit.²⁹⁰

Výzkumné otázky v akčním výzkumu vyplývají z potřeb výzkumníka a v průběhu výzkumu se mohou, stejně jako plán výzkumu, měnit. V akčním výzkumu není kladen požadavek na reprezentativnost a stálost výzkumného vzorku. Sběr dat může být změněn v průběhu výzkumu. Výsledky jsou výzkumníkovy bezprostředně k dispozici, vycházejí z jeho zkušenosti, jsou subjektivní a jejich platnost je vázána na konkrétní vzorek a prostředí výzkumu.²⁹¹

V akčním výzkumu jsou uplatňovány stejné metody sběru dat, jako při klasickém pedagogickém výzkumu a při pedagogicko-psychologickém diagnostikování - pozorování, rozhovor, analýza produktů činnosti, transkripce audio nebo videozáznamů apod.²⁹²

Na získávání poznatků o problému pomocí akčního výzkumu navazuje akce - uplatnění řešení problému, ke kterému výzkumník na základě předchozího výzkumu došel.²⁹³ „V zásadě jde o dvě fáze, které se opakují v gradujícím cyklu. Žádoucí je, aby se akce neustále zlepšovala (...).“²⁹⁴ V případě mého šetření bude touto akcí úprava dotazníku a návrhy jeho použití, které budou zahrnuty do metodiky pobytů.

²⁸⁸ MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.

²⁸⁹ MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2004. s. 52. ISBN 80-7315-078-6.

²⁹⁰ MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.

²⁹¹ MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.

²⁹² MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.

²⁹³ MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.

²⁹⁴ MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2004. S. 57. ISBN 80-7315-078-6.

6.6.2. Pozorování

Pozorování je nejstarší a nejrozšířenější metodou získávání dat v pedagogické realitě.²⁹⁵ Bývá definováno jako sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména chování osob, průběhu dějů apod.²⁹⁶

Mezi výhody pozorování patří fakt, že nezávisí na schopnosti pozorovaného poskytnout informace a zaznamenává situace bezprostředně v tom časovém úseku, ve kterém trvá. Tím je dána nenáročnost na subjekt pozorování.²⁹⁷

Pozorování však nedokáže postihnout nic, co přesahuje jeho časový rámeček a je zaměřeno pouze na vnější projevy chování. Pozorování se proto často uplatňuje v kombinaci s metodou dotazování, kterou se dají zmíněná omezení do určité míry kompenzovat.²⁹⁸

Samotnému pozorování musí předcházet vymezení předmětu a cíle pozorování, stanovení systému kategorií, do kterých se budou pozorované jevy zařazovat, zajištění přístupu do prostředí, kde bude pozorování probíhat, vytvoření atmosféry důvěry v případě zjevného pozorování.²⁹⁹ Vhodné je předem vypracovat záznamový arch.³⁰⁰

V rámci pozorování jsem se soustředila na to, jakým způsobem lektor dotazník využívá, zda respondenti porozuměli otázkám či zda je bylo třeba upřesnit, a jakým způsobem byly domluveny individuální cíle uživatelů. Pro tyto účely jsem vypracovala záznamový arch (*Příloha 6*), který mi umožnil rychlý a snadný záznam pozorovaných jevů.

6.6.3. Rozhovor

Rozhovor je výzkumnou metodou, která nám umožňuje získat fakta, ale zároveň i hlouběji proniknout do postojů a motivů respondentů. Protože je rozhovor postaven na interpersonálním kontaktu, můžeme podle vnějších projevů respondenta

²⁹⁵ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978 - 80 - 247 - 1369 - 4.

²⁹⁶ PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-029-4.

²⁹⁷ Surynek, A., Komárková, R., Kašparová, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha : Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.

²⁹⁸ Surynek, A., Komárková, R., Kašparová, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha : Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.

²⁹⁹ Surynek, A., Komárková, R., Kašparová, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha : Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.

³⁰⁰ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

usměrňovat průběh rozhovoru, měnit formulace otázek, žádat o vysvětlení odpovědi nebo klást dodatečné otázky. Rozeznáváme tři druhy rozhovorů - strukturovaný, nestrukturovaný (volný) a polostrukturovaný, který se může blížit buď strukturované, nebo nestrukturované formě.³⁰¹

K nevýhodám metody rozhovoru patří vyšší časová náročnost vzhledem k dalším metodám dotazování a obtížnější zpracování individualizovaných odpovědí.³⁰²

V rámci šetření jsem použila především metodu polostrukturovaného rozhovoru, jehož cílem bylo zodpovězení předem připraveného souboru otázek pro každou skupinu respondentů (*Příloha 7*). Rozhovory byly nahrány na diktafon. Tato technika záznamu umožňuje plné soustředění tazatele na vedení rozhovoru a snižuje riziko zkreslení výpovědi respondenta.

Každému rozhovoru předcházelo nejprve srozumění respondentů s cílem šetření, ujištění, že získané informace budou použity pouze pro účely diplomové práce a pro metodiku pobytů. Následovala žádost o souhlas se záznamem rozhovoru na diktafon. Velkou výhodou pro mě byl fakt, že jakožto pracovnice sdružení, jsem většinu respondentů osobně znala, což velice usnadnilo navázání raportu. Obecně mohu říci, že jsem se setkala s vysokou ochotou respondentů spolupracovat. Tento fakt byl bezpochyby podpořen praktickým přínosem celého šetření pro organizaci.

Při vedení rozhovorů jsem se snažila zachovat podmínky doporučené pro použití této techniky. Pro vedení všech rozhovorů jsem zajistila tiché a nerušené prostředí v prostorách občanského sdružení Podpora samostatnosti Osa. Snažila jsem se klást srozumitelné otázky a vyhnout se návodným formulacím.

V případě rozhovorů s uživateli služeb jsem musela znění otázek přizpůsobovat jejich schopnosti porozumění. Často jsem měla pocit, že odpovědi zrcadlí spíše jejich představu o tom, co chci slyšet, aniž by porozuměli otázce. Pro ujištění, zda pochopili mé otázky, jsem odpovědi doplňujícími otázkami ověřovala. Obtíže s porozuměním se objevovaly především v otázce č. 3. Tuto otázku bylo třeba ve všech případech zopakovat, jinak formulovat a vysvětlovat příklady.

³⁰¹ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

³⁰² PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha : Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8.

V rozhovorech se všemi respondenty jsem uplatňovala techniky pro udržení kontinuity rozhovoru: přitakání, krátké odmlky, zopakování části výpovědi, žádost o dodatečnou informaci nebo povysvětlení v případě nejasné odpovědi, navracení k tématu rozhovoru apod.³⁰³

6.6.4. Metoda zpracování dat

Základním krokem pro zpracování dat byl přepis rozhovorů v původním znění a uspořádání ostatního získaného materiálu (záznamové archy vyplněné při pozorování, elektronická korespondence s rodiči, poznámky z neformálních rozhovorů).

Fáze zpracovávání dat spočívala z větší části v práci s přepsanými rozhovory. Za tímto účelem jsem využila metodu kódování. „Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby.“³⁰⁴ Prvním krokem byla kategorizaci individuálních výpovědí na základě vztahu k jednotlivým dílčím otázkám. Pro tento účel byl text označován barvami přiřazenými k dílčím otázkám. Takto získané údaje byly sloučeny do podoby ucelených informací.

Úvodní část analýzy dat tvoří souhrn průběhu práce s Dotazníky podpory, vytvořený na základě výpovědí lektorů a vlastního pozorování. Odpovědi na dílčí otázky jsou sestaveny na základě sloučení informací získaných ze všech zdrojů, z nichž největší podíl tvořili obsáhlé výpovědi lektorů. Při analýze jsem se rozhodla věnovat zvláštní pozornost reakcím uživatelů služeb, jejich rodičů, opatrovnice a osobních asistentů.

³⁰³ PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha : Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8.

³⁰⁴ STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice : Albert, 1999. s. 39. ISBN 80-85834-60-X.

6.7. Analýza získaných dat

6.7.1. Průběh vyplňování Dotazníku podpory

Před Týdnem samostatnosti bylo na individuálních schůzkách celkem vyplněno 13 dotazníků. 9 schůzek se účastnili uživatelé spolu s rodičem, jedna schůzka proběhla pouze s užívatelkou, jedna schůzka pouze s matkou (z důvodu dlouhodobého pobytu účastníka mimo Prahu). V jednom případě vyplnila lektorka dotazník zvlášť s účastnicí a zvlášť s její opatrovnici.

V jednom případě se opatrovnice z časových důvodů odmítla dostavit na schůzku, ale kvůli těžkému stupni mentálního postižení uživatele nebylo možné vyplnit dotazník pouze s uživatelem bez její přítomnosti. Proto byl dotazník opatrovnici zaslán elektronicky. Lektorka poté iniciovala dodatečnou schůzku, které se nakonec účastnila pouze opatrovnice, pro upřesnění údajů. Část uvedených informací totiž neodpovídala zkušenostem, které lektorka s účastníkem měla na základě dlouhodobé spolupráce v individuální podpoře, a několik položek nebylo zodpovězeno.

Ve všech případech byl dotazník použit jako podklad a záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor. V případě společných schůzek s uživateli s lehkým až středním stupněm mentálního postižení a jejich rodiči (8 schůzek) byly otázky primárně směřovány na uživatele. Rodiče do rozhovorů zasahovali v případě nepřesných odpovědí, nepochopení otázky, nebo pokud se uživateli otázku nepodařilo zodpovědět. Nastávaly i situace, kdy měli rodič a uživatel na nějakou otázku odlišný názor (např. ohledně alkoholu nebo problémového chování). V těchto případech byla vedena diskuze, hledalo se společné řešení.

Na společných schůzkách rodičů a uživatelů s těžkým mentálním postižením (2 schůzky) se lektorka rovněž snažila o maximální zapojení uživatelů a směřovala otázky na uživatele. Rodiče zde byli v porovnání s předchozími schůzkami více aktivní a dostávali do role facilitátorů - převáděli otázky do kontextu osobních zkušeností uživatele. K odpovědím uživatelů se rovněž více vyjadřovali.

Jedna zájemkyně o pobyt se po úvodní schůzce, kde byl vyplněn dotazník, rozhodla, že se Týdne samostatnosti nezúčastní.

6.7.2. *Zodpovězení dílčích otázek šetření*

Dílčí otázka 1.: Jak byl dotazník užitečný?

