

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

bakalářské kombinované studium
2009–2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Květoslava Vondráčková

Terapeutická činnost poskytovaná jedincům se středně těžkým mentálním postižením v terapeutických dílnách v domově „Zvíkovecká kytička“

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Martina Karkošová

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined Studies
2009–2012

BACHELOR THESIS

Květoslava Vondráčková

Therapeutic activities provided to individuals with moderate intellectual disabilities in therapeutic workshops in „Zvíkovecká kytička“ institute

Prague 2012

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:
Mgr. Martina Karkošová**

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

Ve Zvíkovci dne 12.3.2012

Jméno autorky

Květoslava Vondráčková

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Martině Karkošové za cenné rady, připomínky a odborné vedení této mé práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá pohledem zaměřeným na problematiku současného vzdělávání a zaměstnávání mentálně postižených jedinců a na možnostech jejich uplatnění v současné společnosti. Zároveň by měla přinést poznatky z pozorování těchto jedinců vyplývající z dlouhodobého kontaktu s těmito lidmi.

Klíčové pojmy

cíle vzdělávání, formy vzdělávání, mentální retardace, metody vzdělávání, specifikace mentální retardace, vzdělávání jedinců s postižením, zaměstnávání jedinců s postižením

Annotation

The Bachelor work is concerned with the view focused on the problems of current education and on employment of mentally retarded individuals and on possibilities of their employment in contemporary society. The work should as well provide experience from observation of these individuals following long-term contact with mentioned individuals.

Key words

The goals of education, The forms of education, The mental retardation, The methods of education, The specification of mental retardation, The education of individuals with mentally retarded, employment of individuals with mentally retarded.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Definování pojmů	9
1.1 Etiologie	10
1.2 Diagnostika mentální retardace	15
1.3 Klasifikace MR	16
2 Mentální retardace	24
2.1 Kognitivní dovednosti	25
2.2 Poruchy citů a vůle	26
2.3 Komunikace a řeč	27
3 Vzdělávání jedinců s MR	29
3.1 Možnosti vzdělávání dětí s mentálním postižením v předškolním věku	29
3.2 Vzdělávání dětí ve školním věku	30
3.3 Vzdělávání dospělých lidí s mentálním postižením	31
4 Formy terapeutické činnosti	32
4.1 Terapie hrou	36
4.2 Činnostní a pracovní terapie	36
4.3 Terapie s účastí zvířete	37
4.4 Terapie hudbou	37
5 Praktická část	38
5.1 Kazuistiky	40
5.2 Dílčí závěry z kazuistik	45
ZÁVĚR	47
SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ	49
SEZNAM PŘÍLOH	51

ÚVOD

Cílem bakalářské práce je zhodnocení účinnosti terapeutického působení na lidi se středně těžkým mentálním postižením. Tato problematika je poměrně značně složitá, neboť i když se jedná o stejný stupeň postižení, každý z těchto lidí potřebuje trochu jiný přístup. Je na každém pedagogovi nebo terapeutovi, zda je schopen správně odhadnout možnosti toho kterého daného klienta. Práce by pro něj měla být smysluplná, aby v ní dokázal uspokojení. To je totiž nesmírně důležité. Jedině tím, že stanovené cíle jsou realizovatelné, je možné docílit seberealizace klientů. Tato skutečnost působí motivačně pro další práci s nimi.

V první kapitole teoretické části naší práce nejprve přiblížíme pojem „Mentální retardace,“ její etiologii, projevy, prevenci, klasifikaci a diagnostiku.

V dalším oddíle nastíníme problémy vyplývající z postižení týkající se kognitivních dovedností, komunikace, problémů souvisejících s jemnou, či hrubou motorikou vyplývajících z daného stupně postižení atd.

V dalších dvou kapitolách seznámíme s možnostmi vzdělávání dětí s postižením a také druhy nejběžněji používaných terapií používaných při práci s lidmi, kteří jen těžko mohou žít bez podpory a pomoci ostatních lidí. Činnosti a pracovní terapie tak, jak ji prezentujeme v naší práci pozitivně zasahuje jednak do vývoje osobnosti mentálně postiženého jedince a jeho psychiky, ale můžeme říci, že se její vliv projevuje také v oblasti motoriky. Pracovní výchovou dochází ke zlepšení motorických funkcí daného jedince a tato činnost plní mimo jiné také úkol psychoterapeutický a rehabilitační.

