MASARYKOVA UNIVERZITA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ

Představy osob s mentálním postižením o rozhodování o sobě

Diplomová práce

BC. EVA ČEPIČKOVÁ, DIS.

Vedoucí práce: doc. PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D.

Katedra sociální politiky a sociální práce
Program Sociální práce

Brno 2023

MUNI
FSS

Bibliografický záznam

Autor:	Bc. Eva Čepičková, DiS. Fakulta sociálních studií Masarykova univerzita Katedra sociální politiky a sociální práce
Název práce:	Představy osob s mentálním postižením o rozhodování o sobě
Studijní program:	Sociální práce
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D.
Rok:	2023
Počet stran:	122
Klíčová slova:	mentální postižení, rozhodování, sociální práce, představa, sociální služby, podpora samostatnosti, inteligenční kvocient, emoční kvocient, klasifikace postižení

Bibliographic record

Author: Bc. Eva Čepičková, DiS.
Faculty of Social Studies
Masaryk University
Department of Social Policy and Social Work

Title of Thesis: The ideas of people with intellectual disabilities about self-decision making

Degree Programme: Social Work

Supervisor: doc. PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D.

Year: 2023

Number of Pages: 122

Keywords: intellectual disability, decision making, social work, ideas, social services, independence support, intelligence quotient, emotional quotient, disability classification

Anotace

Diplomová práce se zabývá otázkou představ lidí s mentálním postižením o rozhodování o sobě. Práce nabízí teoretické vymezení klíčových témat: mentální postižení, rozhodování a představy. Empirická data jsou získána kvalitativní metodou polostrukturovaných rozhovorů s lidmi s mentálním postižením a jsou interpretována ve vztahu k výše uvedeným teoretickým východiskům z odborné literatury. Přínosem diplomové práce je získaní základního povědomí o rozhodování v životech lidí s mentálním postižením a zvyšování povědomí o schopnostech a zájmech těchto osob.

Abstract

The diploma thesis deals with the analysis of the ideas of people with intellectual disabilities about self-decision making. The thesis offers a theoretical definition of key topics: intellectual disability, decision making and ideas. Empirical data were obtained through the qualitative method of semi-structured interviews with people with intellectual disability and are interpreted in relation to the key topics based on current literature. The aim of this thesis is to gain a basic understanding of the decision making in everyday lives of people with intellectual disability and to raise the knowledge of the abilities and interests of these people.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma **Představy osob s mentálním postižením o rozhodování o sobě** zpracovala sama**.** Veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použila k sepsání této práce, byly citovány v textu a jsou uvedeny v seznamu použitých pramenů a literatury.

V Brně 22. listopadu 2023

.....
Bc. Eva Čepičková, DiS.

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat především doc. PhDr. Pavlovi Navrátilovi, Ph.D. za odborné vedení při zpracování práce, za podnětné rady a vstřícný přístup. Poděkování patří také mým nejbližším za podporu v průběhu studia. Všem jim patří dík za to, že se mnou nejen sdíleli radosti ze studijních úspěchů, ale také byli trpěliví a poskytli mi podporu při strastech studia. V neposlední řadě děkuji lidem, se kterými jsem vedla rozhovory. Děkuji jim za jejich odvahu, zájem a otevřenost.

Obsah

Seznam obrázků 13

Seznam tabulek 14

Seznam pojmů a zkratek 15

Seznam příloh 16

1 Úvod 17

2 Lidé s mentálním postižením 19

2.1 Definování mentálního postižení 20

2.2 Inteligenční kvocient (IQ) versus Emoční kvocient (EQ) 22

2.3 Specifika komunikace 26

2.4 Shrnutí kapitoly 29

3 Transformační deinstitucionalizační koncept 31

3.1 Deinstitucionalizace 31

3.2 Sociální práce 33

3.3 Podpora osob s mentálním postižením 37

3.4 Shrnutí kapitoly 43

4 Rozhodování 45

4.1 Co je to rozhodování 45

4.2 Rozhodování jako lidské právo 46

4.3 Faktory rozhodování 53

4.4 Princip držitele problému 57

4.5 Shrnutí kapitoly 58

5 Představy 59

5.2 Co je to představa? 59

5.3 Shrnutí kapitoly 62

6 Metodologie 63

6.1 Výzkumná strategie 63

6.2 Výzkumné otázky 64
6.3 Výběr informantů 65
6.4 Metoda sběru dat 67
6.5 Zpracování dat 69
6.6 Silné a slabé stránky výzkumu 69
6.7 Etika výzkumu 70

7 Interpretace 72

7.1 Interpretace DVO1 72
7.2 Interpretace DVO2 75
7.3 Interpretace DVO3 77
7.4 Interpretace DVO4 83

8 Závěr 89

8.1 Doporučení pro praxi 91
8.2 Doporučení pro výzkum 92

Použité zdroje 93

Příloha A Tabulka operacionalizace 98

Příloha B Scénář rozhovoru 100

Příloha C Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření – vzor 101

Rejstřík jmenný a věcný 102

Příloha D Stať 104

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření 101

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Seznam informantů 66
Tabulka 2 - Tabulka operacionalizace 99

Seznam pojmů a zkratek

AAIDD	–	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
ASVSP	–	Asociace vzdělavatelů v sociální práci
AZZP ČR	–	Asociace zaměstnavatelů zdravotně postižených České republiky
EQ	–	Emoční kvocient (číselný ukazatel emoční inteligence)
IASSW	–	International Association of Schools of Social Work (Mezinárodní asociace škol sociální práce)
IFSW	–	International Federation of Social Workers (Mezinárodní federace sociálních pracovníků)
IQ	–	Inteligenční kvocient (číselný ukazatel inteligence člověka v poměru k ostatní populaci)
KaSPC	–	Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb
MKF	–	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN	–	Mezinárodní klasifikace nemocí
MP	–	Mentální postižení
MPSV	–	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NRZP ČR	–	Národní rada osob se zdravotním postižením České republiky
SIS	–	Support Intensity Scale (Škála stanovení míry podpory)
SPMP	–	Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením
VVZPO	–	Vládní výbor pro osoby se zdravotním postižením
WHO	–	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Seznam příloh

Přílohy v textu

Příloha A Tabulka operacionalizace 98
Příloha B Scénář rozhovoru 100
Příloha C Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření – vzor 101
Příloha D Stať 104

1 Úvod

Tato práce se zabývá tématem představ lidí s mentálním postižením o rozhodování o sobě a je zpracována především v kontextu sociální práce. V naší společnosti se často mluví o rovných právech všech lidí bez rozdílu, včetně práva na svobodnou volbu, které je zakotveno jak v Listině základních práv a svobod, tak v Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením.

Otázkou je, zda si lidé jsou také rovni v tom, jak si rozhodování představují. Záměrem práce není porovnání příležitostí k rozhodování ani představ, ale zjištění, jaké představy mají lidé s mentálním postižením o rozhodování o sobě. **Cílem práce je odpovědět na otázku**: ***Jak si lidé s mentálním postižením představují rozhodování o sobě?***

Teoretická část práce se soustředí na vymezení klíčových pojmů, a to: mentální postižení, rozhodování, sociální služby a představy. Zároveň se teoretická část věnuje specifikům lidí s mentálním postižením v oblastech významných pro kroky vedoucí k dosažení cíle této práce. Těmi jsou oblast komunikace, faktory rozhodování, svéprávnost a podpora lidí s mentálním postižením, se kterou se pojí také kapitola o deinstitucionalizačním transformačním konceptu, která se zabývá deinstitucionalizací, sociální prací a jejím rozvojem v České republice, sociálními pracovníky a jejich profesní způsobilostí a také sociálními službami, tedy tématem dostupné podpory pro osoby s mentálním postižením. Jako poslední se teoretická část věnuje vymezení představ v kontextu této práce.

Metodologická část se věnuje teoretickému vymezení zvoleného kvalitativního výzkumu a odůvodnění volby tohoto typu zkoumání. Jmenuji zde také dílčí výzkumné otázky, jejichž cílem je pomoci k zodpovězení výše uvedené hlavní výzkumné otázky. V metodologické části práce také popisuji způsob, kterým jsem získala informanty a také zvolené způsoby získávání (polostrukturovaný rozhovor) a analýzy dat (doslovný přepis, otevřené kódování a kategorizace).

V části interpretační se věnuji interpretaci získaných dat. Uvedená část obsahuje výsledky analýzy získaných dat s cílem zodpovězení jednotlivých dílčích výzkumných otázek. Konečné výsledky analýzy dat jsou shrnuty v závěru.

Téma práce jsem zvolila na základě zkušeností, které jsem získala v průběhu 6 let práce na pozici osobního asistenta pro lidi s mentálním a kombinovaným postižením. Zpočátku své profesní praxe jsem se setkala s výrazným rozporem mezi svým extrémním nastavením začínajícího sociálního pracovníka. Konkrétně šlo o nekompromisní zastávání práv uživatelů služeb navzdory přáním jejich rodičů/opatrovníků. Tento rozpor mě spolu se studiem sociální práce a seznámení se s pojmem sebereflexe přivedl k tématu samostatného rozhodování, kterému jsem se věnovala ve své bakalářské i absolventské práci. Tématem jsem se zabývala především v kontextu uživatelů sociální služby osobní asistence a v rámci kvalitativního výzkumu jsem vedla rozhovory

formou *focus group* s osobními asistenty a koordinátory této služby. Cílem bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují z pohledu osobního asistenta rozhodování uživatelů – lidí s mentálním postižením o náplni volného času stráveného ve společnosti osobního asistenta.

Rozhodování je pro mě stále velmi atraktivním tématem také proto, jaké možnosti společnost nabízí lidem s postižením. Studium teorie a praxe rozhodování v kontextu práce s lidmi s mentálním postižením mi pomohlo pochopit, že je potřeba brát vážně i další témata, která s tímto přímo souvisí. Jde o záležitosti opatrovnictví, specifik mentálního postižení i historické souvislosti (např. ústavní péče), které jsou především u starších uživatelů důvodem silných ochranitelských pudů ze strany rodičů. Nyní už jsem si vědoma svých začátečnických chyb a toho, že nic není možné brát na lehkou váhu ve chvíli, kdy je vyžadována rovná a respektující komunikace všech stran, včetně rodičů/opatrovníků. Na základě těchto nově nabytých vědomostí jsem si uvědomila, že veškerá moje práce se zabývala názory všech, kromě názorů samotných lidí s mentálním postižením. Tomu se věnuji v této práci. Myslím si, že dosud nebyl věnován dostatečný prostor tomu, jak lidé s mentálním postižením vnímají rozhodování o sobě, co to pro ně znamená a zda se jejich představy o rozhodování o sobě rovnají představám jejich blízkých, spolupracujících profesionálů a představám lidí bez postižení.

2 Lidé s mentálním postižením

Mentální postižení je označením, jehož podoba se v minulosti měnila, kvůli hanlivému zabarvení slov, které vedlo k vytváření sprostých slov a nadávek.

Valenta, Michalík a Lečbych (2018, s. 73-79) se věnují historii pojmů užívaných v oblasti práce s lidmi s mentálním postižením. Autoři uvádějí změnu pojmu mentální retardace na pojem mentální postižení, ze které vychází současné nejvhodnější označení „člověk/osoba s mentálním postižením". Tito autoři mimo jiné odkazují na inspiraci ze zahraničí (Velká Británie, USA), kde je v současnosti jediným správným označením lidí s mentálním postižením spojení slov intellectual a disability, tedy v překladu postižení intelektu. Autoři považují záměnu pojmu mentální za intelektuální za pozitivní změnu a doufají v podobnou změnu také v české terminologii mentálního postižení. Osobně si myslím, že taková změna by nebyla příliš velkým přínosem vzhledem k tomu, že v označení stále zůstává slovo „postižení", které je v českém jazyce stále vnímáno velmi diskriminačně. Samotný Slovník spisovné češtiny totiž slovo „postižení" popisuje jako slovo vycházející ze slova „postihnout", které definuje mimo jiné následovně: *„1. (o něčem nepříznivém) uvést do špatného stavu… 3: postihlo je neštěstí".* Bohužel musím přiznat, že přestože sama vnímám negativa těchto pojmů, nejsem schopna sama navrhnout konkrétní řešení. Ideálním stavem by bylo takové označení, které není nijak negativně zabarvené. Otázkou však je, zda český jazyk nabízí taková slova. Další možností je pak změna ve vnímání již existujících slov, jak je uvedeno níže.

Pörtnerová (2009, s. 11-12) mluví o důležitosti užívání vhodných pojmů při práci s lidmi. Mimo jiné hovoří o tom, že by ráda dosáhla toho, aby se slovo „postižení" používalo jako slovo popisné, ne diskriminační. Zaujímá postoj, že změna vnímání tohoto slova by měla vést také ke změněnému vnímání lidí, kteří jsou tímto pojmem označeni. Například Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice (SPMP)[1] takové změně přispívá mimo jiné tím, že se vymezuje vůči nejčastějším mýtům, na kterých společnost staví svůj postoj k lidem s MP a poukazuje na to, že i lidé s mentálním postižením, stejně jako ostatní, touží po možnosti dělat věci po svém, mít soukromí, domov a obklopovat se svými blízkými.

Lidé s mentálním postižením jsou v rámci této diplomové práce stavěni do role účastníků kvalitativního výzkumu, jehož cílem je zjistit, jak si lidé s mentálním postižením představují rozhodování o sobě. S tímto záměrem se následující kapitola věnuje definici mentálního postižení, která je klíčová pro vymezení cílové populace, které se diplomová práce věnuje. Dále téma rozlišení IQ a EQ v souvislosti s oficiální klasifikací mentálního postižení zaměřenou na vymezení schopnosti a neschopnosti na základě lékařských poznatků. Kapitola se také zaměřuje na specifika komunikace s lidmi s mentálním postižením za účelem vyjasnění klíčových pojmů a kroků, kterými je třeba

[1] https://www.spmpcr.cz/o-zivote-s-mentalnim-postizenim

se řídit v případě vedení rozhovorů s cílem získání kvalitních dat a poskytnutí individuální podpory. Téma v této kapitole je zpracováno především v kontextu sociální práce, viz kapitola č. 3, s doplněním o informace dalších věd, jako je lékařství, sociologie a pedagogika.

2.1 Definování mentálního postižení

Slowík (2010, s. 45-47) uvádí, že popsat mentální postižení je obtížné. Důvodem je to, že projevy mentálního postižení jsou v každém případě naprosto individuální, různorodé a nelze je zobecnit. Autor také zdůrazňuje, že mentální postižení není zásahem pouze do intelektu člověka, ale tento zásah dále formuje i osobnost člověka s MP. S tím souhlasí následující text věnující se snahám autorů a odborníků o vytvoření jednotné definice.

Mnoho autorů projevilo snahu o vytvoření jednotné a komplexní definice mentálního postižení. Drew a Hardman (2004, s. 17-19) uvádí faktory vedoucí k tomu, že taková definice stále nebyla uznána a považují období hledání vhodné definice za fázi tranzice. Autoři uvádí, že nejjednoznačnější definicí je ta, která je založena na inteligenčním kvocientu, viz kapitola 2.2. Přesto ale nelze tuto definici považovat za jednotnou a finální, protože jde o téma řešené v mnoha profesních oblastech a profesionálové z těchto oblastí projevují snahu o tvorbu definice vždy na základě svých profesních znalostí a potřeb. Tedy sociologové definují mentální postižení jako sociální výzvu. Psychologové se zaměřují na psychickou stránku postižení a lékaři se zaměřují na léčbu postižení jako nemoci. Autoři také upozorňují na to, že jejich cílem není znehodnocení multidisciplinární spolupráce, ale varování před nebezpečím stavění jednotlivých přístupů k postižení nad celostní vnímání člověka s mentálním postižením. Absenci logicky a teoreticky znělé definice považují autoři mimo jiné za překážku při přípravě a vzdělávání profesionálů pracujících s touto cílovou populací.

Valenta, Michalík a Lečbych (2018, s. 83) uvádějí, že přestože jde v současnosti stále o nejednoznačně vymezený termín, definice uváděné v odborné literatuře mají vždy společné zaměření na oblast celkového snížení intelektových schopností jedince a oblast adaptability na sociální prostředí.

Jednou z definic, která se svojí povahou blíží snahám o celostní vnímání člověka s mentálním postižením je definice Vágnerové (2012, s. 289), která uvádí, že: *„Mentální postižení je postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.“* Autorka také klade důraz na to, že je podstatné člověka s mentálním postižením podporovat v dosahování jeho cílů a v hledání funkčních způsobů komunikace a vzdělávání. Osobně tuto definici shledávám vyjádřením rezonujícím s konceptem sociálního fungování, který je považován za jeden z klíčových pojmů sociální práce. Navrátil a Musil (2000) označují pojmem sociální

fungování komplex skutečností popisujících trvalou interakci člověka a prostředí, ve kterém žije. Požadavky prostředí jsou na člověka s mentálním postižením příliš vysoké nebo nesrozumitelné, a tak dochází k nerovnováze a vzniku problému. Je tedy zřetelné, že tato definice nepopisuje samotné postižení jako problém, ale jako skutečnost, která k problému vést může ve chvíli, kdy prostředí bude klást vysoké nároky na člověka s postižením. Pod pojmem prostředí v tomto případě vnímám všechny oblasti života člověka, a to oblast psychologickou, biologickou, sociální a spirituální.

Definicí, která se svým zaměřením podobá definici předchozí, je ta z roku 2002, kterou uvádí AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities), a to: *„Mentální retardace je postižení charakteristické viditelným omezením jak v oblasti intelektu, tak v oblasti adaptivního chování ve smyslu osvojení sociálních a praktických dovedností. Takové postižení vzniká před dovršením 18 let."*[2] I zde lze pozorovat snahu o definování mentálního postižení v souvislosti s prostředím a mírou schopností potřebnou pro udržení rovnováhy mezi schopnostmi jedince a požadavky prostředí.

Valenta, Michalík a Lečbych (2018, s. 83) uvádějí definici, která vymezuje mentální postižení jako: *„vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince."* Toto vymezení klade důraz na jednotlivé klíčové pojmy pojící se k mentálnímu postižení v oblasti biologické, sociální a psychologické. Lze tedy pozorovat snahu a vytvoření multidisciplinární definice. Osobně také pozoruji, že i tato definice, stejně jako předchozí, se zaměřuje na negativně zabarvené pojmy jako je porucha, snížení schopností, oslabení apod. Přesto musím přiznat, že sama nejsem schopna uvést návrh, jak mentální postižení definovat pouhými pozitivy, protože nelze popřít, že jde o omezení zdraví člověka v základních oblastech života.

Se snahami o vytvoření jednotné definice se autoři odborných textů věnují snaze o jednoduchý a srozumitelný popis osob s mentálním postižením. O popis takový, který by podával jasné informace nejen odborníkům, ale i neodborné veřejnosti s cílem zvýšení informovanosti a odstranění předsudků, které jsou často dlouhodobé. Například Švarcová – Slabinová (2011, s. 28) uvádí, že osoba s mentálním postižením je osoba s vlastními charakteristickými rysy, která ale spadá do konkrétní skupiny na základě společných znaků nebo vlastností. Takový popis si lze představit subjektivně jako studenta vysoké školy. Společnými znaky jsou studijní povinnosti, zkouškové období, případně i věk a ročník studia. Přitom každý student má unikátní soubor osobnostních rysů a životních zkušeností. Považuji tento popis osoby s mentálním postižením za naprosto lidský a z vlastních profesních zkušeností (5 let jako osobní asistent pro osoby s mentálním postižením) také za platný. Podobně se další autoři jako Matoušek (2008,

[2] Přeloženo: „Mental retardation is a disability characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behavior as expressed in conceptual, social, and practical adaptive skills. This disability originates before age 18. "

s. 99) věnují specifikům postižení. Solovská a kol. (2013) se také soustředí na hledání kreativních/alternativních způsobů komunikace, učení a osvojování nových dovedností na základě individuálního přístupu a kreativity sociálního pracovníka, pedagoga, opatrovníka nebo pracovníka v přímé péči.

Navzdory snahám mnoha autorů lze definici mentálního postižení opravdu usadit do fáze tranzice. Existující definice v kombinaci s odbornými i neodbornými popisy lidí s mentálním postižením a jejich života poskytují prozatím dostatečnou oporu pro vzdělávání odborníků. Na jednotné a všeobecně uznávané definici se, doufám, neustále pracuje a vzhledem k výše uvedenému věřím, že odborníci se pomalu přibližují k dosažení cíle. Mně nejbližší je vnímání mentálního postižení tak, jak jej vnímá Votoupal (2022, s. 30-33): *„jako specifický typ vztahu mezi jedincem a prostředím, ve kterém žije."* Autor celkově hovoří o mentálním postižení jako o sociální situaci, která nevychází pouze ze zdravotního stavu jedince, ale také z jeho možností života ve společnosti. Také se, jak bylo řečeno, mnoho existujících definic shoduje v zaměření na oblast intelektu. Tomu se věnuje následující kapitola.

2.2 Inteligenční kvocient (IQ) versus Emoční kvocient (EQ)

O IQ se učí již žáci na základní škole v občanské výchově nebo přírodovědě. Také existuje nespočet různých testů a webových stránek, které umožňují si za poplatek nebo zdarma změřit výšku svého IQ. Výrazná část lidské populace si není vědoma důležitosti nebo dokonce existence tzv. emoční inteligence, která by jim odpověděla na spoustu otázek. Například na otázku: „Jak je možné, že tak chytrý člověk ještě stále nemá ženu?" nebo „Jak to, že on má víc kamarádů než já, i když je úplně hloupý?" Bariso (2019, s. 18-19) uvádí příklad geniálního Steva Jobse, zakladatele společnosti Apple, který byl známý svými fantastickými nápady, geniálními vynálezy a stopou, kterou v tomto světě zanechal v oblasti technologií. Jobs byl ale také známý tím, že nedokázal pracovat s emocemi svými ani druhých. Jobs své podřízené často ponižoval a dokázal zanechat opravdu negativní stopu v emocích druhých. Spousta lidí se ptala, jak je možné, že tak geniální člověk nedokáže ovládat své chování ve společnosti druhých lidí. Na to odpovídá rozdíl mezi IQ a EQ, který je mimo jiné klíčem k budování a zvyšování samostatnosti lidí s mentálním postižením.

2.2.1 Inteligenční kvocient (IQ)

Inteligence je pojem, který je známý téměř každému. Přesto ale neexistuje žádná definice, která by byla považována za jednotnou a všeobecně platnou. Pro účely této práce bude naprosto dostačující uvést jednu z mnoha definic: *„Inteligence je souhrnná nebo celková schopnost jednotlivce jednat účelně, myslet racionálně a účinně jednat se svým okolím."* (Svoboda in Wechsler, 2005).

Uvedenou definici považuji za shodující se s teoretickým zaměřením práce, protože přesně popisuje, které oblasti života člověka mohou být ovlivněny sníženou inteligencí.

Studium inteligence probíhá od počátku 20. století a v současné době lze dohledat mnoho teoretických směrů. Jde o velmi složitý jev. Shrnutím mnoha teorií je, že inteligence je schopnost člověka, která umožňuje myslet logicky, racionálně, funkčně komunikovat se svým okolím a řešit problémy (Bevilacquová, 2006).

Kodým (2014, s. 77-81) také na základě poznatků dalších autorů nazývá tuto inteligenci rozumem (rozumová inteligence), tedy měřitelnou schopností, která popisuje, do jaké míry je člověk schopný se přizpůsobit a reagovat na změněnou situaci. Autor také uvádí, že americký psycholog Cattel rozlišuje složku inteligence fluidní (dědičná) a krystalickou (podmíněna sociálně). Jde o myšlenku, která může potvrzovat tvrzení, že vyčíslení IQ není konečným údajem a lze s tímto faktem dále pracovat ve svůj prospěch.

IQ je mimo jiné klíčem k určení míry mentálního postižení podle původní oficiální klasifikace MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) Mezinárodní zdravotnické organizace (WHO). Považuji za nutné upozornit na to, že inteligenční kvocient je tedy pouhým určením toho, do jaké míry je člověk schopen reagovat a funkčně jednat převážně v případech založených na racionalitě a logice. S tím souhlasí také Urban (1996, s. 23-24), který cituje z knihy D. Golemana: *„IQ přispívá k faktorům určujícím úspěch v životě pouhými dvaceti procenty, čímž se ponechává celých osmdesát procent dalších vlivům.“*

2.2.2 Emoční kvocient (EQ)

Emoční kvocient neboli emoční inteligence byl ještě v posledním desetiletí minulého století neznámým pojmem. V roce 1995 vydal Daniel Goleman knihu s názvem *Emoční inteligence*, ve které popisuje teorii vytvořenou Johnem D. Mayerem a Peterem Saloveyem. Tato teorie uváděla, že kromě intelektuálních schopností mají lidé také dovednosti emoční, které mají rovněž vliv na lidské chování a myšlení. Goleman také uváděl, že koncept emoční inteligence sahá historicky až do doby starých filozofů a vůdců. Koncem 80. let minulého století byla rozvinuta teorie, že inteligence se dělí na více oblastí, ve kterých může osoba vynikat. Konkrétně intrapersonální inteligence (porozumění vlastním pocitům a pochopení role v jednání) a interpersonální inteligence (porozumění emočním projevům druhých). Původní autoři Mayer a Salovey uvádí jasnou definici emoční inteligence: *„Emoční inteligence je schopnost zaznamenávat emoce a pocity své vlastní i druhých, rozlišovat je a tyto informace využívat při myšlení a konání.“* Jinak řečeno je emoční inteligence schopnost využívat veškeré emoce ve svůj prospěch. (Bariso, 2019, s. 21-31)

Chapaux-Morelli (2022, s. 54) uvádí, že emoční inteligence je schopnost, kterou člověk získává v průběhu života, počínaje už dětstvím, kdy si dítě začíná uvědomovat ostatní lidi, jejich pocity, myšlenky a začíná odhadovat jejich chování. Tím se učí

budoucí komunikaci s vrstevníky i dospělými. Již v dětství lze pozorovat schopnost empatie, která dítě vede k porozumění ostatním.

Bowen (2019, s. 3-5) dále dodává, že emoční inteligence je spojována se sociálními interakcemi, individuální adaptabilitou a psychologickým blahem. Přesto ale upozorňuje, že mnozí autoři se k definici emoční inteligence staví jinak nebo dokonce popírají existenci emoční inteligence jako konstruktu. Co také autor dodává, a co je klíčovou informací pro účely této práce je, že emoční inteligence je schopnost propojení kognitivních funkcí s emocemi. To může v případě lidí s mentálním postižením vytvářet podstatné příležitosti pro učení. Shapiro (1998, s. 14) k tomu dodává, že pojem emoční inteligence byl použit pro popis emočních vlastností důležitých pro dosažení úspěchu. Tyto vlastnosti jsou: *„vcítění, vyjadřování a chápání pocitů, ovládání nálady, nezávislost, přizpůsobivost, oblíbenost, schopnost řešení mezilidských problémů, vytrvalost, přátelskost, laskavost, úcta."* Z profesní zkušenosti mohu potvrdit, že jmenované vlastnosti jsou tím, co určuje směřování podpory lidí s mentálním postižením již při vytváření individuálního plánu při vstupu do sociální služby. Z pozice pracovníka v přímé péči mohu také souhlasit s tím, že tyto vlastnosti se u uživatelů sociální služby objevují v menší či větší míře a jsou rozhodující pro samostatné rozhodování minimálně o volném čase stráveném ve společnosti osobního asistenta, v mnohých případech i v dalších oblastech života.

Emoční inteligenci/emoční kvocient lze pozorovat, ale nelze tuto inteligenci změřit. Wildingová (2010, s. 30-31) považuje za ukazatele emoční inteligence úroveň sociální interakce jedince a dodává, že emoční inteligence/sociální interakce jsou v potřebné míře cestou k seznamování, budování kariéry a kvalitních (nejen) partnerských vztahů. Chapaux-Morelli (2022, s. 60-61) dokonce věří, že emoční inteligence může být jedním z obranných nástrojů proti manipulaci, ne však sama o sobě.

V případě lidí s mentálním postižením je emoční inteligence považována za základ pro učení se sociálním a praktickým dovednostem. Jde také o pojem, který je lidmi s žitou zkušeností (lidé s mentálním postižením, jejich rodiny a poskytovatelé sociálních služeb) prezentován jako pojem, který by měl stát nad IQ, protože dává mnohem větší prostor pro vnímání možností namísto bariér.

2.2.3 Klasifikace mentálního postižení

V České republice jsou nově oficiálně implementovány tři stratifikační systémy pojící se k lidem s mentálním postižením. Každá z nich se věnuje specifické oblasti života. Jde o referenční rámec MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví) soustředící se na funkční schopnosti, disabilitu a fyzické zdraví člověka, tedy o oblast zdravotnictví. Dále Systém KaSPC (Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb) zaměřující se především na oblast školství. Posledním je Referenční rámec SIS (Support Intensity Scale – Škála stanovení míry podpory), který popisuje, jaké míry podpory je třeba pro zvládnutí každodenních aktivit ve stanovených oblastech,

jako jsou činnosti v domácnosti, činnosti v zaměstnání, činnosti sociální a další. Dříve byl aktivně využíván rámec MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí – mentální retardace), který je založen na rozdělení osob s mentálním postižením do skupin na základě číselného výsledku IQ. Tento systém je nově nahrazen systémem MKF, který poskytuje větší prostor pro zaměření na dovednosti člověka, ne bariéry způsobené postižením. (Valenta, Michalík a Lečbych, 2018, s. 9-39)

Osobně se plně neztotožňuji ani s jedním z uvedených systémů. Důvodem je pravděpodobně profesní zkušenost, která dokazuje, že člověka nelze popsat v několika bodech na základě číselného hodnocení. Tudíž považuji tyto systémy za vyjádření pouze minimální části skutečnosti, která se za postižením skrývá, přesto však mohou tyto systémy sloužit pro vytvoření alespoň obecné základní znalosti, kterou lze dále rozvíjet dalším vzděláváním nebo profesní zkušeností. S tím souhlasí také Šiška (2005, s. 57), který uvádí, že zařazení osoby do některé z těchto kategorií by v žádném případě nemělo být konečným rozhodnutím a rezignací na osobní cíle člověka s postižením. Toto prohlášení se pojí k původní klasifikaci MKN-10, ale považuji jej za aplikovatelné i v případě nových systémů. Autor také nabádá k tomu, aby byla brána v úvahu emoční inteligence, která rozhoduje o tom, jak člověk s postižením vnímá sám sebe, nakolik je empatický a do jaké míry je schopný sebemotivace k získávaní nových informací a k osvojování nových dovedností. Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice na svých internetových stránkách[3] shrnuje svůj postoj, se kterým se ztotožňuji, a to:

> *„V odborných knihách si můžete přečíst, že "mentální retardace" je vrozená či raně získaná porucha intelektu. Dále tam najdete výčet toho, jaká mají omezení a co všechno nezvládnou osoby s mentální retardací (termín retardace je čistě medicínský a my jej běžně nepoužíváme).*
>
> *Pokud ale chcete vědět, kdo jsou a jací jsou lidé s mentálním postižením, nejlepší cesta je nějaké lidi osobně poznat.*
>
> *Jsou totiž jedineční jako každý z nás. Mají různé povahy, různé schopnosti, dovednosti a zkušenosti, různé záliby, touhy a přání, a také různé potíže. Většinou potřebují určitou míru podpory a pomoci, aby zvládli věci, které jiní lidé zvládají sami. A někdy stačí troška trpělivosti a pochopení.“* (SPMP, [online], cit: 25.1.2023)

Pokud jde o téma rozhodování o sobě v životě lidí s mentálním postižením, považuji tyto systémy za základ, který je třeba doplnit a rozvíjet za účelem správného vedení rozhovoru a k získání kvalitních dat. Mimo zařazení do uvedených systémů je totiž klíčová i znalost specifik komunikace a schopnost s těmito specifiky aktivně pracovat. Tématu komunikace se věnuje následující kapitola.

[3] www.spmpcz.cz

2.3 Specifika komunikace

Etymologický slovník definuje slovo komunikace jako „proudění informací z jednoho bodu (ze zdroje) k druhému bodu (k příjemci)“ či „přenos nebo vytváření znalostí“. Hausenblas definuje komunikaci jako „obcování lidí, společné podílení se na nějaké činnosti ve vzájemném kontaktu“, tedy jako sdílenou činnost. Někteří psychologové popisují komunikaci jako „sdělování“ nebo „sdílení“. (Vybíral, 2009, s. 25)

Komunikace také zastává funkce klíčové pro život člověka ve všech oblastech (biologická, psychologická, sociální a spirituální/duchovní). Mezi 5 hlavních funkcí patří: informovat, instruovat, přesvědčit, vyjednat/domluvit a pobavit. Jde tedy o schopnost, která člověka provádí životem. (Vybíral, 2009, s. 31) Jde o schopnost všech lidí včetně lidí s mentálním postižením.

Je snadné komunikaci definovat díky snadno dohledatelné a srozumitelné jednotné definici. Přesto ale není komunikace jednoduchý jev. Lidská komunikace je obzvláště bohatá na způsoby přenosu informací, procesy a také na specifická omezení a bariéry v komunikaci. Proto je žádoucí se věnovat vymezení základních pojmů pro vyjasnění oblasti zájmu této práce. Za základní považuji vymezení komunikace verbální a neverbální (zvlášť důležitá pro komunikaci s lidmi s mentálním postižením). Dále pro účely této práce žádoucí se zabývat specifiky komunikaci lidí s mentálním postižením, pro vyjasnění možných bariér, ale také výrazného rozvinutí specifické a individuální schopnosti komunikace. Tomu se věnují následující kapitoly.

2.3.1 Komunikace verbální a neverbální

Komunikaci **verbální** lze popsat velmi snadno. Jde o komunikaci, která je zprostředkována jazykem v mluvené i psané formě a významy, které jsou s jazykem propojeny (významy slov, vět a frází). Porozumění této komunikaci vyžaduje znalost jazyka a významů s ním spojenými. Jednoduše řečeno jde o naši řeč, které lze porozumět pouze v případě, kdy tuto řeč ovládáme. (Koťa, Trpišovská a Vacínová, 2013, s. 115)

Komunikace **neverbální/nonverbální** je nejstarší formou komunikace a na rozdíl od komunikace verbální nemá přesně vymezeny významy jednotlivých gest, a proto je složitější jí porozumět nebo ji dekódovat. Neverbální komunikací lidé nejčastěji vyjadřují své emoce a postoje. Také se člení, podle prostředků vyjádření, na následující:

- *Mimika*: pohyby obličejového svalstva. Svalstvo v obličeji údajně umožňuje více než 1000 různých výrazů. Z obličeje lze vyčíst většinu emocí. V případě lidí s mentálním postižením je často výraz ve tváři výrazným komunikačním prostředkem pro poznání nejen souhlasu (smích, úsměv…) či nesouhlasu (svislé koutky, zamračení…), ale i dalších emocí či názorů.
- *Proxemika (řeč prostoru)*: tato oblast komunikace se zaměřuje na vzájemném postavení komunikačních partnerů v prostoru, tedy natočení ramen a boků, otočení hlavy a postupné vzdalování či přibližování v průběhu

komunikace. V praxi u lidí s mentálním postižením může být změna vzdálenosti náznakem zájmu či odporu k probíranému tématu. Ze směru natočení hlavy a ramen lze u člověka s postižením vyčíst například míru soustředění, zájem či nezájem o to, co osobní asistent nebo rodič/opatrovník říká.