Dotazník podpory byl obecně shledán jako užitečný. Využívání dotazníku přineslo následující výhody:

- Možnost blíže se seznámit s uživatelem i rodičem / opatrovníkem prostřednictvím rozhovoru při vyplňování a vytvořit tak podmínky pro lepší spolupráci.
- Získání informací o uživateli strukturovanou formou umožňuje zjistit informace, které by mohl pracovník při nestrukturovaném rozhovoru opomenout, nebo které by si uživatel či rodič nemuseli sami od sebe vybatvit jako důležité.
- Během vyplňování lze zároveň přehledně provést uživatele i rodiče průběhem Týdne samostatnosti. Pro uživatele, kteří už na týdnu samostatnosti byli, a jejich rodiče to může být zopakování.
- Rozhovor nad dotazníkem může uživateli přiblížit dění na Týdnu samostatnosti a pomoci mu rozhodnout se, zda se pobytu chce účastnit a co by se mohl naučit. Na základě podrobného rozboru situací z předchozího Týdne samostatnosti se jedna zájemkyně rozhodla, že se pobytu nebude účastnit.
- Dotazník byl užitečný jako pomocný nástroj pro dohodnutí individuálních cílů uživatelů služeb pro Týden samostatnosti.
- Lektorům se zdálo, že dotazník vyvolal dobrý dojem u rodičů, kteří viděli jejich snahu poznat uživatele a jeho potřeby v oblasti každodenního fungování a bezpečnosti.
- Většinu účastníků a rodičů lektoři osobně znali z jiných programů Podpory samostatnosti OSA. I u těchto uživatelů však přinesl dotazník nové informace a umožnil lépe poznat postoje uživatelů i rodičů.
- Rozhovor nad dotazníkem může vytvořit prostor pro sebereflexi uživatelů i rodičů.

- Dotazník vytvořil bezpečný prostor pro rozhovor o obtížnějších tématech - například o tom, zda uživatel může pít alkohol nebo o předcházení krizovým situacím, které mohou nastat, a o jejich řešení.
- Dotazník umožňuje kdykoliv si zopakovat a připomenout domluvy ohledně práce s jednotlivými uživateli a individuálních cílů, jejich bezpečnosti, zdraví, medikace apod. Tyto informace jsou pohromadě v rámci jednoho dokumentu.
- V rámci pobytu došlo na přechod dvou uživatelů do jiné skupiny, jejichž lektoři tím pádem neměli osobní schůzku s rodiči. V tomto případě spolu lektoři prošli dotazníky obou uživatelů, což zjednodušilo vzájemnou výměnu informací.
- Na dotazník lze odkázat v rámci situace, kdy uživatel poruší nějakou předem stanovenou dohodu. V tu chvíli je možné s uživatelem diskutovat a odvolávat se na dotazník, na jehož vyplnění se aktivně podílel a který podepsal.
- Dohody stanovené před odjezdem na pobyt může být pro uživatele snadnější dodržet.

Díličí otázka 2.: Jak se s dotazníkem pracovalo?

Celkové hodnocení práce s dotazníkem lektory:

- Vyplňování dotazníků trvalo 1 až 2 hodiny.
- Dva z lektorů se vyjádřili, že jim dotazník přišel příliš dlouhý. Zároveň však považují všechny informace zjišťované dotazníkem za nezbytné.
- Lektoři považovali dotazník za přehledný.
- Byl oceněn prostor pro vpisování poznámek u každé otázky.
- Dvěma lektorům přišlo zbytečné rozepsání jednotlivých možností podpory při otázkách v oblasti sebeobsluhy a bezpečnosti. Stačily by možnosti: „Zvládnou to sám/a“, „Nevím, nikdy jsem to nezkoušel/a“ a „Potřebuji pomoci. Jak?“. Stačilo by, aby měl lektor na paměti možnosti pomoci (připomenutí, rada, dohled, fyzická pomoc).
- Při jednom z rozhovorů lektorka považovala za nepříjemné začínat otázkami na oblast zdraví, jelikož daná uživatelka i její matka považují toto téma za velmi citlivé.

Připomínky k jednotlivým položkám plynoucí z rozhovorů a pozorování:

- Příklady zdravotních obtíží v položce č. 1 v sekci o zdraví by měly být rozšířeny o srdeční a kloubní choroby, bývají opomínány i bolesti zubů.
- V případě epilepsie v rámci položky č. 1 v sekci o zdraví je třeba zjistit četnost a typ záchvatů, a zda záchvatu předchází aura.
- Položka č. 4 v sekci o zdraví by měla být rozšířena o zdůvodnění situace, kdy si uživatel nevezme pravidelné léky, aby nebyla vzbuzována nedůvěra k organizaci. Důvodem může být např. zapomenutí uživatele, pokud si léky bere sám; ztráta léků; vyvracení apod. Otázky by měla zjišťovat, jak poznáme, že si uživatel léky nevezl (epileptický záchvat, nevolnost, hyperaktivita apod.).
- Položka č. 9 v sekci o zdraví přinesla podle lektorů důležité informace. Formulaci položky považoval jeden lektor za obtížně srozumitelnou pro uživatele. Možnosti výběru nepovažuje za důležité rozepisovat, ale stačí uvést jako příklady v závorce. Zároveň postrádal prostor pro komentář k jednotlivým situacím.
- V rámci položky č. 9 v sekci o zdraví může být pomáhající prvek v náročné situaci nejen pomoc ze strany okolí, ale i určitá změna v chování uživatele (jedna uživatelka například vypověděla, že pokud je rozrušená z toho, že jí někdo říká, co má dělat, uvolňuje se tím, že hodně mluví sama pro sebe).
- U položky č. 10 v sekci zdraví kolegyně postrádala prostor pro vepsání popisu chování uživatele bezprostředně před projevem problémového chování. Dotazník by podle kolegyně měl zjišťovat, zda problémovému chování předcházejí nějaké projevy, které upozorní například na blížící se nástup agrese vůči svému okolí.
- Některé formulace použité v položce č. 10 v sekci o zdraví považovali lektoré za příliš tvrdé. Například v možnosti „že utíkáte pryč od ostatních“ padl návrh použít slovo „odcházíte“. Za problematickou považuje formulaci „že lžete?“, jelikož se nemusí jednat o úmyslnou lež, ale například o situaci, kdy uživatel popírá únavu, nebo že něco nedokáže či neví. Zde je možné zjišťovat, zda je uživatel schopen dodržet domluvu. Braní cizích věcí rovněž nemusí být jen

projevem problémového chování, ale i tím, že uživatel nemá přehled o svých věcech. Dalším návrhem bylo zrušit nabízené možnosti projevů problémového chování, jelikož jsou projevy, které nelze takto kategorizovat.

- Dva lektoři se zmínili, že některé položky v sekci zdraví týkající se projevů, předcházení a řešení zdravotních obtíží by se dali sloučit, jelikož respondenti v rozhovoru u zdravotních obtíží většinou sdělovali všechny tyto informace najednou. V rámci této sekce proto navrhovali vytvořit tabulku, kde budou kolonky o jednotlivých zdravotních obtížích obsahovat všechny tyto informace.
- Položky u sekce bezpečnost přišly lektorům příliš obecně formulované. Při rozhovoru používali příklady vztahující se k možným situacím na Týdnu samostatnosti. Uvítali by mít tyto příklady u jednotlivých položek uvedeny. Například u položky č. 3 „Vyjít s penězi, aby mi vystačily na celý týden“ by mohl být uveden příklad: „Zvládnete neutratit všechny peníze během prvních třech dnů a ušetřit si peníze na odjezd domů?“
- Položku č. 14 v sekci o bezpečnosti považují lektoři za příliš abstraktní, čímž postrádá výpovědní hodnotu. Navrhují nahradit ji konkrétnější otázkou s příkladem.
- Při vyplňování položky č. 15 v sekci o bezpečnosti je třeba vzít v potaz epilepsii.
- Často nebyly vyplněny závěrečné otázky u jednotlivých sekcí, které zjišťují, zda je ještě něco, co bychom měli o uživateli v dané oblasti vědět.
- Lektoři během pobytu nejčastěji používali závěrečnou část dotazníku, kde jsou vypsány individuální cíle uživatelů - při každodenním i závěrečném hodnocení účastníků. Formulace této položky však byla označena za nepřesnou, jelikož cílem nemusí být úplné, ale pouze částečné osamostatnění uživatele při určitých úkonech. Návrh formulace byl například „Na Týdnu samostatnosti se zaměříme na ...“
- Položka shrnující v závěrečné části podporu, která bude na základě dotazníku uživateli poskytována, považují lektoři vesměs za zbytečnou. Při úvodních schůzkách ji z důvodu celkové časové náročnosti rozhovoru nikdo nevyplnil.

V případě potřeby shrnutí by se dala vyplnit dodatečně. Tuto potřebu ale nikdo nepociťoval.

- Z pozorování vyplynulo, že doplňující vysvětlení byla nejvíce potřebná u položky č. 9 v sekci o zdraví a u položek č. 8 a 14 v sekci o bezpečnosti. V případě položky č. 8 bylo třeba vysvětlit, že na pobytu se jedná o cestování v doprovodu asistentů. Lektoři museli celkově nejvíce upřesňovat otázky v sekci o bezpečnosti (nadpoloviční většina) a nejméně v sekci o sebeobsluze.

Dílčí otázka 3.: Co je potřeba změnit?

Dva lektoři se vyjádřili, že dotazník je příliš dlouhý. Na základě komentářů k jednotlivým položkám můžeme dotazník obsahově zkrátit prostřednictvím vynechání závěrečných otázek, zjišťujícím, zda jsou nějaké informace, které bychom o účastnících pobytu měli v dané oblasti ještě vědět, a vynechání prostoru pro shrnutí podpory v závěrečné části dotazníku. Další možností zkrácení je zredukování počtu nabízených odpovědí u položek, které zjišťují, zda uživatel jednotlivé úkony ovládá samostatně nebo s určitou formou pomoci. Tyto úpravy však pravděpodobně nesníží časovou náročnost vyplňování dotazníku.

Dle mého názoru může dobu vyplňování dotazníku urychlit sjednocení položek č. 1, 2 a 3 v sekci o zdraví do přehledné tabulky, kde základní kolonky budou obsahovat jednotlivé zdravotní obtíže uživatelů.

Nejvíce úprav bude spočívat ve změnách formulací jednotlivých položek dotazníku a v přidávání konkrétních příkladů k položkám, které budou sloužit lektorům jako podklad pro vedení rozhovoru.

Po skončení Týdne samostatnosti lektoři v rozhovorech uvedli mnoho dalších informací, které dotazník nezjišťoval, ale lektoři by je při práci s uživateli uvítali. Požadované informace se týkaly nejvíce komunikace a sociálních dovedností, potencionálních krizových situací a zdravotních obtíží. Tyto informace budou zahrnuty do dotazníku v rámci úprav, nebo se objeví v metodice pobytů. V následujícím výčtu uvádím informace, které by lektoři považovali za užitečné:

- Zdravotní obtíže by se dali rozšířit o informace zjišťující, jaký má uživatel práh bolesti.