V praktické části přiblížíme terapeutickou činnost v domově „Zvíkovecká kytička.“ Na kazuistikách klientů se středně těžkým mentálním postižením bychom chtěli ukázat, jak velký vliv má zaměstnávání na rozvoj osobnosti těchto lidí a také to, že vždy záleží na jednotlivém člověku s postižením, jak je ochoten spolupracovat na svém rozvoji, neboť i když se jedná o stejný stupeň postižení, není možno aplikovat stejný přístup a metody výuky na všechny tyto jedince bez rozdílu. Zde se projevuje nutnost empatie vůči jedincům s postižením, neboť právě vcítění se do mentality těchto lidí nám napomáhá v práci s nimi.

1 DEFINOVÁNÍ POJMŮ

Mentální postižení

„ Člověk může být jen tehdy člověkem, když je součástí lidské společnosti. Když je člověk izolovaný, nemůže rozvíjet svoji lidskost. Jeden závisí na druhém, musí se někomu svěřit a ostatní ho musí vzít na vědomí. Každé „já“ potřebuje svoje „ty“ každé „moje“ potřebuje „jeho“ nebo „její.“ Toto platí pro všechny, pro zdravé i pro nemocné, pro chytré i pro mentálně postižené. Společnost v jakékoliv podobě je to nejdůležitější pro každého člověka.“¹

„**Mentální retardace** je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti. V populaci se vyskytují přibližně 3 % mentálně postižených lidí.“²

„Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná.“³

„Termín mentální retardace navozuje představu určité dočasnosti opoždování ve vývoji, napomáhá k překonávání fatalistických názorů na možnost zlepšování tohoto stavu, naznačuje relativnost a plynulost opoždování, a zejména na rodiče dětí působí více optimisticky než termín postižení, který vyvolává pocit trvalosti a nezměnitelnosti stavu dítěte.“⁴

Dalším používaným termínem je **handicap** - „Handicap se zpravidla chápe jako ztráta nebo omezení příležitosti účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako

¹ VOCÍLKA, M. *Autismus*. Praha: Tech - Market, 1996. s. 8

² VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. [online]. 1999 [cit. 26. listopadu 2011].

Dostupné z <http://www.specialnipedagogika.cz/socius/data/432.pdf>

³ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 28

⁴ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 29

ostatní. Termín handicap označuje spíše konflikt ve vztahu osoby s postižením a prostředím, než samu skutečnost postižení.“⁵

1.1 Etiologie

„Příčiny mentálního postižení bývají kategorizovány podle různých klíčů, hovoří se o příčinách vnitřních - endogenních či vnějších - exogenních, o mentálním postižení vrozeném či získaném, o vlivech prenatálních (působících před porodem), perinatálních (působících během porodu a krátký čas po něm) a postnatálních (působících v průběhu života).“⁶

Prenatální příčiny

Vlivy dědičné - hereditární - „do těchto vlivů řadíme nejen po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které postupně vedou k mentálnímu postižení, ale také to, kdy dítě dědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti, jedná se tedy o faktory reprezentující spodní část Gaussovy distribuční křivky inteligence v populaci.“⁷

Příčiny genetické - „Vlivem mutagenních faktorů, z nichž některé známe (záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy...) a jiné nikoliv dochází k mutaci genů (na úrovni aminokyselin), k aberaci chromozomů, či změnám v jejich počtu (genomové mutace).“⁸

Enviromentální faktory - příčinou je onemocnění matky během těhotenství. „Řadíme sem onemocnění matky nemocemi jako jsou zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplasmóza, patří sem otravy olovem a přímou intoxikací embrya, či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky (fetální alkoholový syndrom), její nedostatečná výživa apod.“⁹

⁵ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 30

⁶ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. s. 58

⁷ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. s. 58

⁸ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. s. 59

⁹ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. s. 59

Perinatální příčiny

K těmto příčinám se řadí **perinatální encefalopatie**. „K dalším perinatálním faktorům patří **mechanické poškození mozku při porodu** a **hypoxie** či **asfyxie** (tj. nedostatek kyslíku), **předčasný porod** a **nízká porodní váha dítěte**, též nefyziologická **těžká novorozenecká žloutenka** - hyperbilirubinémie, při které bilirubin neodchází z těla a působí toxicky na nervovou soustavu (při nesouladu RH faktorů).“¹⁰

