

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně pedagogických studií

Bakalářská práce

Kateřina Šustrová

Analýza připravenosti na transformaci sociálních služeb

ve vybraném kraji

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „Analýza připravenosti na transformaci sociálních služeb ve vybraném kraji“ vypracovala samostatně a bylo využito pouze zdrojů informací uvedených v seznamu bibliografických citací.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce panu docentu Milanu Valentovi za cenné rady a oporu při tvorbě mé bakalářské práce. Dále Mgr. Jaromíru Maštalíři za produktivní konzultace k dané tematice. Závěrem a však ne v poslední řadě, děkuji rodině za oporu a umožnění celého vzdělání.

Obsah

Úvod.....	5
1 Mentální postižení.....	7
1.1 Osobnost člověka s mentálním postižením	11
2 Transformace sociálních služeb	15
2.1 Transformace Domova sociálních služeb Slatiňany	17
3 Praktická část bakalářské práce	20
3.1 Hlavní a dílčí cíle praktické části.....	20
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	21
3.3 Užití výzkumných technik sběru dat.....	22
3.4 Analýza dat	22
5 Diskuze	36
6 Závěr.....	38
Seznam bibliografických citací	39
Seznam tabulek.....	41
Seznam grafů	42
Seznam zkratk.....	43
Anotace	44

Úvod

„Největším štěstím v životě člověka je vědomí, že nás někdo miluje proto, jací jsme, nebo spíše přesto, jací jsme“. Romain Rolland. Každý jedinec na tomto světě je originálem, nenajdeme dvě stejné osoby, které by vypadaly stejně, měly shodnou povahu, názory, intelekt. V moderní době se snažíme, aby tyto odlišnosti byly brány jako prospěšné i u lidí, kterým jejich jedinečnost způsobuje komplikace v běžném životě. Jinými slovy, snažíme se o zrušení takzvaných nálepek z diagnóz u lidí s postižením.

Takovým nepsaným pravidlem se stává, že odborné názvy, hlavně v oblasti psychopedie, získávají postupem času pejorativní význam. Proto se často tyto termíny mění, v současnosti nejprve zdůrazníme, že se jedná o člověka a poté teprve následuje termín, který říká, jaký deficit daný člověk má. Pro možnost integrace a inkluze je nejdůležitější, aby si většinová společnost uvědomila, že lidé s postižením se od nás moc neliší, že pouze potřebují podporu a více času na veškeré činnosti. Tento proces musí být postupný, nejvhodnější je, když integrace probíhá již od útlého věku, a již děti v mateřských školkách, na hřištích, na základních školách, zjišťují, že postižení je limitující jen na tolik, kolik dovolí jedinec a jeho okolí.

V bakalářské práci jsem se zaměřila na transformaci sociálních služeb, konkrétně na rušení velkokapacitního pobytového zařízení pro mentálně postižené a výstavbu bytových jednotek a rodinných domků v okolních městech a vesnicích. Tato změna rozpoutala rozporuplné reakce veřejnosti. Zajímá mě také, do jaké míry ovlivňuje pohled lidí jejich informovanost o daném tématu. To mě vedlo k myšlence zjistit, zda mají odpůrci a příznivci něco společného. Jaký je mezi nimi poměr. Zda je ovlivňuje, jestli bydlí ve městě, kde je velkokapacitní pobytové zařízení pro mentálně postižené, či zda má daný člověk někoho blízkého s mentálním postižením. Toto téma je natolik obsáhlé, že ho nemohu celé vyčerpat, proto jsem si již připravila detailnější dotazník pro budoucí diplomovou práci. V současnosti využiji pouze jeho část.

Cílem bakalářské práce je zjistit pohled veřejnosti na transformaci sociálních služeb, zda její průběh koresponduje s představami lidí v okolí. Dále bych chtěla porovnat odpovědi lidí ze Slatiňan, s odpověďmi lidí z okolních měst a vesnic, kde se rodinné domy a byty pro osoby s mentálním postižením staví.

V první kapitole jsou vymezeny pojmy mentální retardace a mentální postižení. Dále výčet a vysvětlení přístupů k lidem s mentálním postižením podle Lečbycha. Také se zabýváme osobností člověka a mentálním postižením. Popíšeme, zda se dají vysledovat některé shodné osobnostní rysy u těchto osob. V druhé kapitole se zaměřujeme na samotnou transformaci sociálních služeb, co tento pojem obsahuje, a jak konkrétně proběhla transformace Domova sociálních služeb Slatiňany. Praktickou část tvoří dvě kapitoly. Hlavním cílem je zjistit, jaké názory mají vybraní účastníci dotazníkového šetření na aktuální problematiku transformace sociálních služeb ve vybraném kraji (Pardubický). Hlavní výzkumnou otázkou je, jaký je názor vybraných účastníků ve městech Chrudim, Slatiňany, Orel, Zaječice případně několika dalších (shrnutých pro naše potřeby, jako ostatní), na osoby s mentálním postižením a změnu poskytování sociálních služeb těmto lidem. Dílčí výzkumné otázky jsou: Jaký je názor účastníků dotazníkového šetření na rušení velkokapacitních ubytovacích zařízení pro osoby s mentálním postižením? Jaký je názor účastníků dotazníkového šetření, zda jsou změny v bydlení pro osoby s mentálním postižením? Jaký je názor účastníků dotazníkového šetření na integraci osob s mentálním postižením? Jaký typ ubytování považují účastníci dotazníkového šetření za nejvhodnější pro osoby s mentálním postižením? K získání informací bylo využito dotazníkového šetření. K vyhodnocení informací byl využit prostý výčet dat.

1 Mentální postižení

V této kapitole vymežíme, co je to mentální postižení a mentální retardace, porovnáme tyto pojmy. Zjistíme, jaké modely přístupů k osobám s mentálním postižením existují, tyto modely si vysvětlíme.

Mentální postižení můžeme definovat jako „širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru“ (Valenta, Michalík, Lečbych a kolektiv 2012, s. 30).

U některých autorů se setkáme s názorem, že mentální postižení a mentální retardace jsou synonyma, avšak většina odborníků i lidé z praxe berou mentální postižení jako zastřešující pojem, který sice není uznáván jako odborná terminologie, ale v praxi se běžně užívá. Pojem mentální retardace je prozatím na konci pomyslného vývoje terminologie, jelikož po čase mají veškeré pojmy pejorativní význam. Proto se již ustoupilo od oligofrenie, demence, zaostalosti mentálního vývoje, úchylného jedince, debility, a dalších pojmů, které mají i přes bývalou odbornost hanlivý význam. I v současné době se hledají další možnosti pro terminologii, například osoby se specifickými potřebami. Pro naši potřebu si ještě vymežíme mentální retardaci.

Mentální retardaci lze definovat jako „vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií“ (Valenta a Müller 2009, s. 16).

Mentální retardaci dělíme dle stupně na lehkou mentální retardaci, středně těžkou mentální retardaci, těžkou mentální retardaci, hlubokou mentální retardaci, jinou mentální retardaci a nespecifikovanou mentální retardaci. Tyto stupně si stručně vydefinujeme.

Lehkou mentální retardaci si můžeme vyhranit dle Světové zdravotnické organizace takto „IQ se pohybuje přibližně mezi 50 až 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let). Stav vede k obtížím při školní výuce. Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti“ (WHO 2008, s. 236). V dětském věku se lehká mentální retardace vyznačuje: „do tří let věku se projevuje pouze lehké opoždění, může být zpomalen psychomotorický vývoj. V období školní docházky přetrvává

většinou opoždění jemné motoriky a celkové koordinace pohybů“ (Valenta a kol. 2012, s. 153). Shrňeme-li informace, jedná se o nejméně výrazné mentální postižení, které má nejnižší vliv na život daného jedince. Tyto osoby jsou schopny začlenit se do společnosti, pracovat, udržovat vztahy, zajistit své potřeby, mají nejnižší potřebu sociální podpory.

Středně těžká mentální retardace dle Světové zdravotnické organizace „IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let). Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokážou vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností. Dospělí budou potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti“ (WHO 2008, s. 236). V dětském věku rozpoznáme středně těžkou mentální retardaci takto „Vývoj jemné a hrubé motoriky je výrazně opožděn a přetrvává celková neobratnost, klienti jsou většinou mobilní“ (Valenta a kol. 2012, s. 153). V porovnání s lehkou mentální retardací je samostatnost těchto lidí již oslabená, potřebují asistenci, určitý druh opory. V dospělosti dosáhnou IQ srovnatelné s věkem 6-9 let.

Těžkou mentální retardaci můžeme vymezit dle Světové zdravotnické organizace takto „IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let). Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory“ (WHO 2008, s. 337). V dětském věku můžeme rozpoznat těžkou mentální retardaci podle těchto příznaků „Již v předškolním věku je značně opožděn psychomotorický vývoj, proto je nutný dlouhodobý nácvik koordinace pohybů. Často se vyskytují somatické vady, stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky“ (Valenta a kol. 2012, s. 153).

Světová zdravotnická organizace definuje hlubokou mentální retardaci jako „IQ dosahuje nejvýše 20 (což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky). Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči“ (WHO 2008, s. 337). „Hluboká mentální retardace má zpravidla organickou etiologii. Vyskytuje se těžké opoždění psychomotoriky a omezení motoriky s častou imobilitou, stereotypní pohyby, dále závažné neurologické poruchy v kombinaci s percepčním postižením“ (Valenta a kol. 2012, s. 153). Shrňeme-li předešlé informace, jedná se o nejtěžší stupeň mentálního postižení, tyto osoby mají velice omezenou možnost sebeobsluhy a

celkové soběstačnosti. Většinou mají další přidružené zdravotní obtíže. V dospělosti dosahují IQ srovnatelné s dětmi ve věku 3 let.

Jinou mentální retardaci můžeme vydefinovat jako kategorii, kterou stanovujeme v případě, kdy není možné zjistit, o jaký stupeň mentální retardace se jedná. Neboli dle Švarcové je jiná mentální retardace „Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob“ (Švarcová, 2006, s. 40).