- V rámci hygieny by mělo být zjišťováno, zda se vyskytuje noční inkontinence.
- Položka č. 6 v sekci o bezpečnosti by měla být rozšířena a zjišťovat, zda je uživatel schopen řešit situaci, když se ztratí. S uživatelem by měl být dohodnut konkrétní postup řešení této situace.
- Lektori považují za užitečné údaje o specifikách komunikace a sociálních dovednostech uživatelů - především v případě nových uživatelů. V dotazníku nebylo zaneseno, jak řešit možné obtížné situace s lidmi, kteří mají problémy v komunikaci. Jedna lektorka se vyjádřila, že by jí pomohlo znát zkušenosti rodičů.
- V dotazníku by mohly být ve větší míře zaneseny položky zjišťující přítomnost rizikového chování. Při jednom rozhovoru bylo sděleno, že uživatel má tendence sdružovat se cizími, leckdy pochybnými, lidmi, případně si od nich brát jídlo či nápoje. Tato možnost v dotazníku nikde zmíněna nebyla. Jelikož se jedná o velmi rizikové chování, bylo by dobré toto možnost do dotazníku, případně do metodiky k práci s dotazníkem, uvést. V dotazníku nebyla zanesena domluva o tom, jak postupovat, když uživatel jedná v rozporu se svými zdravotními obtížemi nebo bezpečností. Lektorka by opět uvítala zkušenosti rodičů.
- Lektorka pracující s novým uživatelem postrádala informaci o projevech přímo souvisejících s mentálním postižením - konkrétně v oblastech paměti a orientace. Tyto informace by napomohly porozumět jeho obtížím při plnění některých úkolů.
- U nových uživatelů by byly dále užitečné informace o zájmech, zálibách a o úrovni ovládnutí a především využití trivia.

Dílčí otázka 4: *Shodovaly se informace uvedené v dotaznících s tím, jak si uživatelé na pobytu skutečně počínali?*

Pro odpověď na tuto dílčí otázku jsem nemohla na Týdnu samostatnosti z důvodu náročnosti práce s uživateli vykonat žádný strukturovaný sběr dat. Sama jsem žádné neshody nezaznamenala.

Z výpovědí lektorů jsem se dozvěděla o dvou uživateli, kteří měli nedostatky v oblasti hygieny, přestože v dotaznících oni i rodiče uvedli, že jsou v této oblasti úplně samostatní. Tito uživatelé začali naplno samostatně uplatňovat hygienické návyky až po připomenutí.

Jedna osobní asistentka se vyjádřila, že informace v dotaznících nebyly vždy přesné. Podle jejích slov bylo například v jednom z dotazníků uvedeno, že účastník potřebuje pomoci při nastavení teploty vody před sprchováním, ale nakonec to zvládl sám. U dalšího uživatele se ukázalo, že potřebuje určitou podporu při braní léků, přestože v dotazníku bylo uvedeno, že to zvládne sám.

Dílčí otázka 5.: *Vyplývají z šetření nějaké zásady nebo návrhy, jak s dotazníkem pracovat?*

Analýza rozhovorů s lektory přinesla mnoho návrhů, jejichž uplatňování může napomoci při práci s dotazníkem i při spolupráci s respondenty. Tyto návrhy uvádím v následujícím přehledu:

- Vyplňování dotazníku je časově náročné. Proto je vhodné všechny zúčastněné při domlouvání termínu úvodní schůzky upozornit, že může trvat až dvě hodiny. Během vyplňování je potřeba přestávka.
- V případě společné schůzky s uživatelem a rodičem / opatrovníkem je užitečné v úvodu domluvit průběh rozhovoru, aby byl zajištěn prostor pro všechny zúčastněné, a na koho budou primárně směřovány otázky.
- Kvůli celkové časové náročnosti vyplňování dotazníku může být nápomocná úvodní domluva, že se lektor a respondenti budou držet tématu otázek.
- Uživatel by měl být seznámen s tím, proč všechny informace zjišťujeme.

- Jedna uživatelka si chtěla dělat během rozhovoru poznámky, což působilo rušivě a zvyšovalo celkovou časovou náročnost vyplňování. Uživatelka nakonec přistoupila na domluvu, že po vyplnění dostane kopii dotazníku.
- Aktivitu uživatele na schůzce lze podpořit tak, že bude sedět blíž lektorovi, než rodič a že bude mít možnost nahlížet do vyplňovaného dotazníku.
- Pro získání přesnějších informací může být užitečné uživatele a rodiče nejprve seznámit s tím, že budeme zjišťovat, jakou konkrétní formu pomoci uživatel při úkonech každodenního života potřebuje (zda to zvládne sám, s dohledem, zda postačí rada nebo potřebuje fyzickou pomoc).
- Otázky je vhodné uvádět do kontextu Týdne samostatnosti - ptát se uživatele s odkazováním na situace z pobytu, které uživatel zažil, nebo v případě nového uživatele průběh pobytu popisovat.
- Pořadí oblastí zjišťovaných dotazníkem je možné přizpůsobit konkrétní situaci.
- Upřesňující informace dalších osob jsou většinou velice potřebné v oblasti zdravotních obtíží uživatele - uživatel nemusí například dokázat přesně říct, jak často má epileptické záchvaty nebo kdy bere léky. Jeden uživatel své zdravotní obtíže zpočátku rozhovoru zapíral, jelikož si nerad připouštěl určitá omezení z nich plynoucí.
- Je možné, že uživatelé ani rodiče nebudou znát na některé otázky odpovědi (stalo se nám to například u položky č. 6 v sekci o zdraví). V tom případě je možné se domluvit, že budeme během pobytu sledovat chování uživatele a pokusíme se otázku vyhodnotit.
- Časová náročnost rozhovoru může být snížena dohodou, že v některých úkonech, které se přímo netýkají bezpečnosti uživatele, může být míra podpory doladěna v průběhu pobytu.
- Vyplňování dotazníku je možné urychlit pomocí spojení více otázek dohromady. Například pokud uživatele známe a víme, že je samostatný v oblasti hygieny, můžeme se ptát souhrnně na pomoc při hygieně.
- Dotazník vyplněný bez osobního kontaktu může mít nižší výpovědní hodnotu. Pokud není dostatek času na kompletní vyplnění dotazníku na schůzce, je

možné zaslat dotazník respondentům k vyplnění a na následné osobní schůzce ho pouze komentovat a doplňovat.

- Uživatel by měl mít možnost vyjádřit se k dotazníkům a k domlouvaným zásadám a postupům. Pokud není možné, aby se dostavil na schůzku, měl by být s rodičem / opatrovníkem vyjednan prostor pro doladění domluvy s uživatelem přímo na pobytu.
- Během vyplňování dotazníku je možné graficky označovat oblasti pro návrh potenciálních individuálních cílů účastníka. Tento postup usnadní orientaci v dotazníku během závěrečné rekapitulace.
- Vyplňování dotazníku může napomoci stanovit individuální cíl uživatele. Zároveň je možné, že uživatel už má rozmyšleno, co se chce naučit. Dotazník je proto jen jedním z prostředků stanovení cíle. Uživateli a případně rodiči / opatrovníkovi je dobré už při domlouvání termínu úvodní schůzky navrhnout, aby si předem promysleli, co by se uživatel chtěl nebo mohl na Týdnu samostatnosti naučit. Při rozhovoru je možné se rovnou domluvit, jak bude OSA pomáhat při plnění individuálních cílů.
- Je možné provést rozhovor zvlášť s uživatelem a zvlášť s rodičem. Například pokud se výpověď uživatele viditelně liší, když je sám a když je s rodičem. Dotazník může mít vyšší výpovědní hodnotu.

Z analýzy rozhovorů s lektory vzešlo i několik návrhů pro využití Dotazníku podpory při práci s uživateli na Týdnu samostatnosti:

- Domluvy obsažené v dotaznících je možné s uživateli zopakovat na individuálních schůzkách s lektorem na začátku pobytu nebo podle potřeby během pobytu.
- Na základě dotazníku je možné vytvořit formulář a vypsát do něho individuální cíle a klíčové body z dotazníku. V průběhu pobytu by mohly být do tohoto formuláře zaznamenávány pokroky uživatele. Takto by byl vytvořen podklad pro závěrečné hodnocení toho, jak si uživatel na Týdnu samostatnosti počínal. S pomocí formulářem může být vytvořena závěrečná zpráva pro účastníka i

rodiče. Závěrečná zpráva může uživateli i rodičům přinést informace o oblastech, v kterých si nebyli jisti při vyplňování dotazníku.

- Během pobytu by bylo dobré sledovat, zda se výpovědi v dotaznících shodují s tím, jak si uživatel na pobytu počínal a uvést to do závěrečného hodnocení.
- S uživatelem, který pojede na další Týden samostatnosti, je možné pouze probrat jeho vyplněný dotazník z předchozího pobytu a zaznamenat případné změny. V tomto případě by byla užitečná krátká hodnotící zpráva, která by vypovídala o tom, zda údaje obsažené v dotazníku odpovídali realitě. Pokud se však během roku mezi pobyty odehraje v životě uživatele výrazná změna (například najde pracovní uplatnění), mohou se výrazně změnit i jeho dovednosti.

6.7.3. Reakce uživatelů služeb

Reakce uživatelů na dotazníky byly veskrze pozitivní. Přestože označili některé otázky jako obtížné, zbytečné nebo nepříjemné, nikdo nevyprávěl, že by mu vadilo na otázky odpovídat. Uživatelům se často nedařilo říct, v čem může být dotazník užitečný. Otázka byla pro ně těžko srozumitelná. Dále uvádím shrnuté komentáře jednotlivých uživatelů.

Uživatel 1 - Nevadilo mu na nic odpovídat. V dotazníku byly otázky, na které se nadalo hned odpovědět - buď kvůli obtížnosti, nebo kvůli tomu, že danou činnost nikdy nezkoušel. Těžká byla z jeho pohledu otázka zjišťující, zda na sobě rozpozná únavu a zda se podle toho dokáže zařídit (položka č. 6 v sekci o zdraví). S lektorem se dohodli, že některé obtížné otázky vyhodnotí během pobytu.

Zbytečná byla podle uživatele otázka, zda si sám dojde na záchod. Vzpomněl si, že nerozuměl otázce zjišťující, zda se sám napije, když má žízeň (položka č. 7 v sekci o zdraví). Přišla mu zbytečně lehká. Podle uživatele se lektor ptal na některé věci, které přeci zvládne každý, ale nevadilo mu na tyto otázky odpovídat. U některých otázek dlouho trvalo, než se s lektorem dohodli na tom, jak budeme uživateli pomáhat.

Užitečnost dotazníku spatřuje v tom: „*že se to napíše třeba a potom to asistenti nák splněj.*“

Uživatel 2 - Uživateli nevadilo odpovídat na žádné otázky, přestože se týkaly problematických oblastí chování (rád se sdružuje s cizími pochybnými lidmi, bere si od nich jídlo či nápoje).

Rozhovor nad dotazníkem byl prostředkem pro dohodnutí pravidel, které by měl uživatel dodržovat, a postupů, které můžeme uplatnit, když pravidla dodržovat nebude.

V následném rozhovoru o vyplňování dotazníku uživatel tyto dohodnuté zásady stále opakoval. Opakoval, že mu připadá užitečné se něco naučit a dodržovat dohodnuté zásady. Sám nedokázal říct, k čemu může být dotazník užitečný. Nakonec souhlasil, že by bylo těžší zásady dodržovat, kdybychom si o jeho chování nepromluvili a dohodnuté nezapsali.

Uživatel 3 - Nevadilo mu odpovídat na otázky, všemu rozuměl. Nedokázal říct, k čemu může být dotazník dobrý. Stále opakoval, co umí a neumí.