- *Haptika (řeč doteku)*: často je uváděno, že dotek je u dospělých lidí především projevem vřelosti, ujištění a lásky. V práci s lidmi s mentálním postižením toto opravdu neplatí, především proto, že navazujeme vztah pracovní, ne osobní. Přesto se dotek projevuje v naší práci například při pomoci s oblékáním nebo pomoci s osobní hygienou. Dále také jako způsob vedení (za rámě, ruku) nebo poskytnutí určité ochrany před nebezpečím (chycení za paži u přechodu pro chodce). Naopak samotní lidé s postižením používají dotek jako projev vděku, prosby (v profesním vztahu – asistentovi) a také lásky (především svým blízkým). Hejnová a Pelikánová (in Matoušek a kol., 2022, s. 67-70) se soustředí na to, že profesionální sociální pracovník by měl být schopný nastavit takové hranice, které nebudou překážkou efektivnímu profesnímu vztahu, ale také nebudou příliš propustné. Udržování takových hranic je jedním ze způsobů předcházení syndromu vyhoření. U doteků to zmiňuji, protože jsou to často doteky, kde osobně v praxi hranice nastavovat musím a to tak, aby doteky byly komunikačním prostředkem, ale nebyly v rozporu s mými hodnotami a tělesnou autonomií.
- *Gestikulace*: jde o komunikaci pomocí pohybů některými částmi těla, především ruky nebo hlavy. Gesta jsou pro lidi s mentálním postižením jedním z nejčastěji užívaných způsobů komunikace, počínaje obyčejným ukázáním prstem nebo pohybem hlavy, který nahradí verbální projev souhlasu či nesouhlasu. Gesta se výrazně individuálně liší a je důležité se pro produktivní spolupráci gesta každého naučit poznávat.
- *Oční pohledy*
- *Parajazykové komunikační projevy:* obecně jde o emocionální zabarvení hlasu, sílu hlasu, výšku a hloubku hlasu, tempo a rytmus řeči, modulace a protahování či zkracování slov. U verbálně komunikujících osob s mentálním postižením lze tyto projevy považovat za shodné s populací bez postižení s tím, že do této kategorie patří také poruchy řeči jako je zadrhávání, opakování apod. (Koťa, Trpišovská a Vacínová, 2013, s. 108-115)

Neverbální komunikace je velmi obsáhlý soubor způsobů, jakým lidé komunikují. Je to právě neverbální komunikace, díky které mnohou komunikovat všichni: lidé bez postižení a lidé s postižením.

Za stručnou zmínku stojí také Alternativní a augmentativní komunikace (AAK), kam spadají člověkem vytvořené komunikační systémy umožňující řešení problému s řečí, jazykem a psaním. Jde o systémy komunikačních tabulek, posunkové řeči, speciálních softwarů, nebo znakového jazyka. AAK není předmětem zájmu této práce, protože žádný z těchto komunikačních systémů nebude využit při získávání dat.

2.3.2 Specifika v komunikaci lidí s mentálním postižením

Předchozí kapitola naznačila, jakými způsoby lidé s mentálním postižením komunikují. Tato kapitola se věnuje tématu podrobněji. Soustředí se na specifika v komunikaci a případné návrhy podpůrných systémů. Jak uvádí Bazalová (214, s. 65), komunikace je jedna z nejdůležitějších složek práce s lidmi s MP, protože *„neschopnost vyjádřit své potřeby či přání je velmi frustrující a uzamyká člověka do sebe, může vést až k sebepoškozování či problémům v chování.“*

Nedílnou součástí komunikace je vnímání. Je třeba vnímat, že s námi někdo komunikuje, abychom se procesu komunikace mohli aktivně účastnit. Petráš (in Valenta, Michalík a Lečbych, 2018, s. 783-854) uvádí, že celkové vnímání lidí s mentálním postižením je oproti zdravým lidem zpomalené v závislosti na odchylky a zpomalení tvorby soustavy diferenčních podmíněných spojů v mozkové kůře v období dětství. Pro oblast komunikace je podstatný fakt, že lidé s mentálním postižením často považují několik věcí za stejné a často také dochází k úplné inaktivitě. Autor navrhuje komunikovat srozumitelně, krátce, v tempu osoby s MP a trpělivě. V případě potřeby být připraven opakovat, přeformulovat, vysvětlit… Také je doporučené být v komunikaci kongruentní, empatický a jednat s úctou. Moje profesní zkušenost také potvrzuje, že je to právě pomalé vnímání, co často způsobuje extrémní přešlapy v komunikaci člověka s MP a neinformovanou veřejností. Takovými přešlapy je například uspěchané dokončování slov a vět, tykání (předpoklad vnímání na úrovni dítěte) nebo nevhodný smích až výsměch. Dlabal (2021, s. 15-66) poskytuje podrobného průvodce, jak komunikovat a vést rozhovor z pozice pomáhajícího pracovníka (bez konkrétního zaměření na osoby s MP). Autor uvádí základní prvky efektivního rozhovoru jako jsou: nerozdělování pozornosti (př. mezi rozhovor a svůj mobil), dát prostor druhému, parafrázování, pozitivní ocenění, sumarizace, bezpodmínečné přijetí (nesoudit) a pamatovat si, co nám druhá osoba řekla. Tato doporučení mohou být v různých obměnách a úpravách aplikována na každou cílovou populaci. U lidí s MP může být úpravou míněno užívání srozumitelného jazyka a komunikace na základě individuálních potřeb a schopností. Matoušek (2013, s. 51-52) dokonce uvádí komunikační dovednosti jako obecný předpoklad pro pracovníky pomáhajících profesí, kdy tyto dovednosti působí na navázání vztahu s klientem a jsou klíčem k řešení problému.

Uzlová (2010, s. 91-92) navrhuje cvičení, která mohou pomáhat při rozvoji nebo zdokonalování řeči u dětí i dospělých. Jde o rytmizaci slov, nácvik řeči u zrcadla nebo rozvoj slovní zásoby pomocí vedení rozhovorů na oblíbené téma (nejčastěji o vlastní osobě), vymýšlení příběhů nebo cílená podpora mluvení ve větách. Podobná cvičení nabízí také Solovská a kol. (2013), která se soustředí na tvorbu cvičení a her pro nácvik a zdokonalování konkrétních dovedností potřebných v konkrétních situacích. Například hry, které krok za krokem člověka s MP vedou k osvojení dovednosti samostatného nákupu. Od cesty do obchodu, přes komunikaci s obsluhou až po zaplacení. Všechny takové nácviky jsou samozřejmě závislé na možnostech a schopnostech člověka s MP, často ale autoři nabízejí návod na individuální úpravu.

Častým specifikem je také slovní zásoba omezená na minimum slov nebo komunikace pouze neverbálním způsobem. Z profesní zkušenosti mohu říct, že lidé s MP nejlépe komunikují se svými rodiči a případně dalšími blízkými, kde dochází k naprostému porozumění na základě naprosto minimálních signálů. V profesním vztahu (člověk s MP a osobní asistent) je nemožné takového porozumění dosáhnout z mnoha důvodů. Jedním z nich je krátké trvání spolupráce např. 2 hodiny 1 x týdně po dobu maximálně několika let. Dalším důvodem je to, že profesionál si nastavuje hranice již od prvního setkání. Tedy nastavuje hranici ve fyzickém kontaktu, který je právě v rodině častým a hranicemi neomezeným komunikačním prostředkem. Asistent nastavuje hranici také v tom, jaká témata jsou vhodná, jaké údaje o sobě poskytne a na jaké otázky je ochotný odpovídat.

Za specifikum komunikace lidí s postižením lze tedy považovat i to, že ačkoliv je často omezena na úrovni verbální, v různých vztazích je dále omezována i na úrovni neverbální.

Konkrétním doporučením pro vedení rozhovoru ve vztahu ke specifikům komunikace lidí s MP je tedy trpělivost, kreativita ve formulaci a vysvětlování a individuální přístup, což potvrzují také někteří autoři. Bendová a Zikl (2011, s. 17-18) popisují zásady pro komunikaci s dětmi s MP. Mnoho z nich však považuji za platné i pro dospělé. Autoři popisují respekt k osobnosti, potvrzují doporučení empatie a trpělivosti, projevování zájmu o probíhající komunikaci, jasné a jednoduché vyjadřování, vynechávání abstraktních pojmů a poskytování dostatečné doby na reakci nebo odpověď. Barták a Demjanenko (2021, s. 169) poskytují jednoduché shrnutí doporučení pro kvalitní komunikaci: *„Při jednání s lidmi je důležité respektovat následující triádu pravidel: 1. Buďte přirození. 2. Berte lidi takové, jací jsou. 3. Snažte se vžít do situace druhého. Jinými slovy: autenticita, akceptace a empatie pomáhají rozvíjet a udržovat dobré vztahy.“*

Následuje shrnutí základních pojmů a informací uvedených v této kapitole.

2.4 Shrnutí kapitoly

Tato kapitola se věnuje těm oblastem života lidí s mentálním postižením, které jsou podstatné pro zpracování této diplomové práce. Konkrétně tedy definici mentálního postižení, tématu důrazu na inteligenční a emoční kvocient v životě lidí s postižením a v neposlední řadě tématu komunikace, které je podstatné pro výzkumnou část práce.

Dosud nelze uvést pouze jednu definici mentálního postižení i přes snahy mnohých autorů o její vytvoření. Důvodem je nejen komplexnost této problematiky, ale také to, že v současné době lze pozorovat snahy o vnímání předností a schopností namísto bariér postižení, což je prozatím těžko obsažitelné v pouhých několika větách. Osobně volím definici od Vágnerové (2012, s. 289): *„„Mentální postižení je postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.“* Tuto definici volím, protože odpovídá konceptu

sociálního fungování, kdy dochází k nerovnováze požadavků prostředí a schopností tyto požadavky zvládat. Mimo jiné lze tato slova paradoxně „napasovat“ na mnoho dalších cílových populací, včetně lidí bez postižení. Z mého pohledu tedy nedochází k cílené degradaci lidí s postižením.

Dále se kapitola věnuje konceptu inteligenčního (IQ) a emočního kvocientu (EQ) a jejich souvislosti s klasifikacemi mentálního postižení. Konečným výstupem je to, že EQ hraje v životě všech lidí, včetně lidí s mentálním postižením, důležitější roli než IQ. Proto mohou lidé s MP žít plnohodnotný život s podporou či bez podpory. Téma klasifikací mentálního postižením považuji osobně na základě svých profesních zkušeností za pouhou nutnou zmínku, protože tyto klasifikace vnímám jako částečné vyjádření reality.

Nakonec se v této kapitole věnuji tématu komunikace a specifikům komunikace s lidmi s mentálním postižením, kdy závěrem je doporučení bezpodmínečného přijetí, empatie a respektu k člověku takovému jaký je, což jsou doporučení platná pro vedení jakéhokoliv rozhovoru. U lidí s mentálním postižením lze ještě specificky přidat trpělivost a individuální přístup.

V průběhu výzkumného šetření mě budou zajímat témata spojená s životem lidí s MP ve společnosti, jejich osobnost a případné vědomí a vnímání svého postižení.

Následující kapitola se věnuje tématu deinstitucionalizace, tedy zapojení a podpora lidí s MP v běžném životě a podpora žití v přirozeném prostředí, mimo ústavní péči.

3 Transformační deinstitucionalizační koncept

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) se aktivně a systematicky věnuje procesu transformace a deinstitucionalizace služeb sociální péče. Proces transformace oficiálně započal v roce 2007, kdy byl vládou České republiky přijat dokument nesoucí název *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*, ve kterém jsou vyjádřeny hlavní priority procesu transformace. Od roku 2007 realizovalo MPSV postupně navazující projekty. Prvním byl projekt *Podpora transformace sociálních služeb*, který měl za cíl analýzu a mapování regionů, možností uživatelů a zjištění aktuálního stavu poskytování sociálních služeb. Tento projekt také stanovil regionální pracovní skupiny, které tvořily podrobné transformační plány zařízení. Na tento projekt navázal v roce 2013 projekt *Transformace sociálních služeb*, během kterého probíhal ve vybraných zařízeních proces vzdělávání, konzultací, supervizí a propagace procesu transformace mezi odbornou i neodbornou veřejností. Posledním projektem realizovaným MSPV byl projekt *Život jako každý jiný* (rok 2015-2019), který se zaměřil na podporu krajů, obcí a systémové změny. Dále také usiloval o změny dalších aktérů v procesu začleňování lidí s postižením do společnosti. Těmito aktéry jsou myšleni například lékaři, soudci, policie a další. (MPSV, 2020, online, cit: 20.1.2023)

Tato kapitola se věnuje tématu transformace sociální péče v České republice. Stručně popisuje přechod od dříve výhradně ústavní péče o osoby s mentálním postižením k současnému rozvinutému systému sociálních služeb umožňujících život osob s postižením v přirozeném prostředí a zapojení těchto osob do sociálního i pracovního života. Kapitola se také věnuje základnímu vymezení sociální práce a sociálních služeb poskytovaných lidem s mentálním postižením. Nakonec je prostor věnován i organizacím, které zastupují tuto cílovou populaci a věnují se aktivní osvětě, boření předsudků a komunikace zájmů příslušníků skupiny.

3.1 Deinstitucionalizace

„Proces, ve kterém dochází k přechodu od ústavní (institucionální) péče o osoby se zdravotním postižením k péči poskytované v přirozeném prostředí. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování, klienti nejsou vystavováni institucionalizaci.“ (MPSV, 2013)

Deinstitucionalizace je dle mého názoru a věřím, že i dle názorů mnohých kolegů v oboru, procesem, který změnil mnohé v oblasti sociální péče. Pro mladé sociální

pracovníky je ústavní péče nepředstavitelná, protože zažívají až nynější podobu sociální práce a sociální péče. Osobně si jako osobní asistent nedokážu představit, že někdo z uživatelů, se kterými pracuji, bydlí jinde než doma, v chráněném bydlení nebo v jiném typu podporovaného bydlení. Při studiu sociální práce jsme často upozorňováni na to, jak naše práce vypadala v minulosti, jakým směrem se vyvinula a také jsme na svoji profesi připravováni tak, aby se minulost ponižující a nelidské sociální péče neopakovala.

Ústavní péči vnímám jako hlavního tvůrce předsudků nejen vůči lidem s mentálním postižením, ale také vůči dalším „obětem" ústavní péče. Neodborná veřejnost často čerpá ze svých zkušeností nebo zkušeností svých rodičů a prarodičů, a tato konkrétní zkušenost je ve většině případů principiálně negativní. Vytváří tak představy o tom, že lidé s MP jsou nebezpeční, a proto byli zavíráni do ústavů. Na druhou stranu se můžeme na celou situaci podívat i naopak, a to tak, že předsudky a vnímání lidí s postižením společností se mohlo už dříve i teď promítat do toho, jaké formy podpory a v jaké kvalitě jsou lidem s MP poskytovány. Tedy zda předsudky lidí, strach s neznámého a tlak společnosti nevedly ke vzniku ústavní péče, kterou já nyní vnímám jako prvotního tvůrce veškerých předsudků. Z vlastní zkušenosti mohu uvést, že i moji prarodiče nesouhlasí s mojí profesí a profesním zaměřením, protože v jejich očích je práce s lidmi s mentálním postižením nebezpečná a obecně zbytečná. Jsou dobrým příkladem spojení neinformovanosti a zkušenosti s pobytem ve městě se sídlem ústavního zařízení, kde lidé s MP byli záhadným nebezpečím, a navíc zahaleni rouškou zvěstí o tom, co se za zdmi ústavu děje.

V této kapitole se chci věnovat historickému vývoji ústavní péče. Jde o téma a žitou zkušenost mnoha uživatelů služeb a jejich rodin, která může mít výrazný vliv na to, jak se lidé s MP rozhodují o sobě a jak vůbec rozhodování vnímají.

3.1.1 Ústavní péče v ČR – minulost a současnost

Transformaci ústavních zařízení lze pozorovat již od 19. století, kdy započala reforma útulků, prvně v USA, Velké Británii a Francii. Útulky byly ústavním zařízením (pro osoby s postižením) vyznačujícím se nedůstojnými podmínkami, životem v řetězech a mnohdy jako atrakce pro veřejnost za drobný úplatek. Představitelé hnutí za reformu ústavů přispěli svojí činností ke zřízení psychiatrických nemocnic s novými způsoby léčby. Reformě přispívaly také ekonomické faktory industrializace, kdy lidé začínali pracovat mimo domov a o své „nemocné" se nemohli starat. Tento krok vedl k profesionalizaci služeb pro osoby s duševním onemocněním a osoby s MP. Tedy do doby, kdy se v první polovině 20. století začaly mezi lidmi šířit informace o žalostných a nehumánních podmínkách, ve kterých se pacienti ústavů nachází. *„Ústavy té doby se vyznačovaly nehygienickými a stísněnými podmínkami, zanedbáváním, zneužíváním a týráním pacientů a drastickými metodami nucené léčby. V některých případech byl v ústavech dokonce takový nedostatek jídla, že pacienti umírali hlady. Na mnohých místech se pak*

prováděly nucené sterilizace. Typické způsoby léčby v té době byly elektrošoky, šoky inzulinem a lobotomie.“ Toto zjištění vedlo některé politiky k tomu, aby začali usilovat o další reformu. (Kantorová, Kalenda a Matoušek, 2022, s. 336-337)

Těžko se věří tomu, že někdo zažil popsané zacházení. Bohužel tomu není v České republice tak dávno, aby si na to nevzpomínali také mnozí z aktuálních uživatelů sociálních služeb, jejich rodiny, pracovníci bývalých ústavů a také neodborná veřejnost, která takovému jednání pasivně přihlížela v místech sídlení ústavů. Považuji za nutné zmínit, že deinstitucionalizace není v České republice zdaleka u konce. Ústavy jsou stále i současnou realitou. Většina zařízení hlásí trvalý personální podstav z důvodu financování a také z důvodu nezvladatelné psychické zátěže pracovníků v těchto zařízeních.

Rušení ústavních zařízení (=deinstitucionalizace) je možné mimo jiné také díky rozvoji sociální práce a sociálních služeb, které jsou v současné podobě schopné zajistit nepřetržitou péči v domácím prostředí osobám s MP.

To znamená, že v oblasti ústavní péče v České republice došlo k viditelnému zlepšení a lze doufat, že díky multidisciplinární spolupráci, plánovanému financování a rozvoji sociální práce, sociálních služeb a jejich kvality bude dosaženo stanoveného cíle. Tématu sociální práce a sociálních služeb se věnují následující kapitoly.

3.2 Sociální práce

Sociální práce je obor mnohými opomíjený, mnohými nepochopený, pro mnohé nedostatečně finančně ohodnocený, pro některé druhou šancí, ale pro mnohé je také životním posláním. Úsměvný popis sociální práce poskytuje Thompson (2020, s. 15): *„Sociální práce je to, co dělají sociální pracovníci.“* [4]

Jde o profesi, kterou je těžké definovat především kvůli mnohostranného působení, které se očekává od její činnosti. Také jde o profesi, která má stejně bohatou minulost a fascinující historické zázemí jako jiné obory.

Následující text se věnuje teoretickému vymezení sociální práce a popisu paradigmat sociální práce. Cílem této kapitoly je přiblížit oblast působnosti tohoto oboru především v oblasti práce s lidmi s mentálním postižením.

3.2.1 Definice

Tato kapitola se zaměřuje na definování sociální práce.

Definice sociální práce je dle Mátela (2019, s. 79) prostředkem k porozumění tomuto oboru. Autor považuje definování sociální práce za jazykové umění vyjádřit úplně, hutně, a přitom stručně obsah celého oboru nejlépe jednou větou. To považuje

[4] Přeloženo z originálu: „Social work is what social workers do.“

autor za téměř nemožné. K tomu autor uvádí, že pro definování sociální práce je třeba vymezit současné základní cíle sociální práce. Mezi ty dle autora patří:

- zlepšování kvality života občanů ve společnosti
- předcházení sociálního vyloučení
- pomoc jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám ve zlepšování nebo obnovování jejich sociálního fungování
- pomoc, podpora, doprovod
- posilování a zmocňování klientů sociální práce a rozvoj jejich potenciálu
- pomoc při řešení problémů v lidských vztazích
- prosazování sociální změny
- podpora sociálního rozvoje, sociální soudržnosti a zlepšování blaha občanů ve společnosti.

Tedy cíle zasahující do mnoha oblastí života jednotlivce, rodiny, skupiny, komunity i celé společnosti. S tím souhlasí také Ondrušová, Oláh a Vavrečková (in Strieženec, 2017, s. 11), kteří uvádějí následujících 6 pohledů na sociální práci za účelem vymezení obsahu a cílů sociální práce:

- *„Historický pohled: sociální práce jako praktická činnost.*
- *Teoretický pohled: sociální práce jako vědní obor.*
- *Praktický pohled: sociální práce jako samostatná profese.*
- *Vzdělávací pohled: sociální práce jako akademická disciplína.*
- *Rozvojový pohled: výzkumy sociální práce.*
- *Integrační pohled: záměry sociální práce a její vývojové trendy.“*

Autoři mimo jiné uvádějí, že sociální práce je v současnosti vnímána jako **samostatná profese** (vykonávaná profesionály), **akademická disciplína** (specifický vzdělávací obor) a **vědní obor** (má vlastní předmět výzkumu).

Po vymezení cílů sociální práce se lze zaměřit na její definici. Za oficiální globální definici je považována tzv. Melbournská definice přijatá v červenci 2014 valnými hromadami IFSW (Mezinárodní federace sociálních pracovníků[5]) a IASSW (Mezinárodní asociace škol sociální práce[6]) na mezinárodní diskuzi o definici sociální práce, která proběhla Melbourne v Austrálii. Přesné znění Melbournské definice sociální práce:
„Sociální práce je profese založená na praxi a akademická disciplína, která podporuje sociální změny a rozvoj, sociální soudržnost a posílení a osvobození lidí. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní odpovědnosti a respektu k rozmanitosti jsou pro sociální práci ústřední. Sociální práce, podložená teorií sociální práce, společenských věd, humanitních věd a domorodých znalostí, zapojuje lidi a struktury do řešení životních výzev a zvyšování blahobytu. Výše uvedená definice může být rozšířena na národní a/nebo regionální úrovni.“ (IFSW, online, cit: 21.1.2023)

[5] International Federation of Social Workers.

[6] International Association of Schools of Social Work.

Vedle globální definice IFSW lze ale uvést definice českých a slovenských autorů. Matoušek například definuje sociální práci jako: *„společensko-vědní disciplínu i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Opírá se jednak o rámec společenské solidarity jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky.“* (Mátel, in Matoušek, 2019, s. 84-85)

Slovenští autoři Brnula, Gabura, Labáth a Vaska definují sociální práci následovně: *„Sociální práce je pomáhající činnost, jejímž cílem je humánním způsobem zvyšovat nebo stabilizovat kvalitu života lidí, u nichž je kvalita života ohrožena nebo omezena, a to tak, aby proces pomoci byl v souladu s jejich potřebami a představami a vedl ke svépomoci.“* (Mátel, 2019, s. 86)

Za spojení uvedených definic a v souladu s koncepty sociálního fungování a systémovou, sociálně-ekologickou perspektivou navrhuje Mátel (2019, s. 86) následující definici: *„Sociální práce je aplikovaná vědní a akademická disciplína jakož i na hodnotách založená profesionální činnost sociálních pracovníků (a asistentů sociální práce), kteří svým cílevědomým působením pomáhají, provázejí, podporují a zmocňují jednotlivce a sociální systémy (rodiny, skupiny, komunity) nabýt optimální úrovně sociálního fungování a utvářejí příznivé společenské podmínky k dosažení tohoto cíle.“*

V začátku kapitoly uvádím Mátelovu představu o stručné, obsáhlé a jednověté definici. Taková zatím nebyla oficiálně vytvořena ani přijata. Důvodem je právě obsah a komplexní působení sociální práce, které nelze vyjádřit v pouhé jedné větě. Mnozí s nadsázkou uvádějí, že sociální práce je to, co ostatní neudělají. Tomu sice odpovídá koncept multidisciplinární spolupráce a obecně se mohou sociální pracovníci cítit opravdu tak, že dělají to, co nikdo jiný neudělá. Přesto jde o pouhou nadsázku, protože sociální práce opravdu je profesí, akademickým i vědním oborem, rozhodně není nadsázkou.

Následující kapitola se věnuje paradigmatům sociální práce, která jsou důležitá pro určení oblasti podpory a způsobu poskytování podpory lidem s MP v jednotlivých paradigmatech.

3.2.2 Paradigmata sociální práce

Slovem paradigma označujeme určitý úhel pohledu na konkrétní téma. Následující text se opírá o Navrátila (in Matoušek a kol., 2012, s. 187-189), který vymezuje 3 paradigmata sociální práce tzv. *malá paradigmata* ve spojení s konceptem sociálního fungování, o který se opírám v předchozí kapitole i v kapitole následující. Paradigmata dále jednotlivě doplním o příklady z praxe – sociální práce s lidmi s mentálním postižením.

Paradigma č. 1: Sociální práce jako terapeutická pomoc = terapeutické paradigma: Faktorem sociálního fungování je duševní zdraví člověka. Cílem je pomoc

jednotlivcům, skupinám i komunitám se zabezpečením psychosociální pohody. Důraz je kladen na princip komunikace a budování vztahu. Sociální pracovník má být vybaven psychologickými znalostmi a terapeutickým výcvikem. U lidí s mentálním postižením lze na terapeutické paradigma nahlížet s důrazem na komunikaci a budování vztahu, který dále slouží jako prostředek budování sebevědomí, sebemotivace a rozvoji samostatnosti. Terapeutické paradigma lze využít také v práci s rodiči a opatrovníky dětí i dospělých s mentálním postižením jako pomoci ke znovunalezení psychické pohody, která je potřebná pro efektivní řešení nepříznivé situace.

Paradigma č. 2: Sociální práce jako reforma společenského prostředí = reformní paradigma: Faktorem sociální fungování je zde společenská rovnost. Cílem je zmocňování jednotlivců i skupin, aby se podíleli na změnách společenských institucí a získali zpět potlačenou moc nad vlastním životem. Základním principem je rovnostářství, na kterém by mělo stát budování společnosti. Sociální pracovník by měl být vzdělaný v oblasti politologie, sociální filozofie a sociologie. Lidé s mentálním postižením nejsou zrovna dokonalým příkladem rovnosti ve společnosti, spíše naopak. Ať už jde o kompletní omezování svéprávnosti na základě diagnózy, automatické tykání (SPMP klade důraz na to, že dospělý člověk s postižením je stále dospělou osobou zasluhující respektující přístup) nebo komunikace mířená na „povolanější osobu" (rodič, asistent…). Kompletní neinformovanost veřejnosti, nezájem o pravdivé informace a zkušenosti občanů s ústavy vedou k tomu, že lidé s mentálním postižením nemají ve společnosti plnohodnotné postavení. Za klíčovou roli sociální práce zde považuji komunikaci povolaných organizací s veřejností, úřady, soudy, lékaři i vzdělávání sociálních pracovníků v tom, jak se k tomuto „problému" stavět a jak přispívat vlastní činností ke zlepšení situace. Například uvedená SPMP se vymezuje vůči nejčastějším mýtům spojeným s lidmi s MP. Jde o mýty v oblasti sexuality, práv, vzdělavatelnosti i přínosu pro společnost.

Paradigma č. 3: Poradenské paradigma sociální práce: Faktorem sociálního fungování jsou schopnost zvládat problémy a mít přístup k potřebným informacím i službám. Cílem je pomoci klientům poskytnutím informací, kvalifikovaného poradenství, zpřístupněním zdrojů a mediace. Cílem je také souběžná snaha o zlepšování systému sociálních služeb. Sociální pracovník musí mít teoretický přehled oblastí psychologie, sociologie a práva. Za potřebný považuji také přehled o dostupných službách minimálně v místě působení. U lidí s mentálním postižením se dané paradigma vyvíjí od pomoci rodičů dítěte s MP v získání potřebných informací o dostupných mateřských školách, základních školách, poradenství v oblasti finanční podpory od státu a kompenzačních pomůcek, až po pomoc dospělému člověku s MP v hledání volnočasových aktivit, práce i poskytnutí informací o osamostatnění se prostřednictvím chráněného bydlení nebo bydlení samostatného. Tedy v případě lidí s MP působí poradenské paradigma od narození po dospělost, a to na celou rodinu.

Paradigmata sociální práce se mohou vzájemně prolínat nebo si svojí „povahou a přesvědčením" odporovat. Přesto všechna mají své místo v sociální práci a osobně

považuji za správné, že existuje více přístupů k této profesi, což pak dělá sociální práci flexibilním povoláním a rozšiřuje její působení v životech občanů i společnosti.

Následující kapitola se věnuje konkrétním způsobům podpory lidí s MP v kontextu sociální práce a sociálních služeb.

3.3 Podpora osob s mentálním postižením

Kapitola č. 2 se věnuje tomu, kdo je osoba s mentálním postižením. Že jde o člověka jedinečného ve své povaze, vlastnostech, dovednostech i v životním příběhu. Stále jde o osobu, která potřebuje různou míru podpory v různých oblastech svého života. Podporou mohou být třeba kvalitní sociální služby, finanční podpora rodin ze strany státu nebo organizace, které sdružují osoby s MP a poskytují jednak aktuální informace srozumitelnou formou (volby, změny v zákonech, covidová opatření apod.), ale také informují povolané osoby o potřebách lidí, které sdružují.

K podpoře osob s mentálním postižením se například zavázala i Česká republika, když v roce 2009 vstoupila v platnost Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, kterou se zavazuje k následujícímu:

- respekt k lidské důstojnosti a nezávislosti
- zákaz diskriminace
- plné zapojení do společnosti
- rovnost příležitostí
- přístupnost
- rovnosti žen a mužů
- respekt k vyvíjejícím se schopnostem dětí a k jejich právu na zachování identity

Podporu v Úmluvě reprezentuje většina článků. Například právo na práci a zaměstnání je řešeno chráněnými pracovními místy. Právo na vzdělání zajišťuje síť škol a školské nástroje pro vzdělávání žáků se specifickými potřebami. Nácvik dovedností pro dosahování svých práv zajišťují sociální služby.

3.3.1 Sociální služby

Sociální služby jsou uvedeny v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Všichni poskytovatelé sociálních služeb se musejí registrovat na MPSV a musí dodržovat Standardy kvality sociálních služeb v ČR. Uvedený zákon dále stanoví mimo jiné povinnost poskytovatele služeb individuálně plánovat průběh služby za aktivní účasti uživatele, sepsat smlouvu o poskytnutí sociální služby a brát zvláštní ohled na specifické potřeby uživatele. Sociální služby zahrnují:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence.

Dále se podle formy poskytování dělí na služby **pobytové, ambulantní a terénní**.

Tato kapitola je výběrem zákonem stanovených sociálních služeb poskytovaných lidem s mentálním postižením s doplněním, jak tyto služby podporují uživatele v růstu a samostatnosti. Kapitola je zpracována především na základě Zákona o sociálních službách, vlastních zkušeností a komentáře Macha a Janečkové (2019, s. 83-205) k uvedenému zákonu.

Jedním z projevů plné samostatnosti všech lidí je samostatné bydlení. Tématu bydlení se věnuje SPMP[7] (2020, s. 40-43), která jmenuje konkrétní sociální služby umožňující tento krok osamostatňování a poskytuje cenné rady ohledně přípravy člověka s MP i jeho rodiny na tuto významnou změnu. V případě následujících sociálních služeb samostatného bydlení jde o nejvýraznější způsob vedení k samostatnosti a získání soukromí i prostoru pro další rozvoj.

Chráněné bydlení: Zákon o sociálních službách tuto službu definuje následovně *„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.“* V praxi jde o službu, kdy organizace zajišťuje skupinové nebo individuální bydlení s asistencí v běžné zástavbě a mohou ji využívat lidé s mentálním a kombinovaným postižením či sníženou soběstačností, kteří dosáhli věku 18 let (SPMP, 2020, s. 41).

Podpora samostatného bydlení: zajišťuje asistenci individuálně přizpůsobenou potřebám uživatele ve vlastním bydlení, a to v činnostech jako je:

- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Tato služba je terénní a probíhá v domácím prostředí uživatele a mohou ji také využívat lidé s MP po dosažení 18 let. Příkladem této služby může být pravidelná měsíční pomoc s úhradou nákladů na bydlení, nácvik vaření i plánování návštěvy (např. co je třeba připravit, když chci pozvat přátele).

Týdenní stacionáře: jsou specifické v tom, že je mohou využívat i děti a mohou tak budovat dovednosti potřebné pro budoucí osamostatnění. Týdenní stacionář je pobytová služba, ve které uživatelé tráví 5 dní v týdnu, zpravidla od pondělí do pátku. Tato služba poskytuje uživateli stravu, pomoc při osobní hygieně, při péči o vlastní osobu i výše uvedené činnosti výchovné, vzdělávací, společenské a další. Osobně jsem se setkala s mnoha týdenními stacionáři, kdy každý měl vlastní povahu a klientelu dětí nebo dospělých. Mimo jiné jsem měla možnost návštěvy týdenního stacionáře při střední praktické škole (pro žáky se specifickými potřebami), který byl určen pouze

[7] Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, viz kapitola č. 3.3.2

studentům uvedené školy a fungoval podobně jako internáty nebo studentské koleje kdy si spolubydlící pomáhali s úkoly a trávili spolu volný čas.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením: jsou celoroční pobytová služba pro děti i dospělé, ale jde o bývalé ústavy sociální péče, které poskytují službu velké skupině lidí a nejsou považovány za službu, která rozvíjí samostatnost uživatele. Jde pouze o bývalý ústav viz kapitola č. 3.1.1.

Na formy samostatného bydlení mohou často navazovat další služby, které cílí na rozvoj dovedností a společenských kompetencí, ale jsou stejně dostupné také osobám s MP, které sdílí domov s rodiči nebo jinými blízkými osobami.

Sociální rehabilitace: je dle Zákona o sociálních službách *„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.“* Tato služba může být často i mostem mezi bydlením s rodiči a samostatným bydlením, kdy dochází k dlouhodobému i krátkodobému nácviku těch dovedností, které k samostatnosti povedou. Dle schopností uživatele nemusí jít o nácvik dovedností k samostatnému bydlení. Může jít také o nácvik dovedností pro samostatné trávení volného času, využití kulturního prostředí nebo nácvik dovedností potřebných pro navázání přátelského nebo partnerského vztahu.

Sociálně aktivizační služby: jsou v případě správného uchopení a kreativního vedení velmi cenné pro podporu lidí s MP. Tyto služby jsou totiž velmi pružné v tom, na koho a na jakou oblasti života cílí. V organizaci, pro kterou pracuji, zahrnují sociálně aktivizační služby programy zaměřené na pohyb po městě (pěšky i MHD), na volby (jak vybrat svého kandidáta, pojmosloví), na finance (počítání, placení, pochopení hodnoty peněz) nebo na téma seznamování a partnerství. Osobně považuji tyto služby za přínosné ve formě skupinové i individuální, kdy kreativita a znalosti vedoucích těchto služeb hrají roli v tom, do jaké míry podpoří tyto služby samostatnost uživatelů.

Osobní asistence: je terénní služba, kdy osobní asistent poskytuje podporu v přirozeném prostředí uživatele, bez časového omezení a při těch činnostech, které uživatel potřebuje nebo zvolí. Uzlová (2010, s. 23) a Matoušek (2011, s. 108) popisují osobní asistenci jako službu, která poskytuje lidem s postižením podporu v činnostech, které by člověk s postižením vykonával sám v případě, že by jej neomezovala skutečnost postižení. Osobní asistence je velmi pestrá na základě individuality každého uživatele. Jde o službu, kterou mohou rozvíjet nejen uživatelé, ale také osobní asistenti přínosem vlastních dovedností, znalostí a kreativity.