Postnatální příčiny

„V době po narození může způsobit mentální postižení mnoho vlivů, mezi něž patří **zánět mozku způsobený mikroorganismy** (klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida), mechanické vlivy jako **traumata, mozkové léze** při nádorovém onemocnění, **krvácení do mozku** a zvláště v pozdějším období **onemocnění vedoucí k deterioracím inteligence** typu Alzheimerovy choroby, Parkinsonovy choroby, alkoholové demence, schizofrenie, epileptické demence apod.“¹¹

Na snížení intelektových schopností může však mít vliv i mnoho dalších příčin, jako např. nepodnětné rodinné prostředí, nízké IQ rodičů atd.

Etiologie - projevy, prevence

Projevy mentálního postižení závisí samozřejmě na hloubce a míře postižení.

„Lehká a středně těžká mentální retardace se klinicky projevuje zejména:

- zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků,
- sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů,
- sníženou mechanickou a zejména logickou paměť,
- těkavostí pozornosti,
- nedostatečnou slovní zásobou,
- poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace,
- impulsivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování,
- citovou vzrušivostí,
- nedostatečnou rozvinutostí volných vlastností a sebereflexe,
- sugestibilitou a rigiditou chování,

¹⁰ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. s. 59

¹¹ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. s. 60

- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“,
- opožděným psychosexuálním vývojem,
- nerovnováhou aspirací a výkonů,
- zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí,
- poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci,
- sníženou přizpůsobivostí.¹²

„Prevence znamená činnost zaměřenou na zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické, či smyslové vady (primární prevence) nebo zabránění tomu, aby vada způsobila trvalé funkční omezení, či postižení (sekundární prevence). Prevence může zahrnovat mnoho různých typů činností, jako je primární zdravotní péče, prenatální a postnatální péče o dítě, výchova týkající se výživy, imunizační kampaně proti přenosným onemocněním, opatření pro kontrolu endemických nemocí, bezpečnostní pravidla, programy pro prevenci nehod v rozličných prostředích, včetně adaptace pracovního prostředí k prevenci nemocí a postižení z povolání, a pro prevenci postižení, které je výsledkem znečištění prostředí apod.“¹³

Jako velmi důležitá se jeví péče o ženu před a v průběhu těhotenství. Správná strava, omezení škodlivých návyků, vyvarování se některých rizikových aktivit a mimo jiné také návštěva genetické poradny, pokud je matce více než 35 let nebo pokud se v rodině nějaký defekt vyskytuje.

Rodina a dítě s mentálním postižením

Situace, ve které se ocitne rodina po narození postiženého dítěte, není v žádném případě jednoduchá. Ne každý člověk je schopen se s tímto faktem smířit a k nastalému problému se postavit zodpovědně.

I z vlastní zkušenosti víme o poměrně značném množství rodin, kdy jeden z rodičů nebyl schopen se s touto situací smířit a narození dítěte bylo vlastně počátkem rozpadu této rodiny. Péče o postižené dítě je časově i psychicky velmi náročná. Pokud na tuto péči zůstane pouze jeden z rodičů, je velmi těžké tuto situaci zvládnout.

¹² ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 41

¹³ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 63

Poměrně často potom suplují péči rodičů prarodiče, ale pokud přestanou být schopni se o dítě postarat, je většinou nutno hledat další řešení. Jak jsme se již zmínili, je péče o postižené dítě velmi náročná a znamená vlastně plný celodenní úvazek. Pokud zůstane rodina celá a funkční, dá se většinou tato situace zvládnout. Samozřejmě záleží na míře postižení dítěte. Je určitě jednodušší zvládnout péči o dítě s lehkým typem postižení, než o dítě s těžkým, či hlubokým postižením.

Přístup rodičů k dětem je také individuální. Někteří rodiče se k postiženému dítěti chovají jako k fyzicky nemocnému, vše dělají za něj a nenaučí ho ani základní návyky a dovednosti, jiní se chovají ochranně a v podstatě dítěti nedovolí jeho přirozený rozvoj v rámci jeho možností a jiní se snaží dítě vychovávat tak, aby se co nejméně odlišovalo od svých vrstevníků. Ani jeden z těchto přístupů však nevede k optimálnímu rozvoji postiženého dítěte.