Uživatel 4 - Nevadilo mu odpovídat na otázky a všem rozuměl. Stále mluvil o jednotlivých dovednostech, nedokázal se od toho odpoutat a mluvit o vyplňování dotazníku. Nerozuměl mé poslední otázce, bylo třeba se ptát několikrát a otázku různě formulovat, dávat příklady. Nakonec uživatel řekl, že dotazník je dobrý v tom, že mu můžeme pomoci s něčím, co nebude umět.

Uživatel 5 - Uživatel vypověděl, že pro něho bylo těžké odpovídat na otázky zjišťující zdravotní stav. Důvodem nebylo nepochopení, ale fakt, že to považuje za osobní téma a těžce nese omezení, která musí kvůli svým zdravotním obtížím dodržovat. V této fázi uživateli pomohla trpělivost a vysvětlování lektorky. Uživatel si myslí, že dotazník může pomoci v tom, aby nevznikaly problémy a nedorozumění a že je užitečné domluvit si předem pravidla.

6.7.4. Reakce rodičů

Rodičům a opatrovnici v dotazníku nepřišlo nic zbytečné, většina jeho obsah považovala za dostačující. Objevil se návrh uvádět u položky č. 1 v sekci o zdraví jako příklad i srdeční a kloubní problémy - na to si často dle názoru zákonné zástupkyně lidé často nezpomenou, ale přitom je to důležité při horkých dnech a fyzické zátěži. Dále

uvádím shrnuté komentáře jednotlivých rodičů a opatrovnice. Jeden z rodičů pouze vyjádřil spokojenost a dotazník dále nekomentoval. Označení rodičů čísly nesouvisí s označením uživatelů.

Rodič 1 (rodič užívatelky s těžkým mentálním postižením) - Otázky byly složité, ale když se zjednodušily, dcera odpovídala. Dotazník může pozitivně ovlivnit spolupráce s klienty i v situacích, kdy se klient nedokáže vyjádřit.

Rodič 2 - Ocenil hlavně podrobné zjišťování informací z oblasti zdraví. Rovněž ocenil že, díky směřování otázek přímo na syna se o něm dozvěděl i některé věci, co sám neví (například jak se syn chová v jiném prostředí). Domnívá se, že když dříve před synovým prvním pobytem s Podporou samostatnosti OSA vypisovala informace o synovi sama, možná na ledacos zapoměla. Takovýto dotazník pomůže zajistit všechny potřebné informace předem.

Rodič 3 - Považoval za správné, že byly otázky směřovány primárně na syna. Zároveň ale ocenil, že u rozhovoru mohl být, jelikož mohl doplňovat synovy odpovědi, pokud se mu zdálo, že úplně neodpovídají skutečnosti nebo že syn otázce špatně porozuměl. Dotazník považuje za důležitý z důvodu lepší připravenosti na řešení možných problémů s účastníky.

Opatrovnice - Vyplnění dotazníku je důležité i u uživatelů, které pracovník zná, jelikož pracovník nemá možnost osobně poznat chování uživatele v různém prostředí.

6.7.5. *Reakce osobních asistentů*

K osobním asistentům se na Týdnu samostatnosti informace o uživatelích dostávali prostřednictvím úvodní schůzky s lektorem, kdy spolu prošli dotazníky uživatelů, a dále formou průběžných konzultací s lektorem. K dotazníkům měli asistenti přístup na vyžádání, ale dle vlastních slov považovali informování lektory za dostačující. Nepostrádali žádné informace o uživatelích. Asistenti považují informace souhrnně přinášené dotazníkem za užitečné z důvodu:

- Snadnějšího poskytování individuální míry podpory účastníkům.

- Informací o individuálních cílech účastníků. Asistent je informován o tom, v jakých oblastech má přednostně sledovat pokroky účastníka a kde je možné snižovat podporu.
- Lepší komunikace s účastníky a hladší průběh asistence.
- Předcházení nepříjemným situacím. Asistent se cítí bezpečněji.
- Konkrétního popisu symptomů zdravotních obtíží u jednotlivých uživatelů a definovaných konkrétních postupů, jak tyto obtíže řešit.
- Domluvy konkrétních postupů podpory a řešení krizových situací, což usnadňuje rozhodování při poskytování asistence a umožňuje rychleji řešit vzniklé situace.

6.8. Shrnutí výsledků šetření

Cílem šetření provedeného formou akčního výzkumu nebylo vyvození obecných závěrů, ale jeho praktický přínos pro diagnostiku adaptivního chování uživatelů a metodiku pobytů v občanském sdružení Podpora samostatnosti OSA.

V rámci šetření byl ověřen mnou navržený Dotazník podpory pro účely pobytu Týden samostatnosti. Ověřování dotazníku přineslo mnoho užitečných informací, které se dají využít pro další práci s dotazníkem.

Dotazníky byl celkově shledán jako užitečný pro strukturované získávání informací, formulaci individuálních cílů uživatelů, navázání lepší spolupráce s uživateli i jejich rodiči, zvýšení vzájemné informovanosti a pro usnadnění individuální práce s uživateli na pobytech lektorům i osobním asistentům. Dotazník byl pozitivně přijat uživateli služeb i jejich rodiči a opatrovníci.

Šetření rovněž přineslo mnoho podnětů pro formální o obsahové změny dotazníku. Objevila se potřeba zjišťování dalších nebo podrobnějších informací o uživateli, především v oblastech komunikace, sociálních dovedností, potencionálních krizových situací a zdravotních obtíží.

Z šetření vyplynulo mnoho návrhů jak s Dotazníkem podpory pracovat. Jelikož byl dotazník používán jako podklad a záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor,

většina námětů se týká práce s dotazníkem při rozhovoru a rovněž vedení rozhovoru. Další náměty se vztahují k využívání dotazníku během Týdne samostatnosti.

Získané údaje budou použity pro úpravu Dotazníku podpory a budou zahrnuty do metodiky pobytů Podpory samostatnosti OSA.

Závěr

Diplomovou prací se prolínají tři hlavní témata, která spolu do značné míry souvisí: dospělost osob s mentálním postižením, adaptivní chování a jeho diagnostika a sociální služby. V teoretické části práce je každému z těchto témat věnována jedna kapitola.

Pokud pohlížíme na mentální postižení ve společenském kontextu, projevuje se v dospělosti především na poli adaptivního chování. Na úrovni rozvoje adaptivního chování do značné míry závisí naplňování potřeb a rolí souvisejících s dospělostí.

V současné době se rozrůstá nabídka moderních sociálních služeb, které mohou dospělí lidé s mentálním postižením vyžívat, aniž by museli opustit své přirozené prostředí. Nejedná se pouze o služby terénní či ambulantní, ale rozvíjí se i nová podoba pobytových zařízení sociálních služeb, která jsou uzpůsobena pro život menší skupiny lidí a situována v běžné zástavbě. V moderních sociálních službách by měl být kladen důraz na individuální potřeby a požadavky uživatele, které jsou výchozím bodem pro plánování náplně a podoby sociální služby.

Prostřednictvím moderních sociálních služeb, mezi které patří i služby osobní asistence a sociální rehabilitace, mohou uživatelé získávat životní zkušenosti podporující rozvoj adaptivního chování, nebo k tomuto rozvoji cíleně směřovat.

Individualizované sociální služby, které přicházejí za uživatelem do jeho přirozeného prostředí, nebo umožňují uživateli „pohyb“ v nechráněném prostředí zároveň vyžadují propracovanou diagnostiku - z důvodu poznání individuálních potřeb, přiměřené míry podpory, ale i bezpečnosti uživatele.

Diagnostikou adaptivního chování v sociálních službách se zabývám ve dvou šetřeních. Cílem prvního šetření bylo popsat podobu diagnostiky adaptivního chování dospělých osob s mentálním postižením v sociálních službách osobní asistence a sociální rehabilitace na celorepublikové úrovni.

V rámci druhého šetření byl navrhnout a ověřen dotazník zjišťující potřebnou podporu uživatelů služeb (dospělých osob s mentálním postižením) pro účely

tréninkového pobytu Týden samostatnosti s pražským občanským sdružením Podpora samostatnosti OSA. Dotazníky byl z větší části zaměřen na adaptivní chování uživatelů.

První šetření přineslo především informaci, že adaptivní chování uživatelů služeb je ve většině sociálních služeb, které se šetření účastnily, hodnoceno. Výsledky šetření dále obsahují údaje o využívaných metodách, zaměření a rozsahu diagnostiky a o účastnících diagnostického procesu. Na závěr je provedeno srovnání podoby diagnostiky vzhledem k převažujícímu věku uživatelů a závažnosti postižení. Vzhledem k malému počtu služeb ve srovnávaných skupinách považují výsledky spíše za zajímavý námět pro další podrobnější šetření.

Výsledky šetření popisujícího podobu diagnostiky adaptivního chování dospělých osob s mentálním postižením v sociálních službách osobní asistence a sociální rehabilitace považují z pohledu vlastního pracovního uplatnění v těchto službách za inspirativní. Doufám, že šetření přineslo inspiraci i pracovníkům sociálních služeb, kteří se na něm podíleli.

Dotazník podpory, ověřovaný v rámci druhého šetření, byl všeobecně shledán jako užitečný. Z šetření zároveň vyplynulo mnoho důležitých námětů pro obsahové i formální úpravy dotazníku i pro další práci s tímto nástrojem.

Druhé šetření zároveň prokázalo, že informace o adaptivním chování přinášené diagnostickými nástroji nejsou vždy stoprocentně platné. Adaptivní chování se vyvíjí a mění v závislosti na mnoha vnějších i vnitřních faktorech, z nichž jedním je i změna prostředí. Nejistota z nového prostředí může způsobit dočasné „zhoršení“ adaptivního chování. Nebo naopak, když uživatel dostane bezpečný prostor pro větší nezávislost, může se ukázat, že toho zvládne více, než jsme byli přesvědčeni.

Jsem velmi ráda, že v případě vytvoření a ověření Dotazníku podpory nabyla diplomová práce praktického uplatnění. Výsledky šetření budou využity pro úpravy dotazníku a zaznamenané podněty budou zaneseny do metodiky pobytů občanského sdružení Podpora samostatnosti OSA.