Mimo sociální služby zaměřené především na samotné osoby s MP je třeba myslet také na osoby pečující. Pečující osoby jsou těmi, kdo svým jednáním a podporou do určité míry rozhoduje o rozvoji samostatnosti jejich dítěte. Také je třeba uvést, že věnovat život péči o dítě s postižením je náročné psychicky i fyzicky.

Odlehčovací služba: má za cíl umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek, a to tak, že na smluvenou dobu péči převezme. Tato služba může mít podobu individuální nebo skupinovou formu. Nabízí také formu odlehčovacích (denních, víkendových i týdenních) skupinových programů. Přestože je tato práce zaměřena na samotné osoby s MP, na odpočinek pečujících osob je třeba myslet i třeba s tím, že odpočatý pečující a spokojený uživatel jsou plodným prostředím pro další rozvoj.
Raná péče: je také službou, která není zaměřena přímo na osobu s postižením, ale na podporu celé rodiny a podporu vývoje dítěte. Služba je terénní a ambulantní, poskytovaná rodičům dítěte do věku 7 let. Jde o službu sociální prevence, tedy se předpokládá, že včasným zásahem a cíleným rozvojem rodiny lze dosáhnout začlenění všech členů rodiny do společenského života a předejít tak vyloučení.
Základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství uzavírají tuto kapitolu. Základní poradenství jsou povinni poskytnout všichni poskytovatelé sociálních služeb a cílem je poskytnutí informací přispívajících k řešení nepříznivé situace. Odborné poradenství je dále součástí specializovaných poraden. V případě lidí s mentálním postižením může jít například o poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek nebo také v oblasti sexuality. Poskytnuto může být jak pečujícím nebo rodině, tak přímo osobě s postižením.

Sociální služby hrají významnou roli v podpoře lidí s mentálním postižením. Nabízejí nejen prostor pro pomoc s běžnou péčí o vlastní osobu, ale také vytvářejí prostor k rozvoji, k nácviku dovedností a podporu na cestě k osamostatnění. Vzhledem k povinnosti poskytovatelů sociálních služeb dodržovat Standardy kvality lze předpokládat, že služby, které jsou poskytovány také splňují zákonné požadavky a je bezpečné svěřit sebe nebo svého blízkého do péče profesionální třetí osoby. Cílem všech sociální služeb je poskytnout takovou podporu, která odpovídá individuálním potřebám uživatele a zároveň se dodržuje hodnoty lidské důstojnosti a respektu k jedinečnosti.

Vedle sociálních služeb se podpoře lidí s mentálním postižením věnují také organizace zaměřené na osvětovou činnost nebo samotní poskytovatelé sociálních služeb, kteří se v rámci svého působení věnují i dalším činnostem. Těmto organizacím se věnuje následující kapitola.

3.3.2 Zástupné organizace

Osoby s mentálním postižením jsou často vnímány jako ti, kdo přece nemohou mít možnost pohybu ve veřejném prostoru a už vůbec mít možnost boje za svá práva. Proto ale existují organizace, které osoby s postižením podporují v tom, aby se mohly vyjádřit a byly slyšet.

Podporu lidem s mentálním postižením, jejich rodinám a blízkým poskytuje **Společnost pro podporu lidí s mentálním v České republice, Z.S (SPMP).** Heslem SPMP je: „*Podporujeme lidi s mentálním postižením, jejich rodiny a blízké. Snažíme se, aby mohli žít samostatný život podle svých představ a možností. Hájíme jejich práva a*

prosazujeme změny ve společnosti, které vedou k zachování jejich důstojnosti." Jde o společnost, která funguje více než 50 let, sdružuje více než 7000 členů a má 57 pobočných spolků ve 14 krajích České republiky. Lze tedy říci, že jde o opravdu výraznou podporu. SPMP prosazuje:

- *přístupnou společnost* (rovný přístup k informacím a službám)
- *život v komunitě a deinstitucionalizaci* (podmínky pro kvalitní život lidí s MP a jejich rodin)
- *zlepšení sociálního systému* (systém, který bude opravdu podporou)
- *podporu při rozhodování a svéprávnost* (přístup respektující vůli a preference člověka s MP).

Uvedeného SPMP dosahuje pomocí aktivit pro pečující, osoby s MP i pro veřejnost. Jednou z aktuálních aktivit nabízenou SPMP a důležitou v kontextu této práce je program *„Přístupná společnost – SEBEOBHÁJCI"*, který nabízí lidem s mentálním postižením možnost se vzdělávat v oblasti svých práv a povinností, dávat najevo svůj názor, pomáhat s osvětou veřejnosti i pomáhat společnosti s úpravou textů do snadného čtení. Jde o aktivitu, která je naprosto dobrovolná a přístupná všem, kdo se chtějí naučit hájit sami sebe, sdílet své zkušenosti, rozhodovat, svá rozhodnutí říkat nahlas a podporovat změnu ve společnosti.

Dalším výrazným projektem SPMP je *„Přístupná společnost"*[8], který je založený na vizi: *„Společnost, ve které mají všichni srozumitelné informace. Společnost, ve které lidé na úřadech a v dalších institucích ví, jak srozumitelné informace poskytovat."* SPMP zavádí v České republice pojmy srozumitelný jazyk a snadné čtení, jako součást dlouhodobé strategie pro přístupnost. Zcela zdarma nabízejí hotové texty napsané srozumitelným jazykem v online knihovně. Podstatnou informací je, že na tvorbě těchto textů se podílejí samotní lidé s mentálním postižením a věnují se aktuálním tématům jako jsou volby, svéprávnost i oblastem každodenního života.

Rytmus – od klienta k občanovi, z.ú.[9] je společnost zaměřující se na aktivní podporu člověka s postižením v začlenění do běžného sociálního života. Rytmus nabízí jak sociální služby (sociální rehabilitace, podpora samostatného bydlení, odborné poradenství), tak i podporu absolventů praktických škol v tranzici ze školy na trh práce. Rytmus směřuje ke změně ve společnosti realizací osvětových akcí, jako je „*Týden pro inkluzi*" = podpora inkluzivního vzdělávání nebo „*Stejná šance – zaměstnavatel roku*" = ocenění zaměstnavatelů a firem zaměstnávajících lidi s postižením na běžném trhu práce. Důležitou činností jsou také vzdělávací kurzy pro lidi s postižením, které doplňují, prohlubují, obnovují nebo rozšiřují vědomosti a dovednosti. Poradna Rytmusu Quip poskytuje bezplatné odborné sociální poradenství od sociálních pracovníků a právníků, kdy nejčastěji jde o poradenství v oblasti svéprávnosti. Klíčovou informací je to, že všechny potřebné informace uvedené na internetových stránkách lze zobrazit ve

[8] www.pristupnaspolecnost.cz

[9] www.rytmus.org

snadném čtení. Vedle informací ohledně organizace poskytuje Rytmus také Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením ve snadném čtení[10]. Přestože tato organizace působí především v Praze, lze nabízené odborné poradenství využít po celé České republice.

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany (VVZPO)[11] má za cíl pomoc při vytváření rovných příležitostí pro zdravotně postižené občany ve všech oblastech života a je *„stálým koordinačním, iniciativním a poradním orgánem vlády České republiky pro meziresortní problematiku podpory zdravotně postižených občanů."* Na činnosti VVZPO se podílejí také sami lidé s postižením prostřednictvím svých zástupců činných ve Výboru. VVZPO sídlí na Úřadu vlády ČR a pracuje prostřednictvím 5 skupin zaměřených na sociální politiku, zaměstnávání, regionální rozvoj, legislativu a vzdělávání. (Novosad, 2009, s. 78-79)

Asociace zaměstnavatelů zdravotně postižených ČR (AZZP ČR)[12] sdružuje podnikatele a zaměstnavatele, kteří zaměstnávají nadpoloviční část zaměstnanců se zdravotním postižením nebo se aktivně podílejí na podpoře jejich zaměstnávání. AZZP ČR usiluje o rovnocenné pracovní, ekonomické i společenské zapojení lidí se zdravotním postižením na běžném trhu práce. Také se podílí na státní politice zaměstnanosti a svým členům poskytuje podporu formou sdílení zkušeností, poskytování „čerstvých" informací a vedením platformy pro komunikaci mezi členy např. na téma konkurenceschopnosti. (Novosad, 2009, s. 80)

Kapitolu uzavírá **Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, z.s.**[13], která zastupuje zájmy osob se zdravotním postižením při jednáních se státními a veřejnými institucemi. Cílem činnosti NRZP je přispět integraci osob se zdravotním postižením a důsledná obhajoba lidských práv těchto lidí. K dosažení cíle využívá NRZP následující činnosti:

- poskytování odborného sociálního poradenství
- podpora vytváření rovných příležitostí v rámci společenského života a pracovního uplatnění
- vytváření administrativního servisu pro veřejně prospěšné aktivity občanů se zdravotním postižením/jejich zástupců/spolků
- rozvoj nových metod práce s komunitou
- vydávání publikací, časopisů a informačních materiálů, např. Časopis MOSTY, který pravidelně podává informace o aktuálním vývoji v oblasti legislativy a politiky ve vztahu k vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (dostupné zdarma online).

[10] www.umluva.cz

[11] https://www.vlada.cz/cz/ppov/vvozp/uvod-vvozp-17734/

[12] www.azzp.cz

[13] www.nrzp.cz

Vedle výrazných organizací, které působí v oblasti podpory lidí (nejen) s mentálním postižením na národní úrovni, působí na úrovni místní NNO (Nestátní neziskové organizace), které vznikají především proto, aby vyplnily mezery a nedostatky ve státem poskytovaných službách. NNO naplňují funkci servisní (poskytování služeb na základě poptávky) a participativní, kdy vytvářejí prostor a příležitosti pro zapojení se do společenských rozhodnutí a podporují solidaritu mezi občany. (Novosad, 2009, s. 75-77)

Většina NNO navíc v rámci svojí činnosti provozuje osvětové akce a projekty s cílem dosažení společenské změny a rovnosti příležitosti všech občanů nebo integrace svých členů/uživatelů služeb/klientů do pracovního a společenského života.

3.4 Shrnutí kapitoly

Cílem této kapitoly bylo vyjasnění pojmů klíčových pro rozvoj samostatnosti lidí s mentálním postižením, která je důležitá mimo jiné také pro oblast rozhodování o sobě. Těmito klíčovými pojmy je deinstitucionalizace = přechod od péče ústavní k péči poskytované v přirozeném prostředí. Dále sociální práce a sociální pracovník, důležití při tvorbě sociální politiky a sítě sociálních služeb, které jsou díky profesionalizaci profese poskytovány odborníky. V závěru kapitoly je prostor věnován konkrétním způsobům podpory osob s mentálním postižením, především tedy sociálním službám a organizacím, které usilují o změnu ve společnosti ve prospěch plnohodnotného života těchto osob ve společnosti a vytváření rovných příležitostí.

Přechod od ústavní péče k péči v přirozeném prostředí za využití podpory odborníků a kvalitních sociálních služeb je podstatným okamžikem v životě lidí s MP a jejich rodin především proto, že nemusí zažít nelidské zacházení, a namísto toho mohou aktivně pracovat na rozvoji osobnosti, dovedností a samostatnosti. K tomu velkou částí přispívá sociální práce, která dokáže pomocí sociálních služeb zajistit nepřetržitou podporu v přirozeném prostředí, a kromě pomoci v naplnění základních fyzických potřeb napomáhá také v naplnění ostatních potřeb jako je potřeba sounáležitosti, uznání a seberealizace.

Nakonec i organizace, které usilují o velké změny ve společnosti jsou hybatelem událostí a změn v oblasti lidských práv, sebeobhajoby a svéprávnosti. Vědomí, že se někdo zajímá a bojuje může být pro lidi s mentálním postižením buď pocitem bezpečí, nebo impulzem k zapojení se do boje sám za sebe a své blízké.

Transformační deinstitucionalizační koncept osobně považuji za něco, co muselo nastat, aby mohla být péče o lidi s mentálním postižením prováděna v souladu s hodnotami lidské důstojnosti, respektu k jedinečnosti a individuálního přístupu. Samotná práce s lidmi s mentálním postižením mi potvrdila fakt, že správný přístup a odborné konání naprosto odporuje předsudkům vůči lidem s MP, které vytvořila především ústavní péče.

V průběhu výzkumného šetření mě bude zajímat, zda informanti využívají některou ze sociálních služeb a jaký přínos pro ně využívání sociálních služeb má. Především tedy oblast podpory v rozhodování.

Následující kapitola se věnuje vymezení pojmu rozhodování a jeho pochopení v kontextu této práce.

4 Rozhodování

Tato kapitola se zaměřuje na rozhodování o sobě s cílem vymezení pojmu rozhodování obecně, rozhodování jako zákonnému lidskému právu a faktorům rozhodování specificky v životech lidí s mentálním postižením.

„Že se trvale rozhodujeme, si můžeme nebo nemusíme připouštět, této nutnosti si můžeme být nebo nebýt vědomi, nicméně se jí nevyhneme. A to od nejprostší každodennosti až k velmi složitým strategickým rozhodnutím sociálním, ekonomickým, morálním, právním, politickým, filosofickým, religiózním a spirituálním.“ (Koukolík, 2020, s. 21)

4.1 Co je to rozhodování

Rozhodování je často označováno jako rozhodovací proces, tedy proces volby mezi dvěma a více možnostmi. Schautová (2016, s. 11) přiznává, že tato hojně využívaná definice je fakticky správná, ale velmi omezující vzhledem k tomu, že nepřiznává proces srovnávání alternativ ani zamyšlení nad tím, co následuje po rozhodnutí. Koukolík (2020, s. 21-22) popisuje rozhodování v kontextu běžného života jako rozhodování o nákupu běžných věcí, komu hodit svůj hlas ve volbách, v co věřit nebo jestli nahlásit trestný čin, kterého byl jedinec svědkem nebo obětí. Autor se také věnuje příčinám a důsledkům „špatného rozhodnutí“, které může mít negativní dopad na ostatní jedince i skupinu. Jako příčiny takového rozhodnutí uvádí autor nevědomost, omyl i ignoranci. Vedle těchto příčin jmenuje autor také nízkou inteligenci bránící správnému rozhodnutí nebo fakt, že někdo možnosti a moc v rozhodování jedince trvale potlačuje. Využívání vzorců, které v minulosti fungovaly, jsou také častou příčinou chybných rozhodnutí. Kořínková (in Baštecká, 2022, s. 58-59) s tímto souhlasí a dodává, že z některých rozhodnutí mohou vznikat právní důsledky, práva a povinnosti, kdy takové rozhodování už se nazývá „právním jednáním“. V případě lidí s mentálním postižením lze souhlasit s tím, že schopnost se samostatně o sobě rozhodovat bývá potlačena nebo nedostatečně rozvíjena, a to z mnoha důvodů.

Hughes a Wearing (2017, s. 102-110) se zaměřují na rozhodování ne jedince, ale rozhodování v organizaci. Autoři uvádějí, že rozhodování v organizaci je každodenní záležitostí a přiznávají, že lidé na některých pozicích budou mít na rozhodování větší vliv než jiní. Příklady rozhodování v organizaci mohou být výběrová řízení, plánování služeb, hledání zdrojů i individuální práce s klientem v rámci týmu pracovníků. Tato práce se však soustředí především na rozhodování jedince o sobě. Rozhodování v organizaci se může přímo týkat osoby s mentálním postižením při využívání služeb organizace, a proto je třeba i tuto oblast rozhodování krátce vymezit. S tím také souvisí skupinové rozhodování, které využívá skupinové dynamiky. V případě lidí s MP jde o

činnost, která je prostorem pro osvojení sociálních dovedností jako jsou argumentace, asertivita, otevřená komunikace, respekt k názoru a hodnotám ostatních apod.

Winkler (2007, s. 19) uvádí, že interpretace jednotlivých možností volby je neodmyslitelnou součástí rozhodování. Tedy, jak si ten, kdo se rozhoduje, představuje jednotlivé možnosti. Schautová (2016, s. 41-43) se věnuje pojmu omezené racionality a dodává, že teorie o rozhodování často přeceňují kognitivní schopnosti člověka, když uvádějí, že omezení kognitivních schopností vede k nedostatečnému zhodnocení dostupných variant a v konečném důsledku k omezení možnosti se svobodně rozhodovat. Autorka na základě teorií rozhodování potvrzuje, že ke svobodnému rozhodnutí dochází i v případě, že volitelné alternativy jsou pochopeny jinak, než se očekává. V případě lidí s postižením může být příkladem interpretace možností užívání abstraktních pojmů, které jsou pro většinu osob s mentálním postižením těžko uchopitelné. Proto je důležité možnosti nabízet dle individuálních schopností a vědomostí člověka s MP.

Brožová (2005) uvádí další pojmy důležité v rozhodování. Věcnou a procedurální stránku rozhodování, objekt a cíl rozhodování a subjekt rozhodování. Věcná stránka rozhodování je dána oblastí problému a ptá se na otázku: „Co řešíme?“ Tedy je důležité se ujistit o tom, že člověk s MP ví, o čem se rozhoduje a rozumí okruhu možností. Stránka procedurální se ptá na otázku: „Jak to řešíme? Jak postupujeme“ a vymezuje spíše soubor metod rozhodování. Objektem rozhodování je situace, která vyžaduje volbu jedné možnosti s předpokladem, že jde o volbu definitivní. Cílem je zvolit tu možnost, která bude nejpřínosnější. Například situace, kdy si uživatel služby osobní asistence volí náplň času ve službě buď nákupem, návštěvou zoologické zahrady nebo hraním her na počítači u sebe v pokoji. Objektem je v této situaci volba náplně asistence, cílem je volba té možnosti, která uživateli přinese největší užitek (př. radost, novou dovednost…) a v této chvíli lze také uvést subjekt rozhodování, kterým je ten, kdo má pravomoc volby mezi možnostmi (=rozhodovatel), a to je sám uživatel služby.

Rozhodování tedy lze popsat jako proces volby mezi dvěma a více možnostmi s přihlédnutím k procesu analýzy možností a toho, co následuje po rozhodnutí. Kromě toho, že hovoříme o procesu, hovoříme také o lidském právu, tedy o právu svobodné volby, které je v případě lidí s mentálním postižením podmíněno dalšími skutečnostmi. Tomu se věnuje následující kapitola.

4.2 Rozhodování jako lidské právo

Rozhodování může být v různých situacích vnímáno jinak. Někdy jako nutnost, povinnost a jindy jako součást svobodného života. V každém případě je rozhodnutí přirozenou součástí běžného dne a každý má nárok na to, aby se rozhodoval mezi dostupnými možnostmi.

„Nikdo není svobodný, pokud nemá příležitost k rozhodování.

Nikdo není svobodný, pokud nikoho nezajímá, jak se rozhodne.“
(O´Brian, dle Šiška, 2005, s. 58)

Přestože je rozhodování běžnou součástí života, ve společnosti žijí také lidé, kteří jsou omezeni v možnosti se svobodně rozhodovat a jejich nárok na rozhodování musí být ukotven v zákoně nebo jiných dokumentech ukládajících státu nebo jiným subjektům povinnost respektu k rovnosti všech v jejich právech.

Listina základních práv a svobod neuvádí explicitně právo na svobodné rozhodování. Některé články však lze vnímat jako právo na svobodné rozhodnutí v některých oblastech života:
*„**Článek 2 (3)**: Každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá.*
***Článek 3 (2):** Každý má právo svobodně rozhodovat o své národnosti. Zakazuje se jakékoli ovlivňování tohoto rozhodování a všechny způsoby nátlaku směřující k odnárodňování.*
***Článek 12 (1)**: Obydlí je nedotknutelné. Není dovoleno do něj vstoupit bez souhlasu toho, kdo v něm bydlí.*
***Článek 14 (1)**: Svoboda pohybu a pobytu je zaručena.*
***Článek 15 (1)**: Svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání je zaručena. Každý má právo změnit své náboženství nebo víru anebo být bez náboženského vyznání.*
***Článek 20 (1)**: Právo svobodně se sdružovat je zaručeno. Každý má právo spolu s jinými se sdružovat ve spolcích, společnostech a jiným sdruženích*
***Článek 26 (1)**: Každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu, jakož i právo podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost...“* (Listina základních práv a svobod)
Uvedeným článkům lze rozumět jako svobodě rozhodnout o tom, jak budu jednat v mezích zákona, o své národnosti, koho pozvu do svého domova, v co budu věřit, čím chci být a co chci studovat. Také zda se chci sdružovat s ostatními a jakou formou. Je na místě vyjádřit pochyby o tom, zda se tato práva opravdu týkají všech, včetně lidí s mentálním postižením, kdy je potřeba vzít v úvahu nutnost podpory a ochrany jejich osoby před nepřiměřenými podmínkami prostředí (například v případě rizik volného pohybu ve městě).

Práva lidí s postižením upravuje Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, které se věnuje následující kapitola.

4.2.1 Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (dále jen Úmluva OSN) je krátce uvedena jako jeden z nástrojů podpory osob s mentálním postižením v kapitole č. 3.3. Tato kapitola se věnuje obecným informacím a zaměřuje se na tu část Úmluvy OSN, která se zabývá rozhodováním osob s postižením.

Úmluva OSN vstoupila pro Českou republiku v platnost dne 28.10.2009. Opční protokol k Úmluvě, který umožňuje smluvním státům uznat pravomoc Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením zabývat se stížnostmi jednotlivců nebo skupin na porušení práv vyplývajících s jednotlivých ustanovení Úmluvy, nebyl Českou republikou dosud ratifikován.

„Úmluva je významnou smlouvou o lidských právech a základních svobodách… Je založena na principu rovnoprávnosti a zaručuje osobám se zdravotním postižením plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich aktivní zapojení do života společnosti. Úmluva je založena na obecných zásadách, kterými jsou především:

- *Respekt k lidské důstojnosti a nezávislosti,*
- *Zákaz diskriminace,*
- *Plné zapojení do společnosti,*
- *Rovnost příležitostí,*
- *Přístupnost,*
- *Rovnost žen a mužů,*
- *Respekt k vyvíjejících se schopnostem dětí a jejich právu na zachování identity.“* (MPSV, [online], cit: 27.1.2023)

Úmluva OSN je dokumentem důležitým v životě lidí se zdravotním postižením, protože jde o oficiální dokument, na který se lze odvolat v případě, že jejich práva nejsou dodržována nebo jsou dokonce potlačena. Úmluva OSN uvádí v Článku 1, že osobou se zdravotním postižením je myšlena osoba mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, kdy takové postižení brání plnému zapojení do společnosti z důvodu různých překážek. Tedy Úmluva OSN se samozřejmě vztahuje na cílovou populaci lidí s mentálním postižením, kterou se zabývá tato práce. Následující text jmenuje ta ustanovení Úmluvy OSN, která se vztahují k tématu rozhodování osob s mentálním postižením a podstatných okolností rozhodování.

Článek 4, odstavec 3 stanoví, že *„Při vytváření a provádění legislativy a politik za účelem provádění této úmluvy, stejně jako při rozhodování o dalších otázkách týkajících se osob se zdravotním postižením, budou státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, konzultovat tuto problematiku s osobami se zdravotním postižením, i s dětmi se zdravotním postižením, a budou s nimi aktivně spolupracovat prostřednictvím organizací je zastupujících.“* Tedy, že lidé s mentálním postižením mají právo se aktivně zapojit do rozhodování o změnách a dalších otázkách legislativy a politik týkajících se jich samotných. Zapojit se mohou přímo, nebo ve většině případů prostřednictvím zastupujících organizací.

Článek 19 ukládá smluvním státům za povinnost uznávat *„rovné právo všech osob se zdravotním postižením žít v rámci společenství, s možnostmi volby na rovnoprávném základě s ostatními…“* Tento článek dále stanoví, že stát zajistí, aby: *„a) osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí; b) osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí,*

rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci;..." Široce řečeno, článek 19 garantuje lidem s MP právo se svobodně rozhodovat o tom, kde a s kým chtějí či nechtějí žít, a také právo na adekvátní podporu v dosahování tohoto práva. Osobní asistence může být dobrým příkladem takové podpory v případě rozhodování, kdy osobní asistent do rozhodování uživatele služby zasahuje pouze tak, že zajistí porozumění alternativám a případně uživatele motivuje, aby své rozhodnutí sdílel. Asistent může být také prostředníkem mezi uživatelem a třetí osobou, kdy komunikuje zájmy a rozhodnutí uživatele tak, aby všichni porozuměli. Dbá také na to, aby právo se rozhodnout nebylo uživateli odebráno nebo cíleně předáno asistentovi. Podporuje uživatele v projevu a sebeobhajobě.

Článek 21 chrání právo osob (nejen) s MP „*na svobodu projevu a přesvědčení, včetně svobody vyhledávat, přijímat a rozšiřovat informace a myšlenky na rovnoprávném základě s ostatními, a to prostřednictvím všech forem komunikace dle vlastní volby...*" Předchozí kapitoly vymezují, že neodmyslitelnou součástí rozhodování jsou dostatečné a srozumitelné informace o tom, co nabízejí jednotlivé alternativy a jaké jsou jejich případné důsledky. U lidí s MP tomu není jinak, a proto článek 21 stanoví smluvním státům Úmluvy OSN následující povinnosti:

„a) poskytují informace určené široké veřejnosti osobám se zdravotním postižením v přístupných formátech a technologiích vhodných pro různé typy zdravotního postižení, a to bez prodlení a dodatečných výdajů;

b) uznávají a umožňují osobám se zdravotním postižením používání znakových jazyků, Braillova písma, augmentativní a alternativní komunikace dle jejich vlastní volby při úředních jednáních;

c) požadují od soukromých subjektů, které poskytují služby široké veřejnosti, mimo jiné prostřednictvím internetu, aby poskytovaly informace a služby v přístupných a využitelných formátech pro osoby se zdravotním postižením;

d) podporují hromadné sdělovací prostředky, včetně poskytovatelů informací na internetu, aby zpřístupnily své služby osobám se zdravotním postižením..."

K poskytování srozumitelných informací přispívá mimo jiné například projekt SPMP *Přístupná společnost* popsaný v kapitole č. 3.3.2.

Článek 23 je v případě lidí s mentálním postižením značně problematický, protože chrání právo na svobodné rozhodnutí pro uzavření manželství a rozhodnutí stát se rodiči. Manželství a rodičovství lidí s mentálním postižením jsou témata velmi komplexní a problematická v mnoha oblastech, mimo jiné v oblasti svéprávnosti (viz následující kapitola). Podle Bernoldové, Strnadové a Adamčíkové (2019, s. 44) vychází z tohoto článku právo osoby s MP na svobodné rozhodnutí o počtu svých dětí, o jejich věkovém odstupu a také právo na přístup k věku odpovídajícím informacím a výchově k plánovanému rodičovství, stejně jako právo na prostředky nezbytné pro naplňování těchto práv. Článek také stanovuje povinnost zajistit zachování reprodukčních schopností na rovnoprávném základě s ostatními. Jde o zachování možnosti volby a je

velkým krokem od nucené sterilizace prováděné v ústavní péči před započetím deinstitucionalizace (viz 3.1.1).

Stejně jako přístup ke srozumitelným informacím hraje v rozhodování roli kvalitní vzdělání, které je právem stanoveným v **Článku 24**, který se věnuje právu lidí se zdravotním postižením na kvalitní vzdělání s ohledem na individuální potřeby a se zaměřením na rozvoj dovedností a individuálních schopností.

Článek 27 zaručuje právo lidí se zdravotním postižením na svobodnou volbu práce nebo pozice na trhu práce. Jmenovaný článek také zavazuje smluvní státy k rozvoji možností uplatnění lidí se zdravotním postižením na trhu práce, a to vytvářením pracovních příležitostí, poskytováním odborné přípravy i pracovní rehabilitace.

Článek 29 lze opět považovat za problémový v případě lidí s MP. Hovoří o právu volit a být volen, což se netýká lidí, kteří jsou omezeni na svéprávnosti. Dále se zde hovoří o právu účastnit se na politickém životě prostřednictvím zastupujících organizací, které se v České republice opravdu aktivně angažují v tvorbě politiky.

Úmluva OSN je opravdu dokumentem klíčovým v životě lidí s MP a v ochraně základních práv jako je právo na svobodné rozhodování a volbu v různých oblastech života. Také zaručení práva na dostatečnou podporu v rozhodování, vzdělání a informovanost, které jsou neodmyslitelnou součástí rozhodovacího procesu. Úmluva OSN také zaručuje právo se rozhodovat v záležitostech, které jsou často v konfliktu s omezenou svéprávností lidí s MP. Tomu se věnuje následující kapitola.

4.2.2 Svéprávnost osob s mentálním postižením

Plné svéprávnosti nabývá člověk dosažením věku 18 let. V některých případech může okolí člověka navrhnout omezení svéprávnosti. Tedy v případech, kdy hrozí, že si člověk svým právním jednáním závažně ublíží. K omezení svéprávnosti by mělo docházet pouze v případech, kdy nelze využít mírnější řešení. Úmluva OSN v Článku 12 stanoví, že lidé se zdravotním postižením mají právní způsobilost ve všech oblastech života na rovnoprávném základě s ostatními. Následné citace z Občanského zákoníku ilustrují, jak o svéprávnosti hovoří zákon a jak ji definuje.

> *„Svéprávnost je způsobilost nabývat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem (právně jednat).“* (Občanský zákoník, §15 odst. 2)

> *„Právní jednání vyvolává právní následky, které jsou v něm vyjádřeny, jakož i právní následky plynoucí ze zákona, dobrých mravů, zvyklostí a zavedené praxe stran.“* (Občanský zákoník, §545)

> *„Má se za to, že každá svéprávná osoba má rozum průměrného člověka i schopnost užívat jej s běžnou péčí a opatrností a že to každý*

od ní může v právním styku důvodně očekávat.“ (Občanský zákoník, §4 odst. 1)

Kořínková (in Baštecká, 2022, s. 57-64) se zabývá rozdílem mezi právní způsobilostí a duševní způsobilostí. Úmluva OSN totiž vychází přesně z tohoto rozdílu, kdy duševní způsobilost je soubor schopností a dovedností se rozhodovat a liší se u každého člověka v závislosti na okolnostech života. Autorka klade důraz na to, že z Úmluvy OSN tedy vychází, že žádné nedostatky v duševní způsobilosti neopravňují k odpírání právní způsobilosti – právní osobnosti ani svéprávnosti. Autorka upozorňuje, že zákony v České republice stále (navzdory platnosti Úmluvy OSN v ČR) umožňují omezit soudní cestou člověka ve svéprávnosti na základě duševní/neurovývojové poruchy (mentální postižení, duševní onemocnění, důsledky poranění hlavy…) Rozsudek určuje na základě posudku soudního znalce oblasti, kterých se omezení týká. Kořínková popisuje ty oblasti, které jsou většinou omezeny: *„Většinou člověk nesmí nakládat s penězi nad určitou hodnotu… člověk nesmí požádat o sociální dávky, domluvit si sociální službu ani ji ukončit… nesmí uzavřít pracovní smlouvu nebo si sám dojít k lékaři. Že nesmí volit, uzavřít manželství, uznat otcovství, vychovávat děti ani se s nimi vídat, nebo sepsat závěť… nemůže mít účet v bance, požádat o přidělení obecního bytu nebo si byt pronajmout. Někdy je rozsudkem dovoleno používat jen tak malou denní finanční částku, např. 100 Kč…*“ Oblasti, které autorka jmenuje jsou vlastně výčtem natolik zasahujícím do života člověka s MP, že nelze v konečném důsledku hovořit o žádné formě začlenění do společnosti ani samostatnosti. Na druhou stranu je třeba upozornit na to, že naše společnost není připravena důvěřovat poctivosti všech lidí dostatečně na to, aby bylo reálně možné v případě lidí s MP podstoupit riziko vzniku problémů právním jednáním jich samých nebo nepoctivých spoluobčanů připravených využít slabosti a důvěřivosti jiných ve svůj prospěch. K některým z citovaných oblastí omezení se vyjadřuje SPMP, kdy například v případě práva volit uvádí, že toto právo by nemělo být omezováno už z toho důvodu, že hlas ve volbách nepůsobí újmu člověku s MP ani nikomu jinému, protože většina populace se dle výzkumů ve volbách stejně rozhoduje na základě emocí a cizího názoru místo logické volby na základě sběru relevantních dat a informací.

Zákon poskytuje ochranu lidem, kteří jednají v „duševní poruše“, bez rozdílu omezení či neomezení svéprávnosti. Duševní porucha činí osobu neschopnou právně jednat. Jde o případy „zdánlivého právního jednání“, kdy nebyla projevena vážná vůle toho, kdo právně jednal a jeho právní jednání je vynulováno, a to i v případě uzavření smluv. Jde o informaci, která podává zprávu o připravenosti zákona řešit právní jednání lidí s MP a chránit je i jinak než omezováním svéprávnosti. (Kořínková, 2019, s. 63-64)

SPMP se vymezuje vůči častému mýtu o tom, že lidé s mentálním postižením by měli být omezováni ve svéprávnosti už jen z principu. Uvádí: *„Omezení ve svéprávnosti je krajní prostředek, který sám o sobě nikoho neochrání.“* SPMP zdůrazňuje, že člověk s MP potřebuje především blízkou osobu, která ví o možném rizikovém chování a je si

vědoma, že například v případě podepsání nevýhodné smlouvy je potřeba zasáhnout stejně v případě neomezení i omezení svéprávnosti, protože například provolaný kredit musí být zaplacen v obou případech. Jednoduše řečeno: *„Lidé s mentálním postižením potřebují hlavně vhodnou podporu při rozhodování a právním jednání."* (SPMP, [online], cit: 30.1.2023)

Omezování svéprávnosti lidí s mentálním postižením je aktuálním tématem dotčených stran (poskytovatelé služeb, lidé s MP a jejich rodiče/opatrovníci). Celkově se rozšiřuje dostupnost kurzů a seminářů věnujících se tématu právně dostupných alternativ omezování svéprávnosti, a to pro lidi s MP, jejich pečující, pomáhající profese i pracovníky soudu. Tyto alternativy taktéž uvádí SPMP následovně:

- **Smlouva o nápomoci (nápomoc při rozhodování)**: člověk zůstane svéprávný, stává se z něj podle smlouvy tzv. podporovaný a ten, kdo mu pomáhá, je dle smlouvy podpůrce. Podpůrce člověka s postižením nesmí nikde zastupovat, ale doprovází jej na důležitá setkání, na úřad, k lékaři nebo jednání s poskytovatelem sociální služby. Podporující má také moc pro podávání žádostí o zneplatnění smluv uzavřených podporovaným. Podporovaný by měl být schopný se právních jednání účastnit osobně a rozhodovat se s podporou. Smlouvu o nápomoci schvaluje soud. Tuto alternativu vnímám jako vhodnou například v případě, kdy je člověk s postižením v průběhu dne vždy v doprovodu druhé osoby například v práci, stacionáři nebo ve škole a svůj odpolední volný čas tráví s osobním asistentem nebo ve volnočasovém programu. Tedy, když riziko zneužití jeho důvěřivosti je minimální a případná rizika eliminuje zaměstnavatel, školní prostředí, vychovatel, pečující nebo sociální služba. Navíc Smlouva o nápomoci vytváří prostor pro rozvoj schopnosti se rozhodovat samostatně nebo s podporou.
- **Zastoupení členem domácnosti**: zastoupený člověk zůstává svéprávný, ale kvůli svému postižení se nemůže účastnit právních jednání. Zastupující za něj jedná pouze v běžných záležitostech a těm závažnějším se věnuje soud. Zastoupení schvaluje soud.
- **Opatrovník bez omezení svéprávnosti**: člověk je svéprávný a právně jedná sám nebo jej zastupuje opatrovník. Tato alternativa se volí v případě, kdy člověk s postižením potřebuje menší míru podpory, ale nemá nikoho, s kým by uzavřel Smlouvu o nápomoci. Návrh na opatrovnictví schvaluje soud.
- **Opatrovník s omezením svéprávnosti**: člověk sice jedná samostatně v běžných denních věcech, je ale omezen na svéprávnosti v určitých oblastech, ve kterých jej zastupuje opatrovník. *„V našich podmínkách se o tomto nástroji může uvažovat v případě, že člověk není schopen ovládat své impulzivní jednání či není schopen a ochoten před případným jednáním se s někým poradit. Návrh se odesílá na soud. Soud nařídí jednání o svéprávnosti, zde už*

nestačí jen schválení soudu.“ Občanský zákoník také stanoví, v jakých situacích by mělo správně docházet k omezení svéprávnosti, §55:

(1) „K omezení svéprávnosti lze přistoupit jen v zájmu člověka, jehož se to týká, po jeho zhlédnutí a s plným uznáváním jeho práv a jeho osobní jedinečnosti. Přitom musí být důkladně vzaty v úvahu rozsah i stupeň neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti.