Nespecifikovanou mentální retardaci užíváme tehdy „kdy je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií. Zahrnuje mentální retardaci NS, mentální subnormalitu NS, oligofrenii NS. Uvedená klasifikace mentální retardace neobsahuje kategorii „mírná mentální retardace“ (IQ 85–69), která u nás byla donedávna ve starších klasifikacích uváděna a ještě se někdy v poradenské praxi užívá. Toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně rozvíjet, nýbrž bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Děti s opožděným rozumovým vývojem, u nichž k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin, než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady apod.), se nepovažují za mentálně postižené“ (Švarcová, 2006, s. 42).

V dnešní době máme více možností, jak rozdělit přístupy k osobám s mentální retardací. Jeden z těchto přístupů uvádí například Lečbych (2005), který přístupy k osobám s mentálním postižením člení podle modelu medicínského; sociální péče, popisného a ekologického. Tyto přístupy stručně charakterizuje níže

Model medicínský také nazývaný limitační model, vychází převážně z lékařsko-legislativních názorů na lidi s mentálním postižením, bere tyto osoby za nesoběstačné, které potřebují celoživotní oporu. Vymezení je převážně výčet limitů a omezení dané osoby s mentální retardací. Tento model je již zastaralý a jeho prospěšnost byla v době, kdy se věřilo, že je nejlepší ústavní péče či chráněné bydlení. Největší nevýhodou tohoto modelu je, že kvůli němu běžná populace vnímá osoby s mentálním postižením jako děti, nebere se

v potaz, že se tyto osoby vyvíjejí stejně jako jejich potřeby spolu s přibývajícím věkem. Tím i dochází k přílišnému opečovávání a zamezování samostatnosti.

Model sociální péče předpokládá negativní vlivy prostředí. Zajišťuje ochranu před neúspěchem, posměchem, snaží se o vytvoření bezpečného prostředí.

Třetí je popisný model, ten se snaží o zamezení tzv. nálepkování, vytváření předsudků na základě diagnózy. Proto nevyužívají slov „mentální retardace“, ale raději užívají lidé s mentální retardací, čímž zdůrazňují, že se jedná hlavně o lidi. V tomto směru jsou napřed anglicky hovořící státy, kde se můžeme setkat s pojmy „learning disability“ a „learning difficulty“ volně přeložitelné jako „nepružnost učení“. Tento pojem je zástupný za „mentální retardaci“. Nejdůležitější pro tento model je jeho snaha věcně popsat, v čem u daného člověka mentální retardace konkrétně omezuje jeho běžný život. Tím se také snaží o zbourání předsudků a stigmatizaci osob s mentálním postižením. Avšak i tímto modelem a snahou zdůraznit hlavně v terminologii že se jedná o sobu s mentální retardací, stále upozorňujeme na odlišnost, což ztěžuje integraci a inkluzi.

V tomto směru se zdá být nejvhodnějším ekologický model, který je ovlivněn definicí mentální retardace, jak ji vnímá Americká asociace pro mentální retardaci (American Association on Mental Retardation) – mentální retardace je v tomto pojetí vymezena dynamickou interakcí mezi vlastnostmi jedince a významnými prvky prostředí, ve kterém se tato osoba pohybuje. Huang tento model dělí do třech pilířů, které ovlivňují konkrétního člověka s mentálním postižením. První pilíř jsou kompetence, které tento člověk má, co dokáže, a jak se může v budoucnosti rozvíjet. Cílem tohoto pilíře je popsat hlavně silné stránky a možnosti jejich rozvoje v souvislosti s dalšími pilíři. Druhým pilířem je prostředí, ve kterém osoba vyrůstá, žije, učí se, je v interakci s ostatními lidmi. Třetím pilířem je fungování, což znamená potřebný stupeň podpory, aby člověk mohl žít v přirozeném prostředí. V tomto směru rozlišujeme podporu na občasnou, omezenou, rozsáhlou a pervazivní. Míra podpory nemusí být přímo úměrná se stupni mentální retardace (Lečbych, M., 2005).

1.1 Osobnost člověka s mentálním postižením

V této kapitole rozebereme, zda jsou nějaké společné osobnostní rysy u osob s mentálním postižením. Jak můžeme u těchto osob rozvíjet jejich schopnosti, a jak je důležitý postoj okolí k těmto lidem.

Pro rozvoj osobnosti je velice důležité nabízet dítěti různé podněty, aby nebylo deprivované a mělo možnost získávat nové znalosti a zkušenosti. Osobnost můžeme rozvíjet v těchto oblastech – řeč a slovní zásoba, jemná motorika, grafomotorika, sluchové vnímání, zrakové vnímání, zrakové vnímání, prostorová orientace, časová orientace, myšlení, početní představy, paměť, pozornost, společenské chování, základní dovednosti, samostatnost. Shrneme-li informace od Valenty (2013), setkáme se s názorem, že u lidí s mentálním postižením si můžeme všimnout: zvýšené závislosti na rodičích či blízkých osobách, dětského chování, časté úzkostné reakce, obtížného vývoje osobnosti – vlastního „já“, hyperaktivity či hypoaktivity, opožděného vývoje psychosexuální stránky osobnosti, zvýšené potřeby bezpečí, narušené schopnosti komunikovat a navazovat vztahy s lidmi, nižší schopnosti přizpůsobit se sociálním či školním požadavkům, impulzivnosti a vzrušivosti, pomalejšího chápání, fixace na maličkosti, snížené schopnosti srovnávat a porovnávat věci mezi sebou, narušení některých složek paměti, neschopnost udržet pozornost, narušení vizuomotoriky pohybové koordinace. I přes veškeré informace nemůžeme opožděný vývoj jedince s mentálním postižením přirovnávat k osobě intaktní v nižším věku. Někdy se můžeme setkat s tím, že lidé zaměňují klinické projevy mentální retardace s osobnostními rysy. Takovými projevy jsou dle Švarcové (2011) například – zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudku, snížená schopnost někdy i neschopnost navazovat na sebe informace a vyvodit si logické vztahy, snížené všechny složky paměti, nestabilní pozornost, snížená slovní zásoba, neobratnost ve vyjadřování, zrychlené nebo zpomalené chování, citová vzrušivost, nedostatečná schopnost sebereflexe, narušené interpersonální vztahy atd.

Hadaj-Moussová (2001) rozděluje specifické rysy osobnosti jedince s postižením následovně. Jako nejdůležitější faktor, který ovlivňuje osobnost, považuje biologickou podmíněnost, jelikož psychické jevy jsou zafixovány v organismu a jsou následkem činnosti nervové soustavy. Temperament každého jedince je závislý na typu činnosti nervové soustavy. Dalším důležitým vlivem na osobnost je sociální faktor. Člověk se formuje mimo jiné i ze sociálního kontaktu s ostatními lidmi, z počátku převážně s rodiči. Velký význam má

také kvalita a množství podnětů ze sociálního prostředí. S tím souvisí i faktor vlastní aktivity, neboli odezvy na okolí, vzájemná interakce. Žádoucí je, aby člověk byl schopný i tento kontakt zahájit. Je to důležité hlavně pro rozvoj sebedůvěry, formování představy o sobě, sebehodnocení atd. Toto jsou základní faktory, které ovlivňují osobnost jedince, samozřejmě i u lidí s postižením se osobnost vyvíjí v průběhu celého života. Na osobnost má také vliv, zda se jedná o postižení vrozené či získané. U vrozeného postižení jsou pozměněny veškeré podmínky vývoje, jsou pozměněny sociální vztahy, některé druhy podnětů jsou bezpředmětné, možnosti dítěte jsou omezené. Na druhou stranu dítě s vrozeným postižením se s ním lépe vyrovná a naučí se s ním lépe pracovat. U získaného postižení je méně ovlivněn vývoj funkcí osobnosti, které do doby vzniku postižení měly možnost vyvíjet se normálně. A však je mnohem těžší se s tímto postižením vyrovnat a naučit se s ním pracovat, zvláště v postižené funkci a kompenzačních funkcích. Mezi společné rysy osobnosti můžeme zařadit egocentrismus - projevující se snahou za každou cenu na sebe upozornit vztahovačností, přecitlivělostí. Dále je častá agresivita, která může souviset se zvýšenou potřebou sebeprosazení. Ale také sem patří negativismus, nadměrná závislost a nesamostatnost, malá sociabilita, sekundární introverze tj. cílená uzavřenost jako ochrana před náročnými nebo zraňujícími kontakty s jinými osobami.

S osobností člověka s mentálním postižením souvisí i vztah okolí k tomuto jedinci. Jak píše Hadaj-Moussová: „Vztah k postiženým je tedy obecněji výrazem tolerance k odlišnosti, respektování individuality, je výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Pouze bude-li společnost, včetně jejích jednotlivých členů, schopna překročit konvence a stereotypy, nebude postižený vnímán pouze pod zorným úhlem postižení, ať už s odmítáním nebo se soucitem. Každý člověk, bez ohledu na svoji odlišnost od ostatních, musí být chápán jako člověk se svými specifickými kvalitami“ (Hadj-Moussová, 2001, s. 13). Tato myšlenka podporuje snahu o integraci neboli plné začlenění lidí s postižením do většinové společnosti. Vágnerová zmiňuje v knize Psychologie handicapu (2001) několik složek postoje k osobám nemocným a postiženým. Zpočátku je důležité vymezit, co si představujeme pod pojmem postoj – je to subjektivní snaha o jednodušší a jasnější orientaci ve světě. S postojem se člověk nerodí, ale získává je učením. Důležité je, v jakém socio-kulturním prostředí vyrůstá. První složka postoje je kognitivní, která je u neoddělené společnosti málo zastoupená, mají nedostatek informací. Je to pozůstatek minulé doby, kdy informace o postižení a lidech s postižením byly tabuizovány. Nebylo žádoucí, aby lidé měli informace, sice věděli, že osoby s postižením existují, ale více nevěděli. Samozřejmě pokud neměli zkušenost ze své

rodiny či nejbližšího okolí. Neinformovanost vede k vyššímu zapojení emocionální složky. Ta zahrnuje jak pozitivní, tak negativní prožitky, to dosti ovlivňuje fakt, že společnost je nastavena tak, že nemoc či postižení je něco nechtěného nebo špatného. Vzhledem k tomuto přístupu jsou lidé s postižením bráni jako chudáci, kteří měli smůlu a bez vlastního zavinění nejsou v pořádku, budí v lidech soucit, hrůzu i odpor. To je částečně přirozené, jelikož se lidé přirozeně bojí toho, co neznají. Postoje mohou sklouznout ke stereotypům, což jsou přejímané postoje bez důvodného opodstatnění, iracionální, těžko ovlivnitelné novými zkušenostmi, laicky řečeno vhození do jednoho pytle. Jedním z nejvýraznějších projevů stereotypu je vidění lidí s postižením šablonovitě, že jsou všichni stejní. Zapomíná se na jedinečnost každého člověka, jeho povahové rysy. Ovšem do jisté míry je opodstatněný i pohled laické veřejnosti, že lidé s postižením se mají lépe v ústavech. Lidé s postižením jsou zde chráněni před tlakem norem běžné společnosti, o jejich potřeby je postaráno, lidé žijící s nimi mají stejné problémy a reagují na ně obdobně. Z různých výzkumů se dozvíme, že za nejhorší typ postižení je bráno právě mentální postižení.