Literatura

1. ADAMČÍKOVÁ, J.; EISNER, P.; KAUCKÝ, D. *Empowerment – možnosti zapojování a posilování lidí, uživatelů služeb agentur PZ a jiných organizací*. Praha : Rytmus, 2005.
2. BRUININKS, R., GILMAN, C., THURLOW, M. Adaptive behavior and mental retardation. *The Journal of Special Education*, 1987, vol. 21, no .1
3. ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe : průvodce poskytovatele*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80 - 86552 - 45 -4.
4. ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*, Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.
5. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
6. DSM - IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Text revision. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 2000. ISBN 0-89042-024-6.
7. DURECOVÁ, K. Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 41-50. ISBN 80-903921-0-5.
8. DVOŘÁKOVÁ, M., FRANCOVÁ, M., ŘEHOŘKOVÁ, J. aj. *Metodický materiál k publikaci Pracovní listy - job klub*. Praha : Asistence, o.s., 2007. ISBN 978 - 80 - 254 - 0858 - 2.
9. EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*. 3. uprav. vyd. Praha : H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
10. FRYCOVÁ, M. *Služby pro lepší život lidí s mentálním a kombinovaným postižením*. Praha: Pohoda, 2002.
11. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

12. GRAYSON, J. Parents with mental retardation. *Virginia Child Protection Newsletter*, 2000, vol. 57.
13. HANÁK, P. a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0.
14. HANUŠ, P., KOLÁŘOVÁ I. *Sociální služby v novém*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007.
15. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
16. HRDÁ, J. *Osobní asistence, příručka postupů a rad pro osobní asistenty*. Praha: Pražská organizace vozičkářů, 2001.
17. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978 - 80 - 247 - 1369 - 4.
18. JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1.
19. KHEMKA, I., HICKSON, L., REYNOLDS, G. Evaluation of a Decision - making Curriculum Designed to Empower Women with Mental Retardation to Resist Abuse. *American Journal on Mental Retardation*, 2005, vol. 110, no. 3, s. 193 - 204.
20. LANGER, S. *Mentální retardace : etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přeprac. vyd. Hradec Králové : Kotva, 1996. ISBN 80-900254-8-X.
21. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
22. MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.
23. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80 - 7178 - 549 - 0.
24. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978 - 80 - 7367 - 310 - 9.
25. MATULAY, K. a kol. *Mentálna retardácia*, Martin : Osveta, 1986.

26. MILER, J. Vědomí a jeho význam pro porozumění individuálním potřebám lidí s mentálním postižením (Individuální plánování poskytovaných služeb). *Speciální pedagogika*, 2005, roč. 15, č. 3, s. 182-189. ISSN 1211 - 2720.
27. NOVOSAD, L. Člověk s mentálním postižením v současném světě z pohledu profilování osobní asistence. *Speciální pedagogika*, 2001, roč. 11, č. 1, s. 37-39. ISSN 1211 - 2720.
28. PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha : Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8.
29. PETIŠKOVÁ, M.: Poznámky psychiatrovy k problematice mentální retardace : přehled základních skutečností, Praha : QUIP, 2007. ISBN 90-246-0992-4.
30. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
31. PORTER, S., FREEMAN, L., GRIFFIN, L. *Transition Planning for Adolescents with Special Health Care Needs and Disabilities : A Guide for Health Care Providers*. Boston : Institute for Community Inclusion, 2002.
32. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-029-4.
33. PRŮŠA, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha : Centrum sociálních služeb Praha, 2008. ISBN 80-7320-083-3.
34. PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2004. 80-210-3354-1.
35. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1073-7.
36. SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom : definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.
37. *Strategies for Seniors with Special Needs : program manual*. New York: Young Adult Institute, 1992. ISBN 80-303-221-0-5.
38. STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice : Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

39. STRNADOVÁ, I. *Rodiny osob s mentálním postižením : současné směry ve výzkumu a možnosti speciálněpedagogické intervence*. Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2008. ISSN 978 - 80 - 7290 - 388 - 7.
40. SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha : Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.
41. ŠALAMOUNOVÁ, J. Zkušenosti veřejného ochránce práv s fungováním institutu opatrovnictví získané při vyřizování individuálních podnětů. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 23-27. ISBN 80-903921-0-5.
42. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.
43. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. přeprac. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-821-X.
44. ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. Liberec : Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-696-2.
45. TOMIŠKOVÁ, H. Právní úprava a etika zastupování lidí s duševní poruchou. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 53-57. ISBN 80-903921-0-5.
46. VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 2. vyd. Praha : Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.
47. VALENTA, M., MÜLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. 3. aktual. a rozš. vyd. Praha : Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
48. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
49. VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1538-7.
50. ZAHUMENSKÝ, D. Některé problémy v řízení o způsobilosti k právním úkonům. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2007, s. 33-39. ISBN 80-903921-0-5.
51. Změny v bibliografickém záznamu : aktualizace březen 2003. *Speciální pedagogika*, 2003, roč. 13, č. 2.

52. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

53. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Nepublikované texty:

1. DROBNÁ, V. *Diagnostika dětí s mentálním postižením: (regionální studie)*. Praha, 2006. 88 s., [28] s. příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce I. Strnadová.
2. NACHLINGEROVÁ, M. *Chráněné bydlení pro osoby s mentální retardací: míra samostatnosti, diagnostika, lokalizace*. Praha, 2006. 122 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce I. Strnadová.
3. SLOWÍK, J. *Sociální izolace mentálně postižených klientů ústavní péče a možnosti jejího překonávání: nepochopené lidství*. Praha, 2005. 126 s. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce M. Černá.
4. VOJÍŘOVÁ, D. *Příprava pomazánky k večeři*. Praha, 2007. 3 s. Hodnotící tabulka pro individuální plánování. Podpora samostatnosti OSA, o.s.

Internetové zdroje:

1. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* [online]. Frequently Asked Questions on Intellectual Disability and the AAIDD Definition (Updated January 2008), [cit. 27.8.2008]. Dostupné na: <www.aidd.org/policies/pdf/AAIDDFAQonID.pdf>.
2. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* [online]. FAQ on Intellectual Disability [cit. 21.3.2009]. Dostupné na: <http://www.aidd.org/content_104.cfm>.
3. *Česká unie pro podporované zaměstnávání* [online]. Definice a principy podporovaného zaměstnávání [cit. 3.4. 2009]. Dostupné na: <<http://www.unie-pz.cz/index.php/pz>>.

4. *Dovedete si představit, co by se stalo, kdybychom nevstali z postele? Rozhovor s Dušanem Dvořákem, iniciátorem BED IN stávky sociálních pracovníků, vyhlášené na 10. prosince 2008.* [online]. 2008 [cit. 2.4. 2009]. Dostupné na:
<<http://socialnirevue.cz/item/dovedete-si-predstavit-co-by-se-stalo-kdybychom-nevstali-z-postele>>.
5. GRUNEVALD, K. *Zavřete ústavy pro mentálně postižené. Každý může žít v otevřené společnosti. Pojednání k Evropskému roku lidí s postižením* [online]. Stockholm, 2003 [cit. 3.4. 2009]. Dostupné na:
<<http://www.kvalitavpraxi.cz/deinstitucionalizace.html>>.
6. HOLLINS, S., HUBERT, J. *People with intellectual disabilities and they elderly carers* [online]. London: St George's University of London, 2002 [cit. 20.3.2009].
Dostupné na: <http://www.intellectualdisability.info/families/care_age.htm>.
7. JOHNOVÁ, M. *Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením* [online]. 2008 [cit. 20.3.2009]. Dostupné na: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/individualni-plan.html>>.
8. *Measuring Adaptive Behavior, Technical assistance paper 312530* [online]. 2004, [cit. 26.8.2008]. Dostupné na: <sss.usf.edu/resources/taps/2004/2005_3.pdf>.
9. *Podpora samostatnosti OSA, občanské sdružení* [online]. Dostupné na:
<<http://www.samostatnost.cz>>.
10. *Parents with Intellectual Disabilities* [online]. 2005 [cit. 20.3.2009]. Dostupné na:
<<http://www.thearc.org/NetCommunity/Page.aspx?pid=1651&chid=193>>.
11. PERGLER, I. *Výcvik cestování* [online]. [cit. 5.9.2008]. Dostupné na:
<<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=82&tmplid=45>>.
12. *Pracovní diagnostika v PZ jako systém stanovení míry potřebné podpory a sledování vývoje dovedností uživatelů v PZ* [online]. 2005 [cit. 5.9.2008]. Dostupné na: <pz-ses.net/ses/dokumentace/pracovni-diagnostika.pdf>.
13. *Rytmus* [online]. Správná volba [cit. 2.4. 2009]. Dostupné na:
<http://www.rytmus.org/index.php?option=com_content&task=view&id=90&Itemid=65>.
14. SYROVÝ, J. *Proč nepodporuji BED IN stávku* [online]. 2008 [cit. 2.4.2009].

Dostupné na: <<http://socialnirevue.cz/item/proc-nepodporuji-bed-in-stavku>>.

15. *Wikipedia* [online]. American Association on Intellectual and Developmental disabilities . [cit. 22.3.2009]. Dostupné na:

<http://en.wikipedia.org/wiki/American_Association_on_Mental_Retardation>.

16. *World Health Organization* [online]. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2007. Chapter V, Mental and behavioural disorders (F00 - F99), Mental retardatin (F70 - F79). [cit. 21.3.2009]. Dostupné na:

<<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>>.

Příloha 1 (PORTER, S., FREEMAN, L., GRIFFIN, L. *Transition Planning for Adolescents with Special Health Care Needs and Disabilities : A Guide for Health Care Providers*. Boston : Institute for Comunity Inclusion, 2002. s. 58, 59.)

58-1: Transition Planning for Adolescents with Special Health Care Needs and Disabilities

Health Care Skills Checklist

Note: This health care checklist can be used to set goals for achieving independence in managing one's own health.

Skill	Performs Independently	Performs Partially	Needs Practice	Plan to start	Skill Accomplished	Comments
Describes chronic illness or disability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Understands implications of chronic illness/disability on daily life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accesses medical records, diagnosis information, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prepares and asks questions for doctors, nurses, therapists	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knows medications and what they're for, or carries information in wallet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Is responsible for taking own medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Is responsible for doing own treatments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gets a prescription filled/refilled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calls to schedule own medical/dental appointments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Keeps a calendar of medical appointments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knows transportation to medical office	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knows height/weight, birthdate, or carries information in wallet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knows how to use and read thermometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knows health emergency phone numbers, or carries info in wallet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knows medical coverage numbers, or carries information in wallet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knows about medical insurance coverage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Skill	Performs Independently	Performs Partially	Needs Practice	Plan to start	Skill Accomplished	Comments
Obtains sex education materials/birth control/family planning information as needed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Discusses role of general health maintenance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Has considered genetic counseling if appropriate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knows about how drugs/alcohol affect illness/disability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Makes contact with appropriate community advocacy organizations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Takes care of own menstrual needs and keeps a record of monthly periods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Has considered the need for a health advocate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Has identified a physician for adult care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knows how to hire and manage a personal care attendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Příloha 2:³⁰⁵

Příprava pomazánky k večeři	Potřebuji hodně pomoci	Potřebuji trochu pomoci (jak?)	Potřebuji připomínku (jakou?)	Zvládnou bez pomoci	Chci se to naučit sám	Je tu nějaké riziko?
Vybrat si jakou pomazánku budu dělat						
Zjistit jaké suroviny potřebuji (podle návodu)						
Zjistit co z toho co potřebuji mám doma						
Zjistit co musím jít nakoupit						
Vědět jestli mám dostatek peněz na nákup						
Při odchodu nezapomenout klíče a peníze						
Dojít bezpečně do obchodu a zpátky						
Pamatovat si co potřebuji koupit						
Orientovat se v samoobsluze, najít vše potřebné						
Zaplatit za nákup						

³⁰⁵ VOJÍŘOVÁ, D. *Příprava pomazánky k večeři*. Praha, 2007. 3 s. Hodnotící tabulka pro individuální plánování. Podpora samostatnosti OSA, o.s.