(2) Omezit svéprávnost člověka lze jen tehdy, hrozila-li by mu jinak závažná újma a nepostačí-li vzhledem k jeho zájmům mírnější a méně omezující opatření.“

Občanský zákoník také určuje povinnosti a práva opatrovníka. Mezi ně patří především ochrana zájmů a naplňování práv opatrovaného a péče o jeho zdravotní stav. Opatrovník vždy jedná v zájmu toho, koho zastupuje. Opatrovník nesmí za opatrovaného jednat v záležitostech uzavírání manželství, rozvodu ani v záležitostech rodičovských práv a povinností. Dále také (§ 466): *„(2) Rozhoduje-li opatrovník o opatrovancových záležitostech, vysvětlí opatrovanci srozumitelně povahu a následky rozhodnutí.“* S touto alternativou omezení na svéprávnosti se setkávám ve své práci nejčastěji. I přes omezení svéprávnosti lze člověka s MP podporovat v rozhodování o běžných věcech a budovat tak schopnost se o sobě samostatně rozhodovat alespoň/minimálně ve volném čase.

Omezování svéprávnosti bylo a do určité míry stále je vnímáno jako nejvhodnější nástroj ochrany člověka s MP před vlastním právním jednáním. Historické souvislosti (např. doba rozmachu ústavní péče) napovídají tomu, proč jsou ochranitelské pudy některých pečujících tak silné, že dochází k úplnému omezení svéprávnosti jako nejvyšší možné formě ochrany. Proto se například SPMP a jiné organizace či poskytovatelé sociálních služeb věnují osvětě, odbornému poradenství a vzdělávání v této oblasti s cílem překonat představy vybudované v minulosti a dosáhnout přechodu k důstojnějším a mírnějším alternativám ochrany právního jednání lidí s MP.

Svéprávnost a podpora při rozhodování jsou také vnějšími faktory rozhodování, kterým se věnuje následující kapitola.

4.3 Faktory rozhodování

Rozhodování ovlivňuje mnoho faktorů/vlivů, které vyvíjejí různě silný tlak na každého, kdo se rozhoduje. Tato kapitola se věnuje především faktorům specifických v rozhodování lidí s mentálním postižením. Popisuje zvlášť faktory vnitřní a vnější. Vychází především z výsledků výzkumného šetření realizovaného v rámci vypracování mojí bakalářské práce (Čepičková, 2021), jejímž cílem bylo zjistit, které faktory přispívají k samostatnému rozhodování klientů o zakázce osobní asistence z pohledu osobních asistentů organizace SPOLU Olomouc. Výstupem výzkumného šetření byl soubor vnitřních a vnějších faktorů rozhodování a popis jejich vlivu (na rozhodování lidí s MP) na

základě výpovědí osobních asistentů uvedené organizace. Z tohoto výstupu vycházejí následující kapitoly.

4.3.1 Faktory vnitřní

Vnitřním faktorem rozhodování se myslí vlivy, které vycházejí z vnitřního světa člověka. Dle výše uvedeného výzkumu jde v případě lidí s MP o:

- osobnost
- zájmy
- zdroje a bariéry
- potřeby
- psychické nastavení a fyzický stav
- stereotyp

Vliv **osobnosti** na rozhodování člověka s MP popsal jeden z účastníků výzkumu následovně: *„Každý uživatel má nějaké preference, záliby, schopnosti, dovednosti, něco se mu líbí, tak se chce pro to rozhodnout během asistence. Jako fakt je to podle mě hodně o té osobnostní stránce toho uživatele. O těch jednotlivých psychických složkách, které on má. Temperament a tak podobně."* Tento popis vystihuje realitu vlivu osobnosti (jaký člověk je) na rozhodování. Člověk s MP se také (jako ostatní) rozhoduje na základě toho, co se mu líbí, co je mu milé, co s jistotou přinese užitek apod. Člověk s MP dá pravděpodobně své preference najevo bez ostychu a tzv. „bez filtru", což jej často odlišuje od lidí bez postižení. Podobně jako o osobnost jde o **zájmy**, které člověk s MP má. Tedy, co má rád, co rád dělá, a to je například nejvýraznější faktor rozhodování o tom, co chce člověk s MP dělat ve svém volném čase/v čase stráveném s asistentem. Osobnost a zájmy jsou zároveň prostorem, ve kterém nejčastěji jako osobní asistentka hledám inspiraci pro možnosti a alternativy, které nabízím pro trávení společného času.

Některé **zdroje a bariéry** jsou uvedeny výše, mimo jiné například emoční inteligence nebo intelekt (viz kapitola 2.2). Vedle inteligence se ale lze bavit také o tom, zda člověk s MP disponuje dostatečnými schopnostmi své rozhodnutí komunikovat tak, aby mu bylo porozuměno. Může se také stát, že si je člověk s MP vědom svých bariér, a tak na rozhodnutí rezignuje, aby sobě a ostatním ušetřil nedorozumění. V takových situacích je důležité dát najevo svůj zájem, trpělivost a motivovat k rozhodnutí.

Naplnění základních potřeb je sice společné všem bez rozdílu, ale je natolik podstatným faktorem v rozhodování, že je vhodné jej uvést. Klasickým příkladem je situace, kdy jde člověk kolem okénka s rychlým občerstvením a může se rozhodnout, zda si něco koupí. Hladový člověk se rozhodne jinak než člověk, který se právě najedl. Jen v případě lidí s MP může dojít ke konfliktu s vnějším faktorem zdroje financí, který je často omezený a je pak třeba komunikovat své potřeby a možnosti, jak dojít k uspokojení potřeb. Úplně stejný vliv má třeba, jak se člověk vyspal, jestli mu hrozí nějaké nebezpečí (pohyb po městě), jestli je mu zima nebo horko… Zkrátka každé rozhodnutí

vede k naplnění některé ze základních potřeb a je důležité napomoci k tomu, aby tyto potřeby byly naplňovány postupně, podle preferencí nebo případných rizik.

Stejně jako potřeby i **psychické nastavení a fyzický stav** jsou faktorem společným všem bez rozdílu. Rozhodování se liší podle nálady, podle toho, jestli člověk je nebo není nemocný, jestli je člověk na někoho naštvaný apod. V případě osobní asistence se objevuje také sympatie či antipatie k asistentovi. U lidí s mentálním postižením se často liší schopnost práce s emocemi i vyrovnávání se s nepochopitelným nepohodlím (nemoc). S tím je třeba pracovat a v mnoha případech z praxe jsou v těchto situacích velmi nápomocni právě rodiče (nebo jiné blízké osoby), kteří dávají rady a doporučení, jak v těchto situacích efektivně komunikovat.

Posledním faktorem jsou výše uvedené **stereotypy**, které považuji za faktor vnější i vnitřní z následujícího důvodu. Jde totiž často o zvyky a rituály pěstované a naučené zvenčí, které zůstaly součástí vnitřního nastavení člověka. Stereotyp je výrazným faktorem v rozhodování především při volbě mezi něčím novým nebo tím, co člověk zná a dělá pravidelně. Nemusí jít nutně o negativní faktor, který brání ve zkoušení nových věcí, ale spíše o mechanismus, který zajišťuje určité bezpečí v rozhodovacím procesu.

4.3.2 Faktory vnější

Faktory uvedené v předchozí kapitole jsou těmi, které přicházejí zevnitř, z vnitřního světa člověka s postižením. Tato kapitola se věnuje faktorům vnějším, které přicházejí z prostředí, ve kterém člověk žije a tyto faktory jsou opravdu výrazné v případě lidí s mentálním postižením. Vnější faktory vycházející z výše uvedeného výzkumného šetření jsou následující:

- opatrovník
- materiální možnosti
- prostředí
- přírodní vlivy
- osobní asistent
- zdroje, limity a pravidla služby

Opatrovník je osoba, kterou určuje soud, a která je povinna jednat ve prospěch opatrované osoby. Vliv opatrovníka na rozhodování se výrazně liší na základě samostatnosti člověka s MP, zkušeností z minulosti i na základě podpory, která je rodině poskytována zvenčí počínaje sociální službou rané péče. Výčet oblastí, ve kterých může mít na rozhodování vliv opatrovník je dlouhý a liší se individuálně. Opatrovník je často tím, kdo žádá o sociální služby, komunikuje veškeré zájmy opatrovaného, nastavuje pravidla a často se podílí na tvorbě individuálního plánu. Přesto je ale osobními asistenty vnímán v roli partnera, který je zpočátku prostředníkem v komunikaci a komunikuje zájmy a rozhodnutí opatrovaného. Přesto je ale stále tím, kdo pravidly omezuje možnosti volby. Jeden z účastníků výzkumu takové jednání opatrovníků vysvětlil na historickém pozadí: *„Rodiče, co jsou často ti opatrovníci, tak za to museli hrozně bojovat,*

aby se jejich děti, naši klienti mohli vůbec jako zapojit do společnosti a nebyli zavření v ústavech…Že mluví jakoby za ty svoje děti, za jejich práva, protože nikdo jiný je jakože nevyslyšel a z toho občas asi vznikají ty boje, že my už jsme nastavený trošku jinak než ty rodiče, který pro to potřebujou jako víc prostoru, protože už 20,30,40 let žijou v tom módu, že prostě musí pořád jakoby za ty děti bojovat a pak je pro ně těžký jakoby pustit to, že… že vlastně někdo dává prostor přímo těm dětem, se vyjádřit, tak to je pro ně asi taky dost nezvyklý. Že to po nich vy… vyžadujem v podstatě." Ve skutečnosti je tedy důležité nesoudit opatrovníky za jejich chování, ale podporovat je v tom, aby dokázali důvěřovat schopnostem opatrovaného a kvalitě služeb, které využívají.

S opatrovníkem často, ne vždy, souvisí **materiální možnosti**, které výrazně rozšiřují nebo omezují okruh možností, pro které se může člověk s MP rozhodovat. Konkrétně jde o finance, které mohou omezovat v oblasti nakupování, trávení volného času (vstupné) a nakonec i o rozsahu placených sociálních služeb.

S možnostmi rozhodování velmi souvisí **prostředí**, ve kterém člověk s MP žije. Například vyžití ve městě nebo na vesnici, s tím související otevírací doby nebo také bezpečnost volného pohybu se liší v aktivním městě a klidné vesnici. Protože osobně pracuji s lidmi s MP především ve městě, vnímám jako prostředí město, ve kterém je třeba dělat bezpečná rozhodnutí vzhledem k pohybu po městě a na druhou stranu se svobodně rozhodovat mezi mnoha možnostmi trávení volného času ať už sportovní činností nebo účastí na kulturním životě ve městě, což může být v extrémních případech omezeno na minimum v důsledku **přírodních vlivů**. Příkladem takto extrémní situace je například pandemie Covid-19, kdy bylo celé prostředí omezeno na úplně minimum možností a prostor pro rozhodování o sobě a o svém volném čase téměř neexistoval. Pokud vynecháme extrémní situace, tak vliv mrazu, sněhu, deště nebo vln letních veder je také výrazným omezením v rozhodování především na základě nebezpečí (úpal, nachlazení) nebo nepohodlí (déšť).

Posledními faktory jsou **osobní asistent**, **zdroje, limity a pravidla služby**. V případě, že člověk s MP využívá sociální službu, je v rozhodování omezen pravidly a limity služby (rozsah poskytovaných služeb), podpořen zdroji, které služba nabízí a v ideálním případě dlouhodobě podporován osobním asistentem v rozvoji samostatnosti a mimo jiné také v rozvoji schopnosti se o sobě rozhodovat. V případě osobního asistenta jde o osobu, která uživateli pomáhá samostatně a podle svých zájmů trávit svůj volný čas, zajišťuje hranice bezpečného a nebezpečného rozhodování a zároveň umožňuje naplnění práva na přiměřené riziko.

K vnějším faktorům, tedy v podobě pečujících, opatrovníků a profesionálních pracovníků (sociální služby, školy…) lze doplnit takzvaný „vedený život", který člověku s MP umožňuje svobodné rozhodování mezi rodičem/asistentem/sociálním pracovníkem danými možnostmi, které jsou bezpečné. (O´Brian, dle Šiška, 2005, s. 58)

Vzhledem k faktorům uvedeným v této i předchozí kapitole je třeba uznat, že rozhodování není jen samotný proces, ale proces, který závisí na mnoha faktorech. U lidí s mentálním postižením tomu není jinak, a navíc lze předpokládat, že vnější vlivy

budou na člověka s MP působit mnohem výrazněji. V situacích, kdy je člověk s MP v roli uživatele sociální služby, lze také hovořit o Principu držitele problému, kterému se věnuje následující kapitola.

4.4 Princip držitele problému

Původním autorem teorie tohoto principu je dr. Thomas Gordon. U nás jej popsal Úlehla (1999, s. 28-31). Jde o princip popisující moc pracovníka nad problémem klienta. Tato kapitola hovoří o člověku s MP jako o klientovi náhodné sociální služby, a proto využívá označení klient a pracovník.

Princip držitele problému vychází z veškerých způsobů chování klienta, podstatných i nepodstatných a také z toho, co pracovník o klientovi ví. To vše dohromady tvoří kategorii, která se dále dělí na způsoby přijatelné a nepřijatelné. Pracovník má veškerou moc nad tím, jak kategorii rozdělí a čemu se bude ve spolupráci věnovat.

Moc pracovníka je také ovlivněna jeho rozpoložením. V závislosti na tom, jakou má náladu, nakolik se vyspal nebo zda se po cestě do práce s někým nepohodl, může pracovník to samé chování vnímat pokaždé jinak. Příkladem může být například trpělivost v opakování. Klidný pracovník nepozornému klientovi mnohokrát zopakuje otázku a upozorní klidným hlasem, že je teď třeba se chvíli soustředit. Pokud se však pracovník rozčílil při projíždění ranní dopravní zácpou a dorazil do práce pozdě, nebude už nepozornost klienta tolik tolerovat. Stejně tak se v očích pracovníka liší každý klient individuálně.

Na rozlišení přijatelného a nepřijatelného chování pracovníkem má také místo a doba. Některé chování je jednoduše přijatelné na jednom místě a nepřijatelné na jiném. Příkladem z praxe může být například hlasité komentování neexistence Ježíška na Vánočních trzích mezi dětmi, což je naprosto nepřijatelné. Některé chování je také přijatelné na začátku spolupráce a nepřijatelné po značných dlouhodobých snahách o jeho odstranění.

Vedle uvedeného je třeba myslet také na pracovníkův vztah ke své práci, k cílové skupině, pracovníkova profesionalita a vlastní vývoj – profesní i osobní. Úlehla zdůrazňuje lidskou stránku pracovníka. Že pracovník není stroj, prochází změnami a nelze od pracovníka očekávat, že jeho duševní rozpoložení na něj nebude mít vliv. Je dobré, když si pracovník svoji lidskost uvědomuje a nesnaží se předstírat, že je strojem.

Princip držitele problému se dělí na několik kroků. Prvním krokem je výše popsané rozdělení chování klienta na přijatelné a nepřijatelné. Druhým krokem je rozdělení přijatelného chování na dvě části – část žádoucí (žádný problém, klient ani pracovník nepotřebují nic měnit) a část chování, které je přijatelné pro pracovníka a problémové pro klienta. Na příkladu práci s lidmi s mentálním postižením může jít o nutnost koupit si vstupenku, kdy pracovník ví, že klient to zvládne a je zároveň žádoucí, aby to udělal sám, zatímco pro klienta je takové chování problémové. Zde je držitelem

problému klient, protože je to z jeho pohledu problémové. Ve zbylé třetí oblasti zůstává chování nepřijatelné pro pracovníka, a tak se stává držitelem problému pracovník – problémová oblast pro pracovníka, přijatelná oblast pro klienta. Obecně může jít o užívání drog, zanedbávání péče o dítě apod. V případě lidí s postižením mám osobně v kategorii nepřijatelného chování nevhodný fyzický kontakt, sexuální narážky, přecházení cesty mimo vyznačený přechod nebo lživé informování kolemjdoucích o tom, že jsme pár.

Princip držitele problému lze shrnout následovně:

- Držitelem problému je klient = jde o poskytování profesionální pomoci
- Držitelem problému je pracovník = jde o profesionální kontrolu
- Pracovník převezme kontrolu a pracuje na vlastní zakázce = pochybení ze strany pracovníka

Je důležité si při podpoře člověka s mentálním postižením uvědomit, kdo je držitelem problému, protože i rozhodnutí může být přijatelné nebo nepřijatelné pro obě strany. K tomu je stále třeba poskytovat prostor pro přiměřené riziko vedoucí k samostatnosti v řešení problémových situací.

4.5 Shrnutí kapitoly

Cílem této kapitoly bylo vyjasnit základní pojmy pojící se k rozhodování. Konkrétně definice samotného rozhodování, vymezení práva na rozhodování v Listině základních práv a svobod a v Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením. Dále svéprávnost, omezování svéprávnosti a jeho alternativy a také faktory rozhodování lidí s mentálním postižením. Nakonec i Princip držitele problému, jehož znalost je důležitá pro poskytování profesionální pomoci.

Rozhodování je proces volby mezi dvěma a více možnostmi, kdy cílem tohoto procesu je zvolit to, co přinese nejvíce užitku jedinci nebo skupině. Listina základních práv a svobod nejmenuje explicitně právo na rozhodování, jmenuje ale oblasti, ve kterých má každý člověk možnost se rozhodnout např. rozhodnout se o své víře, rozhodovat o svém obydlí i o tom, s kým se chce člověk setkávat a sdružovat. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením zaručuje mimo jiné právo volit, na svobodnou volbu povolání a přípravu na něj, svobodné rozhodnutí k uzavření manželství a založení rodiny a také právo na přístupné a srozumitelné informace a vzdělání.

Kapitola se dále věnovala svéprávnosti a alternativám jejího omezení, jako je např. Smlouva o nápomoci nebo Zastoupení členem domácnosti, obojí schvalované soudem po podání návrhu. Nakonec jsou jmenovány konkrétní vnitřní a vnější faktory rozhodování lidí s mentálním postižením a dodán popis Principu držitele problému.

V průběhu výzkumného šetření se budu zajímat o zájem lidí s MP o rozhodování, o konkrétní oblasti rozhodování, vytváření prostoru pro rozhodování a zdroje podpory rozhodování vyjma sociálních pracovníků, kterým se věnuje předchozí kapitola.

5 Představy

Slovník spisovného jazyka českého definuje představu následovně:

1. *Znovu vybavený dojem; vzpomínka, vybavený obraz předmětu nebo děje vzniklý na základě minulého vjemu*
2. *(o čem, kom, čeho, koho) obraz (hmotné) podoby, rázu, něčeho, někoho vytvořený v mysli rozumovou činností na základě nějaké zkušenosti nebo nějakého poučení*
3. *(čeho, o čem) od skutečnosti se lišící obraz něčeho, někoho, vytvořený v mysli (zejména hloubáním, sněním, zpravidla za součinnosti fantazie, citu apod.)*

Tato definice bohužel zdaleka nestačí pro vyjádření kompletní reality toho, co představa je ani toho, co představa znamená v kontextu této práce. Následující kapitoly se zabývají pojmem představa, představivost, představovat a také představou v kontextu této práce – co chci tímto pojmem zachytit, co jsou představy, které hledám při výzkumném šetření.

5.2 Co je to představa?

Představa je velmi abstraktní pojem a lze předpokládat, že každý by tohle slovo vysvětlil jinak, možná i za použití synonym – názor, pojem, ponětí, mínění, idea, obraz, (vybavený) dojem, vzpomínka nebo vidina. Výše uvedená definice popisuje představu jako něco vybavené v mysli člověka na základě vzpomínky, fantazie nebo zkušenosti. Plecerová a Pužejová (2016) definují představu jako: *„názorný obraz předmětů a jevů v našem vědomí, které v daném okamžiku nevnímáme (kdysi jsme je vnímali – vzpomínkové, pamětní), nebo které jsme v této podobě ani nevnímali (fantazijní).“* Vedle toho autorky uvádějí, že představa je výsledkem představivosti, která je psychickým poznávacím procesem umožňujícím přítomnost obrazů předmětů a jevů, přestože právě nepůsobí na naše receptory i v případě, že jsme je nikdy předtím nevnímali (fantazie).

Představy se nevybavují náhodně, ale fyziologickým oživováním stop v mozkové kůře. Vybavování představ probíhá s určitými pravidelnostmi, které popisují Asociační[14] zákony. Ty se dělí na primární a sekundární. **Primárními zákony** jsou:

- *Zákon dotyku v prostoru a čase* = představy spojené s určitou událostí, osobou nebo místem. Představy, které vznikly na určitém místě s určitou osobou. Často jde o citově výrazný zážitek negativní i pozitivní např. první polibek (radost), fyzické napadení (strach, trauma) apod. Při opakovaném navštívení místa události se silný zážitek znovu vybaví.

[14] Asociace = volné spojení/sdružování představ, kdy dochází ke spojení mezi vjemy. Jedna představa vyvolá další, ta vyvolá další a společně vytváří řetězec.

- *Zákon podobnosti a kontrastu* = vybavují se zážitky, které jsou podobné nebo protikladné. Například na ulici cizí osoba oblečením, gesty nebo chůzí připomíná někoho známého.

Sekundárními zákony jsou:

- *Zákon novosti* = novější zážitky se vybavují lépe, přesněji a živěji než starší.
- *Zákon častosti* = zážitky, které se vybavují častěji, jsou silnější, protože mají pozitivně nebo negativně emotivní podtext. Zároveň jsou také zážitky, které si představujeme raději než jiné.
- *Zákon živosti* = zážitky, které zanechaly hluboký emotivní dojem se vybavují často a živě.

Asociační zákony jsou výborným popisem toho, jak představy vznikají a co ovlivňuje jejich podobu. (Plecerová a Pužejová, 2016)

Protože se práce zabývá všemi představami, je důležité vymezit také dělení představ. Představy můžeme dělit podle různých kritérií, kdy lze předpokládat velmi individuální a široké rozlišení těchto kritérií (nejen) u lidí s mentálním postižením. Kritéria jsou následující:

Kritérium převládajícího receptoru – smyslové představy = zrakové, sluchové, chuťové, hmatové a čichové. Příkladem zrakové představy z praxe může být uživatel sociální služby osobní asistence s mentálním postižením, který si velmi barvitě vybaví zraněného člověka, když slyší zvuk sanitky.

Kritérium abstraktnosti a zobecnění: jedinečné a obecné představy. Jedinečné jsou představy konkrétního předmětu (moje propiska), člověka (moje máma), činnosti (taneční choreografie z volnočasového kroužku) apod. Obecné jsou ty představy, u kterých chybí konkrétní jedinečné znaky. Abstraktní vnímání je často omezenou schopností lidí s mentálním postižením, i proto se doporučuje vynechávání abstraktních pojmů v komunikaci s nimi. V rámci tohoto kritéria lze předpokládat, že lidé s MP si budou představovat konkrétní předměty, osoby, činnosti apod. Ty, které jsou jim osobně blízké.

Kritérium převažujícího mechanismu vzniku: vzpomínkové, jedinečné, obecné a fantazijní. Vzpomínkové představy jsou ty, které se podobají něčemu, co jsme prožili v minulosti. Například zážitky získané při cestování. Představy fantazijní jsou námi vytvořené nové obrazy. (Plecerová a Pužejová, 2016)

Fantazie a tvorba fantazijních představ je schopnost v různé míře známá všem lidem. U lidí s mentálním postižením jsou fantazijní představy, na rozdíl od abstraktních, stejně jako pro ostatní, prostorem pro úpravu nebo únik před realitou nebo motivační prostředek. I fantazijní představy mají své dělení:

Rekonstrukční = tvorba představ na základě popisu nebo jiného zobrazení (grafického, symboly…) Např. představa hlavního hrdiny na základě autorova popisu.

Konstrukční = kreativita, tvorba něčeho nového. Např. skládání lega bez návodu.

Bdělé snění = představy o budoucnosti, cílech, přáních apod. Slouží jako motivace.

Sny ve spánku = jsou na rozdíl od uvedených projevů neúmyslné fantazie. Sny umožnují neskutečně rozličné možnosti neobvyklých kombinací a nemají přímý původ v realitě. Fantazie ve snech jsou často živé, barevné a emočně silné zážitky. Fantazie lidí s mentálním postižením mě často při práci překvapí, a to například tím, jak odvážné a originální tyto představy bývají. Ne nadarmo se říká, že se od lidí s mentálním postižením můžeme ve spoustě věcí jen učit. (Plecerová a Pužejová, 2016)

Přestože představy působí jako obyčejná a naprosto běžná záležitost, i v případě představ může docházet ke zvláštnostem, které mohou být příjemné, nepříjemné anebo jen zvláštní. Například *Eidetismus* je schopnost prožívat představu stejně živě a jasně jako skutečnost (nejčastěji umělci, děti). *Synestezie* je propojením několika smyslových vjemů člověka, kdy jeden vjem jednoho smyslu vyvolá vjem jiného smyslu. Například, když člověk slyší slovo, může jej čichem v představě cítit – jídlo, blízké osoby atd. Zatímco uvedené zvláštnosti jsou člověku neškodné, následující mohou mít negativní vliv na běžný život i zdraví člověka. *Denní snění* způsobuje spontánní proud představ s negativně emočně zabarveným obsahem. Denní snění vede k demotivaci a v extrémním případě ústí v prázdný nereální život. *Fantastická pseudologie* naopak zapříčiní, že člověk začne věřit v realitu vymyšlených příběhů. Poslední *Perseverační představy* (vtíravé, obsese) jsou v běžné míře známé každému, kdo se někdy o někoho bál nebo před sebou měl velkou zkoušku (zkouška ve škole, pracovní pohovor apod.). Jde o představy, které se vracejí a zůstávají ve vědomí. Mohou být způsobeny i nervovým vypětím. (Plecerová a Pužejová, 2016)

Dosud bylo uvedeno: co je představa, jak se dělí, jak vzniká i jaké zvláštnosti nebo poruchy představování jsou možné. Je ale třeba se zabývat tím, co znamená představa v kontextu této práce. Tomu se věnuje následující kapitola.

5.2.1 Představa v kontextu diplomové práce

Tato práce hledá odpověď na otázku: „Jak si lidé s mentálním postižením představují rozhodování o sobě?“ Jinak řečeno, co si lidé s MP představí, když se řekne rozhodovat o sobě. Vedle výše uvedených představ, tedy představy smyslové, je prostor také pro vyjádření pocitů, které si lidé s MP s rozhodováním spojují. Předpokládám, že může jít o širokou škálu pozitivních (svoboda, radost, potěšení) i negativních (strach, úzkost, smutek, bezradnost) pocitů. To je ale předmětem výzkumné části práce.

Je třeba se připravit na to, že vyjádření představ lidí s mentálním postižením bude velmi konkrétní a individuální vzhledem k často omezené schopnosti abstraktního vnímání (viz kapitola 2.3.2).

Celkově v této práci směřuji k vytvoření prostoru pro všechny představy. Od představ zdánlivě jednoduchých (rozhodnutí se mezi zmrzlinou a hranolkami) přes rozhodování o náplni volného času až po komplexní rozhodování o partnerství, víře nebo rozhodnutí se pro samostatné bydlení. Předem očekávám výrazné odlišnosti a autenticitu jednotlivých informantů, kterou považuji za žádoucí.

5.3 Shrnutí kapitoly

Cílem kapitoly bylo vymezit pojem představy, který je definován jako *„názorný obraz předmětů a jevů v našem vědomí, které v daném okamžiku nevnímáme (kdysi jsme je vnímali – vzpomínkové, pamětní), nebo které jsme v této podobě ani nevnímali (fantazijní).“* Vedle uvedené definice jsou v kapitole uvedeny Asociační zákony, které jsou pomyslným tvůrcem představ a také dělení představ podle kritérií. V závěru je krátce vyjádřena role představy v této práci a doplnění představ smyslových o představy pocitů, které se mohou lidem s mentálním postižením pojit s rozhodováním o sobě.

V průběhu výzkumného šetření se budu zajímat o konkrétní představy lidí s MP o rozhodování. Bude mě zajímat, jak si lidé s MP rozhodování představují, ne zda rozhodování dokáží vysvětlit či definovat.

Následující kapitola je úvodem do metodologie výzkumu.

6 Metodologie

Zatímco předchozí část této diplomové práce teoreticky vymezuje klíčové pojmy, následující části se již věnuji metodologii výzkumu a jeho provedení.

Mátel (2019, s. 109) uvádí, že: *„Výzkum v sociální práci má být pro sociální práci, v rámci sociální práce, ze sociální práce a je realizován sociálními pracovníky."*

V sociální práci vnímáme výzkum jako *„systematickou, organizovanou a plánovitou činnost, která se řídí dobře rozpracovanými pravidly a principy, kterými se kontroluje přesnost a pravdivost poznávání."* (Mátel, 2019, s. 109) Cílem takové činnosti je získat odpověď na výzkumnou otázku a produkovat nové poznání. Loučková (2019, s. 109) k tomu uvádí, že výzkum v sociální práci má za cíl odpovědět na výzkumné otázky, které *„vyrůstají ze vztahu mezi lidským jednáním a sociálními strukturami."*

V této kapitole popisuji zvolenou výzkumnou strategii, výzkumné otázky a jejich operacionalizaci. Také se věnuji výběru informantů, metodě sběru a analýzy dat i fázím rozhovoru. Nakonec se věnuji neméně podstatným silným a slabým stránkám výzkumu i etickým aspektům zkoumání.

6.1 Výzkumná strategie

Ve vědeckých oborech se hovoří o dvou výzkumných strategiích nebo jejich kombinaci. Jde o kvalitativní výzkum, kvantitativní výzkum a smíšenou strategii, která je jejich kombinací (Hendl, 2016). Každá z těchto strategií se využívá v rozdílných případech. Mišovič (2019, s. 20-24) uvádí, že zatímco kvantitativní výzkum se soustředí na ověření hypotéz odvozených z existujícího poznání, kvalitativní výzkum je orientován na vytváření teorií a jeho cílem je porozumění a pochopení zkoumaných jevů a jejich souvislostí.

Pro účely svojí diplomové práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, který dle Dismana (2002, s. 286) *„přináší mnoho informací o velmi malém počtu jednotek"*. Tedy dle autora je kvalitativní výzkum tou strategií, která zkoumá menší počet informantů, poskytuje pouze minimální až mizivou možnost srovnání výsledků, ale také umožňuje ke zkoumanému jevu přistupovat holisticky, celostně a do hloubky zkoumat prožitek a smysl věcí.

Kvalitativní výzkum využívá induktivní přístup. Jde o přístup, který se soustředí na to, co v průběhu výzkumu zjišťujeme. Pravidelnosti, data a závěry, které v procesu zkoumání zjišťujeme o realitě. Pro tento přístup jsou klíčová všechna data, která v procesu zkoumání získáváme (Novotná, 2019, s. 261-263). Podobně induktivní přístup popisuje Hendl (2008, s. 34): *„z pravidelnosti zkoumaných událostí odvozujeme obecné pravidlo o určité pravidelnosti platné pro další události na jiném místě nebo v jiném čase."* Autor také uvádí, že induktivním přístupem lze dosáhnout vytvoření obecného pravidla na základě pravidelností v objemu dat.

Kvantitativní výzkum není pro moje účely příliš vhodný už proto, že jeho cílem je ověřit předem stanovenou hypotézu. Přestože by umožnil využití většího objemu informantů a získaná data by byla jednotnější a bylo by pak možné využití deduktivních postupů, neumožnil by mi zkoumání jevu do hloubky ani zkoumání souvislostí některých jevů v životech lidí s mentálním postižením.

U výzkumu je také hodnocena jeho kvalita, a to na základě reliability a validity. Reliabilita je jinými slovy spolehlivost, tedy *„prokázání možnosti získání stejných závěrů, pokud by se studie zopakovala."* Obecně je známo, že kvalitativní výzkum je svojí povahou typický nízkou možností reliability, protože nelze předpokládat stejné osobní odpovědi od různých osob. Validita naopak hodnotí, zda výzkum opravdu zkoumá to, na co se soustředí. V případě vhodně nastaveného výzkumu a výzkumných otázek lze v kvalitativním výzkumu dosáhnout velmi vysoké validity. Hendl (2008, s. 337-344)

Pro dosažení vysoké validity jsem se zaměřila na vhodné nastavení výzkumných otázek a kontaktování těch informantů, kterým je zkoumané téma osobně blízké, abych zamezila vybočení k tématům a jevům, které nejsou blízké zkoumanému jevu. Jak jsem uvedla výše, obecně není pravděpodobné dosáhnout v kvalitativním výzkumu vysoké reliability, přesto jsem se alespoň pokusila způsobem nastavení pevné struktury rozhovoru, ale obecně lze předpokládat, že vzhledem k potřebě individuálního přístupu v každém jediném rozhovoru, bude reliabilita velmi nízká.

6.2 Výzkumné otázky

Cílem mojí práce je zodpovězení **hlavní výzkumné otázky** (dále HVO), která zní následovně:

Jak si lidé s mentálním postižením představují rozhodování o sobě?

HVO jsem stanovila na základě doporučení Mišoviče (2019, s. 69-75), a to dostatečně široké vymezení HVO, abych předešla nechtěnému vyloučení významných informací o zkoumaném jevu, dále pak, aby HVO nestála na předpokladech a aby otázka směřovala k podrobnému zkoumání podstaty jevu z pohledu informantů, ne ke zkoumání četnosti či frekvenci daného jevu.

K zodpovězení HVO mi pomohou dílčí výzkumné otázky (dále DVO), které jsem formulovala na základě výše zpracovaných teorií.

DVO1:

Jak lidé s mentálním postižením vnímají svoji osobu?

První dílčí výzkumná otázka má za cíl získat informace o tom, jak lidé s mentálním postižením vnímají sami sebe, a tedy oblasti, ve kterých o sobě rozhodují.

DVO2:

Jak lidé s mentálním postižením vnímají rozhodování?

Druhá dílčí výzkumná otázka má za úkol zjistit, jak lidé s mentálním postižením rozhodování vnímají/chápou a zda jej dokáží vysvětlit nebo je pro ně rozhodování spíše nevědomou součástí dne. Teoretickým vymezením rozhodování se zabývá kapitola 4.

DVO3:

Kdo a jakým způsobem poskytuje lidem s mentálním postižením podporu při rozhodování?