Většinová společnost osoby s mentálním postižením vnímá svým způsobem a takto vznikají tzv. mýty o lidech s mentálním postižením. Ačkoli tyto mýty nejsou pravdivé, některé si uvedeme, pro představu, jak tyto osoby vnímá většinová společnost. Regéc uvádí za nejznámější následující mýty (s. 48, 2012):

- „*Lidé s postižením jsou jako děti a jako s dětmi s nimi musíme i jednat*“;
- „*člověk s mentálním postižením (a nebo s postižením obecně) je pro rodinu neštěstím*“;
- „*lidé s mentálním postižením jsou agresivní, nevyzpytatelní a nebezpeční*“;
- „*lidé s mentálním postižením nejsou schopni se vzdělávat*“;
- „*lidé s mentálním postižením nejsou schopni samostatného života a potřebují neustálý dohled a pomoc*“;
- „*člověk s mentálním postižením není schopný samostatně rozhodnout, proto potřebuje vedle sebe někoho, kdo bude rozhodovat za něj*“;
- „*člověk s mentálním postižením si neuvědomuje svoji odlišnost*“;
- „*lidé s mentálním postižením se nejlépe cítí mezi svými*“;

- „lidé s mentálním postižením nejsou schopní milovat a mít partnerský vztah stejně jako zdraví lidé“;
- „zdravé děti nejsou ochotné přijmout mezi sebe postiženého kamaráda“.

Dále se můžeme zaměřit cíleně na vztahové a sexuální předsudky, které zmiňují Thorová a Jůn (s. 38, 2012):

- „Lidé s mentálním postižením nepocítují sexuální touhu; jsou nevinní jako děti“;
- „u každého člověka s mentálním postižením je plně rozvinutá sexualita (není to přece dítě, ale dospělý člověk)“;
- „lidé s mentálním postižením mají extrémně vyvinutý sexuální pud, jsou promiskuitní, hypersexuální“;
- „nejsou schopni hlubších intimních a emočních vztahů, jejich emoční projevy jsou povrchní, infantilní“;
- „pro lidi s mentálním postižením nejsou důležité vzpomínky, plánování budoucnosti a sociální rituály (svatba, pohřeb)“.

Když si tyto mýty přečteme, zjistíme, že opravdu spousta z nich je stále „živá“ a koluje mezi lidmi. Mýty do jisté míry vznikají nedostatečnou informovaností či zkreslováním těchto informací, nebo jejich špatnou interpretací, a bagatelizováním. Je přirozené, že lidé jsou více v kontaktu s intaktní společností a přejímají její názory a myšlenky. Proto navázání kontaktu s osobami s jakýmkoliv postižením je náročnější, jelikož již do tohoto kontaktu jdou lidé s předsudky poznamenání mýty.

2 Transformace sociálních služeb

V této kapitole si nejprve obecně vymezíme, co je to transformace sociálních služeb, zaměřeno na pobytové služby. V podkapitole se již budeme soustřeďovat přímo na transformaci Domova sociálních služeb ve Slatiňanech.

Transformace sociálních služeb je dlouhodobým projektem, který se snaží podpořit integraci osob s mentálním postižením do běžného života za pomoci výstavby nových bytových možností v rámci blízkého okolí bývalých velkokapacitních ústavů.

„Projektu se účastní 32 ústavních zařízení z celé ČR (Česká republika), která poskytují služby cca 3 800 lidem s postižením. Na projektu spolupracují všechny kraje České republiky (Hlavní město Praha se vzhledem k podmínkám Evropského sociálního fondu účastní vybraných aktivit). Projekt realizuje odbor sociálních služeb a sociální práce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Součástí projektu je také Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, které vzdělává a podporuje účastníky transformačního procesu. Projekt přispívá k plnění Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, která byla přijata usnesením vlády České republiky č. 127 dne 21. února 2007. Projekt je financován z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost“ (Národní centrum podpory, 2007).

Hlavním cílem tohoto projektu je začlenění lidí s mentálním postižením do běžné společnosti. Jinými slovy jejich integrace a časem snad i inkluze. Snaží se o zrušení velkokapacitních pobytových zařízení, které se stavěly na okraji měst či vesnic za vysoké zdi, aby za tento plot nikdo neviděl. Takto se snažili zamezit kontaktu lidí s mentálním postižením s okolním světem. Trvalo desetiletí, než se tento přístup začal měnit, a začaly se brány ústavů otvírat, lidé s mentálním postižením se dostali také mimo zdi ústavu a mohli se začít aklimatizovat v běžné společnosti. Dětské klienti začali navštěvovat dřívější Zvláštní základní školu – nyní Speciální základní školu, starší klienti navštěvovali chráněná pracovní místa. To bych osobně nazvala prvním výrazným krokem k integraci těchto lidí. V roce 2013 skončil pilotní projekt, na který navázal projekt Transformace sociálních služeb, který končí v srpnu tohoto roku tj. 2015. Na tento proces se podíváme podrobněji, jak je podložen legislativně.

„Od ledna 2013 realizuje Odbor implementace fondů EU a Odbor sociálních služeb a sociální práce Ministerstva práce a sociálních věcí individuální projekt – Transformace sociálních služeb - který je podpořen v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Projekt je financován z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky. Projekt vytváří na národní úrovni prostředí pro transformaci pobytových zařízení sociálních služeb na služby komunitní. Komunitní služby více podporují jejich uživatele, v tomto případě zejména lidi se zdravotním postižením, v zapojení se do společnosti a na trh práce. Aby bylo této změny dosaženo, je nutné zapojit řadu různých subjektů. Zároveň je neustále nutné pracovat s povědomím veřejnosti, aby byli lidé se zdravotním postižením opouštějící ústavy přijati do běžného společenství. Projekt Transformace sociálních služeb je zaměřený na posílení kompetencí lidí se zdravotním postižením, kteří žijí v ústavech nebo je opouštějí. Podpoří poskytovatele sociálních služeb a další organizace poskytující služby, které napomáhají sociální integraci lidí se zdravotním postižením, a také kraje a obce. Přínosem pro zřizovatele a zadavatele sociálních služeb je mj. pokračování ve sledování dat z probíhajícího procesu transformace a jejich další vyhodnocení a zároveň možnost čerpat podporu. Projektu se bude přímo účastnit cca 40 zařízení - poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou v procesu transformace nebo chtějí s transformací svých služeb začít. V jednotlivých aktivitách, které jsou nástroji podpory, se zároveň předpokládá zapojení dalších zařízení, která vyjádří zájem o problematiku transformace“ (MPSV, 2013b).

Klíčové aktivity projektu jsou:

1. konzultace a supervize
2. propagace transformace, deinstitucionalizace, komunitních služeb
3. vzdělávání
4. vyhodnocení průběhu procesu transformace a jejich dopadů.

Proces transformace sociálních služeb mění řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb. Cílem je, aby klienti odebírali sociální služby v běžných životních podmínkách, což ve výsledku znamená zrušení institucionální péče a žití v komunitách.

2.1 Transformace Domova sociálních služeb Slatiňany

Domov sociálních služeb Slatiňany se rozhodl zapojit do projektu transformace sociálních služeb. Proces byl dlouhodobě připravován spolu s transformací i ostatních zařízení v rámci celé České republiky. Konkrétně Slatiňany byly zapojeny již do předpilotní neboli nulté fáze projektu. Transformace sociálních služeb představuje změny nejen v řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb, ale hlavně chce docílit zrušení institucionální péče a nahradit jí komunitní péčí. Celý projekt je financován z Evropské unie z Integrovaného operačního programu a Operačního programu - Lidské zdroje a zaměstnanost, a také za podpory Ministerstva práce a sociálních věcí Pardubického kraje.

Výstavbou nových domů a bytů chtějí docílit navrácení klientů do běžného prostředí. Pro tyto potřeby vznikly dva projekty – Transformace Domova sociálních služeb Slatiňany I a Transformace Domova sociálních služeb Slatiňany II.

V rámci projektu Transformace Domova sociálních služeb Slatiňany I bude zřízeno 6 dvojdomků a jeden byt celkem pro 68 klientů. Do projektu Transformace Domova sociálních služeb Slatiňany II bude zřízeno 6 dvojdomků a jeden byt celkem pro 76 klientů. Celkem se tedy transformace týká 144 klientů, kteří se mohou přestěhovat do dvou bytů umístěných v bývalém okresním městě Chrudimi a do dvanácti dvojdomků, v Zaječicích (1 dům), Starých Jesenčanech (1 dům), Slatiňanech (místní části Škrovád - 2 domy a Presy - 1 dům), Chrudimi (místní části Presy - Vlčí Hora - 1 dům, Markovice - 2 domy, Medlešice - 1 dům, Píšťovy - 1 dům), Lánech u Bylan (1 dům) a v Bylanech (1 dům).