Dodržet postup přípravy – co udělám nejdřív co potom (dle návodu)						
Připravít si potřebné suroviny						
Připravít si nádobí - mísu						
Otevřít kelímek s tvarohem						
Oloupat cibuli nebo česnek						
Nakrájet cibuli						
Použít struhadlo – na které straně strouhat						
Otevřít konzervu s rybičkami						
Krájet – např. šunku						
Míchat						
Připravít kastrůlek, vodu a vejíčka						
Zvolit vhodný hořák na plynovém sporáku						
Vědět jakým knoflíkem se hořák						

zapne						
Vědět jak se hořák zapne						
Umět škrtnout sirkou						
Umět zapálit hořák						
Umět nastavit intenzitu plamene						
Umět poznat kdy se začne vařit voda						
Umět na hodinách určit do kdy se má voda vařit (jak dlouho)						
Vypnout hořák sporáku						
Ochladit vajíčka						
Oloupat vajíčka						
Přidat do pomazánky (nastrouhat)						
Dochutit (solí, hořčicí apod.)						
Namazat si pomazánku na pečivo						
Vybrat si přílohu (zelenina)						

Uklidit hotovou večeři do ledničky						
Úklid věcí a stolu						
Umýt nádobí						

Příloha 3: Dotazník pro poskytovatele

V Praze, 1. srpna 2008

Dobrý den,

obracím se Vás s prosbou o vyplnění dotazníku zkoumajícího, jak je v sociálních službách hodnoceno adaptivní chování uživatelů. Jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy a tento dotazník je součástí mé diplomové práce s názvem Diagnostika adaptivního chování u dospělých osob s mentálním postižením, jejíž vedoucí je paní PhDr. Iva Strnadová, PhD.

Dotazník je adresován organizacím poskytujícím terénní a ambulantní služby osobní asistence a / nebo sociální rehabilitace dospělým lidem s mentálním postižením. Cílem dotazníkového šetření je zjistit, jakým způsobem organizace hodnotí adaptivní chování uživatelů svých služeb a jak využívají výsledky hodnocení při poskytování služeb.

Šetření bude probíhat celorepublikově u všech registrovaných organizací, které při podpoře dospělých lidí s mentálním postižením poskytují výše zmíněné sociální služby. Sběr dat bude probíhat v průběhu srpna a září roku 2008, výsledky budou anonymně zpracovány během podzimu 2008. V případě zájmu mohou být závěry šetření v elektronické podobě respondentům zaslány.

Vzhledem k tomu, že problematika adaptivního chování a jeho hodnocení se v České Republice teprve rozvíjí, věřím, že výsledky šetření přinesou hodnotné informace i Vám.

Děkuji Vám za spolupráci.

S pozdravem

Lucie Charvátová

Dotazník – Hodnocení adaptivního chování

Adaptivní chování (rovněž adaptační chování, adaptační dovednosti) je komplex dovedností, které se lidé musí naučit, aby mohli zvládat nároky každodenního života. Úroveň adaptivního chování ovlivňuje samostatnost člověka a jeho schopnost reagovat na mimořádné situace či prostředí.

Podle AAIDD (The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) do oblasti adaptivního chování patří následující dovednosti:

- **Pojmové dovednosti:** recepce a exprese řeči, čtení a psaní, porozumění penězům, sebeovládání.
- **Sociální dovednosti:** interpersonální dovednosti, zodpovědnost, sebeúcta, důvěřivost (ve smyslu rizika být podváděn či manipulován), dodržování pravidel a zákonů, předcházení diskriminaci či šikaně.
- **Praktické dovednosti:** Osobní aktivity každodenního života jako sebeobsluha (jídlo, oblékání, hygiena), mobilita. Instrumentální aktivity potřebné v každodenním životě (příprava pokrmů, užívání léků, užívání telefonu, zacházení s penězi, užívání dopravy, péče o domácnost). Pracovní dovednosti. Dodržování bezpečnostních zásad. (www.aamr.org)

Hodnocení adaptivního chování provádí u svých uživatelů služeb v minimálním rozsahu pravděpodobně každá organizace. Může spočívat v komplexním popisu úrovně všech těchto dovedností, rovněž však může být zaměřeno pouze na jednu konkrétní oblast podpory (například cestování). Může být prováděno pomocí diagnostického manuálu podle stanovených pravidel, nebo nahodile podle aktuální potřeby zkušeným pracovníkem.

- 1) Jaká je konkrétní náplň služeb poskytovaných vaší organizací? (*U odpovídající služby, prosím, doplňte konkrétní odpověď - např. sociální rehabilitace: nácvik cestování.*)
 - Osobní asistence:
 -
 -
 - Sociální rehabilitace:
 -
 -
- 2) Do jaké věkové kategorie spadá nejvíce uživatelů vašich služeb?
 do 20 let 20 – 30 let 30 – 45 let 45 let a více
- 3) Jaké stupně mentálního postižení se vyskytují u uživatelů vašich služeb? (*Pokud stupně mentálního postižení nezjišťujete, zkuste, prosím, odhadnout.*)
 - lehké m.p. (IQ 69 – 50) střední m.p. (IQ 49 – 35)
 - těžké m.p. (IQ 34 – 20) hluboké m.p. (IQ < 20)
- 4) Poskytuje vaše organizace služby i osobám s některým z následujících přidružených postižení?
 epilepsie autismus tělesné postižení

- řečové postižení smyslové postižení psychiatrické poruchy
 jiná JAKÁ?

5) Hodnotíte ve vaší organizaci cíleně adaptivní chování uživatelů vašich služeb?

- ANO komplexně ANO v dílčích oblastech NE

Pokud ANO, v jakých konkrétních oblastech? (Např. sebeobsluha)

.....
.....
.....

Pokud NE, z jakého důvodu?

.....

6) Má hodnocení adaptivního chování stejné zaměření, rozsah a formu u všech uživatelů vašich služeb?

- ANO NE

Pokud NE, na základě jakých kritérií zaměření, rozsah a formu hodnocení volíte?

.....
.....
.....

7) Jaký je cíl hodnocení adaptivního chování ve vaší organizaci? (Hodící se odpověď či více odpovědí zaškrtněte, v případě potřeby doplňte komentář.)

Zmapování současné situace. (např. Při zahájení spolupráce s novým uživatelem je provedeno hodnocení adaptivního chování a jeho výsledky jsou vodítkem při plánování služby.)

Režimová opatření. (např. Na základě hodnocení adaptivního chování je zjištěno, že uživatel služeb neumí zacházet s penězi. Výstupem je proto opatření, že uživatel smí nakupovat pouze v doprovodu osobního asistenta.)

Stanovení přiměřené míry podpory (např. Na základě hodnocení adaptivního chování je zjištěno, že uživatel služeb rozezná pouze mince. Menší nákupy může proto obstarávat sám, s většími nákupy mu pomůže asistent.)

Stanovení cílů rozvoje adaptivního chování. (např. Na základě hodnocení adaptivního chování je sestaven individuální plán rozvoje uživatele služeb v oblasti nakupování a zacházení s penězi.)

Zaznamenání pokroku uživatele služeb v rozvoji adaptivního chování. (např. V průběhu nácviku nakupování a zacházení s penězi je po uplynutí určité doby prováděno hodnocení adaptivního chování pro zaznamenání pokroku uživatele služeb a pro zhodnocení efektivity individuálního plánu nácviku.)

Jiný cíl. JAKÝ?

.....

8) Řídí se hodnocení adaptivního chování ve vaší organizaci vnitřní metodikou?

ANO NE

Pokud ANO, o jakou metodiku se jedná? (Např. vlastní, zahraniční aj.)

.....

9) Jakým způsobem hodnocení adaptivního chování uživatelů služeb provádíte? (Hodící se odpověď či více odpovědí zaškrtněte, v případě potřeby doplňte komentář. U možnosti „dotazník“ a „rozhovor“, prosím, podtrhněte, kdo je adresátem.)

Pozorování v domácím prostředí uživatele.

Pozorování v terénu (např. v obchodě při nakupování, při přecházení vozovky aj.)

Pozorování v prostředí Vaší organizace.

Dotazník, jehož adresátem je: uživatel služeb / rodič nebo blízká osoba / poskytovatel služeb / jiná osoba

Rozhovor s uživatelem služeb / rodičem nebo blízkou osobou / poskytovatelem služeb / s jinou osobou

Pomocí diagnostických nástrojů (záznamové archy, vývojové škály aj.).

JAKÝCH?.....

Jinak. JAK?

.....

10) Jsou uživatelé vašich služeb seznámeni s průběhem, účelem a výsledky hodnocení adaptivního chování? (Hodící se odpověď zaškrtněte, v případě potřeby doplňte komentář.)

NE. Tyto informace jsou určeny pracovníkům organizace.

ANO. Výsledky hodnocení jsou uživatelům služeb oznámeny.

ANO. Uživatelé služeb se na procesu hodnocení aktivně podílí.

.....

11) Jsou do procesu hodnocení adaptivního chování zapojeni i rodiče nebo jiní blízcí lidé, kteří uživatele vašich služeb důvěrně znají?

ANO NE

Pokud ANO, jak?

.....
.....
12) V jaké fázi služby hodnocení adaptivního chování provádíte? (Hodící se odpověď či více odpovědí zaškrtněte, v případě potřeby doplňte komentář.)

- na začátku služby
 - před ukončením služby
 - opakovaně v průběhu služby
-
.....

13) Zjišťujete, co všechno mohlo ovlivnit vývoj a současnou úroveň adaptivního chování uživatele? (Např. nevhodně uzpůsobené prostředí či předchozí nácvik dovedností.)

- ANO NE

Pokud ANO, jak?

.....
.....

14) Kdo hodnocení adaptivního chování ve vaší organizaci provádí? (Hodící se odpověď či více odpovědí zaškrtněte a v případě potřeby doplňte komentář.)

- Jeden specialista pro celou organizaci (psycholog, speciální pedagog aj.).
 - Pracovník, který zodpovídá za poskytování služby danému uživateli (konzultant, case manager, klíčový pracovník aj.).
 - Osobní asistent.
 - Jiná osoba. Jaká?
 - Tým pracovníků ve složení:
-

15) Jsou pracovníci vaší organizace vzdělávání v oblasti adaptivního chování a jeho hodnocení? (Např. kurzy, individuální konzultace s metodickým pracovníkem aj.)

- ANO NE

Pokud ANO, jak?

.....

16) Je vaše organizace ochotna poskytnout výsledky hodnocení úrovně adaptivního chování jiné organizaci, jejíž služby uživatel také využívá?

- ANO NE

Z jakého důvodu?

Děkuji Vám za spolupráci.