Třetí dílčí otázka cílí na získání informací o tom, zda jsou lidé s mentálním postižením dostatečně podporováni v rozhodování o sobě a také, zda je jim poskytováno dostatečné vzdělání v oblasti rizik a důsledků svých rozhodnutí. Otázkou podpory se zabývá kapitola 3, konkrétně 3.3: Podpora osob s mentálním postižením.

DVO4:

Kdy vnímají lidé s mentálním postižením nejvíce prostoru se o sobě rozhodovat a co konkrétně si s rozhodováním spojují?

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka se částečně skládá ze dvou otázek, které spolu úzce souvisí. Na jednu stranu poskytne DVO4 poznatky o tom, kde a v jakých situacích mají lidé s MP nejčastěji prostor se rozhodovat. V oblasti práva se prostorem pro rozhodování zabývá kapitola 4.2. Následující kapitola 4.3. popisuje prostor pro rozhodování jako omezený vnějšími a vnitřními faktory. Na druhou stranu mě zajímají konkrétní představy osob, věcí, pocitů či míst, která se lidem s MP vybaví k tématu rozhodování. Představy jsou popsány v kapitole 5.

6.2.1 Operacionalizace výzkumných otázek

Žižlavský (2003) popisuje operacionalizaci jako proces, který umožňuje převedení obtížně měřitelného teoretického jazyka do proměnných. Operacionalizace mi tedy umožní převedení získaných teoretických dat do měřitelných jevů, které budu měřit na základě vhodných indikátorů. Tabulka operacionalizace je z důvodu obsáhlosti vložena do příloh (Příloha A) a na základě indikátorů jsem vytvořila otázky rozhovoru pro sběr dat a tyto otázky poskládala do souvislého rozhovoru (Příloha B).

6.3 Výběr informantů

Následující „Tabulka 1 – Seznam informantů“ obsahuje informace o jednotlivých informantech. Konkrétně uvádím jejich označení pro účely této práce (I1-I8), věk, pohlaví, zda jsou žáky/studenty/pracujícími/nezaměstnanými a zda využívají některou ze sociálních služeb. Údaj věku uvádím ze dvou důvodů. Jednak jde o zajímavý údaj vzhledem k tomu, že zájem o účast ve výzkumu měli především lidé ve studentském nebo mladém dospělém věku. Druhým důvodem je údaj o životní fázi, který podobně jako následující dva údaje popisují množství volného času a určitý předpoklad způsobu trávení tohoto času. Následující dvě informace uvádím pouze jako ukazatel množství volného času a ukazatel potenciální podpory v rozhodování profesionály.

označení	pohlaví	věk	studium/práce	uživatel soc. služeb
I1	žena	20	Studující	ano
I2	žena	30	Pracující	ano
I3	muž	34	Pracující	ano
I4	muž	20	Studující	ano
I5	žena	23	Studující	ano
I6	žena	24	Studující	ano
I7	žena	37	Pracující	ano
I8	muž	27	-	ano

Tabulka 1 - Seznam informantů

Původní počet potenciálních informantů, kteří mě kontaktovali se zájmem se zúčastnit výzkumu, byl 10. Dva však později odstoupili těsně před realizací rozhovoru. Důvody byly následující: strach z úniku osobních informací a strach z nakažení některým ze sezónních virových onemocnění (strach o sebe a své blízké). Oběma odstupujícím respondentům jsem samozřejmě dala najevo pochopení jejich strachu a poděkovala za jejich zájem a ochotu pomoci.

6.3.1 Oslovení a výběr informantů

Informanty jsem oslovila prostřednictvím e-mailu, který hromadně odeslalo vedení jedné z organizací poskytujících sociální služby lidem s mentálním postižením. Jde o organizaci, se kterou jsem dlouho spolupracovala a vedení mi nabídlo možnost kontaktování jejich uživatelů. Uvedený e-mail obsahoval dokument, ve kterém jsem představila sebe, svůj výzkumný záměr a podmínky účasti. Jedinou podmínkou, kterou jsem uváděla, bylo věkové vymezení od 12 let. Uvádět mentální postižení jako podmínku mi bylo nepříjemné, protože takovou podmínku považuji za nemístnou a dehonestující, především v případě, kdy jsem vzhledem ke způsobu kontaktování měla naprostou jistotu, že moje zpráva se dostane pouze k lidem s MP nebo k jejich opatrovníkům. Podmínkou pro výběr informantů byl tedy minimální věk 12 let a mentální postižení.

V odeslaném dokumentu jsem také zdůraznila, že účast je dobrovolná a rozhodnutí lze kdykoliv změnit. Nakonec jsem potenciální účastníky informovala o informovaném souhlasu, jehož podpis je podmínkou účasti a srozumitelně jsem vysvětlila, že informovaný souhlas (Příloha C) zaručuje anonymitu v průběhu celého procesu zkoumání i v případě zveřejnění získaných výsledků. Protože některé z účastníků výzkumu znám, zaručila jsem v informovaném souhlasu také svoji naprostou mlčenlivost, abych

předešla strachu účastníků z šíření informací o jejich osobě. V neposlední řadě jsem oslovené informovala o pořízení audio/video záznamu, který bude sloužit pouze účelům této práce.

Dokument odeslaný potenciálním informantům nelze přiložit k této práci, jelikož obsahuje informace, které by mohly narušit anonymitu zúčastněných.

6.3.2 Jednotka zjišťování a jednotka zkoumání

Žižlavský (2003) uvádí, že jednotkou zkoumání jsou subjekty, u kterých zkoumáme určité vlastnosti. V případě této práce jde o osoby s mentálním postižením, které se ve svých každodenních životech setkávají s různými formami rozhodování o sobě, a to i v případě odlišných představ a interpretací toho, co rozhodování o sobě znamená.

Jednotkou mého zkoumání jsou konkrétní představy nebo zkušenosti těchto lidí s rozhodováním o sobě.

6.4 Metoda sběru dat

Pro svůj výzkum jsem jako metodu sběru dat zvolila polostrukturovaný rozhovor. Tuto metodu jsem zvolila především pro jeho možnosti. Jak uvádí Mišovič (2019, s. 79-84), polostrukturovaný rozhovor je: *„relativně volně uspořádaný a otevřený vůči tomu, co účastník cítí a reflektuje to, co důležitého a významného říká v souvislosti se záměry výzkumného projektu.“* Polostrukturovaný rozhovor nejlépe vyhovuje mým záměrům právě proto, že dle autora umožňuje se kromě jádra rozhovoru (schéma otázek a témat, která musí výzkumník probrat) věnovat také tématům a otázkám, které rozšiřují původní záměr a přispívají tak k lepšímu uchopení i pochopení zkoumaného problému. Je důležité, aby se rozhovor i s rozšiřujícími otázkami věnoval stále zkoumanému tématu a neodbočoval od něj.

Mišovič (2019, s. 79-84) mimo jiné uvádí, že základem polostrukturovaného rozhovoru je konverzace, což umožňuje měnit tempo, pořadí otázek i styl rozhovoru s cílem získat autentické a obsáhlé odpovědi. Tento aspekt polostrukturovaného rozhovoru je pro mé potřeby velmi vhodný vzhledem k tomu, že u každého informanta bylo možné předpokládat velmi individuální přístup na základě komunikačních možností. Autor také uvádí, že vzhledem ke společenským podmínkám a politickému pozadí nelze účastníka rozhovoru považovat za zdroj objektivní pravdy.

V průběhu získávání dat jsem se snažila předejít možným chybám ve vedení polostrukturovaného rozhovoru, před kterými varuje Mišovič (2019, s. 105-111). Například jde o kladení příliš složitých otázek, které způsobí, že informant více přemýšlí nad tím, na co odpovědět než nad odpovědí na otázku. K zamezení této chybě je doporučována pilotáž, která mi pomohla upravit rozhovor tak, abych informanta nezahltila zbytečnými nebo složitými otázkami. Pilotážní rozhovor není zaznamenán v této práci. Také jsem se řídila doporučením autora k tomu, že připravený rozhovor není

konečným a závazným dokumentem, ale dokumentem, který lze průběžně upravovat s probíhajícím výzkumem. Některé otázky jsem musela průběžně upravit do srozumitelnější verze a některé upravit tak, aby bylo možné na ně odpovědět ano/ne, což je běžná metoda sběru dat v kvantitativním výzkumu. Bylo tomu tak v případě jednoho z informantů, který byl omezen na neverbální komunikaci s odpovědí ano/ne/nevím. Otázky jsem upravila tak, že jsem položila základní otázku (stejnou jako všem informantům), a tu jsem rozdělila na cca 5-15 uzavřených otázek, na které informant odpovídal. Ve většině otázek jsem využívala nadřazených a následně podřazených slov, která se týkala tématu a bylo tak možné získat co nejméně ovlivněnou odpověď. Osobně mě překvapilo, jak funkční ale zároveň náročný tento typ rozhovoru byl.

6.4.1 Realizace rozhovorů

Rozhovory probíhaly v období od 16. do 27. 10. 2023. Rozhovory trvaly 30 až 75 minut, z toho většina z nich se pohybovala okolo 45 minut. Nejdříve jsem realizovala pilotní rozhovor, který vedl k výrazným změnám ve znění otázek. Tento rozhovor není zařazen do výzkumu. Před realizací prvního rozhovoru jsem osobně oslovila několik zkušených kolegů (celkem 3) z oblasti sociální práce s lidmi s mentálním postižením, abych se přesvědčila o tom, že otázky rozhovoru jsou vhodně formulované. Při realizaci rozhovorů jsem se držela připraveného scénáře (viz přílohy), který jsem vždy upravila na míru dle individuálních potřeb informantů. K časovému rozdílu trvání jednotlivých rozhovorů výrazně přispěla potřeba přestávek, které byly potřeba nejen kvůli náročnosti rozhovoru (často první zkušenost informantů s rozhovorem) ale také pro udržení a podpoření soustředění a psychické pohody respondentů. Rozhovory probíhaly na místě určeném informanty a často šlo o oblíbenou kavárnu nebo domácí prostředí. Jeden z rozhovorů proběhl v parku.

Celkový čas strávený s informanty, včetně seznámení i rozloučení, byl přibližně 2 hodiny. Tento čas jsem využívala pro seznámení, navození příjemné atmosféry a vyřešení případných otázek a nervozity. Čas po provedení rozhovoru byl prostorem především pro doběhnutí dotazovacího procesu pro obě strany.

Rozhovoru se celkem zúčastnilo 8 informantů (I1-I8). Informace o jednotlivých informantech poskytuje tabulka výše.

Všechny rozhovory proběhly ve formě tykání. Při setkání jsem vždy nabídla tykání a vykání, všichni informanti využili nabídky ty

kání. Předpokládám, že jedním z důvodů je určitá zvyklost na tuto formu komunikace, a také vnímám tykání jako způsob komunikace, která umožňuje neformální a přátelskou atmosféru, která byla pro informanty žádoucí.

6.5 Zpracování dat

Nahrané audio/video záznamy jsem doslovně přepsala do textové podoby tzv. transkript. Textová podoba umožňuje větší objektivitu při procesu kódování a členění do kategorií. Doslovný přepis jsem doplnila svými poznámkami, především jako doplnění audio záznamu o neverbální odpovědi. Tedy ty, které „nelze na záznamu slyšet".

Pro analýzu dat jsem využila metodu otevřeného kódování (Strauss a Corbin, 1999, s. 42-52), která má za cíl odhalení a uspořádání opakujících se témat. Ke kódování jsem využila počítačový program MAXQDA, se kterým mám předchozí zkušenost.

Na základě kódování jsem dále dle doporučení Heřmanského (2019, s. 441-442) začala třídit kódy do kategorií, které dle autora tvoří nosná témata konečného výkladu výsledků zkoumání. Kategorie sdružují různé kódy, které kategoriím dávají základní obsah. Dále pak kategorie obsahuje poznámky (psané v průběhu kódování), které dodávají vztahy a souvislosti sdružených kódů v dané kategorii. Pojmenování kategorií usnadňuje orientaci v textu interpretační části. Klíčové je také porozumění vztahu jednotlivých kategorií a neméně důležitý je vztah kategorií se zodpovězením výzkumné otázky. K analýze dat jsem tedy využila jak otevřené, tak axiální kódování.

6.6 Silné a slabé stránky výzkumu

Silné stránky svého výzkumu spatřuji především v tom, že zkoumaný jev zachycuji z pohledu lidí, kterých se bezprostředně týká. Na otázku rozhodování lidí s mentálním postižením se totiž z mého pohledu často ptáme všech, vyjma jich samotných. Proto i zkušenost s účastí ve výzkumu vnímám jako cennou na cestě za osamostatněním. Další silnou stránkou výzkumu je účast mužů i žen ve věku 20-37 let i lidí s různým množstvím volného času (studenti, pracující) a s různou mírou samostatnosti. Komunikační a osobnostní jedinečnost všech informantů vnesla do výzkumu různorodost. Přestože různorodost je považována za žádoucí, pro mě byla občas až vyčerpávající a o to důležitější pro mě byla práce se sebereflexí a časový odstup.

Mezi slabé stránky patří především to, že vzhledem k použité výzkumné strategii nelze získané výsledky aplikovat v jiném prostředí ani v jiném kontextu, než v jakém byly zkoumány. Další slabou stránkou je jistá zaujatost nebo zvýšená subjektivita pramenící z mojí profesní zkušenosti nebo předchozího profesního vztahu s informanty. Také výběr informantů není pouze silnou stránkou. Nenazývám mentální postižení slabou stránkou. Slabou stránkou nazývám velice širokou škálu komunikační rozlišnosti (např. schopnost odpovídat pouze na uzavřené otázky – ano/ne/nevím) jednotlivých informantů, kterou jsem se po celou dobu výzkumu snažila eliminovat a držet se osnovy rozhovoru, aby získaná data odpovídala stejné struktuře.

6.7 Etika výzkumu

Výzkum v sociální práci vyžaduje také řešení etických otázek. Například Mišovič (2019, s. 75-78) uvádí, že etika výzkumu se skládá z psaných i nepsaných pravidel. Účelem těchto pravidel je ochrana všech zúčastněných, samotného výzkumníka a také všech, kdo z výsledků výzkumu čerpá informace.

Část etiky týkající se ochrany veřejnosti a profesionálů čerpajících z výsledků výzkumu vyžaduje nejvyšší možnou objektivitu ve zpracování dat a také zavrhuje zamlčování některých dat (např. všech negativních informací) a zkreslování nebo manipulaci s daty. Vzhledem k povaze kvalitativního výzkumu je však třeba přiznat určitou míru subjektivity a sebereflexe, aby byl výzkum transparentní a nesliboval tak těžko dosažitelnou objektivitu. Mišovič (2019, s. 75-78) Vzhledem k tomu, že téma, které zkoumám je mi profesně velmi blízké a rozhovory budou velmi individuální s přihlédnutím ke komunikačním schopnostem každého z informantů, budu se spoléhat na určenou strukturu rozhovoru a sebereflexi při sběru dat a dále se pak budu soustředit na objektivitu zpracování a analýzy dat, která budu mít k dispozici v trojí podobě, a to audio/video záznamu, přepisu tohoto záznamu a ručně psaných poznámek.

Další část etiky se soustředí na zúčastněné, tedy v mém případě informanty, kteří musí být chráněni v průběhu celého procesu zkoumání od prvotního kontaktu přes proces sběru dat až po prezentaci výsledků. Informantům musí být zaručeno bezpečí, a to nejen fyzické, ale i psychické. Proto jsem všechny informanty kontaktovala prostřednictvím organizace, jíž služby využívají. První kontakt proběhl prostřednictvím uvedené organizace, která uživatelům svých služeb odeslala email, ve kterém jsem se představila, představila jsem svůj výzkumný záměr a přesně popsala, co by bylo jejich úkolem (sejít se se mnou a odpovědět na otázky). Jejich účast byla naprosto dobrovolná, závislá pouze na jejich rozhodnutí, zda se mi ozvou a také jsem vždy informovala o tom, že je možné kdykoliv své rozhodnutí o účasti změnit. Před rozhovorem jsem také s informanty podepsala informovaný souhlas, ve kterém jsem zaručila svoji mlčenlivost a naprostou anonymitu získaných dat. Informovaný souhlas podepisovali spíše opatrovníci, ale vždy jsem nabízela i samotným informantům možnost se podepsat i sami za sebe se srozumitelným vysvětlením jednotlivých bodů souhlasu. Samotným informantům jsem tuto možnost nabízela, protože jsem chtěla poskytnout naprosto autentickou zkušenost s rozhodováním o sobě od podpisu informovaného souhlasu po poskytnutí rozhovoru o samotě. Informantům jsem také dala možnost výběru místa, kde rozhovor proběhne. Někteří volili rozhovor u sebe doma, jiní kavárnu, a dokonce jeden z rozhovorů proběhl v parku. Z profesních, etických i osobních důvodů jsem neposkytovala možnost rozhovorů v mém domově.

V případě zachování psychické pohody a bezpečí mi výrazně pomohly profesní zkušenosti a fakt, že většina informantů mě znala. Také jsem si vytvořila dostatečný časový prostor pro případné představení nebo přestávky mezi otázkami.

Celkově jsem se řídila vlastnostmi dobrého sociálního pracovníka, a to empatií, kongruencí a bezpodmínečným přijetím.

7 Interpretace

Následující část se věnuje intepretaci získaných dat a je rozdělena na jednotlivé části dle dílčích výzkumných otázek.

7.1 Interpretace DVO1

Vnímání vlastní osoby považuji za klíčovou část rozhodování, kdy potřebuji zjistit, kdo se rozhoduje a tím pádem také konkrétní vymezení rozhodovávání *„o sobě“*. V následujícím textu se tedy pokusím zodpovědět otázku *Jak lidé s mentálním postižením vnímají svoji osobu?* Za dva klíčové indikátory považuji vnímání sebe sama a vnímání sebe očima druhých. Tomu se věnuji ve dvou z následujících kategorií.

Při analýze dat jsem identifikovala následující kategorie a podkategorie:

1. **Sebepřijetí**
   - Osobnostní rysy
   - Fyzické rysy
   - Sebevědomí
2. **Pomoc druhým**
3. **Vědomí svého postižení**

7.1.2 Sebepřijetí

Otázky, které mířily na samotnou osobnost informantů sklízely velmi pozitivní odezvu. Bylo naprosto zřejmé, že tyto otázky nejsou běžnou součástí života informantů a prostor pro vyjádření spokojenosti se sebou byl velmi radostným začátkem rozhovoru. Nejvýraznějším ukazatelem sebepřijetí a spokojenosti byla otázka *Změnil/a bys na sobě něco?* Na tuto otázku odpověděl například I3: *„NE!“* hlasitě, radostně naprosto sebejistě a bez přemýšlení. Nakonec k tomu ještě dodal: *„Mně to tak vyhovuje.“* Stejně jako I3 vyjádřili svoji spokojenost skoro všichni informanti. Pouze I7 uvedla, že by chtěla mít delší vlasy, protože delší vlasy ještě neměla, což nepovažuji za vyjádření nespokojenosti, ale spíše touhy po změně. Podobně příjemné bylo zjištění, že informanti mají více věcí na sobě rádi než neradi. Celkově jsem vnímala rozhovor o osobnosti informantů jako prostor pro rozhodnutí se o tom, co na sobě mají rádi a prostor pro vyjádření toho, že postižení nevnímají jako negativní fakt o sobě, ale jako součást toho, kým jsou. Samotné postižení vnímali informanti jako negativní až při přemýšlení o možnostech rozhodování, viz níže.

Osobnostní rysy, jak jsem uvedla výše, jsou důležitou součástí sebepřijetí. Pro informanty bylo velmi důležité jmenovat všechny ty osobnostní rysy, které z nich dělají dobrého člověka a kamaráda. Např.: I3: *„Že jsem dobrej, kamarádskej, že mám rád společnost, kde je nějaká sranda a tak.“*

Se snahou být dobrým kamarádem souvisí mnoho úvah a rozhodnutí o tom, jak takovým člověkem být. Pro informanty jsou takovými vlastnostmi být usměvavý, vtipný, hodný, schopný naslouchat a k těmto vlastnostem vědomě směřují. K tomu neoddílně patří také zmínka o tom, že odpovědí na otázku, co na sobě informanti rádi nemají, byly nejčastěji takové jejich osobnostní rysy, které jim brání být dobrými kamarády. Například I7 uvedla: *„občas se naštvu"* a I4 se vyjádřil podobně: *„Chtěl bych být prostě takový hodnější na lidi"*. V rámci této podkategorie hodnotím rozhodování informantů následovně: informanti vědomě směřují ke společnému cíli být dobrými kamarády, toto směřování sice vnímají jako vědomou volbu, ale rozhodování je převážně nevnímanou součástí tohoto směřování.

Fyzické rysy jsou uvedeny v kategorii sebepřijetí, protože dle informací získaných od informantů jde o jednu z oblastí, o které rozhodují nejvíce a rádi. Fyzické rysy jako oblast rozhodování jsou zařazeny v jedné z následujících DVO. Zde jsou zařazeny pouze jako součást sebepřijetí, kdy informanti často uváděli fyzické znaky jako nedílnou součást svojí osoby, kdy na otázku *Máš nějaké poznávací znamení?* uváděli takové znaky, o kterých mohou sami rozhodnout. Nejčastěji šlo o oblečení nebo tetování. I1 uvedla, že její poznávací znamení je: *„tričko s oblíbenou pohádkovou postavou´"* a I5 uvedla: *„Šaty, protože tancuju"*. O tetování se zmínili dva z informantů a při rozhovoru se tetováním pyšnili a sdíleli radost z toho, že si to rozhodli a vybrali sami. Typické fyzické rysy jsou tedy tou součástí sebepřijetí a osobnosti, která vytváří prostor pro rozhodování a toho jsou si informanti vědomi.

Sebevědomí je podkategorií, kterou jsem vytvořila na základě těch odpovědí informantů, které vypovídají o nějaké vlastnosti nebo schopnosti, která jim dodává sebevědomí, možnost samostatnosti a víru v sebe sama. Do této podkategorie jsem tedy zařadila například sny a přání, kdy I6 uvedla: *„Chtěla bych se stát slavnou zpěvačkou,"* a I8 naopak uvedl: *„Asi abych nebyl pořád tak nervózní, abych zvládl dělat víc věcí sám, když to umím."* Podobně se informanti rádi dělili o to, co umí. Od činností jako je uvařit si čaj, večeři, připravit si svačinu, k činnostem jako je tanec, zpěv, výtvarné činnosti a také schopnost se postarat o domácího mazlíčka. Někteří mi v průběhu rozhovoru ukazovali na mobilu fotky a videa. Důvěra v sebe je nedílnou součástí sebepřijetí, a přestože o tom, být sebevědomý, nelze rozhodnout, lze rozhodovat o tom, jaké dovednosti si člověk osvojí, aby své sebevědomí podpořil. V ideálním případě je prostor se rozhodnout pro takovou činnost nebo dovednost, která jedince baví a naplňuje.

7.1.3 Pomoc druhým

Už při samotném sběru dat jsem pochopila, že informanti směřují k pomoci druhým, a to i při samotném rozhodování, kdy je pro ně pomoc druhým vždy správnou volbou. Potřebu pomáhat si částečně spojuji v určitou potřebou naplnění a užitečnosti. Například I2 uvedla: *„No vlastně dělám ráda všechno, co má nějakej smysl. Třeba, že se*

prodává to, co vyrobím. Že nejsem zbytečná…. Že to pak prodáváme, tak z toho mám takovej dobrej pocit.“ Dále pak I5 sdílela: *„Aby viděli, že taky něco umím, že jsme si… sobě rovný.“*

K samotné pomoci druhým se pojí všechny následující odpovědi informantů:
I2: *„Mám na sobě ráda, že když můžu, tak pomůžu.“*
I3: *„… že jsem dobrej a že je poslouchám, že je vyslechnu a že jim pomůžu.“*
I5: *„Že se můžu potkat s ostatníma a trávit ten čas společně a pomáhat si.“*
I6: *„Mám ráda jakoby tu… tu ochotu pomoct… Protože mi to přijde důležitý… aby se člověk cítil dobře… a aby věděl druhý, že má někde pomoc a že se mi může svěřit.“*
Téma pomoci druhým je informantům velmi blízká a pomoc vnímají jako správnou volbu.

Informanti tedy vnímají pomoc druhým jako nedílnou součást své osobnosti a lze tak tuto jejich součást vnímat i jako prostor pro rozhodování. Nejlépe tento prostor pro rozhodování popisují slova I2: *„že když můžu, tak pomůžu.“*

7.1.4 Vědomí svého postižení

Jak jsem již uvedla výše, informanti nevnímají své postižení negativně, když se hovoří o jejich osobnosti. Často jsou se sebou spokojení a své postižení buď nezmiňovali při otázkách o osobnosti vůbec nebo jako pozitivní součást sebe. Negativní postoj ke svému postižení často vyjádřili informanti až při odpovědích na otázky o rozhodování. Nejvíce k tomuto tématu přispěla otázka, která zní velmi abstraktně, odhalila ale informace, které jsou velmi cenné. Tato otázka zněla *Kdybys mohl/a rozhodnout úplně o čemkoliv na světě, o čem bys rozhodl/a?* Odpovědi byly následující a na rozdíl od výše uvedeným pozitivům, působí naopak velmi nepříznivě:
I2: *„Jo, když jsem byla mladší, tak mi vadilo, že jsem jinačí, a to hodně bolelo. To bych změnila kdysi, kdybych mohla. Ale to bylo, když mi bylo třeba 15. Teď už ne.“* a *„Aby chápali, že jsem pomalejší a aby s tím počítali a nebyli na mě všichni hrr.“*
I3: *„Nemám rád, když, nemám rád, když mně někdo nepomáhá při práci, když potřebuju pomoct… protože se jim nelíbím.“*
I5: *„Aby se lidi koukali na nás úplně normálně. A aby všechno bylo takový hezčí, aby nás brali jako normální.“* a *„Taky bych rozhodla, abych myslela dřív, než mluvím, ale já si nemůžu pomoct.“*
Tato tvrzení jsou velmi negativně citově zabarvená, ale přestože jde o vědomí svého postižení, všechna tvrzení souvisí se společností. K výše uvedenému lze také uvést, že je zde vidět určitá míra pocitu méněcennosti a nespokojenosti pramenící ze života osoby s postižením ve společnosti.

Tuto kategorii jsem zařadila k DVO1 především proto, abych mohla porovnat to, že lidé s MP se nerozhodnou o tom, že by chtěli být jiní, ale nejraději by rozhodli, aby měli své místo ve společnosti.

7.1.5 Zodpovězení DVO1

DVO1 zní: *„Jak lidé s mentálním postižením vnímají svoji osobu"* Lidé s mentálním postižením vnímají velmi pozitivně svoji osobu ze stránky fyzické i osobnostní. Vědomě směřují k tomu, aby byli spokojení nejen oni samotní, ale také lidé okolo nich. V případě osobnostní stránky a směřování k tomu, být dobrými kamarády a lidmi, si nejsou vědomi takového rozhodování. V případě fyzických rysů své osoby jsou si lidé s MP vědomi svého rozhodování, když rozhodují o možnostech úprav svého fyzického vzhledu ke své spokojenosti. Nejčastěji jde o odívání nebo tetování, kdy oblečení je jednou z nejvýraznějších a nejčastějších možností rozhodování (viz také následující DVO). Lidé s MP se také cíleně rozhodují pro takové činnosti a dovednosti, které zvyšují jejich sebevědomí.

Vědomě jsou lidé s MP aktéry rozhodování v případě pomoci druhým, kdy rozhodnutí pomoct někomu je vždy správné. Chuť pomoci je nedílnou součástí osobnosti každého z informantů.

V případě vědomí svého postižení je znatelný rozdíl mezi přijetím sebe sama a životem ve společnosti, kdy se většina informantů ke svému postižení vyjádřila až při rozhovoru o jejich životě ve společnosti, možnostech a prostoru pro rozhodování. Vědomě by se v tomto případě člověk s MP rozhodoval v případě, kdy by měl možnost rozhodovat o tom, jak jej společnost vnímá a přijímá.

Doporučení pro praxi je i nadále klást důraz na zvyšování informovanosti společnosti o mentálním postižení a aktivně tak přispívat ke změně k lepšímu. Dále je důležité podporovat sebepřijetí a rozvíjet schopnost lidí s MP se o sobě rozhodovat ve všech oblastech života i za podstoupení přiměřeného rizika.

7.2 Interpretace DVO2

Cílem druhé dílčí výzkumné otázky bylo zjistit: *„Jak lidé s mentálním postižením vnímají rozhodování?"* Zodpovězení otázky by mělo poskytnout informaci o tom, jak lidé s MP rozhodování chápou a zda jej dokáží vysvětlit nebo je pro ně rozhodování spíše nevědomou součástí dne. O zodpovězení DVO2 se pokusím v následujícím textu.

Při analýze dat jsem identifikovala následující kategorie a podkategorie:

1. **Vlastní rozhodování**
   - Rozhodování podle sebe
   - Rozhodování pro ostatní
2. **Rozhodování ostatních**
3. **Pochopení procesu rozhodování**
4. **Vnější vlivy rozhodování**

7.2.2 Vlastní rozhodování

Téma rozhodování jsem při realizaci rozhovorů začínala jednoduchými čtyřmi otázkami, jejichž účelem bylo získání základní informace o tom, zda informant ví, co rozhodování je, zda dokáže uvést konkrétní příklad rozhodování a zda dokáže říct, podle čeho se rozhoduje on sám a podle čeho se rozhodují ostatní lidé. Na otázku, podle čeho se informant rozhoduje, jsem dostala jednu ze dvou odpovědí, jiná odpověď se neobjevila. Z těchto dvou možných odpovědí jsem vytvořila podkategorie uvedené výše.

Rozhodování podle sebe je podkategorie, která vznikla z těch odpovědí informantů, které vyjadřují určitou svobodu rozhodování. Zajímavým poznatkem je, že informanti většinou nedokázali odpovědět na otázku o vysvětlení rozhodování, ale dokázali odpovědět na otázku, podle čeho se rozhodují. Lze tedy předpokládat, že rozhodování je sice součástí jejich života, ale není natolik výrazně oddělena, aby byla vnímána jako samostatná. Rozhodování podle sebe obsahuje odpovědi, ve kterých informanti uvádějí určité „hodnoty", podle kterých se rozhodují. Často jde právě o hodnotu vlastní osoby a radosti. Např.: I7: *„No podle toho, co chcu."*
Přestože se informanti často rozhodují podle sebe, podle vlastních hodnot a preferencí, existuje i možnost rozhodování podle někoho jiného, jak uvádí následující podkapitola.

Rozhodování pro ostatní také není výjimkou. I informanti, kteří uvedli, že se rozhodují podle sebe, se později zmínili o tom, že se rozhodují i podle ostatních. Například I5, která výše uvádí, že se snaží rozhodovat podle sebe, následně uvedla: *„Já se rozhodnu podle toho, co by jako mělo být správný."* I2, I4 a I8 také uvedli, že je pro ně velkým ukazatelem při rozhodování rodič. Nálada rodiče, preference rodiče apod. Informanti také často uváděli určitý strach z vyčlenění ze skupiny, když se rozhodnou jinak, než se očekává. Strach z vyčlenění ze skupiny při rozhodování ale považuji za součást života člověka bez ohledu na postižení.

Informanti tedy vnímají rozhodování jako součást svého života a jsou si také vědomi toho, podle čeho se rozhodují oni sami. Následující kategorie se zabývá tím, jak informanti komentovali rozhodování ostatních.

7.2.3 Rozhodování ostatních

Při dotazování k tématu rozhodování ostatních byl znát pouze minimální rozdíl mezi rozhodováním samotných informantů a ostatních. Jediným rozdílem bylo odloučení ostatních dospělých od rodičů, a tedy rozhodování bez ohledu na rodiče, a naopak soužití s partnerem, pro kterého se podle dvou informantů ostatní lidé rozhodují:
I1: *„Podle manžela."* a I5: *„Podle svýho kluka."* Další rozdíl byl ve zmínce o možnostech, především finančních, které nebyly součástí předchozí kategorie: I4: *„Třeba podle toho, kolik mají peněz a kolik mají času."* a I3: *„Podle peněz."* Dále se odpovědi nelišily, šlo o otázku nálady, preferencí a toho, co člověk zná.

7.2.4 Pochopení procesu rozhodování

Tato kategorie je jedním z ukazatelů pochopení rozhodování v této DVO. Jak uvádím výše, většina informantů nedokázala odpovědět na otázku *„Co je rozhodování?“*, ale paradoxně všichni dokázali odpovědět na otázku, která přímo následovala, a to byla otázka o uvedení konkrétního jednoduchého příkladu rozhodnutí. Překvapilo mě, že všechny příklady se týkaly jídla. Tedy, že výběr jídla v restauraci nebo zákusku v kavárně byl prakticky univerzální příklad rozhodování pro 8 různých lidí. Každopádně jde o naprosto relevantní a správný příklad a lze tedy předpokládat, že všichni respondenti chápou, že rozhodování je o volbě mezi možnostmi. I6 například ve své odpovědi intuitivně používá slovo výběr ve spojení s rozhodováním: *„Tak když třeba jdu do cukrárny a mají spoustu… jakoby spoustu zákusků, kávy… tak mám na výběr… ale já bych si dala víc zmrzlinu. Že nechci zákusek, ale chci víc zmrzlinu, takže bych si vybrala zmrzlinu.“* Informanti tedy dokázali uvést jednoduchý příklad rozhodnutí a ve svých odpovědích jej intuitivně spojili se slovy výběr, vybrat, zvolit a volba.

7.2.5 Zodpovězení DVO2

Druhá dílčí výzkumná otázka zní: *„Jak lidé s mentálním postižením vnímají rozhodování?“* a jejím cílem bylo zjistit, jak lidé s MP rozhodování chápou a zda dokážou rozhodování vysvětlit nebo je pro ně spíše nevědomou součástí dne.

Přestože lidé s MP nejsou prvotně schopni rozhodování vysvětlit jako volbu mezi více možnostmi, jsou schopni rozhodování vysvětlit na jednoduchém příkladu a intuitivně ve svých odpovědích používají slovo výběr nebo volba v přímé spojitosti s rozhodováním. Rozhodování vnímají spíše ve chvílích, kdy je pro jejich rozhodnutí vytvořený prostor, v ostatních případech je rozhodování spíše zažitou a nevědomou součástí dne.

7.3 Interpretace DVO3

Třetí dílčí výzkumná otázka zní následovně: *„Kdo a jakým způsobem poskytuje lidem s mentálním postižením podporu při rozhodování?“* Třetí dílčí otázka cílí na získání informací o tom, zda jsou lidé s mentálním postižením dostatečně podporováni v rozhodování o sobě a také, zda je jim poskytováno dostatečné vzdělání v oblasti rizik a důsledků svých rozhodnutí. Na tuto otázku se pokusím v následujícím textu odpovědět.