Do čtyřpokojového bytu s kuchyňským koutem a jídelnou, byli přestěhováni čtyři klienti. Každý klient má svůj vlastní pokoj, který si mohl zařídit dle vlastních představ a možností. A to již v roce 2012. Následovně v roce 2013 se mohli další čtyři klienti přestěhovat do druhého bytu, který je řešen koncepčně stejně, jako ten první. Dále pokračuje výstavba dvojdomků, která má být dokončena 30. 6. 2015. Domy budou bezbariérové pro čtyři až šest klientů a pokoje budou maximálně pro dva.

Nyní se zaměřím na reálné informace získané rozhovorem se zaměstnancem DSS (Dům sociálních služeb) Slatiňany. Dle názoru pracovníků je Transformace sociálních služeb krokem ke zkvalitnění života lidí s handicapem, posunuje je více k běžnému způsobu života jejich vrstevníků. Umožňuje více se zaměřit na individualitu jednotlivce a poskytovat mu

službu přímo nastavenou na jeho potřeby. Představuje větší zapojení do života komunity i formou využívání veřejných služeb. Týká se i širší nabídky sociálních služeb v regionu. Transformace by měla poskytovat možnost, aby člověk s handicapem mohl co nejdéle setrvat v domácím prostředí, posléze docházet do ambulantních služeb a až jako poslední možnost využít pobytové zařízení. Transformace v DSS Slatiňany probíhá průběžně. Pro klienty to znamená opuštění budovy klášterního typu. Tato budova má nevyhovující prostory z hlediska poskytování moderně koncipovaných sociálních služeb (nedostačující počet sociálních zařízení, mnohalůžkové pokoje, nedostatek soukromí,...). Cca 75 uživatelů již nyní bydlí mimo hlavní areál DSS. V rámci projektu „Transformace sociálních služeb“ financovaného z prostředků EU – integrovaného operačního programu byly pořízeny dva byty chráněného bydlení v Chrudimi pro celkem 8 uživatelů. V červnu 2015 se bude stěhovat dalších 136 klientů do 12 dvojdomků v bývalém okrese Chrudim a Pardubice. V současné době se dokončují stavební práce a probíhají soutěže na dodavatele celkového vybavení. Klienti se připravují na přechod do nových typů ubytování, probíhají nácviky dovedností potřebných pro život v domech. Nacvičují se sebeobslužné, sociální, komunikační dovednosti, domácí práce. Klienti se jezdí dívat na stavby, pravidelně probíhají rozhovory na téma stěhování. Příprava probíhá i ve spolupráci s opatrovníky, kteří klienty také motivují. Připravenost klienta na změny, které transformace přináší je různá. Výsledek se dá spolehlivě posoudit až po čase, po uplynutí adaptačního období, které trvá zpravidla půl až jeden rok. Ze zkušenosti vyplývá, že integrace klientů do komunity bývá někdy komplikovaná tím, že většinová společnost není na tyto změny připravena a zpočátku se projevuje nedůvěra a obavy okolí. Ale i přesto je transformace pro klienty prospěšná. V nových domácnostech budou klienti žít v jednolůžkových maximálně dvoulůžkových pokojích. Jedná se o domy rodinného typu, kde maximální počet lidí v jedné domácnosti je šest osob. Všechny domy jsou navíc bezbariérové se zahradou. Rezervy pocítují zaměstnanci DSS Slatiňany v délce trvání projektu, kde došlo k časovému posunu ve vykupování pozemků, schvalování územních rozhodnutí a stavebních povolení a k opakování výběrových řízení na dodavatele staveb a vybavení. Plán byl schválen v prosinci 2009, k přestěhování musí dojít nejpozději do 30. 6. 2015 z důvodu splnění podmínek čerpání dotace. Rovněž došlo ke změnám ve složení domácností z hlediska skladby klientů. Největší rizika jsou předpokládána v zabezpečení provozu, zvládnutí přechodové fáze, zajištění financování, prosazení změn v myšlení pracovníků - nepřenášet ústavní zvyklosti do nových služeb, zvládnout dobu udržitelnosti projektu. Jako nejsilnější stránky projektu vnímají zaměstnanci DSS Slatiňany zlepšení kvality bydlení, život v přirozenějších podmínkách, poskytování potřebné míry podpory, možnost větší samostatnosti a vlastního

rozhodování v adekvátních situacích. Naopak slabé stránky jsou zpřetrhání nebo omezení některých sociálních vazeb, nejen mezi klienty, ale i zaměstnanci i v okolí domova, a ztížená dostupnost některých služeb. Z praxe se potvrdilo, že by bylo potřeba více podpořit zapojení rodiny do plánování přechodu, zvýšit oporu v adaptačním období, speciálně proškolit personál. Dále by se mělo dbát na to, aby si klient mohl s sebou vzít do nového bydliště své oblíbené věci, ke kterým má citový vztah, zařídit si pokoj dle svých představ, aby mu v tomto prostředí bylo příjemně. Obecně by se měla hlavně respektovat specifika a zvyklosti každého klienta individuálně.

3 Praktická část

V této části se budeme zabývat názory účastníků dotazníkového šetření v kontextu problematiky osob s mentálním postižením a současných změn v péči o tyto osoby. Jak jsem již na začátku bakalářské práce zmínila, pro tuto bakalářskou práci bylo využito pouze dílčích položek uvedených v dotazníku.

3.1 Hlavní a dílčí cíle praktické části

Před koncepcí hlavní výzkumné otázky a dílčích výzkumných otázek byl vymezen zkoumaný problém: *„Zjistit názory vybraných účastníků výzkumného šetření na aktuální transformaci sociálních služeb ve vybraném kraji.“*

Hlavní výzkumná otázka:

Jaký je názor vybraných účastníků výzkumného šetření v Pardubickém kraji, konkrétně v okolí Slatiňan, na osoby s mentálním postižením a změnu poskytování sociálních služeb těmto lidem?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaký je názor vybraných účastníků dotazníkového šetření na rušení velkokapacitních ubytovacích zařízení pro osoby s mentálním postižením?
2. Jaký je názor vybraných účastníků dotazníkového šetření na to, zda jsou změny v typu bydlení pro osoby s mentálním postižením prospěšné?
3. Jaký je názor vybraných účastníků dotazníkového šetření na integraci osob s mentálním postižením?
4. Jaký typ ubytování považují účastníci dotazníkového šetření za nejvhodnější pro osoby s mentálním postižením?

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Ve výzkumném šetření bylo pracováno celkem s pěti skupinami účastníků. Výzkumného šetření, které jsem realizovala v Chrudimi, Slatiňanech, Orli a Zaječicích se zúčastnilo 100 osob, 53 žen a 47 mužů. Zvolila jsem záměrný teritoriální výběr. V městech jsem metodou náhodného výběru oslovovala účastníky dotazníkového šetření.

V Chrudimi bylo do šetření zapojeno 50 obyvatel i.

Dalším místem dotazníkového šetření byly samotné Slatiňany. Dále mě zajímalo, zda lidé, kteří bydlí většinou celý život v sousedství s osobami s mentálním postižením (klienti žijící v bývalé klášterní budově, nebo v domcích, které byly pro ně zakoupeny popř. postaveny v sousedství kláštera) mají jiný názor na osoby s mentálním postižením než lidé bez této zkušenosti. Proto tito lidé měli více možností potkávat osoby s mentálním postižením v běžném životě, při nákupu, procházce, vidět je, jak pečují o svou zahrádku, starají se o koně v rámci hypoterapie atd. Ze Slatiňan máme 25 účastníků výzkumu.

Dále jsem se dotazovala obyvatel Orle a Zaječic, v každé obci po 10 účastnících výzkumu. Důvodem je, že Orel je v blízkém sousedství Slatiňan a často se zde s klienty DSS setkávají. Zaječice jsem do dotazníkového šetření zapojila jako jednu z vesnic, kde byla nejvíce negativní odezva na výstavbu domu pro osoby s mentálním postižením.¹ V této vesnici vznikla petice, kterou podepsali skoro všichni obyvatelé s tím, že si tuto výstavbu nepřejí. Petice však neměla úspěch a výstavba proběhla. V brzké době se budou moci klienti do tohoto domu v Zaječicích přestěhovat. Poslední sekci jsou ostatní vesnice.

Zde je zastoupeno pouze 5 účastníků výzkumu z různých vesnic v okolí. Tuto skupinu jsem vytvořila jako kontrolní, pro ověření zda ovlivňuje názor lidí skutečnost, jestli v dané vesnici bude či nebude tento projekt realizován.

¹ Oficiální vyjádření k této problematice není dostupné.

3.3 Užití výzkumných technik sběru dat

Ke sběru dat jsem použila metodu nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. V dotazníku bylo zadáno 14 otázek, z toho 8 uzavřených, 4 polouzavřené a 2 otevřené otázky. Dotazník byl distribuován osobně, v tištěné podobě. Na počátku dotazníku byla uvedena hlavička, která představila záměr výzkumného šetření. První část dotazníku směřovala ke zjištění základních sociodemografických charakteristik (pohlaví, věk, vzdělání a bydliště). Následující položky byly strukturovány tak, abychom zjistili názory účastníků dotazníkového šetření na transformaci sociálních služeb a další oblasti s touto problematikou spojené (viz. 3.1. Hlavní a dílčí cíle praktické části).

3.4 Analýza dat

Pro analýzu dat získaných dotazníkovým šetřením jsem použila metodu prostého výčtu. U otevřených nebo polouzavřených otázek jsem náhodným výběrem uvedla několik příkladů odpovědí účastníků dotazníkového šetření.

4. Výsledky

V této části se budeme prezentovat výsledky dotazníkového šetření a dále shrneme odpovědi vybraných účastníků výzkumného šetření.