Příloha 4: Seznam sociálních služeb osobní asistence a sociální rehabilitace, které se podílely na šetření

Služby osobní asistence

Název	Identifikátor	Okres (kraj)	Cílová skupina	Věk
Asistence o.s.	8483647	Praha	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	starší děti (11 – 15 let) dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Hewer - občanské sdružení	2091132	Praha	osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením senioři	bez omezení věku
Podpora samostatnosti OSA, o.s.	3169072	Praha	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením	dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let) mladší senioři (65 – 80 let)
Centrum pro zdravotně postižené Středočes.kraje	6473963	Příbram	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením	bez omezení věku

			osoby se zrakovým postižením osoby v krizi rodiny s dítětem/děťmi senioři	
Občanské sdružení Nezávislý život o.s.	9951392	Mladá Boleslav	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Spirála pomoci o.s.	1719134	Kolín	děti a mládež ve věku od 6 do 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením senioři	
SOU Liběchov - odloučené pracoviště Kanina	1496783	Mělník	osoby s chronickým onemocněním osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením	starší děti (11 – 15 let) dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) - 15 - 26 let
Osobní asistence Městské charity České Budějovice	1280102	České Budějovice	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením	děti předškolního věku (1 - 7 let) mladší děti (7 – 10 let) starší děti (11 – 15 let) dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let) mladší senioři (65 – 80 let)

			osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením senioři	starší senioři (nad 80 let)
REMEDIA PLUS, o.p.s.	6014685	Břeclav	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením rodiny s dítětem/děťmi senioři	bez omezení věku
Centrum pro rodinu Hodonín	2873330	Hodonín	osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením	děti předškolního věku (1 - 7 let) mladší děti (7 – 10 let) starší děti (11 – 15 let) dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let)
Osobní asistence, pobočka Jablunkov	6694270	Frýdek Místek	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením	děti předškolního věku (1 - 7 let) mladší děti (7 – 10 let) starší děti (11 – 15 let) dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let) mladší senioři (65 – 80 let)

			osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením senioři	starší senioři (nad 80 let)
Osobní asistence, pobočka Třinec	8729330	Frýdek Místek	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením senioři	děti předškolního věku (1 - 7 let) mladší děti (7 – 10 let) starší děti (11 – 15 let) dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let) mladší senioři (65 – 80 let) starší senioři (nad 80 let)
Osobní asistence, pobočka Český Těšín	4534710	Karviná	osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením senioři	děti předškolního věku (1 - 7 let) mladší děti (7 – 10 let) starší děti (11 – 15 let) dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let) mladší senioři (65 – 80 let) starší senioři (nad 80 let)
Osobní asistence, pobočka Karviná	6223113	Karviná	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením	děti předškolního věku (1 - 7 let) mladší děti (7 – 10 let) starší děti (11 – 15 let) dorost (16 – 18 let)

			osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením senioři	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let) mladší senioři (65 – 80 let) starší senioři (nad 80 let)
Projekt VÝZVA - služba OASA	3151466	Ostrava - město	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením rodiny s dítětem/děťmi	děti předškolního věku (1 - 7 let) mladší děti (7 – 10 let) starší děti (11 – 15 let) dorost (16 – 18 let) děti kojeneckého věku (do 1 roku) mladí dospělí (19 - 30 let)
Středisko pracovní rehabilitace	7105209	Ostrava - město	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby se zdravotním postižením	dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Charita Zábřeh - Středisko osobní asistence Zábřeh	7457308	Šumperk	osoby s chronickým onemocněním osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením rodiny s dítětem/děťmi senioři	bez omezení věku
Osobní asistenční služba	9551918	Vsetín	děti a mládež ve věku od 6 do 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením	mladší děti (7 – 10 let) starší děti (11 – 15 let) dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let)

			<p>osoby s tělesným postižením</p> <p>osoby se sluchovým postižením</p> <p>osoby se zdravotním postižením</p> <p>osoby se zrakovým postižením</p> <p>senioři</p>	<p>dospělí (27 – 64 let)</p> <p>mladší senioři (65 – 80 let)</p> <p>starší senioři (nad 80 let)</p>
Centrum osobní asistence Havlíčkův Brod	6254782	Havlíčkův Brod	<p>osoby s jiným zdravotním postižením</p> <p>osoby s kombinovaným postižením</p> <p>osoby s mentálním postižením</p> <p>osoby s tělesným postižením</p> <p>osoby se sluchovým postižením</p> <p>osoby se zdravotním postižením</p> <p>osoby se zrakovým postižením</p> <p>senioři</p>	<p>mladší děti (7 – 10 let)</p> <p>starší děti (11 – 15 let)</p> <p>dorost (16 – 18 let)</p> <p>mladí dospělí (19 – 26 let)</p> <p>dospělí (27 – 64 let)</p> <p>mladší senioři (65 – 80 let)</p> <p>starší senioři (nad 80 let)</p>
ŽIVOT 90 - Jihlava	4753623	Jihlava	<p>osoby s jiným zdravotním postižením</p> <p>osoby s kombinovaným postižením</p> <p>osoby s mentálním postižením</p> <p>osoby s tělesným postižením</p> <p>rodiny s dítětem/děťmi</p> <p>senioři</p>	<p>Dolní věková hranice:</p> <p>3 roky (vstup do Mateřské školy)</p> <p>Horní věková hranice:</p> <p>bez omezení věku</p>
Osobní asistence Třebíč	5595277	Třebíč	<p>osoby s chronickým duševním onemocněním</p> <p>osoby s chronickým onemocněním</p> <p>osoby s jiným zdravotním postižením</p> <p>osoby s kombinovaným postižením</p> <p>osoby s mentálním postižením</p> <p>osoby s tělesným postižením</p> <p>osoby se sluchovým postižením</p> <p>osoby se zdravotním postižením</p> <p>osoby se zrakovým postižením</p>	<p>bez omezení věku</p>

			senioři	
Oblastní spolek Českého červeného kříže Hradec Králové	8094209	Hradec Králové	osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením rodiny s dítětem/děťmi senioři	bez omezení věku
Život bez bariér, o. s.	1804836	Hradec Králové	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením senioři	bez omezení věku
Osobní asistence APROPO	9906262	Jičín	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	děti předškolního věku (1 - 7 let) mladší děti (7 – 10 let) starší děti (11 – 15 let) dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let)
Společné cesty - o.s.	3198258	Náchod	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením	bez omezení věku

			osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením senioři	
Centrum Orion	2039109	Rychnov n. Kněžnou	osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením	děti předškolního věku (1 - 7 let) mladší děti (7 - 10 let) starší děti (11 - 15 let) dorost (16 - 18 let) mladí dospělí (19 - 26 let)
Česká abilympijská asociace	8137784	Pardubice	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením senioři	bez omezení věku
Humanitární sdružení PERSPEKTIVA	8163767	Litoměřice	osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením	dorost (16 - 18 let) mladí dospělí (19 - 26 let) dospělí (27 - 64 let) mladší senioři (65 - 80 let)
Centrum služeb pro zdravotně postižené Louny o.s.	7261145	Louny	osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením	bez omezení věku

			osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením	
Centrum pro ZP Ústeckého kraje, občanské sdružení	3305575	Teplíce	osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením rodiny s dítětem/děťmi senioři	bez omezení věku
Centrum pro ZP Ústeckého kraje, občanské sdružení	7909036	Ústí n. L.	osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením rodiny s dítětem/děťmi senioři	bez omezení věku
Osobní asistence pro lidi s mentálním a kombinovaným postižením	4815976	Rokycany	děti a mládež ve věku od 6 do 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy osoby s jiným zdravotním postižením	

		osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením	
--	--	---	--

Služby sociální rehabilitace

Název Druh služby	Identifikátor	Okres	Cílová skupina	Věk
Asistence o.s. terénní, ambulantní	8759757	Praha	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Podpora samostatnosti OSA, o.s. terénní, ambulantní	3614260	Praha	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením	dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let) mladší senioři (65 – 80 let)
Máme otevřeno?, o.s. - TRANZIT terénní, ambulantní	1297782	Praha	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Máme otevřeno?, o.s.- Pracovně-tréninkový program Kavárna Vesmírna Ambulantní	8466239	Praha	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Textilní dílna Gawain	8076553	Praha	osoby s kombinovaným postižením	dorost (16 – 18 let)

ambulantní			osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Helpes-centrum výcviku psů pro postižené, o.s. terénní, ambulantní	6245452	Praha	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením	bez omezení věku
Diakonie ČCE - středisko v Čáslavi ambulantní	6992037	Kutná Hora	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby se zdravotním postižením	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Domov sv. Anežky - Centrum pracovní a sociální rehabilitace ambulantní	9375851	České Budějovice	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením	dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Život bez bariér, o. s. ambulantní	7218817	Hradec Králové	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením	starší děti (11 – 15 let) dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)

			osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením senioři	mladší senioři (65 – 80 let) starší senioři (nad 80 let)
ELVA HELP o.s. Terénní	7890129	Liberec	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením rodiny s dítětem/děťmi senioři	bez omezení věku
Česká abilympijská Asociace Ambulantní	2667607	Pardubice	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Agentura Osmý den Terénní	9297289	Ústí n. L.	osoby do 26 let věku opouštějící školská zařízení pro výkon ústavní péče osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením	dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)

Agentura Osmý den terénní	5981003	Děčín	osoby se zdravotním postižením osoby do 26 let věku opouštějící školská zařízení pro výkon ústavní péče osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby se zdravotním postižením	dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Středisko Arkadie Rovná terénní, ambulantní	8085322	Teplice	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Středisko Arkadie Masarykova terénní, ambulantní	4415138	Teplice	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Středisko Arkadie Krupka terénní, ambulantní	1816143	Teplice	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Středisko Arkadie Sukova ambulantní	6485162	Teplice	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Středisko Arkadie Úpořiny ambulantní	4064347	Teplice	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Diakonie ČCE - Středisko	4894760	Litoměřice	osoby s chronickým duševním onemocněním	mladí dospělí (19 – 26 let)

křesťanské pomoci v Litiměřicích terénní, ambulantní			osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	let) dospělí (27 – 64 let)
Cesta Do Světa - centrum SR Slunečnice, o.s. Ambulantní	1541371	Děčín	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením	starší děti (11 – 15 let) dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Sociální rehabilitace Znojmo Ambulantní	2761781	Znojmo	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zrakovým postižením	dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Emanuel Boskovice Ambulantní	2140197	Blansko	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Liga za práva vozíčkářů, o.s. terénní, ambulantní	3621293	Brno - Město	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s chronickým onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením	dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
Rút, sociální rehabilitace Frýdek-Místek terénní, ambulantní	5724565	Frýdek Místek	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením	dospělí (27 – 64 let) mladí dospělí (18 - 26 let)

			osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením	
Rút, sociální rehabilitace Třinec terénní, ambulantní	2248240	Frydek Místek	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením	dospělí (27 – 64 let) mladí dospělí (18 - 26 let)
Rút, sociální rehabilitace Český Těšín terénní, ambulantní	3147379	Karviná	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením	dospělí (27 – 64 let) mladí dospělí (18 - 26 let)
IZAP - Sdružení pro integraci zdravých a postižených dětí a mládeže "Chceme žít s vámi" terénní, ambulantní	6661489	Zlín	osoby s mentálním postižením	dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let)

Příloha 5

1) Jaké (lékařské) zdravotní potíže? (epilepsie nebo jiné záchvaty, alergie, migréna, úzkosty atd. ...)