Při analýze dat jsem identifikovala následující kategorie a podkategorie:

1. **Sociální služba jako nástroj podpory v rozhodování**
    - Osobní asistent
    - Sociálně aktivizační služba (dále SAS)
    - Pobytové sociální služby
    - Rozhodování o sociální službě
2. **Rodina**

- Rodina jako podpora v rozhodování
- Rodina jako bariéra rozhodování o sobě

3. **Přátelé**
4. **Škola**
5. **Vnější vlivy na rozhodování**

7.3.2 Sociální služba jako nástroj podpory v rozhodování

Sociálním službám jsem se v rozhovorech s informanty věnovala hned v několika otázkách. Nejdříve jsem využila některých otázek, abych zjistila, do jaké míry jsou informanti informovaní o sociálních službách a jak sociální služby vnímají. Převážně si informanti spojují sociální službu s asistentem (osobní asistence), pomocí lidem a s financemi – že se za sociální službu platí. Důvodem pro spojení sociální služby s osobním asistentem je to, že všichni informanti tuto službu aktivně využívají. Také si sociální službu představují přesně podle toho, k čemu asistenta oni sami využívají. Většinou si představí právě to, že jim asistent pomáhá se naučit nové dovednosti nebo trávit volný čas v doprovodu jiné osoby než člena rodiny. Otázka rozlišování asistenta osobní asistence, asistenta sociálně aktivizační služby a asistenta sociální rehabilitace je zde na místě, ale není předmětem této práce. Podstatnou informací je to, že informanti chápou sociální službu podle toho, kterou sami využívají. Tedy na otázku, co je podle nich sociální služba, byly odpovědi následující:
I1: *„Asistenti. Prostě asistenti.“*
I2: *„Asi možnost navazování nových vztahů. A taky, že se tam něco naučím.“*
I3: *„Třeba to, že pomáhají, někomu.“*
I5: *„Pomoc. Jako vím, že se to platí, takže toto si taky vybavím. A asi nejspíš toho asistenta.“*
I6: *„Pro mě to je možnost trávit čas podle sebe. Že se můžu potkat s ostatníma a trávit ten čas společně…“*
I7: *„No tam jsou ty asistenti a dělají se mnou to, co sama nedám.“*
I8: *„Asi stacík.“*
Lze tedy s jistotou předpokládat, že informanti ví, co sociální služba je a jaké místo zaujímá v jejich životě.

Asistent je osoba, která se prolínala výraznou částí každého realizovaného rozhovoru. Informanti sice ve svých odpovědích nerozlišovali asistenty jednotlivých služeb, já je ale v následujících podkategoriích rozdělím do jednotlivých informanty zmíněných služeb, abych zachovala povahu, náplň a cíl těchto služeb dle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Osobní asistent je informanty vnímaný jako ten, kdo je podporuje v trávení volného času, v péči o vlastní osobu a také slouží jako určitá spojka mezi informantem a společností v případě, kdy je to nutné. Osobní asistent poskytuje informantům v průběhu služby bezpečí, kdy je chrání před újmou fyzickou i psychickou. Asistent je také

vždy tou osobou, které informanti důvěřují v oblasti péče o svoji osobu, tedy pomoc s obléknutím, s jídlem, s péčí o své věci apod. Například I1 uvedla: *„zip a rukavice umí asistent líp“* Komunikace s veřejností je pro většinu informantů velkým „strašákem“, kdy se bojí reakcí okolí, zesměšnění nebo si prostě jen nevěří a asistent je přesně tím bezpečím, podporou, motivací a jistotou, kterou lidé s postižením potřebují pro rozvoj samostatnosti. Informanti se o osobním asistentovi vyjadřovali pouze pozitivně a mnohokrát se každý z informantů zmínil o tom, že asistent jim pomáhá a je pro ně „bezpečnou“ osobou, které věří. V oblasti rozhodování je osobní asistent tím, kdo pomáhá s rozhodováním formou objasňování možností a nácviku rozhodování v průběhu osobní asistence, kdy spolu s informantem plánují program nebo vybírají aktivity. Někteří z informantů se také zmínili o tom, že asistent může fungovat i jako určitý mediátor při rozhodování o skupinových aktivitách. Osobní asistent je tak pro informanty osobou, která je podporuje, motivuje a vede k samostatnosti, a to i v oblasti rozhodování o sobě.

Sociálně aktivizační službu (asistenty SAS) zmiňovali informanti ve spojení s nácvikem nových dovedností a vzdělávání se například v oblasti voleb. Velmi častým příkladem nové dovednosti je cestování z místa A na místo B, manipulace s penězi a základy komunikace s lidmi. Všechny tyto příklady lze považovat za rozvoj dalšího prostoru pro rozhodování, kdy například peníze otevírají nové možnosti. I2 si například pochvalovala možnosti osvojování nových dovedností: *„Chodím tam do programu. Vlastně tam počítáme peníze teď. A pak jsme se učili pohybovat po městě. I domácí úklid jsme se učili. Aji bezpečnost na internetu.“* Všechny tyto, i další dovednosti, považuji za otevíraní prostoru pro rozvoj samostatnosti a každá z těchto dovedností rozšiřuje možnosti rozhodování. Podobně jako osvojování si nových dovedností se někteří z informantů zmiňovali o volnočasových programech (sportovních, kreativních, cestovatelských), které vytváří prostor pro výše zmíněné rozhodování ve skupině. SAS tedy považuji za takovou sociální službu, která lidi s mentálním postižením vybavuje takovými dovednostmi a příležitostmi, které vedou k samostatnosti a vytvářejí více prostoru pro rozhodování.

Pobytové sociální služby byly klíčové pro méně než polovinu informantů, jsou ale klíčové pro každého, kdo tyto služby využívá. Konkrétně jde o týdenní stacionář, denní stacionář a chráněné bydlení. Pobyt v těchto službách se často podobá rodinnému prostředí a v oblasti rozhodování plní podobnou roli jako rodina. Informanti využívající tyto služby často jmenovali své klíčové pracovníky, pečovatele a vychovatele jako osoby, které by požádali o pomoc, kdyby si nevěděli rady například s rozhodováním. I8 právě na otázku, koho by poprosil o radu s rozhodnutím, odpověděl: *„lidi ve stacíku“* a I2 zase uvedla: *„(jméno) ve chráněnku, ona je taková starší ségra.“* V otázce rozhodování plní pracovníci těchto služeb pro některé informanty stejnou roli jako rodina pro další informanty.

Rozhodování o sociální službě je podkategorie, která vznikla na základě výpovědí informantů o skutečnosti využívání a plánování služby. Samotné využívání

sociálních služeb je totiž rozhodnutím samo o sobě. K tomu se dále pojí rozhodování o individuálním cíli, o průběhu služeb, o výběru konkrétních služeb a také vyjádření nespokojenosti s asistentem nebo klíčovým pracovníkem. Informanti často mluvili o tom, že ví, že mohou někomu z vedoucích sociálních pracovníků říct, když jim něco nevyhovuje, ale taková situace nastala pouze u jednoho z nich. Tento informant se dokonce radoval ze skutečnosti, že byl součástí týmu, který situaci řešil a mohl se tak účastnit na rozhodnutí o řešení nastalého konfliktu. Celkově se informanti vyjadřovali k tématu rozhodování o průběhu asistence a o výběru svého cíle. Částečná možnost výběru vhodného asistenta dle svých preferencí (a personálních možností organizace) je pro informanty také důležitá.

7.3.3 Rodina

Rodina je pro většinu informantů jednoznačně nejvýraznějším zdrojem podpory. Někteří informanti jsou si vědomi své závislosti na podpoře rodiny, přesto o tomto tématu hovořili jen pozitivně. Podporu rodiny popisovali informanti především v oblasti péče o své základní potřeby. Při zamyšlení informantů nad některými otázkami vyšlo najevo, že rodina má vliv na mnoho dalšího, včetně rozhodování, jak popisuji v následujících podkapitolách.

Rodina jako podpora v rozhodování je podkapitola, která vznikla především z odpovědí na jednu otázku, a to: *„Za kým bys šel/šla, kdyby sis nevěděl/a s rozhodnutím rady?“* Odpovědi totiž měly jednu věc společnou, a to okruh osob, které informanti jmenovali:
I1: *„Za tátou“*
I3: *„Za ségrou!“*
I5: *„Nejradši chodím za asistentama, asistentkama, ale to nejde pořád, takže asi nejspíš kamarádka nebo mamka.“*
I7: *„Za tetou nebo za mamkou.“*
Rodina je opravdu pro většinu informantů bezpečným prostorem a zdrojem podpory nejen v péči o sebe, ale také v rozhodování. Dle mého názoru se v tomto případě lidé s mentálním postižením neliší od lidí bez postižení. Mnoho lidí si chodí pro dobrou radu k některému ze členů rodiny a také jsou často zároveň těmi, kdo rady rozdává. Důvěra k blízkým je tedy společná všem lidem bez ohledu na postižení.

Rodina jako bariéra rozhodování o sobě je téma, které se objevilo v různých částech rozhovoru u různých informantů. Přestože rodina je pro informanty jednoznačně velkou podporou, může být v některých chvílích i omezující. Nechci, aby následující text způsobil negativní pohled na rodiny informantů, protože z profesní zkušenosti vím, že cílem rodin lidí s postižením je vždy bezpečí a ochrana. Ochranitelské chování může každému způsobit mnoho negativních pocitů, také bez ohledu na postižení. Informanti často jmenovali rodinu jako bariéru rozhodování především v případě výrazných modifikací těla (tetování, piercing, výrazná barva vlasů), půjček, nakupování

nebezpečných předmětů (dýka, nůž) apod. Zkrátka šlo o rozhodnutí, která by mohla ohrozit informanty samotné (fyzicky i psychicky) i ostatní (především blízké osoby).

7.3.4 Přátelé

Přátelé jsou pro informanty značně dobrými poradci v mnoha věcech. Především tedy v osobních záležitostech jako jsou vztahy a v záležitosti vzhledu (péče o nehty, móda a líčení). Někteří z informantů jmenovali své blízké přátele jako jedny z osob, které mohou žádat o pomoc s rozhodnutím. Například I4 jmenoval na rozdíl od ostatních informantů pouze své kamarády. I5, I6 a I8 jmenovali své kamarády společně se členy rodiny a asistenty. I5 dokonce vysvětluje, ve kterých situacích žádá o radu mamku, kdy asistentku a kdy své kamarádky: *„Když rozhoduju… to vlastně dělám s mamkou, když vybíráme, co budem dělat o víkendu. To totiž se plánuje dost dopředu. Mamka mi v tom pomáhá, říká mi, co můžu vybrat a co je takový už moc. Venku asistentka, ale jenom když mám asistenci. A v tancáku mám svý kamarádky, který mi pomáhaj, takže tam ty kamarádky.“* Někteří z informantů dokonce vyjádřili určitý respekt z přijímání rad od přátel, protože vnímají riziko špatných rozhodnutí. Pravděpodobně jde o hlavní důvod preference asistenta jako rádce před radou kamarádů. Asistent je totiž informanty vnímán často jako „kamarád“, se kterým mohou probírat témata, která není vhodné probírat s rodinou. Témata vztahů a intimity jsou nejvýraznějšími z nich. Informanti více věří v zodpovědnost, mlčenlivost a vyspělost asistentů. Přátelé jsou převážně jen příležitostnými rádci ve škole a na volnočasových aktivitách.

7.3.5 Škola

Přestože je škola v kapitole Interpretace DVO4 vykreslena jako minimální prostor pro rozhodování z důvodu pevně stanoveného režimu, zaměstnanci vzdělávacích institucí pro žáky se specifickými potřebami často dle informantů plní roli důvěryhodné osoby. Někteří informanti jmenovali učitele jako osobu, která by jim dokázala vždy dobře poradit ve všech záležitostech. Je třeba zdůraznit, že po hlubším dotazování jsem zjistila, že informanti nerozlišují učitele, asistenta pedagoga, asistenta žáka a vychovatele. Otázky, kterými jsem chtěla docílit rozdělení těchto rolí pro přesnější informaci, byly pro informanty velmi matoucí, a nakonec jsem se smířila se slovem učitel, které obsahuje osoby ve všech rolích jmenovaných výše. Škola je tedy pro studující informanty bezpečným místem, kde mají jistotu dobrých vztahů s učiteli, kteří jim dokáží poskytnout kvalitní radu.

7.3.6 Vnější vlivy na rozhodování

Ve vztahu k podpoře v rozhodování vznikla také kategorie vnějších vlivů na rozhodování informantů. Okolní vlivy jsou zřejmě ukazateli toho, jakou míru podpory informant potřebuje. Především jde o takové rozhodování, které nelze provádět pouze na

základě svých preferencí, ale také s ohledem na další vlivy. Informanti jmenovali počasí, finance, časové možnosti, povinnosti a zdraví. **Počasí** je pro informanty velkým ukazatelem v rozhodování především v situacích, kdy jistota plánovaného programu zmizí v důsledku nepříznivého počasí. V takové situaci potřebují informanti nejen zmírnění stresu a motivaci, ale také jistotu podpory v rozhodování o nových možnostech. V otázce **financí a časových možností** potřebují zase informanti určité vedení v reálných možnostech a často i vysvětlení, proč něco možné je a něco jiného naopak možné není. O **povinnostech** se zmínil pouze jeden z informantů v případě přestávek v práci, kdy vždy potřebuje od asistenta sociální rehabilitace podporu v rozhodnutí o přestávce tak, aby nebyla moc dlouhá a aby počet přestávek nepřekročil limit. Nakonec se jeden z informantů zmínil o **zdravém** stravování, kdy výživové hodnoty potravin a rady odborníků výrazně ovlivňují jeho rozhodnutí o vegetariánské stravě. Jmenované vnější vlivy jsou velmi pravděpodobně pouze malou částí, které se podařilo odhalit v rámci rozhovoru. Jisté je, že vnější vlivy mají mimo jiné vliv také na to, jakou míru podpory informanti v rozhodování potřebují.

7.3.7 Zodpovězení DVO3

Třetí dílčí výzkumná otázka zní následovně: *„Kdo a jakým způsobem poskytuje lidem s mentálním postižením podporu při rozhodování?“* a jejím cílem je získání informací o tom, zda jsou lidé s mentálním postižením dostatečně podporováni v rozhodování o sobě a také, zda je jim poskytováno dostatečné vzdělání v oblasti rizik a důsledků svých rozhodnutí.

Odpověď na tuto dílčí výzkumnou otázku je velmi jednoznačná a lze ji poskládat z výše uvedených kategorií. Podporu při rozhodování poskytují lidem s mentálním postižením sociální služby, rodina, přátelé a zaměstnanci vzdělávacích institucí.

Sociální služby poskytují podporu při rozhodování způsobem přímo závislým na povaze poskytované služby. Osobní asistence osoby s MP podporuje způsobem odborného vedení a profesionálního vztahu založeného na individuálním přístupu, důvěře, empatii a kongruenci. **Osobní asistent** je pro osoby s MP blízkým člověkem, který umožňuje trávit volný čas samostatně a v tomto čase se věnovat svým zájmům. Osobní asistent poskytuje bezpečí (fyzické i psychické) a je tak osobou, která může poskytnout profesionální vedení v rozhodování a rozvoj samostatnosti v rozhodování. **Sociálně aktivizační služba** pomáhá rozvíjet samostatnost v rozhodování nácvikem nových dovedností a těmito dovednostmi tak rozšiřovat prostor pro rozhodování lidem s MP. **Pobytové sociální služby** naopak poskytují zázemí podobné rodině, kdy zaměstnanci těchto služeb mohou plnit roli nejen profesionální, ale také roli členů rodiny a poskytovat tak bezpečný prostor pro získání rady. Nakonec i samotné využívání sociální služby pomáhá rozvíjet samostatnost v rozhodování. Od počátečního rozhodnutí takovou službu využívat dochází také k rozhodování o svých cílech, náplni průběhu služby až k vyjádření spokojenosti či nespokojenosti se službou.

Rodina poskytuje lidem s mentálním postižením ochranitelskou podporu v rozhodování, kdy tato podpora je láskyplná a neliší se tak od rodin lidí bez postižení. Rodina je pro lidi s mentálním postižením nejvíce bezpečným místem, a proto také lidé s MP preferují podporu v rozhodování od členů rodiny. Alespoň tedy ve všech záležitostech, které nejsou příliš osobní nebo nevhodné.

Přátelé jsou pro osoby s postižením velmi důležitými partnery v rozhodování, mnozí jsou si ale vědomi, že rady přátel nemusí být vždy správné. Využívají proto rady přátel především v takových oblastech života, kdy špatné rozhodnutí nevede k újmě.

Škola je prostorem, kde se lidé s MP cítí bezpečně a mohou navazovat dobré vztahy se zaměstnanci školy. Takové vztahy často slouží jako bezpečný prostor pro získání odpovědí na své otázky i získání rady v oblasti rozhodování. Často jde o rozhodování v nejrůznějších oblastech života, které spolu nemusí nijak souviset.

Také je třeba se zmínit o vlivech na rozhodování, které určují míru potřebné podpory v rozhodování. Cílem takové podpory je především hledání nových možností a jejich pochopení. Cílem je také pomoc s pochopením, proč některá rozhodnutí nejsou možná s ohledem na možnosti finanční, časové apod.

Lidé s mentálním postižením nejsou nijakým způsobem doslova vzděláváni v oblasti rozhodování. Jsou ale dostatečně informování o tom, že některá rozhodnutí mohou vést k újmě fyzické či psychické a k újmě své či ostatních. Lidé s MP jsou si také jednoznačně vědomi svých možností v podpoře rozhodování a lze předpokládat, že mají osobu, která jim poskytne podporu v rozhodování tak, aby nedošlo k žádné újmě.

7.4 Interpretace DVO4

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka zní: *„Kdy vnímají lidé s mentálním postižením nejvíce prostoru se o sobě rozhodovat a co konkrétně si s rozhodováním spojují?“* Otázka se skládá ze dvou přímo souvisejících otázek. Jednak má za úkol odhalit, kde a v jakých situacích mají lidé s MP nejčastěji prostor se rozhodovat, na druhou stranu očekávám zjištění konkrétních představ o rozhodování – osoby, věci, pocity či místa, která si lidé s MP představí ve spojitosti s rozhodováním. V následujícím textu se pokusím tuto otázku zodpovědět.

Při analýze dat jsem identifikovala následující kategorie a podkategorie:

1. Prostor pro rozhodování
    - Rozhodnutí jako každodenní samozřejmost
    - Asistence
    - Volný čas
2. Minimální prostor pro rozhodování
    - Režim – školní a pracovní
    - Povinnosti
    - Rutina

3. Negativní pocity z rozhodování
    - Přenechání odpovědnosti
4. Konkrétní představy o rozhodování
    - Osoby
    - Místa
    - Věci
    - Pocity

7.4.2 Prostor pro rozhodování

Informanti se o prostoru k rozhodování zmiňovali v průběhu rozhovorů často, a to vědomě i nevědomě pouze v rámci diskuze. Získaná data jsou tak velmi bohatá na konkrétní situace, ve kterých informanti mají prostor k rozhodování. Dva z informantů dokonce jmenovali jako prostor k rozhodování doslova prostor, a to svůj pokoj, kde se rozhodují. I3 shrnul prostor pro rozhodování následovně: *„No v pokojíčku si to tak rád rozhoduju.“*
Další získané informace jsem rozdělila do následujících podkategorií.

Rozhodnutí jako každodenní samozřejmost jsou právě ty situace, které informanti často jmenovali bez hlubšího zamýšlení, v rámci odpovídání na jinak zaměřenou otázku, jako běžnou součást svého dne. Nejčastěji se informanti mohou rozhodovat o jídle nebo o oblečení. Všichni informanti se o těchto tématech zmínili v průběhu rozhovoru mnohokrát. Jídlo bylo také jednoznačnou odpovědí na otázku: *„O čem rozhoduješ nejradši?“* Následující výčet je zlomkem odpovědí informantů a potvrzuje, že oblečení a jídlo jsou často informanty spojována s možností se rozhodovat.
Osobně těmto odpovědím (jídlo a oblečení) rozumím tak, že lidé s MP nemají v průběhu dne tolik prostoru k rozhodování jako dospělí lidé bez postižení právě v důsledku svého postižení. Proto je jídlo a oblečení oblíbeným rozhodnutím, protože ze všech rozhodnutí v průběhu pracovního či studijního dne je hlavně jídlo spojené s příjemnými pocity a často takové rozhodnutí nemůže nikoho ohrozit. Kromě uvedeného jídla a oblečení se pracující informanti zmiňovali o tom, že rádi rozhodují, co si koupí za své peníze. Oblíbená jsou mezi informanty taková rozhodnutí, která jsou součástí dne, jsou nenáročná, nenesou žádná rizika a přinášejí pozitivní pocity. K těmto rozhodnutím mají také informanti velký prostor a jsou v nich svobodní.

Asistence je název, kterým informanti obsáhnout čas strávený v přítomnosti asistenta bez rozdílu sociální služby, kterou zastupují. Asistence je tedy čas strávený osobně (jeden asistent a jeden uživatel služby), který je pro informanty vnímán jako prostor pro rozhodování o sobě i o náplni asistence. Výše jsem uvedla osobní asistenty a asistenty jiných služeb jako ty, kdo lidi s MP podporuje v rozhodování. V tomto případě jde ale o asistenci jako o prostor pro rozhodování. Informantů jsem se v rozhovoru ptala, kdy o sobě mohou rozhodovat. Právě čas strávený s asistentem byl velmi častou odpovědí. I1 uvedl: *„Když su venku s asistentkou.“* a I8 dokonce uvedl, o čem se

v průběhu osobní asistence rozhoduje nejčastěji: *„Když jsem s asistentkou, tak si můžem rozhodnout, co budem chtít dělat. Já většinou vyberu, že budu malovat nebo se budu dívat na televizi nebo budu hrát pexeso.“*
Lze předpokládat, že prostor pro rozhodování na asistenci souvisí právě s výše uvedeným bezpečným a přátelským vztahem, který mezi asistentem a uživatelem služby často vzniká. Tento prostor je typický právě svojí neformální povahou a důvěrou v asistentovy schopnosti.

Volný čas je dle informantů doba, kdy nemají žádné povinnosti ani režim a mohou si tak svobodně zvolit, jak tento čas stráví. Informanti mluvili o volném času jak v rámci pracovního týdne, tak ve spojitosti s víkendy. Velmi pozitivně se vyjadřovali o tom, jak si mohou vybrat, co budou dělat po škole nebo kudy půjdou domů z práce. Někteří nejradši volný čas vyplní asistencí, aktivitami (sport, tanec…), hraním her a jiní se zase nejraději rozhodnou pro lenošení, kdy mohou „vypnout“. Jeden z informantů se dokonce chlubil tím, že si rád svůj volný čas plánuje měsíc dopředu, aby stihl všechno. Když jsem otázky zaměřila na víkend, informanti začali sdílet své zážitky z víkendových výletů, které plánují a podnikají s rodiči. Někteří na výlety jezdí za poznáním, jiní zase „aby na chvíli vypadli.“ Jeden z informantů rád objíždí adrenalinové pěší stezky a jiní o víkendu chodí na hokej/fotbal. Často se také zmiňovali o tom, že rádi rozhodují, kdo s nimi na výlet pojede a překvapivě nejraději na výlety jezdí s někým, kdo není primárním poskytovatelem péče. Tedy rozhodují o svém volném čase tak, aby jej strávili podle sebe a umožnili odpočinek sobě i druhým. Důležitá je ale především informace o tom, že volný čas je opravdu prostorem po rozhodování ve svůj prospěch a pro svoje potěšení.

7.4.3 Minimální prostor pro rozhodování

Pro informanty je většinou poměrně snadné rozlišit, kdy a kde příležitost k rozhodování mají a kdy naopak ne. Situacemi, kdy se informanti nemohou příliš rozhodovat, jsou pracovní/školní režim a jejich povinnosti. Pouze rutinu/zažité zvyky informanti nevnímají vůbec, přesto má v jejich odpovědích významné místo. Z mého pohledu jsou informanti smíření s tím, že jsou místa a situace, která se řídí určitými pravidly a požadavky a musí se tak i oni přizpůsobit. Nelze říci, že by si někdo z informantů na takové situace stěžoval, spíše si příležitostně posteskli, jaké by to bylo, kdyby nemuseli do školy/do práce apod.

Režim – školní a pracovní vnímají informanti jako prostor, který má určitý rozvrh a požadavky. Ví, že není možné ze školy kdykoliv odejít nebo si v práci udělat dlouhou přestávku. Také studující informanti zmiňovali minimální (až žádné) možnosti pro rozhodování o jídle, protože jejich školní jídelna nenabízí výběr. Stručně lze slovy informantů jejich čas strávený ve škole popsat následovně: učíme se, svačíme, učíme se, obědváme a jdeme ven. Prostoru pro rozhodování tedy moc není, stejně jako u pracujících informantů, kteří přijdou do práce, dostanou zadání, pracují, mají přestávku a

pak oběd. Upřímně ale musím říct, že většině informantů určitý režim vyhovuje, soudě podle toho, jak se o tomto tématu vyjadřovali.

Povinnosti naopak vzbuzují v informantech nepříjemné pocity (stejně jako ve všech ostatních). Povinnosti spojené s péčí o domácnost, domácí mazlíčky a prací do školy jsou pro informanty velkým omezením v rozhodování o volném čase. Často jsou povinnosti spojené s požadavky rodičů, což v informantech vyvolalo při rozhovoru naštvání a nechuť. Tuto reakci lze plně chápat:
I2: *„No tak v sobotu musím uklízet a vařit, protože mamka říká, že se to musím naučit, jestli chci bydlet sama…Občas pomáhám mámě s účetnictvím, takže kopíruju paragony a lepím a třídím. A vybírám poštu a musím vynýst koš."*
I5: *„Když třeba mám blbej den a nechci dělat nic, ale mamka po mně pořád něco chce, abych něco dělala. Taky musím vždycky se psem na procházku"*
I6: *„Třeba si chci hrát s kočkou, ale musím místo toho dělat úkoly."*
Přestože jsou povinnosti omezující, považuji je za součást života každého a v případě informantů tomu není jinak. Povinnosti jsou jedním ze způsobů podpory samostatnosti a rozvoje zodpovědnosti.

Rutinu a zažité zvyky lze pozorovat v odpovědích všech informantů. Často je rutina tím, „kdo" rozhodne za informanty. V rozhovorech je znát určitý zájem o změnu, která je však vždy překonána něčím známým a naučeným. Typickou rutinou v životech informantů je všední ráno, kdy není příliš o čem se rozhodovat. Vstát, vyčistit zuby, nasnídat se, obléct se, sbalit batoh a jít do školy/do práce. Přestože by někdo z informantů chtěl zkusit jít ze školy jinou cestou, vždy se raději rozhodne pro tu, kterou zná. Když se naskytne možnost v rámci zažít něco nového, raději přesto zvolí to známé. I6 to svými slovy vystihla, když jsem se zeptala, podle čeho se rozhoduje: *„Podle toho, co znám."*

7.4.4 Negativní pocity z rozhodování

Rozhodování také může v informantech vyvolávat negativní pocity, které mohou vést k tomu, že odpovědnost za rozhodování raději přenechají někomu jinému. Negativními pocity v případě provedených rozhovorů jsou strach, stres a úzkost. Často jsou tyto pocity spojeny s konkrétními situacemi, kdy rozhodnutí je nepříjemné, náročné nebo prostě jen není pro informanty žádoucí se v danou chvíli o čemkoliv rozhodovat. I3 jmenoval velmi náročnou situaci, o které musel rozhodnout a v průběhu rozhovoru bylo třeba situaci vyřešit, aby neměla negativní dopad na psychickou pohodu informanta. I3: *„No zažil jsem to doma. Jednou jsem byl na pohřbu, a to jsem řekl, že nejdu. Babička zemřela při tom Covidu a rozloučení bylo v tom krematoriu, to jsem řekl, že ne."* Takové rozhodnutí by, předpokládám, vyvolalo nepříjemný pocit v každém. Další velmi nepříjemné rozhodnutí jmenovala I6: *„Jestli chci být u táty nebo u mámy."* Ostatní informanti se zmiňovali spíše o náročnosti rozhodnutí a svém citovém rozpoložení:
I3: *„No tak já jsem z toho takovej nervózní."* (z rozhodování)

I5: *„Když si musím vybrat. A kolikrát prostě tak najednou. Po mně někdo něco chce a spěchá na to a já si musím honem rychle něco vybrat.“*
I7: *„Já se prostě nechci rozhodovat, když je toho hodně.“*
Předpokládám, že všechny výše uvedené situace jsou ty situace, kdy informanti potřebují podporu osob uvedených v kapitole 7.3 Interpretace DVO3.

Přenechání odpovědnosti často přichází, když jsou informanti přehlceni negativními pocity. Například I1 a I4 přenechávají rozhodování rodičům (mamince) velmi často, protože mají strach, že se rozhodnou špatně a věří, že rodiče rozhodnou vždy správně. I2 a I8 se sice rádi rozhodují sami o sobě, ale v důsledku špatných zkušeností se v některých situacích raději obrátí na jinou zodpovědnou osobu (rodiče, osobní asistent, zaměstnanec stacionáře). I5 a I6 se zase velmi rádi rozhodují sami za sebe, ale v případě, že někdo jiný navrhne jiné rozhodnutí, souhlasí s ním, aby nebyli důvodem k hádce. Rozhodování je pro informanty občas opravdu náročné a může vyvolat mnoho nepříjemných pocitů. Věřím ale, že s dostatečnou podporou a rozvojem dovedností, včetně práce s emocemi a riziky, lze dosáhnout zmírnění strachu z rozhodování.

7.4.5 Konkrétní představy o rozhodování

Informantům jsem v průběhu rozhovoru položila jednu abstraktní otázku, a to: „Co si představíš jako první, když se řekne rozhodování?“ Původně šlo pouze o experiment, protože jsem si nebyla jistá, zda nebude otázka pro informanty příliš abstraktní. Překvapivě většina informantů jmenovala hned několik asociací spojených s rozhodováním. Někteří informanti se nejdříve potřebovali v otázce s mojí pomocí zorientovat, aby dokázali odpovědět. Odpovědi informantů jsem rozdělila na konkrétní osoby, místa, věci a pocity.

Osoby: *máma, táta, sestra, teta, asistent/ka*. Informanti si vybavili ve spojitosti s rozhodováním osoby, které jsou dle dat také těmi, kdo lidem s MP poskytují nejvýraznější podporu v rozhodování.

Místa: *pokojíček, park, tancák, asistence*. Informanti si ve spojitosti s rozhodováním vybavili místa, která pro ně představují bezpečné místo. Místo, kde mohou být sami sebou a mohou se rozhodovat podle sebe.

Věci: *jídlo, oblečení, nákup, peníze*. Informanti si ve spojitosti s rozhodováním vybavili pravděpodobně ty věci, o kterých mohou rozhodovat a o kterých rozhodují rádi.

Pocity: *stres, nervozita, radost, že můžu, že musím*. Informanti jmenovali ve spojitosti s rozhodováním pocity pozitivní i negativní. Je možné, že některé pocity byly jmenovány na základě předchozí diskuze s informanty, některé mohly být opravdu přímou asociací vyvolanou mojí otázkou.

Otázka o konkrétních představách byla pouze experimentem vzhledem k tomu, že tomuto tématu se věnuje celá práce. Odpovědi informantů byly přesto zajímavé a přínosné.

7.4.6 Zodpovězení DVO4

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka zní: *„Kdy vnímají lidé s mentálním postižením nejvíce prostoru se o sobě rozhodovat a co konkrétně si s rozhodováním spojují?“* Cílem otázky bylo zjistit, kdy a kde vnímají lidé s MP nejvíce prostoru pro rozhodování a co si s rozhodováním spojují – představují.

Lidé s mentálním postižením vnímají, že nejvíce prostoru pro rozhodování mají při rozhodování o běžných denních záležitostech, o náplni a průběhu asistence a při rozhodování o svém volném čase. Lze uvést, že o uvedených záležitostech rozhodují respondenti rádi. Jde o rozhodování, které vede k pozitivním emocím, novým zážitkům a dovednostem.

Lidé s mentálním postižením jsou si také vědomi toho, že existují situace a místa, kdy je prostor pro rozhodování minimální. Otázka školního či pracovního režimu je pro osoby s MP přirozenou součástí života a respektují to, že někdy jsou režim a pravidla žádoucí. Naopak povinnosti jsou žádoucí z pohledu rodičů a sociální práce, ale velmi nežádoucí z pohledu lidí s MP, pro které jsou povinnosti obtěžující. To lze ale předpokládat u každého bez ohledu na postižení. Rozhodování, nebo alespoň jeho záběr, mohou omezovat zažité zvyky a rutina, která o některých věcech rozhodne za osoby s postižením na základě toho, co je naučené a známé, tím pádem také bezpečné.

Rozhodování může také vést k množství různých negativních pocitů, které mohou ve velké míře vést k tomu, že člověk s MP přenechá odpovědnost za rozhodování někomu jinému. Tyto pocity často vyvolávají náročná rozhodnutí, náhlá rozhodnutí, špatné předchozí zkušenosti nebo rozhodnutí, která jsou nežádoucí z pohledu lidí s MP, ale jsou nutná.

Experimentální abstraktní otázka, co si lidé s MP představí, když se řekne rozhodování, přinesla seznam následujících konkrétních slov (osob, míst, věcí a pocitů): *máma, táta, sestra, teta, asistent/ka, pokojíček, park, tancák, asistence, jídlo, oblečení, nákup, peníze, stres, nervozita, radost, že můžu, že musím.*

8 Závěr

Ústředním tématem této práce je rozhodování o sobě. Cílem práce bylo nalézt odpověď na otázku: *„Jak si lidé s mentálním postižením představují rozhodování o sobě?“* Lidé s mentálním postižením si rozhodování představují především jako krátkodobou záležitost (rozhodování „teď a tady“), která má cíl přinést uspokojení jim nebo druhým. Lidé s MP si rozhodování představují subjektivně a konkrétně v okruhu podporujících osob, v rámci oblíbených příležitostí k rozhodování nebo základě předchozí zkušenosti.

Téma rozhodování je nedílnou součástí života všech lidí. Mým záměrem bylo zjistit, zda má rozhodování o sobě stejnou roli a pochopení i v životech lidí s mentálním postižením. Analýza získaných dat odhalila následující odpovědi.

V otázce uvažování o vlastní osobě, a tedy i rozsahu rozhodování *„o sobě“* jsou informanti výrazně zaměřeni na přijetí vlastní osoby i na to, jak jejich osobu vnímá okolí. Zaměřují se na svůj vzhled-image, na své dovednosti a talent, na vlastní spokojenost a velký důraz kladou na pomoc ostatním. Podobně o lidech s mentálním postižením smýšlí Švarcová – Slabinová (2011, s. 28), která uvádí, že osoba s mentálním postižením je osoba s vlastními charakteristickými rysy, která pouze spadá do konkrétní skupiny na základě společných znaků a vlastností.

Lidé s MP své postižení vnímají spíše jako vedlejší fakt, který je možná omezuje ve společnosti, ale rozhodně nevypovídá o jejich osobnosti. To také uvádí Votoupal (2022, s. 30-33), když mentální postižení nazývá specifickým typem vztahu mezi jedincem a prostředím, ve kterém žije. S autorem rezonují mnohé odpovědi účastníků výzkumu, které vyjadřují to, jak lidé s mentálním postižením přijímají sami sebe, ale vnímají, že nejsou přijati společností. Lidé s mentálním postižením si velmi zakládají na tom, aby byli oblíbení, měli přátele a dokázali pomáhat druhým. Při rozhodování si často kladou otázku, která možnost prospěje nejvíce lidem. Kromě toho je pro informanty rozhodování prostředkem sebevyjádření, uspokojení a vyvolání pozitivních emocí.

Rozhodování je pro informanty těžko definovatelným pojmem, protože jde spíše o nevědomý proces, který se prolíná do všech částí jejich dne. Lze ale uvést, že přestože rozhodování nedokáže nikdo z informantů definovat, všichni jej dokážou vysvětlit na jednoduchých příkladech. Dle výpovědí informantů jsou součástí jejich rozhodování často druhé osoby, které je v rozhodování výrazně podporují. Podporu získávají buď formou přímé rady a pomoci nebo motivací a srozumitelným vedením mezi možnostmi, nebo také rozvojem nových dovedností a schopností, které rozšiřují možnosti rozhodování.