Tab. 1 Zastoupení mužů a žen v rámci dotazníkového šetření v jednotlivých městech

Města	Chrudim			Slatiňany			Orel			Zaječice			Ostatní			Celkem		
pohlaví	ž	m	Σ	ž	m	Σ	ž	m	Σ	ž	m	Σ	ž	m	Σ	ž	m	Σ
n	25	25	50	15	10	25	7	3	10	4	6	10	2	3	5	53	47	100
%	25	25	50	15	10	25	7	3	10	4	6	10	2	3	5	53	47	100

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

V rámci sociodemografických specifikací byla první otázka na pohlaví účastníka dotazníkového šetření. Z celkových 100 lidí se zúčastnilo celkem 53 žen a 47 mužů. Tabulka 1 uvádí, jaké je jednotlivé zastoupení obou pohlaví účastníků v jednotlivých městech.

Tab. 2 Účastníci dotazníkového šetření dle věku

Věk	15-25	26-35	36 - 45	46-55	56 a více	Celkem
n	17	24	16	19	24	100
%	17	24	16	19	24	100

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Účastníci dotazníkového šetření si zvolili, do které věkové kategorie spadají. Nejvyšší zastoupení mají skupiny 26 - 35 let a 56 a více se shodnými 24 účastníky. Další početnou skupinou byla s 19 lidmi věková hranice 46 - 55. Méně osob již bylo nejmladších 15 - 25 let. A nejméně zastoupenou skupinou je věk 36 - 45.

Tab. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Vzdělání	Základní	Výuční List	Maturitní vysvědčení	Dis.	Bc.	Mgr., Ing. a vyšší	Celkem
n	13	23	27	7	8	22	100
%	13	23	27	7	8	22	100

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Následovalo rozdělení disponentů do sekcí dle dosaženého nejvyššího vzdělání. Musíme však brát v potaz, že nižší věkové skupiny mohou stále studovat, proto může být ovlivněn počet nejnižšího dosaženého vzdělání. Do skupiny pouze se základním vzděláním spadá 13 účastníků výzkumu, z toho jsou 4 osoby v nejnižší věkové skupině, tudíž je tu možnost, že vyššího vzdělání ani dosáhnout zatím nemohli. Ve vyšších věkových skupinách je tedy 9 osob, převážně v nejvyšší věkové skupině – nad 56 let. V kategorii odborné středoškolské s výučním listem se nalézají 23 členů. Středoškolské s maturitou je nejvíce zastoupenou skupinou s 27 osobami. Tyto dvě kategorie jsou logicky jedny z nejvíce zastoupených, protože je zapotřebí průměrné inteligence k úspěšnému absolvování středoškolského vzdělání. Možností v pokračování studia jsou Vyšší odborné školy, kde absolventi získají titul Dis. – diplomovaný specialista – v této sekci máme 7 osob. Vysokoškolské studium pak pro potřeby dotazníku dělím na absolventy bakalářského studia, kterých máme 8, a členy akademické obce, kteří dokončili magisterské studium či postgraduální studium s 22 osobami. Můžeme konstatovat, že úroveň ve vzdělání účastníků výzkumu je na velice vysoké úrovni.

Tab. 4 Existence pobytového zařízení pro osoby s mentálním postižením v daném městě

Názor	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne	Celkem
n	56	15	20	9	11	100
%	56	15	20	9	11	100

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Další otázkou bylo, zda se ve městě či vesnici, ve kterém účastník výzkumu žije, nachází zařízení, kde by mohly osoby s mentální retardací bydlet. Pro naše potřeby nezkoumáme, v jaké míře je tato odpověď pravdivá, ale jaké povědomí lidé mají o svém okolí. 56 účastníků výzkumu odpovědělo, že rozhodně mají toto zařízení v místě svého bydliště. Spíše ano odpovědělo 15 osob. Nevím 20 lidí. 9 osob odpovědělo, že spíše toto zařízení není v jejich městě. A rozhodně ne odpovědělo 11 osob.

Tab. 5 Známost s osobami s mentálním postižením

Známost	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Rozhodně ne	Celkem
N	60	14	7	10	9	100
%	60	14	7	10	9	100

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tab. 6 Konkrétní vazby s osobami s mentálním postižením

Vazba	Rodina	Kamarád	Soused	Kolega	Jiná osoba	Celkem
n	9	18	17	6	33	83
%	11	22	20	7	40	100

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Nyní mě zajímalo, zda účastník dotazníkového šetření zná osobu s mentálním postižením a pokud zvolí rozhodně ano, nebo spíše ano, tak má zvolit možnost, o jakou osobu se jedná. Dalšími možnostmi pak byla škála nevím, spíše ne, rozhodně ne. První možnost – rozhodně ano zvolilo 60 osob, druhou – spíše ano zvolilo 14 osob, proto tedy z možného výběru osob, které účastník výzkumu zná, vybíralo 74 osob (někteří, zvolili i více položek, pakliže znali více osob s mentálním postižením, proto se toto číslo neshoduje se součtem všech odpovědí na sociální postavení k této osobě) (viz tab. 5). Rodinného příslušníka zmínilo 9 osob, kamaráda zakroužkovalo 18 účastníků výzkumu, 17 zaznamenalo souseda, 6 lidí má kolegu

s mentálním postižením a 33 dotazovaných označilo jinou osobu (neboli, že s člověkem s mentálním postižením mají jiný sociální vztah). Třetí, čtvrtou a pátou možnost – nevím, spíše ne, rozhodně ne pak zvolilo 26 lidí a to v tomto rozložení: nevím 7 osob, spíše ne zaškrtno 10 lidí a rozhodně ne zvolilo 9 oslovených (viz tab. 6)

Na otázku zda dotazovaní vědí, co znamená pojem „transformace sociálních služeb“ odpovědělo, že vědí, 23 osob, ne odpovědělo 45 a částečně 32 lidí. K výše uvedené otázce uvádím příklady (ilustrováno pouze výběrem z oblasti) přímé odpovědi účastníků:

- *„O transformaci sociálních služeb jsem slyšela při příležitosti jarmarku v DSS Slatiňany, jde o začlenění osob s mentálním postižením do společnosti“.*
- *„Dozvěděla jsem se o transformaci od známých, jde o začleňování postižených osob – stavění domečků ve Slatiňanech, aby postižení měli podobnější život tomu našemu, začlenili se do společnosti“.*
- *„Jde o bydlení v běžném prostředí, možnost žít v běžné domácnost“.*
- *„Vím o tom z reportáže co proběhla v televizi, je to snaha o začlenění lidí s mentálním postižením do většinové společnosti, rušení velkokapacitních zařízení“.*
- *„Dozvěděl jsem se to při stavění domů pro postižené v okolí, jde o jejich začlenění“.*
- *„Zjistila jsem to při stavbě zařízení pro postižené ze Slatiňan, je to začleňování postižených lidí do společnosti“.*
- *“Slyšela jsem to asi v nějakém televizním pořadu, jde o to, aby klient sociálních služeb se cítil v novém domácím prostředí lépe, než za branami ústavu“.*
- *„Nevím kde, jde o začleňování mentálně postižených do společnosti, stavění domků atd“.*
- *„O transformaci jsem slyšel v minulé práci v DSS Slatiňany, byl jsem při začátcích. Myslím, že je to něco jako začlenění lidí s mentálním postižením mezi lidi zdravé – domečky, práce, jízda hromadnými prostředky, ...“.*
- *„Četl jsem o tom na internetu – je to rušení velkokapacitních zařízení pro osoby s mentálním postižením a jejich integrace do většinové společnosti“.*

- „Slyšel jsem o tom od manželky, v této oblasti pracuje. Jde o začlenění sociálně znevýhodněných lidí do běžné společnosti a ne je zavírat do ústavů, vést je k samostatnosti, poskytnout jim větší svobody“.
- „Slyšel jsem o tom při návštěvě domova sociálních služeb ve Slatiňanech, je to přeměna společného „ústavního“ bydlení na bydlení podobnější běžnému životu“.
- „V mé práci probíhá transformace, je to snaha o zlepšení životních podmínek pro osůbky s postižením, nabídnutí více možností v jejich životě“.
- „Hovořila o tom neteř, která studuje VŠ. Je to snaha začlenit mentálně postižené do běžné společnosti“.

Dále mě zajímalo, zda účastníci dotazníkového šetření souhlasí se zavíráním velkokapacitních pobytových zařízení určených pro osoby s mentálním postižením a začleňování těchto osob do běžného života. Neboli stěhování těchto lidí do bytových jednotek a domů v jejich okolí. V tomto případě nám vyšla Gaussova křivka – 17 osob odpovědělo, že souhlasí, 19 osob, že spíše s tímto procesem souhlasí, 28 osob nemá vyhraněný názor, protože nemá v těchto věcech dostatek informací, 19 osob, že spíše nesouhlasí a 17 osob nesouhlasí. K výše uvedené otázce uvádím příklady (ilustrované pouze výběrem z oblastí) přímé odpovědi účastníků:

- „Pracuji v technickém oboru, podobné problémy neřeším“.
- „Je to dobrý nápad, když se provede správně, bude prospěšná“.
- „Možnost výběru jak chtějí tyto osůbky žít, přežitost osamostatnit se, volnost“.
- „Komplikované z hlediska péče“.
- „Kéž by se vše, co se dřív jmenovalo „ústav“, transformovalo a polidštilo...“.
- „Decentralizace péče o tyto osoby přinese navýšení nákladů a náhlá změna prostředí nepřispěje ke zlepšení zdravotního stavu klientů“.
- „Myslím si, že naše společnost není připravená na tento krok, a že není vše důkladně připraveno a zorganizovaného, vše by mělo probíhat pomaleji a promyšleněji“.
- „Nepřijde mi to vhodné“.