2) Jak je třeba doopravdy, aby tyto obtíže nevrátily? (brát náležité léky, vyhnout se kouření a alkoholu, chodit spát vždy ve stejný čas...)

Dotazník podpory na Týdnu samostatnosti

1) ZVLÁDNU TO SAMA POTŘEBUJI TO PŘÍPOMENOUT
2) POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED POTŘEBUJI POMOCI JAK?

Jméno:

3) Co vám pomáhá při řešení zdravotních potíží (epileptický záchvat, alergické reakce, ...)? (vzpomenout si, vzít si lék, napít se...)

4) Jak dobře používáte léky, co se stane, když si je zapomenete vzít? Když si vzmete léky dříve nebo později, než máte?

Zdraví

1) Máte nějaké zdravotní obtíže? (epilepsie nebo jiné záchvaty, alergie, migréna, problémy se spánkem...)

.....
.....
.....

2) Co musíte dodržovat, aby tyto obtíže nevznikly? (brát nějaké léky, vyhýbat se nějakým potravinám nebo alkoholu, chodit spát vždy ve stejný čas...)

.....
.....
.....
.....
.....

- ZVLÁDNU TO SÁM/A POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT
 POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....
.....
.....

3) Co Vám pomůže při projevu zdravotních potíží (epileptický záchvat, alergická reakce...)? (odpočinout si, vzít si lék, napít se...)

.....
.....
.....
.....

4) Pokud berete pravidelně léky, co se stane, když si je zapomenete vzít? Když si vezmete léky dříve nebo později, než máte?

.....
.....
.....

5) Poznáte, když Vám není dobře? ANO NE

Co potom děláte? zařídím se podle toho (lék, odpočinek...)

řeknu to někomu

nic

něco jiného (např. změna chování)

.....

.....

6) Poznáte, kdy si potřebujete odpočinout? (Kdy je toho na Vás moc?)

ANO NE

Co potom děláte? jdu si odpočinout

řeknu to někomu

nic

něco jiného (např. změna chování)

.....

.....

7) Poznáte, že se potřebujete napít?

ANO NE

Co potom děláte? jdu se napít

řeknu to někomu

nic

něco jiného (např. změna chování)

.....

.....

8) Poznáte, že se potřebujete najíst?

ANO NE

Co potom děláte? jdu se najíst

řeknu to někomu

nic

něco jiného (např. změna chování)

.....

.....

9) Je něco, co je pro vás velkou zátěží? Co obzvláště těžce nesete?

- horko
- únava
- fyzická námaha
- změna prostředí
- komunikace s cizími lidmi
- rozhodování
- nové činnosti
- úkoly, které neumím splnit
- když mi někdo říká, co mám dělat
- když nevím, co se bude dít
- narušení denního režimu, na který jsem zvyklý/á

Něco jiného?

Co?.....
.....

Co potom děláte?.....
.....
.....

Co Vám pomůže?

10) Stává se někdy:

- že jste agresivní vůči ostatním?
- že si ubližujete?
- že utíkáte pryč od ostatních?
- že ničíte věci?
- že lžete?
- že berete cizí věci?

Je to něčím způsobeno?

Je v tom nějaké riziko?

Co Vám pomůže?

11) Když byste pil/a v hospodě nebo restauraci alkohol, může Vám to způsobit nějaké obtíže? Jaké? (kontraindikace s léky, agrese, útoky aj.)

.....
.....

Jaké množství můžete vypít?

.....

12) Je ještě něco, co bychom o Vašem zdraví měli vědět?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hygiena, oblékání, jídlo

1) Čištění zubů:

- ZVLÁDNU TO SÁM/A
- POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED

- POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT
- NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A

POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....
.....
.....

2) Sprchování:

- ZVLÁDNU TO SÁM/A
- POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED

- POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT
- NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A

POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....
.....
.....

3) Udržování čistoty (mytí rukou před jídlem atd.):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ZVLÁDNU TO SÁM/A | <input type="checkbox"/> POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT |
| <input type="checkbox"/> POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED | <input type="checkbox"/> NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A |

POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....

.....

.....

4) Chození na záchod:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ZVLÁDNU TO SÁM/A | <input type="checkbox"/> POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT |
| <input type="checkbox"/> POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED | <input type="checkbox"/> NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A |

POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....

.....

.....

5) Výměna spodního prádla:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ZVLÁDNU TO SÁM/A | <input type="checkbox"/> POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT |
| <input type="checkbox"/> POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED | <input type="checkbox"/> NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A |

POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....

.....

.....

6) Používání a výměna vložek/tamponů:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ZVLÁDNU TO SÁM/A | <input type="checkbox"/> POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT |
| <input type="checkbox"/> POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED | <input type="checkbox"/> NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A |

POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....

.....

.....

.....

7) Obléknout se (vhodně podle počasí):

- ZVLÁDNU TO SÁM/A POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT
 POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM NEZKOUŠEL/A
 POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....
.....

8) Potřebujete nějakou pomoc při jídle? Jakou?

.....
.....
.....

9) Je ještě něco, co bychom o vás v oblasti hygieny, oblékání, jídla měli vědět?

.....
.....
.....
.....

Bezpečnost moje a mých věcí

1) Když potřebujete s něčím pomoci nebo máte nějaký problém, co děláte?

- řeknu si o pomoc
 nic
 něco jiného (např. změna chování)

.....
.....
.....

2) Dávat si pozor na své věci:

- ZVLÁDNU TO SÁM/A POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT
 POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A

POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....
.....
.....

3) Vyjít s penězi, aby mi vystačily na celý týden:

- ZVLÁDNU TO SÁM/A POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT
 POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM NEZKOUŠEL/A
 POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....
.....

4) Placení v obchodě nebo restauraci:

- ZVLÁDNU TO SÁM/A POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT
 POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A
 POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....
.....
.....

5) Obstarání drobného nákupu:

- ZVLÁDNU TO SÁM/A POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT
 POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A
 POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....
.....
.....

6) Procházký po okolí:

- ZVLÁDNU TO SÁM/A POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT
 POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A
 POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....
.....
.....
.....

7) Přecházení vozovky:

- ZVLÁDNU TO SÁM/A
- POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED

- POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT
- NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A

POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....
.....

8) Cestování dopravními prostředky:

- ZVLÁDNU TO SÁM/A
- POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED

- POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT
- NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A

POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....
.....

9) Přijít někam ve smluvený čas:

- ZVLÁDNU TO SÁM/A
- POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED

- POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT
- NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A

POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....
.....
.....

10) Obsluha rychlovarné konvice:

- ZVLÁDNU TO SÁM/A
- POTŘEBUJI PŘI TOM DOHLED

- POTŘEBUJI TO PŘIPOMENOUT
- NEVÍM, NIKDY JSEM TO SÁM
NEZKOUŠEL/A

POTŘEBUJI POMOCI. JAK?:

.....
.....
.....

11) Obsluha sporáku:

Dodržujete pravidla silničního provozu? ANO NE

.....
.....

17) Je ještě něco, co bychom o Vaší bezpečnosti měli vědět?

.....
.....
.....
.....

Účastníkovi Týdne samostatnosti bude na základě tohoto rozhovoru/ dotazníku poskytnuta tato podpora:

.....
.....
.....
.....

..... si vyzkouší postarat se sám/a o:

.....
.....
.....
.....
.....

V Praze dne

.....

Příloha 6: Záznamový arch

Způsob práce s dotazníkem na schůzce:

.....
.....
.....

Odpovědi na otázky

Zdraví

- 1) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 2) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 3) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 4) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 5) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 6) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 7) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 8) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 9) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 10) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 11) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 12) ihned po upřesnění nezodpovězeno

komentář.....
.....
.....

Hygiena, oblékání, jídlo

- 1) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 2) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 3) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 4) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 5) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 6) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 7) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 8) ihned po upřesnění nezodpovězeno

komentář

.....
.....
Bezpečnost moje a mých věcí

- 1) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 2) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 3) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 4) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 5) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 6) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 7) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 8) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 9) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 10) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 11) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 12) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 13) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 14) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 15) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 16) ihned po upřesnění nezodpovězeno
- 17) ihned po upřesnění nezodpovězeno

komentář.....
.....
.....

Stanovení podpory a úkolů pro uživatele

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Příloha 7

Otázky na lektory – před Týdnem samostatnosti

- 1) Vyplňoval dotazník uživatel nebo Vy na základě odpovědi uživatele, případně další osoby? Které?
- 2) Jak se k vyplňování dotazníku/k zodpovídání otázek stavěli uživatelé? (obecně)
- 3) Jak se k vyplňování dotazníku/k zodpovídání otázek stavěli rodiče/další blízké osoby? (obecně)
- 4) Jak jste při vyplňování postupovali, pokud byl na schůzce uživatel spolu s opatrovníkem, rodičem či jinou osobou?
- 5) Byl dotazník vyplněn celý?/ Ptali jste se uživatele na všechny otázky? Pokud jste nějaké vypustili, z jakého důvodu?
- 6) Jak se Vám s dotazníkem pracovalo?
 - ⇒ Je podle Vás nějaká z otázek zbytečná?
 - ⇒ Chybí v dotazníku něco?
 - ⇒ Jak vám vyhovovala forma dotazníku?
- 7) Použili byste tento dotazník znovu? Mohl by být využit i pro jiné služby než Týden samostatnosti?

Otázky na uživatele

- 1) Rozuměl/a jste dobře otázkám?
- 2) Jaké pro Vás bylo na otázky odpovídat? (příjemné/nepříjemné, těžké/jednoduché apod.) Například na otázky o hygieně?
- 3) V čem může tento dotazník podle Vás pomoci?

Otázky na rodiče/opatrovníky

- 1) Jak na vás působilo vyplňování dotazníku/zodpovídání otázek v dotazníku?
- 2) Jsou podle Vás nějaké otázky zbytečné?
- 3) Chybí podle Vás v dotazníku něco?
- 4) V čem může být podle Vás tento dotazník užitečný?

Otázky na lektory - po Týdnu samostatnosti

- 1) Jak jste s dotazníkem během Týdne pracovali?
- 2) Mohl by dotazník být použit v rámci týdne ještě jinak? Mělo by to nějaký přínos?

- 3) Jak se dostali informace z dotazníků k asistentům ve Vaší skupince?
- 4) Jaké informace Vám dotazník přinesl?
- 5) Jaké informace Vám dotazník nepřinesl? Chtěl/a byste tyto informace také vědět předem?
- 6) Shodovaly se informace v dotazníku s tím, jakou podporu účastníci na Týdnu samostatnosti potřebovali? Pokud ne, působily tyto neshody nějaké obtíže?
- 7) Přinesl Vám dotazník dostatečné informace u účastníků, které jste neznali?
- 8) Vidíte nějaký přínos dotazníku pro Vaši práci, když srovnáte dřívější Týdny samostatnosti, kde dotazník nebyl použit? Použily byste tento dotazník znovu?
- 9) Co bude s vyplněnými dotazníky o jednotlivých účastnících?