V otázce prostoru pro rozhodování jsou odpovědi informantů vcelku jednoznačné. Nejvíce prostoru pro rozhodování mají lidé s mentálním postižením v případě plánování volného času. Jednak jde o volný čas trávený s rodinou a přáteli, kdy jde o rozhodování ve skupině a dle možností všech členů skupiny. Na druhou stranu jde o

volný čas strávený v přítomnosti osobního asistenta, kdy je tento čas přímo zaměřen na rozvoj samostatnosti ve všech oblastech, včetně rozhodování (o náplni asistence, o cíli asistence atd.) O osobní asistenci hovoří například Uzlová (2010, s. 23) a Matoušek (2011, s. 108), kteří se shodují v popisu osobní asistence jako služby, která poskytuje lidem s postižením podporu v činnostech, které by člověk s postižením vykonával sám, kdyby jej neomezovala skutečnost postižení. Autoři mimo jiné popisují, že vztah uživatele služby s osobním asistentem je unikátní v důsledku individuality každého z uživatelů. Také tento profesní vztah popisují jako prostor pro rozvoj dovedností a znalostí s možností využití kreativity asistenta.

Získané informace vedou k následujícímu závěru. Lidé s mentálním postižením si rozhodování představují jako krátkodobý proces. Jde především o rozhodování „teď a tady". Nejčastěji jde o rozhodování o aktuálních potřebách (jídlo, oblečení) nebo o způsobu trávení volného času nejdále v horizontu jednoho týdne (program na odpoledne/víkend). Dlouhodobé rozhodování probíhá v životě lidí s mentálním postižením pouze formou nastaveného režimu nebo rozvrhu, kdy je čas rozdělený do pravidelných činností (zájmové aktivity, práce, škola). Lidé s MP si také rozhodování představují jako činnost s automatickou potřebou podpory, kdy často v průběhu rozhovorů odkazovali na své blízké nebo osobní asistenty jako ty, kdo je v rozhodování podporují.

Představy lidí s MP také vycházejí z předchozích zkušeností. Konkrétní představy vycházejí jak z předchozích rozhodnutí, tak z každodenních činností a způsobů podpory. Rozhodování si informanti často spojili s negativními emocemi jako je strach a stres, které vycházejí ze zkušeností s náročnými rozhodnutími. Náročná rozhodnutí jsou dle informantů:

- Rozhodnutí, která vyvolají negativní emoce v druhých (vztek, zklamání…)
- Rozhodnutí, která jsou nečekaná a nutná okamžitě
- Rozhodnutí o náročných tématech (střídavá péče, odmítnutí účasti na pohřbu)
- Rozhodnutí, která nabízejí příliš mnoho možností
- Nesrozumitelné možnosti bez vysvětlení (komunikace na úřadě, v obchodě)

Tyto zkušenosti často působí negativní představy o rozhodování, kdy následně může docházet k tomu, že osoba s MP rozhodnutí přenechá jiné osobě.

Podobně jako s pocity, si lidé s MP často spojí rozhodování s osobou. Nejčastěji si představí nejbližší členy rodiny nebo osobního asistenta. Předpokládám, že tato představa je způsobena tím, jak intenzivní vztah lidé s MP se jmenovanými osobami navazují. Jde o prostor, který je bezpečný a založený na důvěře ve schopnosti a zodpovědnost druhého. V tomto případě si tedy lidé s MP představí rozhodování jako činnost, kterou vykonávají s někým, komu důvěřují.

Častěji než negativní pocity či osoby si lidé s MP postižením představí rozhodování podle toho, o čem rozhodují nejraději. Jde o velmi subjektivní představy založené na vlastních hodnotách a zájmech. Hodnotou společnou všem z mých informantů byla pomoc druhým a snaha být dobrým a oblíbeným člověkem. Jak jsem uvedla výše, velmi

často si informanti představovali jídlo nebo oblečení. Tuto představu si vysvětluji tím, že jde o dvě základní příležitosti k rozhodování, taková rozhodnutí nejsou náročná, nenesou velká rizika a převážně vedou k pozitivním emocím. Ostatní představy o rozhodování jsou opravdu velmi subjektivní a mají široký záběr do zájmů a hodnot každé osoby s MP.

Podobně jako představy rozhodování spojené se zájmy a hodnotami, jsem při analýze dat odhalila také představy informantů založené na tom, kdy a kde mají k rozhodování prostor. I tyto představy jsou velmi subjektivní, ale dostatečně konkrétní. Někdo si může představit svůj pokoj, kde si může rozhodovat, někdo školu, někdo jiný zase práci, kde si rozhoduje o přestávce.

Nad tématem představ o rozhodování o sobě lidí s mentálním postižením jsem zpočátku smýšlela až ve sféře reformního paradigmatu sociální práce (viz kapitola 3.2.), kdy jsem se zaměřila na práva osob s postižením, na svéprávnost a potřebu úprav zákona ve prospěch osob s postižením. Po provedení výzkumu ale musím přiznat, že téma nyní vnímám spíše jako záležitost sociální práce s jedincem a jeho rodinou či komunitou. Vidím, že lidé s mentálním postižením nevnímají své možnosti k rozhodování jako omezené. Často ani nevnímají své postižení jako omezující, ale spíše jako jednu z mnoha svých vlastností. Protože jde o kvalitativní výzkum, nelze předpokládat, že výsledky zkoumání budou platné pro všechny osoby s postižením. Zkoumaný vzorek této práce má společné například využívání stejných nebo podobných sociálních služeb a věk mladých dospělých. Výsledky se proto mohou výrazně lišit u lidí jiného věku nebo lidí, kteří nevyužívají žádné sociální služby a jsou plně samostatní. Níže uvádím svá doporučení pro praxi a další zkoumání.

8.1 Doporučení pro praxi

Vzhledem k tomu, jak důležitá je pro osoby s mentálním postižením podpora v rozhodování, doporučuji zvyšovat povědomí o tom, jakou moc podporující osoba má. V oblasti sociální práce mířím především na sociální pracovníky v roli klíčového pracovníka a pracovníky v sociálních službách poskytující přímou péči. Z vlastních profesních zkušeností kladu důraz na vzdělání v oblasti sebereflexe, nastavování profesních hranic a otázku objektivity a subjektivity při poskytování služby. Také znovu odkazuji na Princip držitele problému viz. kapitola 4.4.

Vzhledem k pozitivnímu přístupu informantů k rozhodování a znatelnému nezájmu o výrazné změny, nelze nabídnout žádná doporučení ke změnám v zákoně.

Doporučení pro praxi plynoucí z DVO1 a DVO3:

DVO1: Doporučení pro praxi sociální práce je zvýšit informovanost uživatelů služeb o rozhodování a jeho možnostech a také o jeho důsledcích. Doporučuji také zvyšovat samostatnost lidí s MP v rozhodování formou individuálních nácviků i skupinových

aktivit, kdy je možné procvičovat rozhodování v kolektivu, kompromis a respekt k rozhodnutí druhých.
DVO3: Doporučení pro praxi je v tuto chvíli pouze pokračovat v poskytování kvalitních služeb a neustále je zlepšovat. I nadále vytvářet prostor pro rozvoj samostatnosti lidí s MP v rozhodování a respektovat jejich volbu. Jak uvádí O'Brian (dle Šiška, 2005, s. 58): *„Nikdo není svobodný, pokud nemá příležitost k rozhodování. Nikdo není svobodný, pokud nikoho nezajímá, jak se rozhodne.“* Dále podporovat přirozenou funkci rodiny a klást důraz na vědomí moci, kterou poskytování rady přináší všem výše jmenovaným.

8.2 Doporučení pro výzkum

V průběhu získávání a analýzy dat se otevřel prostor pro zkoumání mnoha oblastí života lidí s mentálním postižení.

Nejvýrazněji mě zaujalo téma vnímání vlastní osoby a osobnosti. Otázky rozhovoru, které se zaměřovaly na osobnost informantů, vyvolaly u každého z nich vlnu pozitivních emocí. Osobně vidím prostor pro témata sebepřijetí a životních cílů lidí s MP, protože často sní o velkých věcech, ale nemusí mít vždy prostor své cíle komunikovat a nedostanou tak dostatečnou podporu při jejich dosahování.

Také mě zaujala příležitost blíže zkoumat vztah uživatele služby s osobním asistentem. V době, kdy je osobní asistent jednou z nejvýraznějších doprovázejících osob na cestě k samostatnosti by mě zajímalo téma hranic, emočního propojení i prevence syndromu vyhoření.

Použité zdroje

1. BARISO, Justin. *EQ, emoční inteligence v každodenním životě: aby emoce neškodily, ale pomáhaly*. 1. vyd. Praha: Metafora, 2019. ISBN: 978-80-7625-052-9.
2. BARTÁK, Jan a DEMJANENKO, Milan. *Sociální andragogika: Andragogika v procesu socializace člověka*. 1.vyd. Praha: Grada, 2021. ISBN: 978-80-247-3997-7.
3. BAŠTECKÁ, Bohumila (ed.) a kolektiv autorů. *Rozhodujeme se s podporou*. Praha: Karolinum, 2022. ISBN: 978-80-246-4992-4.
4. BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN: 978-80-262-0693-4.
5. BENDOVÁ, Petra a ZIKL, Pavel. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3854-3.
6. BERNOLDOVÁ, Jana, STRNADOVÁ, Iva a ADAMČÍKOVÁ, Zdeňka. *Ženy s mentálním postižením v roli matek*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN: 978-80-246-4329-8.
7. BEVILACQUOVÁ, Dana. *Testy inteligence WISC-IIIcz a PDW ve vztahu ke školní úspěšnosti žáků školního věku, s poruchami učení*. [online]. Brno, 2006. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Psychologický ústav. Vedoucí práce: Tatjana Bláhová. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/56073/ff_m/Diplomova_prace.pdf
8. BOWEN, Philip W. *Emotional intelligence: Does it really matter? A guide to coping with stressful experiences*. Malaga: Vernon Press, 2019. ISBN: 978-1-62273-812-0.
9. BRNULA, Peter. *Sociální práce v éře společnosti pozdní doby aneb co dělat v současné sociální práci na základě její geneze*. In: Proměny a příležitosti sociální práce v ČR: Sborník z konference pořádané ke světovému dni sociální práce. Praha: MPSV, 2017. s. 28-63.
10. BROŽOVÁ, Helena. *Rozhodovací modely*. Praha: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, 2005. ISBN: 80-213-1390-0.
11. CHAPAUX-MORELLI, Pascale. *Je to manipulace? Rozpoznejte ji a ubraňte se!* 1. vyd. Praha: Portál, 2022. ISBN: 978-80-262-1930-9.
12. ČEPIČKOVÁ, Eva. *Rozhodování klientů s mentálním postižením o zakázce osobní asistence*. Olomouc, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Cyrilometodějská teologická fakulta, Katedra křesťanské sociální práce. Dostupné z: https://library.upol.cz/arl-upol/cs/csg/?repo=upolrepo&key=90068452860
13. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN: 978-80-246-0139-7.

14. DLABAL, Martin. *Komunikace v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2021. ISBN: 978-80-262-1806-7.
15. DREW, Clifford J. a HARDMAN, Michael L. *Mental Retardation: A Lifespan Approach to People with Intellectual Disabilities*. 8. vyd. Ohio: Pearson Merrill Prentice Hall, 2004. ISBN: 0-13-111216-3.
16. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* 4. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN: 978-80-262-0982-9.
17. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-485-4.
18. HUGHES, Mark a WEARING, Michael. *Organisation & Management in Social Work.* 3. vyd. London: Sage, 2017. ISBN: 978-1-4739-3451-1.
19. IFSW. *Globální definice sociální práce*. [online]. cit: 21.1.2023. Dostupné z: https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/
20. JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3679-2.
21. KODÝM, Miroslav. *Metody rozvoje sociálních dovedností*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, Praha, 2014. ISBN: 978-80-9452-046-4.
22. KOŤA, Jaroslav, TRPIŠOVSKÁ, Dobromila a VACÍNOVÁ, Marie. *Sociální psychologie: vybrané kapitoly*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, Praha, 2013. ISBN: 978-80-7452-029-7.
23. KOUKOLÍK, František. *Rozhodování: eseje*. Praha: Karolinum, 2020. ISBN: 978-80-246-4743-2.
24. Listina základních práv a svobod. [online]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rnm/dokumenty/vladni-dokumenty/lzps_1.pdf.
25. MACH, Petr a JANEČKOVÁ, Eva. *Zákon o sociálních službách: Komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2019. ISBN: 978-80-7552-246-7.
26. MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I: Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. 1. vyd. Praha: Grada, 2019. ISBN: 978-80-271-2220-2.
27. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-368-0.
28. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-262-0041-3.
29. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0213-4.
30. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Strategie a postupy v sociální práci*. 1. vyd. Praha: Portál, 2022. ISBN: 978-80-262-1952-1.

31. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0211-0.

32. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: MPSV, 2013. ISBN: 978-80-7421-057-0.

33. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Transformace sociálních služeb*. 2020. [online]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/transformace-socialnich-sluzeb.

34. MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor.* 1. vyd. Praha: SLON, 2019. ISBN: 978-80-7419-285-2.

35. MPSV. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*. [online]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim

36. NAVRÁTIL, Pavel a MUSIL, Libor. *Sociální práce s příslušníky menšinových skupin.* In: Sociální studia 5, sborník prací Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity. Brno: Masarykova univerzita, 2000, s. 127-163.

37. NOVOSAD, Libor. *Poradenství: pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním.* 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-509-7.

38. NOVOTNÁ, Hedvika, ŠPAČEK, Ondřej, ŠŤOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ, Magdaléna (eds.) *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 2019. ISBN: 978-80-7571-025-3.

39. ONDRUŠOVÁ, Zlata, OLÁH, Michal a VAVREČKOVÁ, Viera. *Rozvojové trendy sociálnej práce*. 1. vyd. Vysoká škola sociálně správní, 2017. ISBN: 978-80-87291-22-1.

40. OSN. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. 2006. [online]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf/1e95a34b-cbdf-0829-3da2-148865b8a4a8

41. PLECEROVÁ, Veronika a PUŽEJOVÁ, Yvetta. *Psychologie*. Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická České Budějovice, 2016. ISBN: 978-80-88058-88-5.

42. PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-582-0.

43. SCHAUTOVÁ, Nina. *Rozhodování a intuice*. 1. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN: 978-80-262-1090-0.

44. SHAPIRO, Lawrence E. *Emoční inteligence dítěte a její rozvoj*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN: 80-7178-238-6.

45. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-691-9.

46. SOLOVSKÁ, Vendula a kol. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením.* 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0369-8.

47. SPMP. *Co teď a co potom? Průvodce pro pečující o člověka s mentálním postižením*. SPMP: Aladin, 2020. ISBN: 978-80-88178-08-8.

48. STRAUSS, Anselm a CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu – postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN: 80-85834-60-X.

49. SVOBODA, Mojmír. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2005. ISBN: 978-80-7367-706-0.

50. ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN: 80-246-0992-4.

51. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: Vzdělávání, Výchova, Sociální péče.* Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-7367-889-0.

52. THOMPSON, Neil. *Understanding social work: Praparing for practise*. 5. vyd. Londýn: Red Globe Press, 2020. ISBN: 978-1-352-00972-9.

53. URBAN, Dieter. *Emocionální inteligence: šance pro nekonvenční myšlení a alternativní rozhodování.* Zurich: Management Press, 1996. ISBN: 80-85943-79-4.

54. UZLOVÁ, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: Praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-764-0.

55. ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: SLON, 1999. ISBN 80-85850-69-9.

56. ÚSTAV PRO JAZYK ČESKÝ. Slovník spisovného jazyka českého. [online]. Dostupné z: https://ssjc.ujc.cas.cz

57. VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan a LEČBYCH Martin. *Mentální postižení.* 2. vyd. Praha: Grada, 2018. ISBN: 978-80-271-0378-2.

58. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0225-7.

59. VOTOUPAL, Miloš, VAN EWIJK, Hans a MUSIL Libor. *Podpora příležitostí lidí s mentálním handicapem.* Brno: Masarykova univerzita, 2022. ISBN: 978-80-280-0137-7.

60. VYBÍRAL, Zdeněk. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-2620-235-6.

61. WILDING, Christine. *Emoční inteligence: vliv na osobní a profesní úspěch*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-2754-7.

62. WINKLER, Jiří. *Teorie rozhodování a dynamika sociální politiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN: 978-80-210-4486-9.
63. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
64. ŽIŽLAVSKÝ, Martin. *Metodologie pro Sociální politiku a sociální práci*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN: 80-210-3110-7.

Příloha A Tabulka operacionalizace

HVO: Jak si lidé s mentálním postižením představují rozhodování o sobě?		
Dílčí výzkumné otázky	Indikátory	Otázky do rozhovoru
DVO1: Jak lidé s mentálním postižením vnímají svoji osobu?	• Konkrétní představy o vlastní osobě • Vnímání vlastní osoby očima druhých • Vnímání sebe jako člena společnosti • Sebepřijetí	• Kdyby ses měl/a někomu představit, co bys o sobě řekl/a? • Podle čeho tě lidi poznají? • Co máš na sobě rád/a? Proč? • Co na sobě rád/a nemáš? Proč? • Co na tobě mají ostatní lidé nejradši? • Změnil/a bys na sobě něco? Co?
DVO2: Jak lidé s mentálním postižením vnímají rozhodování?	• Představy o rozhodování • Aspekty rozhodování • Vnímání rozhodování jako součásti běžného života	• Co je podle tebe rozhodování? • Řekneš mi nějaký příklad rozhodování? • Podle čeho se lidé rozhodují? • A podle čeho se ty rozhoduješ?
DVO3: Kdo a jakým způsobem poskytuje lidem s mentálním postižením podporu při rozhodování?	• Podporující osoby v rozhodování • Podporující systémy v rozhodování • Podpora samostatnosti • Využívání sociálních služeb • Možnosti rozhodování při využívání sociální služby	• Za kým bys šel/šla, kdyby sis s rozhodnutím nevěděl/a rady? • Co je podle tebe sociální služba? • Využíváš nějakou sociální službu? Jakou? • V čem ti sociální služba (třeba asistent) může pomáhat?

		• Můžeš si vybrat, s kým budeš pracovat (ve škole/v práci/v sociální službě)? Podle čeho si vybíráš?
DVO4: Kdy vnímají lidé s mentálním postižením nejvíce prostoru se o sobě rozhodovat a co konkrétně si s rozhodováním spojují?	• Vnímání jednotlivých součástí dne • Volný čas • Vědomé trávení volného času • Možnosti podpory • Seberozvoj • Konkrétní představy o rozhodování • Možnosti rozhodování • Přístup k rozhodování • Prostor k rozhodování • Zájem o rozhodování	• Jak vypadá tvůj běžný všední den? • Co všechno během dne stihneš udělat? • Kterou část dne máš nejradši? Proč? • Co děláš nejradši, když máš volno? • Kdo ti pomáhá dělat to, co tě baví? • Co si představíš jako první, když se řekne rozhodování? • Kdy se o sobě nejčastěji rozhoduješ? • O čem můžeš rozhodovat? • O čem rozhoduješ nejradši? • O čem nerad/a rozhoduješ? • O čem bys chtěl/a rozhodovat, kdybys mohl/a?

Tabulka 2 - Tabulka operacionalizace

Příloha B Scénář rozhovoru

Zahájení rozhovoru

- Představení se
- Informace o anonymitě a možnosti kdykoliv odstoupit, neodpovědět nebo ukončit rozhovor
- Seznámení s průběhem rozhovoru
- Podpis informovaného souhlasu, včetně souhlasu s pořízením záznamu
- Upozornění na začátek nahrávání

Úvodní otázky

- Kolik je ti let?
- Chodíš do školy nebo do práce? (Co studuješ? / Co děláš za práci?)

Jádro rozhovoru

1. Kdyby ses měl/a někomu představit, co bys o sobě řekl/a?
2. Podle čeho tě lidi poznají? (Máš nějaké poznávací znamení?)
3. Co máš na sobě rád/a? Proč?
4. Co na sobě rád/a nemáš? Proč?
5. Co na tobě mají ostatní lidé nejradši?
6. Změnil/a bys na sobě něco? Co?
7. Co je podle tebe rozhodování?
8. Řekneš mi nějaký příklad rozhodnutí?
9. Podle čeho se lidé rozhodují?
10. A podle čeho se ty rozhoduješ?
11. Jak vypadá tvůj běžný všední den?
12. Co všechno během dne stihneš udělat?
13. Kterou část dne máš nejradši? Proč?
14. Co děláš nejradši, když máš volno?
15. Kdo ti pomáhá dělat to, co tě baví?
16. Co si představíš jako první, když se řekne *rozhodování*? (Věc, pocit, místo, osobu)
17. Kdy se o sobě nejčastěji rozhoduješ?
18. O čem můžeš rozhodovat?
19. O čem rozhoduješ nejradši?
20. O čem nerad/a rozhoduješ?
21. O čem bys chtěl/a rozhodovat, kdybys mohl/a?
22. Za kým bys šel/šla, kdyby sis s rozhodnutím nevěděl/a rady?
23. Co je podle tebe sociální služba?
24. Využíváš nějakou sociální službu? Jakou?
25. V čem ti sociální služba (třeba asistent) může pomáhat?
26. Můžeš si vybrat, s kým budeš pracovat (ve škole/v práci/v sociální službě)? Podle čeho si vybíráš?

Příloha C Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření – vzor

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření

Vážená paní/vážený pane,

Ráda bych Vás požádala o souhlas s účastí ve výzkumném šetření pro diplomovou práci s názvem *Představy lidí s mentálním postižením o rozhodování o sobě*. Cílem je provést rozhovor s lidmi s mentálním postižením o tématu rozhodování o sobě. Rozhovor bude probíhat osobně na místě a v čase určeném Vámi. Při rozhovoru bude pořízen audio/video záznam, který bude sloužit pouze k zaznamenání dat a jejich následné intepretaci.

V průběhu výzkumného procesu bude zachována anonymita, a to včetně prezentace výsledků zkoumání.

Tímto také zaručuji svoji mlčenlivost.

Prohlášení:

Podpisem souhlasím s účastí na výzkumném projektu studentky Evy Čepičkové v rámci výzkumu k diplomové práci s názvem *Představy lidí s mentálním postižením o rozhodování o sobě* na katedře sociální politiky a sociální práce na Masarykově univerzitě v Brně.

Rozhovor bude zpracovaný v souladu s výše uvedeným a v souladu s ochranou osobních údajů.

Datum:

Účastník/opatrovník:

Podpis:

Obrázek 1 - Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření

Rejstřík jmenný a věcný

B

Bariso, 22, 23
Bazalová, 28
Bowen, 24
Brožová, 46

D

deinstitucionalizace, 17, 31, 33, 43, 50
Disman, 63
Dlabal, 28
Drew a Hardman, 20

E

emoční inteligence, 22, 23, 30

F

faktory rozhodování, 17, 53, 55

G

Goleman, 23

H

Hendl, 63, 64

Ch

Chapaux-Morelli, 23, 24

I

inteligenční kvocient, 20, 22, 23, 30

K

Kantorová, Kalenda a Matoušek, 33
klasifikace mentálního postižení, 19, 24
komunikace neverbální, 26
komunikace verbální, 26
Kořínková, 45, 51
Koukolík, 45

L

lidé s mentálním postižením, 17, 19, 21, 24, 28, 31, 37, 40, 45, 52, 91

M

Mátel, 33, 35, 63
Matoušek, 21, 27, 28, 35, 39, 90
Mayer a Salovey, 23
mentální postižení, 19, 20, 21
Mišovič, 63, 64, 70
moc, 57

N

Navrátil, 35
Novosad, 42

P

paradigmata sociální práce, 35, 36
Plecerová, 59, 61
Pörtnerová, 19
Princip držitele problému, 57
představa, 17, 59
Pužejová, 59, 61

R

rozhodování, 17, 45, 46, 47, 50
rozhodování o sobě, 45
rozvoj samostatnosti, 22, 28, 36, 38, 39, 43, 51

S

samostatné rozhodování, 53
Shapiro, 24
Schautová, 45, 46
Slowík, 20
sociální fungování, 20, 35, 36
sociální práce, 17, 33, 34
sociální služby, 17, 24, 31, 37, 40, 45, 55, 91
specifika komunikace, 19, 26, 28, 30
srozumitelný jazyk, 41
Strauss a Corbin, 69
svéprávnost, 17, 41, 50, 51, 53, 58, 91
svobodné rozhodování, 47, 50

Š

Šiška, 25, 47, 56
Švarcová – Slabinová, 21, 89

T

Thompson, 33
transformace sociální péče, 31

U

Úlehla, 57
Úmluva OSN, 47, 48, 49, 51
ústavní péče, 31, 32
Uzlová, 28, 39, 90

V

Vágnerová, 20, 29
Valenta, Michalík a Lečbych, 19, 20, 21, 25, 28
Votoupal, 22, 89
Vybíral, 26

W

Winkler, 46

Ž

Žižlavský, 65, 67

Příloha D Stať

Představy osob s mentálním postižením o rozhodování o sobě

The Ideas of People with Intellectual Disabilities about Self-decision Making

Bc. Eva Čepičková, DiS.
Masarykova univerzita, FSS, Katedra sociální politiky a sociální práce

Souhrn

Rozhodování je nedílnou součástí života každého z nás. Výzkum se zabývá tím, jakou roli hraje rozhodování v životě lidí s mentálním postižením. Konkrétně se zabývá představami lidí s mentálním postižením o rozhodování o sobě. Rozhodování je proces, který často v životě lidí probíhá vědomě nejen v osobním životě, ale také jako součást života v komunitě nebo ve společnosti. Otázkou však je, zda v životě lidí s mentálním postižením probíhá vědomě a zda má stejně široký záběr.

Tato práce se zaměřuje na zkoumání toho, jak si lidé s mentálním postižením představují rozhodování o sobě. Cílem práce je získat základní povědomí o roli rozhodování v životech lidí s mentálním postižením a tyto informace využít ve prospěch těchto lidí. Získané informace slouží také k dalšímu zvyšování povědomí o zájmech a potřebách lidí s postižením.

Výzkum byl proveden v říjnu 2023 ve dvou krajských městech. Celkem se ho zúčastnilo 8 lidí s mentálním postižením, kteří využili příležitosti k vyjádření se k tématu, které se jich bezprostředně týká. Hlavní výzkumnou otázkou je: „*Jak si lidé s mentálním postižením představují rozhodování o sobě?*“ Data k zodpovězení výzkumné otázky byla zjišťována prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů zaměřených na oblast osobnosti, rozhodování a podpory v rozhodování.

Ukázalo se, že rozhodování v životě lidí s mentálním postižením má většinou krátkodobý charakter a jeho cílem je navození pozitivních emocí sobě nebo ostatním. Konkrétní představy o rozhodování jsou často založeny na podporujících osobách, oblíbených rozhodnutích a emocích prožívaných při rozhodování.

Klíčová slova: mentální postižení, rozhodování, sociální práce, představa, sociální služby, podpora samostatnosti, inteligenční kvocient, emoční kvocient, klasifikace postižení

Keywords: intellectual disability, decision making, social work, ideas, social services, independence support, intelligence quotient, emotional quotient, disability classification

ÚVOD

Tento text se zabývá tématem představ lidí s mentálním postižením o rozhodování o sobě a je zpracován především v kontextu sociální práce. V naší společnosti se často mluví o rovných právech všech lidí bez rozdílu, včetně práva na svobodnou volbu, které je zakotveno jak v Listině základních práv a svobod, tak v Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením.

Otázkou je, zda si lidé jsou také rovni v tom, jak si rozhodování představují. Záměrem práce není porovnání příležitostí k rozhodování ani představ, ale zjištění, jaké představy mají lidé s mentálním postižením o rozhodování o sobě. **Cílem práce je odpovědět na otázku**: ***Jak si lidé s mentálním postižením představují rozhodování o sobě?***

První část textu se soustředí na vymezení klíčových pojmů, a to mentální postižení, rozhodování a představy. Zároveň se teoretická část věnuje specifikům lidí s mentálním postižením v oblastech významných pro kroky vedoucí k dosažení cíle této práce. Těmi jsou faktory rozhodování, svéprávnost a podpora lidí s mentálním postižením, se kterou se pojí také kapitola o deinstitucionalizačním transformačním konceptu, která se zabývá deinstitucionalizací a sociální prací jako tématem dostupné podpory pro osoby s mentálním postižením. Nakonec se věnuje krátkému vymezení představ v kontextu uvedené výzkumné otázky.

Následující část se soustředí na teoretické vymezení zvolených metodických postupů. Jmenuji zde také dílčí výzkumné otázky, jejichž cílem je pomoci k zodpovězení výše uvedené hlavní výzkumné otázky. V metodologické části práce také popisuji způsob, kterým jsem získala informanty a také zvolené způsoby získávání (polostrukturovaný rozhovor) a analýzy dat (doslovný přepis, otevřené kódování a kategorizace).

V poslední části se věnuji interpretaci získaných dat. Uvedená část obsahuje výsledky analýzy získaných dat s cílem zodpovězení jednotlivých dílčích výzkumných otázek a hlavní výzkumné otázky. Konečné výsledky analýzy dat jsou shrnuty v závěru.

Lidé s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením (dále MP) jsou v rámci tohoto výzkumu stavěni do role účastníků kvalitativního výzkumu/informantů, a proto se následující text soustředí na vymezení základních pojmů: definice mentálního postižení, inteligenční a emoční kvocient a aktuálně platné klasifikace mentálního postižení.

Definice mentálního postižení:

Slowík (2010, s. 45-47) uvádí, že popsat mentální postižení je obtížné. Důvodem je to, že projevy mentálního postižení jsou v každém případě naprosto individuální, různorodé a nelze je zobecnit. Autor také zdůrazňuje, že mentální postižení není zásahem pouze do intelektu člověka, ale tento zásah dále formuje i osobnost člověka s MP.

Mnoho autorů projevilo snahu o vytvoření jednotné a komplexní definice mentálního postižení. Drew a Hardman (2004, s. 17-19) uvádí faktory vedoucí k tomu, že

taková definice stále nebyla uznána a považují období hledání vhodné definice za fázi tranzice. Autoři uvádí, že nejjednoznačnější definicí je ta, která je založena na inteligenčním kvocientu. Přesto ale nelze tuto definici považovat za jednotnou a finální, protože jde o téma řešené v mnoha profesních oblastech a profesionálové z těchto oblastí projevují snahu o tvorbu definice vždy na základě svých profesních znalostí a potřeb. Tedy sociologové definují mentální postižení jako sociální výzvu. Psychologové se zaměřují na psychickou stránku postižení a lékaři se zaměřují na léčbu postižení jako nemoci. Autoři také upozorňují na to, že jejich cílem není znehodnocení multidisciplinární spolupráce, ale varování před nebezpečím stavění jednotlivých přístupů k postižení nad celostní vnímání člověka s mentálním postižením.

Jednou z definic, která se svojí povahou blíží snahám o celostní vnímání člověka s mentálním postižením je definice Vágnerové (2012, s. 289), která uvádí, že: *„Mentální postižení je postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit."* Autorka také klade důraz na to, že je podstatné člověka s mentálním postižením podporovat v dosahování svých cílů a v hledání funkčních způsobů komunikace a vzdělávání. Osobně tuto definici shledávám vyjádřením rezonujícím s konceptem sociálního fungování, který je považován za jeden z klíčových pojmů sociální práce. Navrátil a Musil (2000) označují pojmem sociální fungování komplex skutečností popisujících trvalou interakci člověka a prostředí, ve kterém žije. Požadavky prostředí jsou na člověka s mentálním postižením příliš vysoké nebo nesrozumitelné, a tak dochází k nerovnováze a vzniku problému. Je tedy zřetelné, že tato definice nepopisuje samotné postižení jako problém, ale jako skutečnost, která k problému vést může ve chvíli, kdy prostředí bude klást vysoké a nezvladatelné požadavky na člověka s postižením.

Švarcová – Slabinová (2011, s. 28) uvádí, že osoba s mentálním postižením je osoba s vlastními charakteristickými rysy, která ale spadá do konkrétní skupiny na základě společných znaků nebo vlastností. Na rozdíl od autorky se objevuje mnoho definic, které popisují především nedostatky a omezení lidí s MP např. Valenta, Michalík a Lečbych (2018, s. 83) uvádějí definici, která vymezuje mentální postižení jako: *„vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince."* Podobně „omezující" definici uvádí AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities), a to: *„Mentální retardace je postižení charakteristické viditelným omezením jak v oblasti intelektu, tak v oblasti adaptivního chování ve smyslu osvojení sociálních a praktických dovedností. Takové postižení vzniká před dovršením 18 let."*

Navzdory snahám mnoha autorů lze definici mentálního postižení opravdu usadit do fáze tranzice. Mně nejbližší je vnímání mentálního postižení tak, jak jej vnímá Votoupal (2022, s. 30-33): *„jako specifický typ vztahu mezi jedincem a prostředím, ve kterém žije."* Autor hovoří o mentálním postižení jako o sociální situaci, která nevychází pouze ze zdravotního vztahu jedince, ale také z jeho možností života ve společnosti.

Tématu intelektu, zmiňovaného v mnoha z uvedených i neuvedených definic se věnují následující kapitoly o IQ (inteligenční kvocient) a EQ (emoční kvocient).

Inteligenční kvocient (IQ)

Inteligence je pojem, který je známý téměř každému. Přesto ale neexistuje žádná definice, která by byla považována za jednotnou a všeobecně platnou. Pro účely této práce bude naprosto dostačující uvést jednu z mnoha definic. *„Inteligence je souhrnná nebo celková schopnost jednotlivce jednat účelně, myslet racionálně a účinně jednat se svým okolím."* (Svoboda in Wechsler, 2005). Tuto definici považuji za shodující se s teoretickým zaměřením práce, protože přesně popisuje, které oblasti života člověka mohou být ovlivněny sníženou inteligencí.

IQ je mimo jiné klíčem k určení míry mentálního postižení podle původní oficiální klasifikace MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) Mezinárodní zdravotnické organizace (WHO). Považuji za nutné upozornit na to, že inteligenční kvocient je tedy pouhým určením toho, do jaké míry je člověk schopen reagovat a funkčně jednat převážně v případech založených na racionalitě a logice. S tím souhlasí také Urban (1996, s. 23-24), který cituje z knihy D. Golemana: *„IQ přispívá k faktorům určujícím úspěch v životě pouhými dvaceti procenty, čímž se ponechává celých osmdesát procent dalším vlivům."*

Emoční kvocient (EQ)

Emoční kvocient neboli emoční inteligence byl ještě v posledním desetiletí minulého století neznámým pojmem. V roce 1995 vydal Daniel Goleman knihu s názvem *Emoční inteligence*, ve které popisuje teorii vytvořenou Johnem D. Mayerem a Peterem Saloveyem. Původní autoři Mayer a Salovey uvádí jasnou definici emoční inteligence: *„Emoční inteligence je schopnost zaznamenávat emoce a pocity své vlastní i druhých, rozlišovat je a tyto informace využívat při myšlení a konání."* Jinak řečeno je emoční inteligence schopnost využívat veškeré emoce ve svůj prospěch. (Bariso, 2019, s. 21-31)

Emoční inteligence/emoční kvocient lze pozorovat, ale nelze tuto inteligenci změřit. Wildingová (2010, s. 30-31) považuje za ukazatele emoční inteligence úroveň sociální interakce jedince a dodává, že emoční inteligence/sociální interakce jsou v potřebné míře cestou k seznamování, budování kariéry a kvalitních nejen partnerských vztahů.

V případě lidí s mentálním postižením je emoční inteligence považována za základ pro učení se sociálním a praktickým dovednostem. Jde také o pojem, který je lidmi s žitou zkušeností (lidé s mentálním postižením, jejich rodiny a poskytovatelé sociálních služeb) prezentován jako pojem, který by měl stát nad IQ, protože dává mnohem větší prostor pro vnímání možností namísto bariér.