- „Většina těchto lidí se hodí pro tyto změny, těžce postižení ne!“.
- „Začleňovat by se měli s lehkým mentálním postižením, ostatním to spíše ubližuje, cítí se mezi svými rovni, zatěžuje to personál (přejíždění)“.
- „Byly by šťastnější mezi svými“.
- „Umožní těmto lidem žít život běžných vrstevníků“.
- „Myslím, že na to nejsou dostatečně připraveni, že jim je mezi svými lépe“.
- „Dle mého názoru tito lidé budou chudáci, protože většina klientů je od narození zvyklá na „něco“ a „někoho“ a teď je z toho prostředí vytrhnou a dají jinam“.
- „Nejsou samostatní“.
- „Menší jednoty jsou intimnější, soukromější, jedinec lépe zná všechny kolem sebe a cítí se bezpečněji“.
- „Jelikož tito lidé potřebují prostor na své koníčky a jiné kulturní akce. V normálním životě jim těchto akcí moc neumožňujeme a spíše se těchto lidí straníme“.
- „Stejně budou vyloučení ze společnosti“.
- „Protože potřebují 24 hodinovou kontrolu“.
- „Myslím, že potřebují neustálý kontakt. To se snáze dosahuje v menší skupině“.
- „Lidé s mentálním postižením žijí z mého pohledu v příjemnějším prostředí. Bytové jednotky stále poskytují vysokou péči a postižení lidé se tak více zapojují i do běžného života – nejsou od něho odtrhnuti právě ve velkokapacitních zařízeních, kde se setkávají pouze se stejnými a s pečovateli“.
- „Zařízení menší, intimnější lépe „simulující“ rodinný formát v prostorech“.
- „Důstojnější prostředí s větší možností kultivace samoobslužnosti“.

V těchto odůvodněních si můžeme všimnout dvou protipólů, na jedné straně opory tohoto kroku – na druhé straně jisté druhy předsudků a přetrvávajících mýtů.

Zajímalo mě také to, zda v sousedství účastníků výzkumu bydlí člověk s mentálním postižením. Jako odpověď se 42 krát objevilo ano, 22 krát nevím a 36 krát ne. Pokud sousedy s mentálním postižením mají, měli napsat, zda jim to vadí a případné výhody a nevýhody tohoto sousedství. U osob, které sousedy s mentálním postižením nemají, měli napsat, zda by jim takové sousedství vadilo a proč. K výše uvedené otázce uvádím příklady (ilustrováno pouze výběrem z oblastí) přímé odpovědi účastníků:

- „Nevadí mi to, manželský pár žije klidně a soběstačně. O výhodách a nevýhodách nevím. Sousedé potřebují někdy pomoc, například s pojistkami, nemáme problém pomoci“.
- „Bojím se nákazy žloutenkou, nemají ani potuchy, co přenáší“.
- „Nevadí, takový člověk pro mě výhody nemá, a neměl by mít pro nikoho, jen pro osobu, jež se o něj stará“.
- „Rozhodně nevadilo, jak už jsem zmiňovala, mám s takovými jedinci zkušenost“.
- „Nevadilo, mentálně postižení lidé mě nevadí“.
- „Nevadí, výhody ani nevýhody nepociťuji – neovlivňují mě“.
- „Vadí mi to, rodina ho nezvládá!“.
- „Myslím si, že by mi to nevadilo, pracuji s takovými lidmi, umím s nimi jednat“.
- „Nevím, spíš ne, ale jen když to bude zabezpečeno sociální službou“.
- „Nevadilo, jelikož tato skupina lidí není ohrožující pro ostatní“.
- „Je skvělé, pokud člověk s postižením dokáže být samostatný či jen využívat pár sociálních služeb“.
- „Nevím, asi bych měla strach, co daný člověk udělá, jak zareaguje, aby mi něco neudělal“.
- „Nevadilo, pokud bych byl předem informován“.
- „Ano vadilo, nechci, aby tito lidé snižovali hodnotu mého majetku“.
- „Asi vadilo, nechci aby mě s ním někdo viděl a myslel si, že jsem taky šáhlej“.

- „Radši to ani vědět nechci, stačí mi, že je mentoš můj bratranec“.
- „Vadilo by mi, že od nich můžu něco chytnout“.
- „Nevadí, paní je milá, slušná, nijak nás neomezuje“.
- „Nevadilo, pakliže by mě neohrožoval“.
- „Výhody – pobírá za něj důchod opatrovník, Nevýhody – sociálně vyloučení ostatními, celkově by mi to nevadilo“.
- „Nevadilo, pokud by byli pod dohledem“.

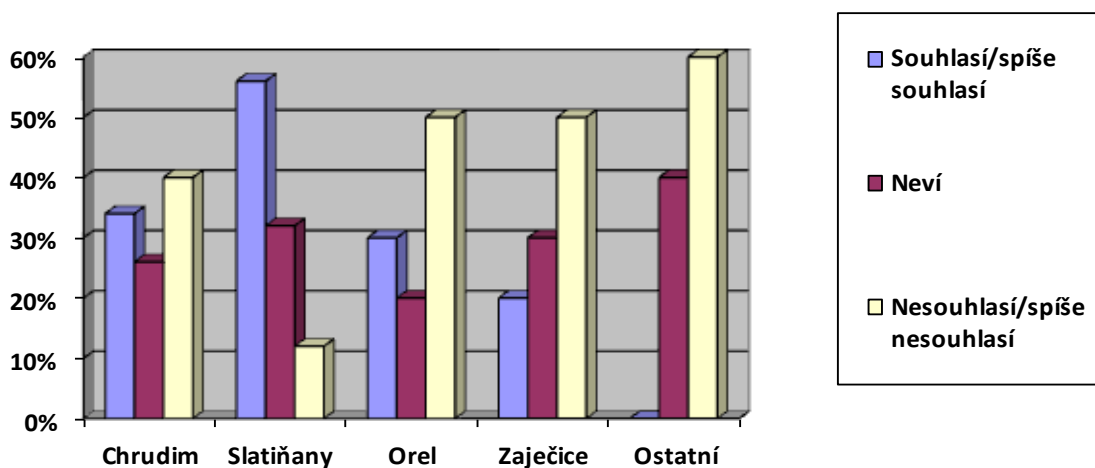
Když si přečteme tyto názory, zjistíme, že se opět potvrzují mýty, lidé jsou neinformovaní a tak se bojí možnosti nákazy nemocemi, také nepředvídatelnosti chování. Ke zmírnění obav pomáhá zaštitění sociálními službami. A samozřejmě je velice důležitý individuální přístup jednotlivých lidí.

Na závěr měli účastníci výzkumného šetření možnost napsat své vlastní poznámky. K této sekci uvádím příklady (ilustrováno pouze výběrem z oblasti) přímé odpovědi účastníků:

- „Zdraví mají potíže natož postižení, a rozum mi to nebere, práce není a bydlení taky ne“.
- „Myslím si, že ještě nenadešel ten správný čas pro tyto změny“.
- „Prostředky by měly být použity na děti do dětských domovů, po 18. roce nástupu do života“.
- „Lidé, kteří si myslí, že mentálně postižení potřebují začlenit, tak se milí, ať si je vezmou na týden domů a potom dělají rozhodnutí! Je spousta mladých rodin, které potřebují více podpory, než nějací postižení“.
- „Práci ani bydlení nemají ani vzdělání, jako normální lidé“.

Dílčí výzkumná otázka - 1. Jaký je názor účastníků dotazníkového šetření na rušení velkokapacitních ubytovacích zařízení pro osoby s mentálním postižením?

Nyní si porovnáme do jaké míry se liší přístup lidí ze Slatiňan – malého města, kde lidé s postižením žijí dlouhá léta a dochází k interakci s běžnou populací. V porovnání s větším městem – Chrudimí, kde je zachovalá jistá anonymita lidí, nedochází tolik ke kontaktu mezi sousedy, do jisté míry platí nezájem o okolí. Dále také malé vesnice, kde se všichni obyvatelé navzájem znají, mají vytvořenou komunitu. Konkrétně první graf porovnává odpovědi z již zmíněných měst a obcí (Chrudim, Slatiňany, Orel, Zaječice, Ostatní) na otázku – Zda souhlasí s rušením velkokapacitních ubytovacích zařízení pro osoby s mentální retardací. Pro naše potřeby jsem do grafu sloučila odpovědi souhlasím, spíše souhlasím do jedné a také spíše nesouhlasím a nesouhlasím. Pro Chrudim máme následující data: Souhlasí 34% z dotázaných, neví 26%, nesouhlasí 40%. Za Slatiňany souhlasí 56% účastníků výzkumu, 32% neví a pouze 12% s tímto procesem nesouhlasí. V Orli souhlasí pouze 30% osob, 20% neví a celých 50% nesouhlasí. S velice podobným přístupem se setkáme i v Zaječicích, kde 20% lidí souhlasí s rušením velkokapacitních zařízení, 30% neví a opět 50% nesouhlasí. Ze sekce ostatní obce je postoj ještě více negativní, nemáme žádného zástupce, který by souhlasil, 40% neví, a celých 60% nesouhlasí (viz Graf 1).

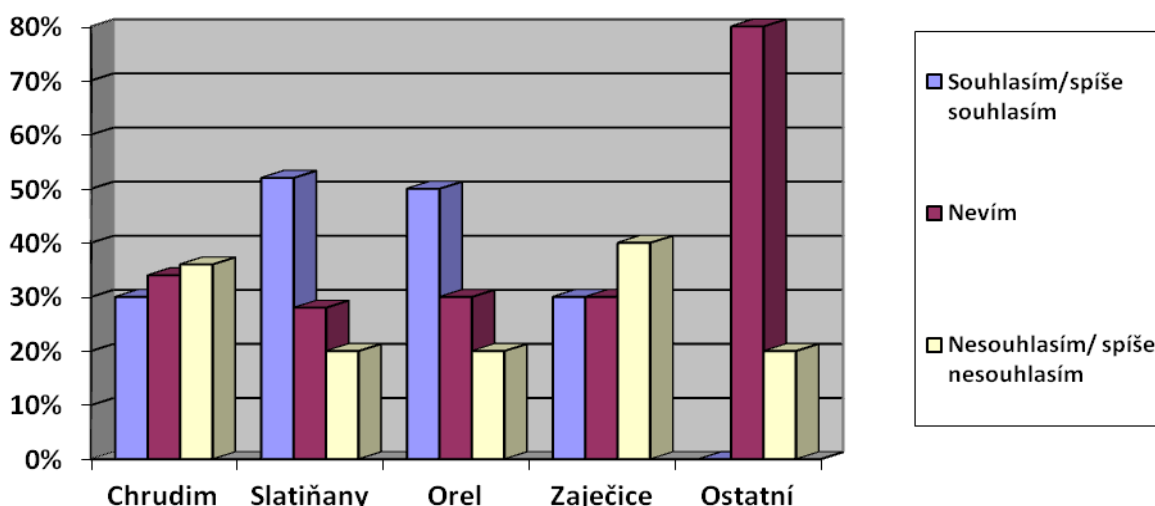


Graf 1 - Názor na rušení velkokapacitních ubytovacích zařízení pro mentálně postižené

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Dílčí výzkumná otázka 2. Jaký je názor účastníků dotazníkového šetření, zda jsou změny v bydlení pro osoby s mentálním postižením?

Druhý graf se zabývá otázkou, zda si účastníci výzkumu myslí, že je tato změna bydlení pro osoby s mentálním postižením prospěšná. Předpokládám, že nejvíce pozitivní postoj v tomto směru budou mít opět účastníci výzkumu ze Slatiňan. U ostatních lidí v tomto směru závisí na individuálním názoru jednotlivých lidí. Podíváme-li se na konkrétní čísla – v Chrudimi jsou názory vyrovnané, 30% dotazovaných souhlasí s tím, že je tato změna prospěšná, 34% neví a 36% nesouhlasí, že by tato změna byla prospěšná. Ve Slatiňanech si myslí 52% lidí, že je tato změna prospěšná, 28% neví a 20% si myslí, že není prospěšná. V Orli je poměr dosti podobný 50% souhlasí, 30% neví a 20% nesouhlasí. V Zaječicích 30% souhlasí, 30% neví a 40% nesouhlasí. V Ostatních obcích 80% neví a 20% nesouhlasí (viz Graf 2).

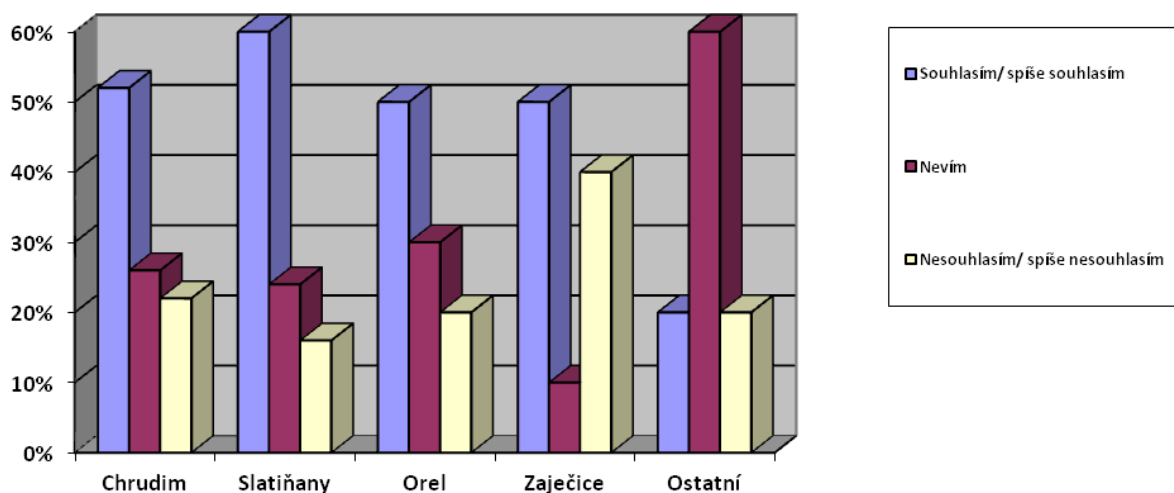


Graf 2 – Názor účastníků výzkumu, zda je tato změna v ubytování pro klienty prospěšná.

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Dílčí výzkumná otázka 3. Jaký je názor účastníků dotazníkového šetření na integraci osob s mentálním postižením?

Další otázkou je, zda účastníci výzkumu souhlasí se začleňováním osob s mentálním postižením do většinové společnosti. Myslím si, že tato otázka může být do značné míry ovlivněna i snahou odpovědět dle předpokladu neboli dle toho, jak to společnost očekává. Proto si myslím, že bude hodně odpovědí – souhlasím/ spíše souhlasím. Jak je tomu ve skutečnosti – V Chrudimi souhlasí se začleňováním osob s mentálním postižením do většinové společnosti 52%, neví 26% a nesouhlasí 22%. Ve Slatiňanech s integrací souhlasí 60%, neví 24% a 16% nesouhlasí. V Orli souhlasí 50%, neví 30%, nesouhlasí 20%. V Zaječicích souhlasí se začleňováním 50% z dotázaných, 10% neví a 40% nesouhlasí. Z ostatních vesnic souhlasí 20%, neví 60% a 20% nesouhlasí (viz Graf 3).



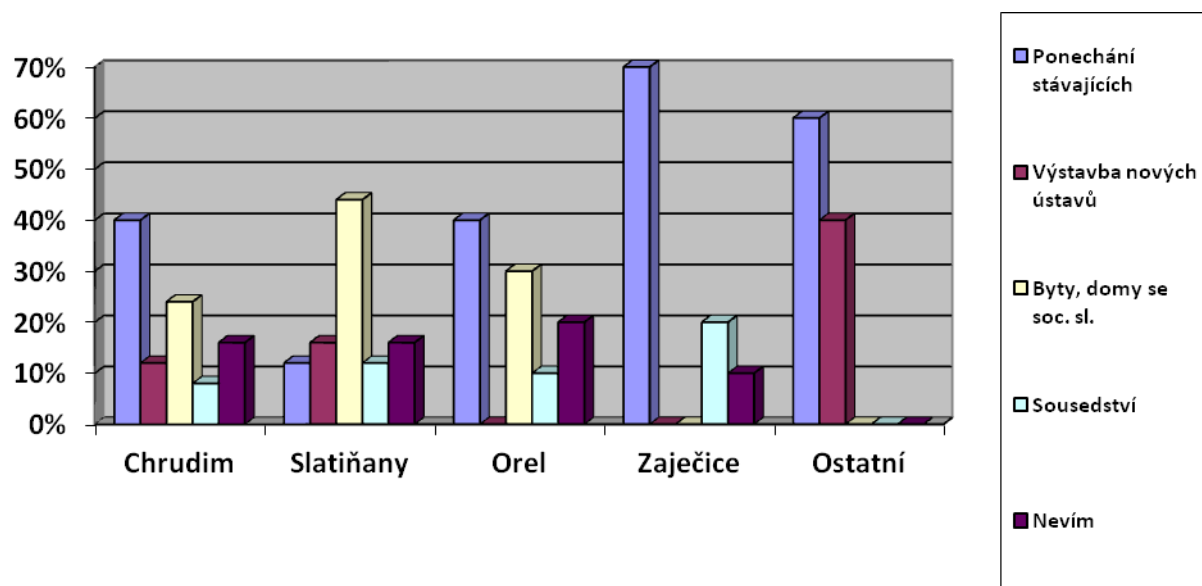
Graf 3 – Názor veřejnosti na integraci, zda s ní souhlasí

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Dílčí výzkumná otázka 4. Jaký typ ubytování považují účastníci dotazníkového šetření za nejvhodnější pro osoby s mentálním postižením?

Poslední otázkou, kterou porovnáme, jak se liší odpovědi dle místa bydliště účastníků výzkumu, k jaké variantě se přiklání v ubytování osob se mentálním postižením. Na výběr byly tyto možnosti – a) ponechání velkokapacitních ústavů v současném stavu a míře (18 a více lidí „pod jednou střechou“), b) vytvoření nových (dalších) velkokapacitních ústavů, c) vytvoření samostatných bytových jednotek (bytové i rodinné domky), d) klasické sousedství bez zaštitění sociálních služeb, e) nevím, nemám názor. Další odpovědi účastníků výzkumu, potvrdí se náš předpoklad, že v Chrudimi zvolilo variantu A 40% lidí, variantu B 12%, variantu C 24%, variantu D 8%, a poslední možnost E – nevím, nemám názor, zvolilo 16%. Ve Slatiňanech bylo následné rozvrhnutí: variantu A zvolilo 12% lidí, variantu B 16%, variantu C 44%, variantu D 12%, a poslední možnost E – nevím, nemám názor, zvolilo 16%. V Orli zvolilo variantu A 40% lidí, variantu B 0%, variantu C 30%, variantu D 10%, a poslední možnost E – nevím, nemám názor zvolilo 20%. V Zaječicích účastníci výzkumu zvolili variantu A 70% lidí, variantu B 0%, variantu C 0%, variantu D 20%, a poslední možnost E – nevím, nemám názor, zvolilo 10%. Z ostatních vesnic lidé zvolili následující variantu A 60% lidí, variantu B 40%, variantu C 0%, variantu D 0% a poslední možnost E – nevím, nemám názor, zvolilo 0% (viz Graf 4).

K jaké variantě se přikláníte v otázce ubytování osob s mentálním postižením?



Graf 4 – Jakou formu ubytování preferuje účastník výzkumu

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

5 Diskuze

Shrneme-li informace získané dotazníkovým šetřením, zjistíme, že můžeme říci, že do značné míry ovlivňuje lidi jejich zkušenost s osobami s mentálním postižením. Pokud mají možnost tyto osoby denně potkávat, vidět jejich reakce, pozorovat jejich možnosti a schopnosti, dokážou je lépe pochopit a respektovat. Ideální je jejich pozvolná a přirozená integrace do společnosti. Pozitivnější přístup mají lidé z města, nežli lidé z vesnice, ti si nechtějí zvykat na nové sousedy, více se bojí i o svůj majetek a zdraví. Ovšem je otázkou, do jaké míry jde ve městech o integraci, když nedochází k interakci mezi sousedy. Můžeme však říci, že by prospělo více informovat veřejnost o transformaci sociálních služeb i globálně o mentálním postižení, abychom co možná nejvíce odbourali mýty a předsudky, které se mezi lidmi stále ještě objevují.