Klasifikace mentálního postižení

V České republice jsou nově oficiálně implementovány tři stratifikační systémy pojící se k lidem s mentálním postižením. Každá z nich se věnuje specifické oblasti života. Jde

o referenční rámec MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví) soustředící se na funkční schopnosti, disabilitu a fyzické zdraví člověka, tedy jde o oblast zdravotnictví. Dále Systém KaSPC (Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb) zaměřující se především na oblast školství. Posledním je Referenční rámec SIS (Support Intensity Scale – Škála stanovení míry podpory), který popisuje, jaké míry podpory je třeba pro zvládnutí každodenních aktivit ve stanovených oblastech, jako jsou činnosti v domácnosti, činnosti v zaměstnání, činnosti sociální a další. Dříve byl aktivně využíván rámec MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí – mentální retardace), který je založen na rozdělení osob s mentálním postižením do skupin na základě číselného výsledku IQ. Tento systém je nově nahrazen systémem MKF, který poskytuje větší prostor pro zaměření na dovednosti člověka, ne bariéry způsobené postižením. (Valenta, Michalík a Lečbych, 2018, s. 9-39)

Osobně se plně neztotožňuji s žádnou z uvedených klasifikací a souhlasím s tvrzením Šišky (2005, s. 57), který uvádí, že zařazení osoby do některé z těchto kategorií by v žádném případě nemělo být konečným rozhodnutím a rezignací na osobní cíle člověka s postižením. Podobně se k tomuto tématu vyjadřuje Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice (SPMP ČR):

„V odborných knihách si můžete přečíst, že "mentální retardace" je vrozená či raně získaná porucha intelektu. Dále tam najdete výčet toho, jaká mají omezení a co všechno nezvládnou osoby s mentální retardací (termín retardace je čistě medicínský a my jej běžně nepoužíváme).

Pokud ale chcete vědět, kdo jsou a jací jsou lidé s mentálním postižením, nejlepší cesta je nějaké lidi osobně poznat.

Jsou totiž jedineční jako každý z nás. Mají různé povahy, různé schopnosti, dovednosti a zkušenosti, různé záliby, touhy a přání, a také různé potíže. Většinou potřebují určitou míru podpory a pomoci, aby zvládli věci, které jiní lidé zvládají sami. A někdy stačí troška trpělivosti a pochopení.“ (SPMP, [online], cit: 19.11.2023)

Mentální postižení sice nelze prozatím jednoznačně definovat, lze však jednoznačně uvést, že kladení důrazu na schopnosti, dovednosti a emoční inteligenci napomáhá rozvoji samostatnosti lidí s postižením více, než důraz na jejich bariéry a omezení.

Transformační deinstitucionalizační koncept

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) se aktivně a systematicky věnuje procesu transformace a deinstitucionalizace služeb sociální péče. Proces transformace oficiálně započal v roce 2007, kdy byl vládou České republiky přijat dokument nesoucí název *„Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“*, ve kterém jsou vyjádřeny hlavní priority procesu transformace.

Deinstitucionalizace

„Proces, ve kterém dochází k přechodu od ústavní (institucionální) péče o osoby se zdravotním postižením k péči poskytované v přirozeném prostředí. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování, klienti nejsou vystavováni institucionalizaci.“ (MPSV, 2013)

Rušení ústavních zařízení (=deinstitucionalizace) je možné mimo jiné také díky rozvoji sociální práce a sociálních služeb, které jsou v současné podobě schopné zajistit nepřetržitou péči v domácím prostředí osoby s MP. To znamená, že v oblasti ústavní péče v České republice došlo k viditelnému zlepšení a lze doufat, že díky multidisciplinární spolupráci, plánovanému financování a rozvoji sociální práce, sociálních služeb a jejich kvality, bude dosaženo stanoveného cíle.

Sociální práce jako podpora osob s mentálním postižením

Sociální práce, obor mnohými opomíjený, mnohými nepochopený, pro mnohé nedostatečně finančně ohodnocený, pro některé druhou šancí, ale pro mnohé je také životním posláním. Úsměvný popis sociální práce poskytuje Thompson (2020, s. 15): *„Sociální práce je to, co dělají sociální pracovníci.“*

Jde o profesi, kterou je těžké definovat především kvůli mnohostranného působení, které se očekává od její činnosti. Také jde o profesi, která má stejně bohatou minulost a fascinující historické zázemí jako jiné obory. Výstižnou definici sociální práce uvádí Mátel (2019, s. 86): *„„Sociální práce je aplikovaná vědní a akademická disciplína jakož i na hodnotách založená profesionální činnost sociálních pracovníků (a asistentů sociální práce), kteří svým cílevědomým působením pomáhají, provázejí, podporují a zmocňují jednotlivce a sociální systémy (rodiny, skupiny, komunity) nabýt optimální úrovně sociálního fungování a utvářejí příznivé společenské podmínky k dosažení tohoto cíle.“*

Jednou z mnoha oblastí činnosti sociální práce jsou sociální služby, které poskytují podporu lidem s mentálním postižením. Podporu na cestě k samostatnosti mohou lidem s MP poskytovat následující sociální služby dle Zákona č. 108/2006 sb. o sociálních službách:

Chráněné bydlení: Zákon o sociálních službách tuto službu definuje následovně *„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.“* V praxi jde o službu, kdy organizace zajišťuje skupinové nebo individuální bydlení s asistencí v běžné zástavbě a mohou ji využívat lidé s mentálním a kombinovaným postižením či sníženou soběstačností, kteří dosáhli věku 18 let (SPMP, 2020, s. 41).

Podpora samostatného bydlení: zajišťuje asistenci individuálně přizpůsobenou potřebám uživatele ve vlastním bydlení, a to v činnostech jako je pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Tato služba je terénní, probíhá v domácím prostředí uživatele a mohou ji také využívat lidé s MP po dosažení 18 let. Příkladem této služby může být pravidelná měsíční pomoc s úhradou nákladů na bydlení, nácvik vaření i plánování návštěvy (co je třeba připravit, když chci pozvat přátele).

Týdenní stacionáře: jsou specifické v tom, že je mohou využívat i děti a mohou tak budovat dovednosti potřebné pro budoucí osamostatnění. Týdenní stacionář je pobytová služba, ve které uživatelé tráví 5 dní v týdnu, zpravidla od pondělí do pátku. Tato služba poskytuje uživateli stravu, pomoc při osobní hygieně, při péči o vlastní osobu i výše uvedené činnosti výchovné, vzdělávací, společenské a další. Osobně jsem se setkala s mnoha týdenními stacionáři, kdy každý měl vlastní povahu a klientelu dětí nebo dospělých. Mimo jiné jsem měla možnost návštěvy týdenního stacionáře při střední praktické škole (pro žáky se specifickými potřebami), který byl určen pouze studentům uvedené školy a fungoval podobně jako internáty nebo studentské koleje kdy si spolubydlící pomáhali s úkoly a trávili spolu volný čas.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením: jsou celoroční pobytová služba pro děti i dospělé, ale jde o bývalé ústavy sociální péče, které poskytují službu velké skupině lidí a nejsou považovány za službu, která rozvíjí samostatnost uživatele. Jde pouze o bývalý ústav viz kapitola č. 3.1.1.

Na formy samostatného bydlení mohou často navazovat další služby, které cílí na rozvoj dovedností a společenských kompetencí, ale jsou stejně dostupné také osobám s MP, které sdílí domov s rodiči a dalšími blízkými osobami.

Sociální rehabilitace: je dle Zákona o sociálních službách *„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.“* Tato služba může být často i mostem mezi bydlením s rodiči a samostatným bydlením, kdy dochází k dlouhodobému i krátkodobému nácviku těch dovedností, které k samostatnosti vedou. Dle schopností uživatele nemusí jít o nácvik dovedností k samostatnému bydlení. Může jít také o nácvik dovedností pro samostatné trávení volného času, využití kulturního prostředí nebo nácvik dovedností potřebných pro navázání přátelského nebo partnerského vztahu.

Sociálně aktivizační služby: jsou v případě správného uchopení a kreativního vedení velmi cenné pro podporu lidí s MP. Tyto služby jsou totiž velmi pružné v tom, na koho a na jakou oblasti života cílí. V organizaci, pro kterou pracuji, zahrnují sociálně

aktivizační služby programy zaměřené na pohyb po městě (pěšky i MHD), na volby (jak vybrat svého kandidáta, pojmosloví), na finance (počítání, placení, pochopení hodnoty peněz) nebo na téma seznámení a partnerství. Osobně považuji tyto služby za přínosné ve formě skupinové i individuální, kdy kreativita a znalosti vedoucích těchto služeb hrají roli v tom, do jaké míry podpoří tyto služby samostatnost uživatelů.

Osobní asistence: je terénní služba, kdy osobní asistent poskytuje podporu v přirozeném prostředí uživatele, bez časového omezení a při těch činnostech, které uživatel potřebuje nebo zvolí. Uzlová (2010, s. 23) a Matoušek (2011, s. 108) popisují osobní asistenci jako službu, která poskytuje lidem s postižením podporu v činnostech, které by člověk s postižením vykonával sám v případě, že by jej neomezovala skutečnost postižení. Osobní asistence je velmi pestrá v důsledku individuality každého uživatele. Jde o službu, kterou mohou rozvíjet nejen uživatelé, ale také osobní asistenti přínosem vlastních dovedností, znalostí a kreativity.

Mimo sociální služby zaměřené především na samotné osoby s MP je třeba myslet také osoby pečující. Pečující osoby jsou těmi, kdo svým jednáním a podporou do určité míry rozhoduje o rozvoji samostatnosti jejich dítěte. Také je třeba uvést, že věnovat život péči o dítě s postižením je náročné psychicky i fyzicky.

Odlehčovací služba: má za cíl umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek, a to tak, že na smluvenou dobu péči převezme. Tato služba může mít podobu individuální, skupinou a formu odlehčovacích (denních, víkendových i týdenních) skupinových programů. Přestože je tato práce zaměřena na samotné osoby s MP, na odpočinek pečujících osob je třeba myslet i třeba s tím, že odpočatý pečující a spokojený uživatel jsou plodným prostředím pro další rozvoj.

Raná péče: je také službou, která není zaměřena přímo na osobu s postižením, ale na podporu celé rodiny a podporu vývoje dítěte. Služba je terénní a ambulantní poskytovaná rodičům dítěte do věku 7 let. Jde o službu sociální prevence, tedy se předpokládá, že včasným zásahem a cíleným rozvojem rodiny lze dosáhnout začlenění všech členů rodiny do společenského života a předejít tak vyloučení.

Základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství uzavírají tuto kapitolu. Základní poradenství jsou povinni poskytnout všichni poskytovatelé sociálních služeb a cílem je poskytnutí informací přispívajících k řešení nepříznivé situace. Odborné poradenství je dále součástí specializovaných poraden. V případě lidí s mentálním postižením může jít například o poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek nebo také v oblasti sexuality. Poskytnuto může být jak pečujícím nebo rodině, tak přímo osobě s postižením.

Sociální služby hrají významnou roli v podpoře lidí s mentálním postižením. Nabízejí nejen prostor pro pomoc s běžnou péčí o vlastní osobu, ale také prostor k rozvoji, k nácviku dovedností a podporu na cestě k osamostatnění. Vzhledem k povinnosti poskytovatelů sociálních služeb dodržovat Standardy kvality lze předpokládat, že služby, které jsou poskytovány také splňují zákonné požadavky a je bezpečné svěřit sebe nebo svého blízkého do péče profesionální třetí osoby. Cílem všech sociální služeb je

poskytnout takovou podporu, která odpovídá individuálním potřebám uživatele a zároveň dodržuje hodnoty lidské důstojnosti a respektu k jedinečnosti.

Vedle sociální práce poskytují podporu lidem s MP také zástupné organizace, které se zabývají jak individuální prací s lidmi s MP, tak prezentací ve veřejném prostoru a zvyšováním informovanosti veřejnosti. Těmito organizacemi jsou následující:

- Společnost pro podporu lidí s mentálním v České republice, Z.S (SPMP)
- Rytmus – od klienta k občanovi, z.ú.
- Vládní výbor pro zdravotně postižené občany (VVZPO)
- Asociace zaměstnavatelů zdravotně postižených ČR (AZZP ČR)
- Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, z.s.

Všichni z uvedených (sociální služby i zastupující organizace) poskytují podporu lidem s MP na základě společných hodnot jako jsou respekt k jedinečnosti, zachování lidské důstojnosti, bezpodmínečné přijetí, a hlavně s cílem rozvoje samostatnosti.

Rozhodování

Rozhodování je často označováno jako rozhodovací proces, tedy proces volby mezi dvěma a více možnostmi. Schautová (2016, s. 11) přiznává, že tato hojně využívaná definice je fakticky správná, ale velmi omezující vzhledem k tomu, že nepřiznává proces srovnávání alternativ ani zamyšlení nad tím, co následuje po rozhodnutí. Koukolík (2020, s. 21) v rozhodování uvádí následující: *„Že se trvale rozhodujeme, si můžeme nebo nemusíme připouštět, této nutnosti si můžeme být nebo nebýt vědomi, nicméně se jí nevyhneme. A to od nejprostší každodennosti až k velmi složitým strategickým rozhodnutím sociálním, ekonomickým, morálním, právním, politickým, filosofickým, religiózním a spirituálním.“*

Rozhodování lze popsat jako proces volby mezi dvěma a více možnostmi s přihlédnutím k procesu analýzy možností a toho, co následuje po rozhodnutí. Kromě toho, že hovoříme o procesu, hovoříme také o lidském právu, tedy o právu svobodné volby, které je v případě lidí s mentálním postižením podmíněno dalšími skutečnostmi.

Rozhodování lidí s mentálním postižením

Rozhodování může být v různých situacích vnímáno jinak. Někdy jako nutnost, povinnost a jindy jako projev svobodného života. V každém případě je rozhodnutí přirozenou součástí běžného dne a každý má nárok na to, aby se rozhodoval mezi dostupnými možnostmi.

Přestože je rozhodování běžnou součástí života, ve společnosti žijí také lidé, kteří jsou omezeni v možnosti se svobodně rozhodovat a jejich nárok na rozhodování musí být ukotven v zákoně nebo jiných dokumentech ukládajících státu nebo jiným subjektům povinnost respektu rovnosti všech v jejich právech.

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením vstoupila pro Českou republiku v platnost dne 28.10.2009. Opční protokol k Úmluvě, který umožňuje smluvním státům uznat pravomoc Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením zabývat

se stížnostmi jednotlivců nebo skupin na porušení práv vyplývajících s jednotlivých ustanovení Úmluvy, nebyl Českou republikou dosud ratifikován.

„Úmluva je významnou smlouvou o lidských právech a základních svobodách… Je založena na principu rovnoprávnosti a zaručuje osobám se zdravotním postižením plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich aktivní zapojení do života společnosti. Úmluva je založena na obecných zásadách, kterými jsou především:

- *Respekt k lidské důstojnosti a nezávislosti,*
- *Zákaz diskriminace,*
- *Plné zapojení do společnosti,*
- *Rovnost příležitostí,*
- *Přístupnost,*
- *Rovnost žen a mužů,*
- *Respekt k vyvíjejících se schopnostem dětí a jejich právu na zachování identity.“* (MPSV, [online], cit: 27.1.2023)

Uvedená Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením je oficiálním dokumentem, který ochraňuje právo na rozhodování lidí s MP. Do rozhodování lidem s MP zasahuje mnoho okolností, například omezení svéprávnosti nebo faktory rozhodování.

Faktory rozhodování lidí s MP

Tato část textu vychází z výsledků výzkumného šetření realizovaného v rámci vypracování mojí bakalářské práce (Čepičková, 2021), jíž cílem bylo zjistit, které faktory přispívají k samostatnému rozhodování klientů či jej omezují z pohledu osobních asistentů:

Faktory vnitřní: osobnost, zájmy, zdroje a bariéry, potřeby, psychické nastavení a fyzický stav, stereotyp

Faktory vnější: opatrovník, materiální možnosti, prostředí, přírodní vlivy, osobní asistent, zdroje, limity a pravidla služby.

Podrobný popis jednotlivých faktorů je velice rozsáhlý, přesto i jednoduchý výčet stačí k vyjádření faktorů rozhodování.

Představy v kontextu výzkumné otázky

Plecerová a Pužejová (2016) definují představu jako: *„názorný obraz předmětů a jevů v našem vědomí, které v daném okamžiku nevnímáme (kdysi jsme je vnímali – vzpomínkové, pamětní), nebo které jsme v této podobě ani nevnímali (fantazijní).“* Vedle toho autorky uvádějí, že představa je výsledkem představivosti, která je psychickým poznávacím procesem umožňujícím přítomnost obrazů předmětů a jevů, přestože právě nepůsobí na naše receptory i v případě, že jsme je nikdy předtím nevnímali (fantazie).

Tato práce hledá odpověď na otázku: „Jak si lidé s mentálním postižením představují rozhodování o sobě?“ Jinak řečeno, co si lidé s MP představí, když se řekne rozhodovat o sobě. Vedle výše uvedených představ, tedy představy smyslové, je prostor také pro vyjádření pocitů, které si lidé s MP s rozhodováním spojují. Předpokládám, že

může jít o širokou škálu pozitivních (svoboda, radost, potěšení) i negativních (strach, úzkost, smutek, bezradnost) pocitů. To je ale předmětem výzkumné části práce.

METODIKA

Pro účely svojí práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, který dle Dismana (2002, s. 286) *„přináší mnoho informací o velmi malém počtu jednotek"*. Tedy dle autora je kvalitativní výzkum tou strategií, která zkoumá menší počet informantů, poskytuje pouze minimální až mizivou možnost srovnání výsledků, ale také umožňuje ke zkoumanému jevu přistupovat holisticky, celostně a do hloubky zkoumat prožitek a smysl věcí.

Cílem práce je nalézt odpověď na otázku*: „Jak si lidé s mentálním postižením představují rozhodování o sobě?"* a na základě výše zmíněných teorií byly formulovány 4 dílčí výzkumné otázky. DVO1 se zaměřuje na osobnost informantů za účelem odhalení oblastí osobního života, ve kterém se rozhodují. DVO2 cílí na to, jak lidé s MP rozumí rozhodování, zda jej dokážou popsat nebo definovat. DVO3 se zabývá otázkou podpory v rozhodování, tedy kdo a jak osoby s MP v rozhodování podporuje. DVO4 hledá odpovědi na otázku, kdy mají lidé s MP nejčastěji prostor pro rozhodování a co konkrétního si jako rozhodování představují.

Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum proběhl během října 2023. Výzkumu se zúčastnilo celkem 8 lidí s mentálním postižením, které jsem oslovila prostřednictvím e-mailu buď osobně nebo s pomocí vybraného poskytovatele sociálních služeb. Jediným kritériem byl věk informantů, a to nejméně 12 let.

Účastníci výzkumu byli převážně studenty nebo pracujícími. Šlo o muže i ženy a jejich věk se pohyboval mezi 20 a 37 lety. Všichni byli uživatelem alespoň jedné sociální služby.

Výzkum proběhl v souladu s etickými principy výzkumu. Všichni účastníci byli seznámeni s obsahem informovaného souhlasu tak, aby mu plně porozuměli. Jednotlivé rozhovory probíhali na místech, která určili samotní informanti. Pro informanty šlo často o úplně neznámou a novou zkušenost, a proto jsem se i možností výběru prostředí a času snažila o navození bezpečného prostředí a příjemné atmosféry. Rozhovory probíhaly vždy při osobním setkání v různých denních dobách a v domácím prostředí nebo na veřejných místech (kavárna, park).

VÝSLEDKY

DVO1

DVO1 zní: *„Jak lidé s mentálním postižením vnímají svoji osobu"* Lidé s mentálním postižením vnímají velmi pozitivně svoji osobu ze stránky fyzické i osobnostní. Vědomě směřují k tomu, aby byli spokojení nejen oni samotní, ale také lidé okolo nich. V případě osobnostní stránky a směřování k tomu, být dobrými kamarády a lidmi, nevnímají sami sebe nutně jako někoho, kdo rozhoduje. V případě fyzických rysů své osoby jsou si lidé s MP vědomi svého rozhodování, když rozhodují o možnostech úprav svého

fyzického vzhledu ke své spokojenosti. Nejčastěji jde o odívání nebo tetování, kdy oblečení je jednou z nejvýraznějších a nejčastějších možností rozhodování (viz také následující DVO). Lidé s MP se také cíleně rozhodují pro takové činnosti a dovednosti, které zvyšují jejich sebevědomí.

Aktéry rozhodování jsou lidé s MP také v případě pomoci druhým, kdy rozhodnutí pomoct někomu je vždy správné. Chuť pomoci je nedílnou součástí osobnosti každého z informantů.

V případě vědomí svého postižení je znatelný rozdíl mezi přijetím sebe sama a životem ve společnosti, kdy se většina informantů ke svému postižení vyjádřila až při rozhovoru o jejich životě ve společnosti, možnostech a prostoru pro rozhodování. Možnosti rozhodování by se v tomto případě člověk s MP ujal v případě, kdy by měl možnost rozhodovat o tom, jak jej společnost vnímá a přijímá.

Doporučení pro praxi je i nadále klást důraz na zvyšování informovanosti společnosti o mentálním postižení a aktivně tak přispívat ke změně k lepšímu. Dále je důležité podporovat sebepřijetí a rozvíjet schopnost lidí s MP se o sobě rozhodovat ve všech oblastech života i za podstoupení přiměřeného rizika.

DVO2

Druhá dílčí výzkumná otázka zní: *„Jak lidé s mentálním postižením vnímají rozhodování?“* a jejím cílem bylo zjistit, jak lidé s MP rozhodování chápou a zda dokážou rozhodování vysvětlit nebo je pro ně spíše nevědomou součástí dne.

Přestože lidé s MP nejsou prvotně schopni rozhodování vysvětlit jako volbu mezi více možnostmi, jsou schopni rozhodování vysvětlit na jednoduchém příkladu a intuitivně ve svých odpovědích používají slovo výběr nebo volba v přímé spojitosti s rozhodováním. Rozhodování vnímají spíše ve chvílích, kdy je pro jejich rozhodnutí vytvořený prostor, v ostatních případech je rozhodování spíše zažitou a nevědomou součástí dne.

Doporučení pro praxi sociální práce je zvýšit informovanost uživatelů služeb o rozhodování a jeho možnostech a také o jeho důsledcích. Doporučuji také zvyšovat samostatnost lidí s MP v rozhodování formou individuálních nácviků i skupinových aktivit, kdy je možné procvičovat rozhodování v kolektivu, kompromis a respekt k rozhodnutí druhých.

DVO3

Třetí dílčí výzkumná otázka zní následovně: *„Kdo a jakým způsobem poskytuje lidem s mentálním postižením podporu při rozhodování?“* a jejím cílem je získání informací o tom, zda jsou lidé s mentálním postižením dostatečně podporováni v rozhodování o sobě a také, zda je jim poskytováno dostatečné vzdělání v oblasti rizik a důsledků svých rozhodnutí.

Odpověď na tuto dílčí výzkumnou otázku je velmi jednoznačná a lze ji poskládat z výše uvedených kategorií. Podporu při rozhodování poskytují lidem s mentálním postižením sociální služby, rodina, přátelé a zaměstnanci vzdělávacích institucí.

Sociální služby poskytují podporu při rozhodování způsobem přímo závislým na povaze poskytované služby. Osobní asistence osoby s MP podporuje způsobem odborného vedení a profesionálního vztahu založeného na individuálním přístupu, důvěře, empatii a kongruenci. **Osobní asistent** je pro osoby s MP blízkým člověkem, který umožňuje trávit volný čas samostatně a v tomto čase se věnovat svým zájmům. Osobní asistent poskytuje bezpečí (fyzické i psychické) a je tak osobou, která může poskytnout profesionální vedení v rozhodování a rozvoj samostatnosti v rozhodování. **Sociálně aktivizační služba** pomáhá rozvíjet samostatnost v rozhodování nácvikem nových dovedností a těmito dovednostmi tak rozšiřovat prostor pro rozhodování lidem s MP. **Pobytové sociální služby** naopak poskytují zázemí podobné rodině, kdy zaměstnanci těchto služeb mohou plnit roli nejen profesionální, ale také roli členů rodiny a poskytovat tak bezpečný prostor pro získání rady. Nakonec i samotné využívání sociální služby pomáhá rozvíjet samostatnost v rozhodování. Od počátečního rozhodnutí takovou službu využívat dochází také k rozhodování o svých cílem, náplni průběhu služby až k vyjádření spokojenosti či nespokojenosti se službou.

Rodina poskytuje lidem s mentálním postižením ochranitelskou podporu v rozhodování, kdy tato podpora je láskyplná a neliší se tak od rodin lidí bez postižení. Rodina je pro lidi s mentálním postižením nejvíce bezpečným místem, a proto také lidé s MP preferují podporu v rozhodování od členů rodiny. Alespoň tedy ve všech záležitostech, které nejsou příliš osobní nebo nevhodné.

Přátelé jsou pro osoby s postižením velmi důležitými partnery v rozhodování, mnozí jsou si ale vědomi, že rady přátel nemusí být vždy správné. Využívají proto rady přátel především v takových oblastech života, kdy špatné rozhodnutí nevede k újmě.

Škola je prostorem, kde se lidé s MP cítí bezpečně a mohou navazovat dobré vztahy se zaměstnanci školy. Takové vztahy často slouží jako bezpečný prostor pro získání odpovědí na své otázky i získání rady v oblasti rozhodování. Často jde o rozhodování v nejrůznějších oblastech života, které spolu nemusí nijak souviset.

Také je třeba se zmínit o vlivech na rozhodování, které určují míru potřebné podpory v rozhodování. Cílem takové podpory je především hledání nových možností a jejich pochopení. Cílem je také pomoc s pochopením, proč některá rozhodnutí nejsou možná s ohledem na možnosti finanční, časové apod.

Lidé s mentálním postižením nejsou nijakým způsobem doslova vzděláváni v oblasti rozhodování. Jsou ale dostatečně informováni o tom, že některá rozhodnutí mohou vést k újmě fyzické či psychické a k újmě své či ostatních. Lidé s MP jsou si také jednoznačně vědomi svých možností v podpoře rozhodování a lze předpokládat, že mají osobu, která jim poskytne podporu v rozhodování tak, aby nedošlo k žádné újmě.

Doporučení pro praxi je v tuto chvíli pouze pokračovat v poskytování kvalitních služeb a neustále je zlepšovat. I nadále vytvářet prostor pro rozvoj samostatnosti lidí s MP v rozhodování a respektovat jejich volbu. Jak uvádí O'Brian (dle Šiška, 2005, s. 58): *„Nikdo není svobodný, pokud nemá příležitost k rozhodování. Nikdo není svobodný,*

pokud nikoho nezajímá, jak se rozhodne.“ Dále podporovat přirozenou funkci rodiny a klást důraz na vědomí moci, kterou poskytování rady přináší všem výše jmenovaným.

DVO4

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka zní: *„Kdy vnímají lidé s mentálním postižením nejvíce prostoru se o sobě rozhodovat a co konkrétně si s rozhodováním spojují?“* Cílem otázky bylo zjistit, kdy a kde vnímají lidé s MP nejvíce prostoru pro rozhodování a co si s rozhodováním spojují – představují.

Lidé s mentálním postižením vnímají, že nejvíce prostoru pro rozhodování mají při rozhodování o běžných denních záležitostech, o náplni a průběhu asistence a při rozhodování o svém volném čase. Lze uvést, že o uvedených záležitostech rozhodují respondenti rádi. Jde o rozhodování, které vede k pozitivním emocím, novým zážitkům a dovednostem.

Lidé s mentálním postižením jsou si také vědomi toho, že existují situace a místa, kdy je prostor pro rozhodování minimální. Otázka školního či pracovního režimu je pro osoby s MP přirozenou součástí života a respektují to, že někdy jsou režim a pravidla žádoucí. Naopak povinnosti jsou žádoucí z pohledu rodičů a sociální práce, ale velmi nežádoucí z pohledu lidí s MP, pro které jsou povinnosti obtěžující. To lze ale předpokládat u každého bez ohledu na postižení. Rozhodování, nebo alespoň jeho záběr, mohou omezovat zažité zvyky a rutina, která o některých věcech rozhodne za osoby s postižením na základě toho, co je naučené a známé, tím pádem také bezpečné.

Rozhodování může také vést k množství různých negativních pocitů, které mohou ve velké míře vést k tomu, že člověk s MP přenechá odpovědnost za rozhodování někomu jinému. Tyto pocity často vyvolávají náročná rozhodnutí, náhlá rozhodnutí, špatné předchozí zkušenosti nebo rozhodnutí, která jsou nežádoucí z pohledu lidí s MP, ale jsou nutná.

Experimentální abstraktní otázka, co si lidé s MP představí, když se řekne rozhodování, přinesla seznam následujících konkrétních slov (osob, míst, věcí a pocitů): *máma, táta, sestra, teta, asistent/ka, pokojíček, park, tancák, asistence, jídlo, oblečení, nákup, peníze, stres, nervozita, radost, že můžu, že musím.*

ZÁVĚR

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit konkrétní představy lidí s MP o rozhodování o sobě. Téma rozhodování je nedílnou součástí života všech lidí. Mým záměrem bylo zjistit, zda má rozhodování o sobě stejnou roli a pochopení i v životech lidí s mentálním postižením. Analýza získaných dat odhalila následující odpovědi.

Konkrétní představy lidí s MP o rozhodování vycházejí z vlastních zkušeností každého z nich. V každém případě je rozhodování převážně chápáno jako krátkodobá záležitost a nedochází k rozhodování o záležitostech, které jsou vzdálené více než 1 týden, vyjma ročního plánování aktivit, pracovního a školního rozvrhu.

V případě zkoumání osobnosti vycházejí konkrétní představy o rozhodování ze zájmu o druhé a ze snahy být dobrým a oblíbeným člověkem. Často si tak lidé s MP představují rozhodování jako pomoc druhým a úpravy svého vzhledu (oblečení, tetování).

V případě, kdy hovoříme o představách vycházejících ze situací, ve kterých se lidé s MP mohou rozhodovat nejčastěji, je to jednoznačně rozhodování o volném čase. V tomto případě si lidé s MP s rozhodováním nejčastěji spojí to, jak tráví volný čas a jak o tom rozhodují. Konkrétními představami v případě účastníků tohoto výzkumu jsou například výlety, hokej, procházky a navštěvování kaváren.

Některé představy vycházejí z předchozí zkušenosti, která vyvolala nebo zanechala negativní emoce. Jde především o strach a stres z takových rozhodnutí, která jsou buď nepříjemná, nebo příliš náročná. Častěji však konkrétní představy vycházejí z toho, o čem lidé s MP rozhodují nejradši, a to jsou ta rozhodnutí, která často vedou k pocitu štěstí a radosti. V případě účastníků tohoto výzkumu jde jednoznačně o rozhodování o jídle, což může znít úsměvně, ale je to jedno z těch rozhodnutí, které není náročné a většinou nenese žádná rizika.

Nad tématem představ o rozhodování o sobě lidí s mentálním postižením jsem zpočátku smýšlela až ve sféře reformního paradigmatu sociální práce, kdy jsem se zaměřila na práva osob s postižením, na svéprávnost a potřebu úprav zákona ve prospěch osob s postižením. Po provedení výzkumu ale musím přiznat, že téma nyní vnímám spíše jako záležitost sociální práce s jedincem a jeho rodinou či komunitou. Vidím, že lidé s mentálním postižením nevnímají své možnosti k rozhodování jako omezené. Často ani nevnímají své postižení jako omezující, ale spíše jako jednu z mnoha svých vlastností. Protože jde o kvalitativní výzkum, nelze předpokládat, že výsledky zkoumání budou platné pro všechny osoby s postižením. Zkoumaný vzorek této práce má společné například využívání stejných nebo podobných sociálních služeb a věk mladých dospělých. Výsledky se proto mohou výrazně lišit u lidí jiného věku nebo lidí, kteří nevyužívají žádné sociální služby a jsou plně samostatní. Níže uvádím svá doporučení pro praxi a další zkoumání.

Doporučení pro praxi:

Vzhledem k tomu, jak důležitá je pro osoby s mentálním postižením podpora v rozhodování, doporučuji zvyšovat povědomí o tom, jakou moc podporující osoba má. V oblasti sociální práce mířím především na sociální pracovníky v roli klíčového pracovníka a pracovníky v sociálních službách poskytující přímou péči. Z vlastních profesních zkušeností kladu důraz na vzdělání v oblasti sebereflexe, nastavování profesních hranic a otázku objektivity a subjektivity při poskytování služby.

ZDROJE

1. BARISO, Justin. *EQ, emoční inteligence v každodenním životě: aby emoce neškodily, ale pomáhaly.* 1. vyd. Praha: Metafora, 2019. ISBN: 978-80-7625-052-9.
2. ČEPIČKOVÁ, Eva. *Rozhodování klientů s mentálním postižením o zakázce osobní asistence.* Olomouc, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Cyrilometodějská teologická fakulta, Katedra křesťanské sociální práce.
3. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN: 978-80-246-0139-7.
4. DREW, Clifford J. a HARDMAN, Michael L. *Mental Retardation: A Lifespan Approach to People with Intellectual Disabilities*. 8. vyd. Ohio: Pearson Merrill Prentice Hall, 2004. ISBN: 0-13-111216-3.
5. KOUKOLÍK, František. *Rozhodování: eseje*. Praha: Karolinum, 2020. ISBN: 978-80-246-4743-2.
6. MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I: Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor.* 1. vyd. Praha: Grada, 2019. ISBN: 978-80-271-2220-2.
7. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: MPSV, 2013. ISBN: 978-80-7421-057-0.
8. NAVRÁTIL, Pavel a MUSIL, Libor. *Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. In: Sociální studia 5, sborník prací Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity*. Brno: Masarykova univerzita, 2000, s. 127-163.
9. PLECEROVÁ, Veronika a PUŽEJOVÁ, Yvetta. *Psychologie.* Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická České Budějovice, 2016. ISBN: 978-80-88058-88-5.
10. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-691-9.
11. SPMP. Co teď a co potom? *Průvodce pro pečující o člověka s mentálním postižením.* SPMP: Aladin, 2020. ISBN: 978-80-88178-08-8.
12. SVOBODA, Mojmír. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2005. ISBN: 978-80-7367-706-0.
13. SCHAUTOVÁ, Nina. *Rozhodování a intuice*. 1. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN: 978-80-262-1090-0.
14. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace*: Vzdělávání, Výchova, Sociální péče. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-7367-889-0.
15. ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN: 80-246-0992-4.
16. THOMPSON, Neil. *Understanding social work: Praparing for practise.* 5. vyd. Londýn: Red Globe Press, 2020. ISBN: 978-1-352-00972-9.
17. URBAN, Dieter. *Emocionální inteligence: šance pro nekonvenční myšlení a alternativní rozhodování*. Zurich: Management Press, 1996. ISBN: 80-85943-79-4.
18. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0225-7.
19. VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan a LEČBYCH Martin. *Mentální postižení.* 2. vyd. Praha: Grada, 2018. ISBN: 978-80-271-0378-2.

20. VOTOUPAL, Miloš, VAN EWIJK, Hans a MUSIL Libor. *Podpora příležitostí lidí s mentálním handicapem*. Brno: Masarykova univerzita, 2022. ISBN: 978-80-280-0137-7.
21. WILDING, Christine. *Emoční inteligence: vliv na osobní a profesní úspěch*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-2754-7.