Předpokládala jsem, že nejvíce lidí podporující transformaci a začleňování osob s mentálním postižením, bude ze Slatiňan. Znájí totiž osoby s mentálním postižením, přichází s nimi do kontaktu, vědí, že nejsou nebezpeční, a že není důvod, aby žili za vysokými zdmi na okraji nejen města, ale i společnosti. Ve větších městech se naopak setkáváme s tím, že lidé žijí v určité bublině, nekomunikují se svým okolím, neznají své sousedy. Možná i proto je zde většina lidí apatická a nejeví tolik zájem o okolí a většina věcí jim je jedno nebo nemají na danou věc vyhraněný názor. Kdežto na vesnicích stále ještě funguje solidarita, hlavně u starší populace, která se navzájem moc dobře zná již léta, ale i děti si společně hrají a navzájem se znají. Na to může mít i vliv nižší možnost volnočasových aktivit na vesnicích. Děti musí být soběstačnější v organizaci zábavy či navštěvovat kroužky v okolních městech. Podíváme-li se na výsledky mého dotazníkového šetření, zjistíme, že se mé předpoklady do značné míry potvrdily.

Po zpracování všech těchto dat, jak teoretických tak praktických, bych doporučila pozvolnější tempo transformace. Umožnit klientům více času na nácvik praktických dovedností. Pomoci klientům natrénovat každodenní činnosti, pomoci jim poznat nové město či obec, být u prvního kontaktu se sousedy apod. Pokusit se o rozšíření informací do většinové společnosti nejen o transformaci, ale i globálně o lidech s mentálním postižením. Tímto stylem by se do jisté míry měly podařit odbourat předsudky lidí, nejlepší je vlastní zkušenost a dostatek informací. Zařadila bych také více aktivit, které by byly propojené jak pro lidi s postižením, tak bez postižení. Nejlepší formou integrace je ta, která probíhá již

od útlého věku. Podpořila bych také služby rané péče, aby co možná nejvíce dětí s postižením zůstalo v rodině, ve které má větší možnost rozvíjet se, samozřejmě nejen péče rodičů, ale i dalších odborníků by byla individuálně připravena na potřeby dítěte. S tím související integrace do běžné základní školy, pokud je to možné a vhodné. Dítě by také mělo navštěvovat klasické volnočasové kroužky, takové, které jsou pro něj vhodné a děti je dokážou zvládat, aby zažily úspěch v činnostech, které dítě baví. U dospělých lidí jsou volnočasové aktivity také důležité, ale největší potenciál vidím v chráněných pracovních místech. Intaktní společnost uvítá, když lidé s mentálním postižením budou do jisté míry soběstační i v získávání prostředků.

6 Závěr

Bakalářská práce „Analýza připravenosti na transformaci sociálních služeb ve vybraném kraji“ nabízí možnost nahlédnout na transformaci sociálních služeb z jiného úhlu pohledu než je běžné. Zjistit názor veřejnosti, jak se na změnu v péči o lidi s mentálním postižením dívají a také proč to tak je.

V teoretické části jsem se zaměřila nejprve na vydefinování základních pojmů mentální retardace a mentální postižení a modely přístupu k lidem s mentálním postižením dle Lečbycha. Dále jsem se zkoumala osobnost člověka s mentálním postižením, mýty a předsudky lidí vůči mentálně postiženým lidem. Definovala jsem transformaci sociálních služeb, poté konkrétní příklady, jak probíhá transformace ve Slatiňanech z oficiálních materiálů, ale také z pohledu zaměstnanců.

V praktické části je objasněno výzkumné šetření, které bylo prováděno dotazníkovou metodou. Výzkumu se zúčastnilo sto účastníků výzkumu – 50 z Chrudimi, 25 ze Slatiňan, 10 z Orle, 10 ze Zaječic a 5 z ostatních vesnic. Rozložení bylo zvoleno s ohledem na velikost daných měst a vesnic. Nastínili jsme myšlenky intaktní společnosti na problematiku nejen transformace, ale i na integraci a globálně na osoby s postižením. Nejen samotnou bakalářskou prací, ale i dotazníkovým šetřením jsem chtěla upozornit na transformaci sociálních služeb. Mé předpoklady, že nejvíce pozitivních zkušeností, tudíž i pozitivní přístup mají lidé ze Slatiňan, byly potvrzeny.

Seznam bibliografických citací

- Bubeníčková, H. (2002): E-bariéry osob se zdravotním postižením (cit. 06.4.2014). On-line text, dostupné z <<http://www.sons.cz/docs/e-bariery/>>
- Centrum podpory transformace, o.p.s. (cit. 22.2.2015). On-line text, dostupné z <<http://www.podporatransformace.cz/>>
- DSS Slatiňany: Transformace DSS Slatiňany (cit. 29.3.2012). On-line text, dostupné z <<http://www.dss.cz/31-transformace-dss-slatinany/>>
- Lečbych, M. (2005). Modely mentální retardace. *Psychologie dnes*, ročník 11, číslo 6, str. 33 - 34.
- MPSV ČR (2013a): Sociální služby – způsoby pomoci (cit. 21.2.2014). On-line text, dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>>
- MPSV ČR (2013b): Individuální projekt MPSV – Transformace sociálních služeb (cit. 20.3.2014). On-line text, dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/14597>>
- MPSV ČR (2013c): Na Poříčním právu 1, 128 00 Praha 2 , www.mpsv.cz/cs/7058, 1. vydání, Praha 2013 ISBN: 978-80-7421-057-0
- Národní centrum podpory transformace sociálních služeb (2007). Projekt Podpora transformace sociálních služeb (2007-2013) (cit. 20.3.2014). On-line text, dostupné z <http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=55242&app=Article&grp=Content&mod=ContentPortal&sta=ArticleDetail&pst=ArticleDetail&p1=OID_INT_2591&p2=Header_BOOL_True&p3=RoundPanel_BOOL_True&p4=VPath_STRING_&acode=89050476>
- Sociální služby v Pardubickém kraji, (cit. 27.3.2015). On-line text dostupné z <<http://www.sluzby-pardubickykraj.cz/transformace-pobytovych-socialnich-sluzeb/transformace-domova-socialnich-sluzeb-slatinany/>>
- Švarcová, I. (2006): Mentální retardace. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0
- Švarcová, I. (2011): Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0
- Thorová, K. a Jůn, H. (2012): Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem. Praha: APLA PRAHA, o. s. ISBN 978-80-87690-08-6

- Valenta, M. a Müller, O. (2009): Psychopedie. Jihlava: Nakladatelství PARTA s.r.o., ISBN 978-80-7320-137-1
- Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M., a kol. (2012): Mentální postižení. Praha: Garda Publishig, a.s. ISBN 978-80-247-3829-1
- WHO (2008). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. WHO: Ženeva

Seznam tabulek

	str.
Tab. 1 – Zastoupení mužů a žen v rámci dotazníkového šetření v jednotlivých městech	28
Tab. 2 – Zařazení účastníků dotazníkového šetření do věkových skupin	28
Tab. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání účastníků dotazníkového šetření	29
Tab. 4 – Názor účastníků dotazníkového šetření, zda se v jejich místě bydliště nachází pobytové zařízení pro osoby s mentálním postižením	29
Tab. 5 – Známost s osobami s mentálním postižením	30
Tab. 6 – Konkrétní vazby s osobami s mentálním postižením	30

Seznam grafů

	str.
Graf č. 1 – Názor na rušení velkokapacitních ubytovacích zařízení pro mentálně postižené	36
Graf č. 2 – Názor účastníků výzkumu, zda je tato změna v ubytování pro klienty prospěšná	37
Graf č. 3 – Názor veřejnosti na integraci, zda s ní souhlasí	38
Graf č. 4 – Jakou formu ubytování preferuje účastník výzkumu	40

Seznam zkratek

ČR – Česká republika

DSS – Dům sociálních služeb

EU – Evropská unie

IQ – inteligenční kvocient

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

NS – nespecifikovaná

WHO – World health organisation

Anotace

Jméno a příjmení:	Kateřina Šustrová
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D
Rok obhajoby:	2015
Název práce:	Analýza připravenosti na transformaci sociálních služeb ve vybraném kraji
Název v angličtině:	Analysis of readiness for transformation of social services in selected region
Anotace práce:	Bakalářská práce pojednává o transformaci sociálních služeb v Pardubickém kraji, konkrétně o transformaci Domova sociálních služeb Slatiňany. Práce je rozdělena na dvě části na teoretickou a praktickou. V teoretické si vymezíme pojmy mentální retardace a mentální postižení, snažíme se vydefinovat osobnost člověka s mentálním postižením, vyjasníme si, co je myšleno transformací sociálních služeb a zaměříme se konkrétně na průběh projektu v rámci Domova sociálních služeb Slatiňany. V praktické části zjistíme názory účastníků výzkumu na tento proces a globálně i přístup k lidem s postižením.
Klíčová slova:	Transformace sociálních služeb, mentální postižení, mentální retardace
Anotace v angličtině:	Bachelor thesis "Analysis of readiness for transformation of social services in selected region" discusses the transformation of social services in the Pardubice region, namely the transformation of the House of social care. The work is divided into two parts: theoretical and practical. The theoretical defines concepts of mental retardation and mental disability, we try to define the personality of a person with mental retardation, we clarify what is meant by the transformation of social services and focus specifically on the progress of the project within the the House of social care. In the practical part we find respondents' views on the process and as well as access to people with disabilities.
Klíčová slova v angličtině:	Transformation of social services, mental retardation, mental disability
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	44 stran
Jazyk práce:	Český