„Nejvhodnější přístup spočívá asi v umění brát a mít rád dítě takové, jaké je. K dobrému a objektivnímu poznání svého dítěte, jeho vývojových možností, úrovně jeho schopností, hloubky a povahy postižení rodiče potřebují pomoc kvalifikovaných odborníků, především lékařů, psychologů a speciálních pedagogů. Tito odborníci by měli poskytovat svoji péči postiženým dětem a jejich rodinám co nejdříve po zjištění postižení dítěte.“¹⁴

„Čím více se dostanou rodiče dětí s postižením od zúženého pohledu ke střízlivému pochopení zbývajících možností, ke kritickému optimismu a rozhodnému převzetí dalšího úkolu, tím více se jim otevře to, co se dá označit jako jejich zvláštní šance. Kdybychom tedy chtěli posoudit význam dnešní rodiny pro speciálněpedagogické jednání, nemohli bychom se zaměřit příliš zúženě na předem definovanou rodinu, nýbrž bychom ho spatřovali v jejím propojení s jinými sociálními strukturami. Rodiče jsou ti, kteří poskytují svým dětem maximální množství informací a příležitostí, často však zapomínají, že děti ke svému rozvoji potřebují volnost, tvořivost. Nový výzkum životní dráhy ukázal, že v zájmu co nejlepšího vývoje dítěte je třeba prodloužit pohled za hranice jeho rodiny v užším i širším smyslu.“¹⁵

Samozřejmě je, že čím dříve se začne postiženému dítěti věnovat erudovaný odborník, tím lepších výsledků lze ve vývoji dítěte dosáhnout.

¹⁴ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 158

¹⁵ PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. s. 45

Společnost - vývoj vztahu k lidem s mentálním postižením

Pokud se ohlédneme zpět do historie, chování a přístup lidí a společnosti k mentálně postiženým se opravdu značně změnil. I když stále mezi námi žijí lidé, kteří mentálně postižené vnímají jako cosi odlišného a vadí jim jejich přítomnost. Ne vždycky je snaha začlenit tyto lidi mezi ostatní zdravou populaci korunována úspěchem. Existuje však osvěta a díky ní je dnes opravdu více lidí, kteří se kontaktu s mentálně postiženými nevyhýbají.

Stále však řešíme problém etického chování k lidem s postižením. Řekli bychom, že v naší společnosti máme problémy s etikou jako takovou vůbec. Podívejme se jen na chování našich politiků - tedy lidí, kteří by nám měli jít příkladem. V souladu s etikou jednají opravdu minimálně. Jak pak mohou jít příkladem našim dětem a vnoučatům. Přijde nám, že spíše než o blaho lidí, jim jde především o osobní prospěch.

Dalším problémem je, že když se rodiče postarají o dítě s handicapem, jen málokdy jim jsou podány ucelené informace, týkající se například vybavení průkazky ZTP, případně ZTTP, důchodu z mládí apod. V tomto mají vlastně výhodu klienti, kteří žijí v zařízeních. Tady je vždy v dosahu odborník, který tyto věci vyřeší k prospěchu klienta.

To, co se dobrého pro lidi s postižením udělalo, už se našim vládním činitelům zdá příliš. Tak začínají vymýšlet, jak by jim život zpestřili. Na co by brali příspěvek na péči? Vždyť jsou schopni se v podstatě o sebe postarat a vůbec nic k tomu nepotřebují - sem totiž v podstatě vede trend v péči o mentálně handicapované-vedení k samostatnosti. Ano, naučit je žít s určitým pocitem zodpovědnosti a umožnit jim vzdělání a zapojení do běžného života je skvělá myšlenka. Druhá stránka věci však je, jak dalece to tito lidé zvládají. A co když to nezvládnou? Co potom s nimi? Vrátime se někam hluboko zpět a založíme sirotčince a chudobince? Protože díky tomu, že nebudou zvládat se zapojit do pracovního procesu, nebudou mít ani dostatek financí, aby si zaplatili pobyt v zařízeních, který vyžaduje poměrně značné finanční náklady. Nejhorší ze všeho je, že za dobu vývoje péče o ně, už si zvykli na určitý standart a je vždycky snazší zvyknout si na zlepšené než na zhoršené podmínky.

1.2 Diagnostika mentální retardace

„Diagnostika je dlouhodobý proces, jenž musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj dítěte. Na základě stanovené diagnózy pak můžeme volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte a dosahovat tak postupných změn ve vývoji dítěte. Komplexní diagnostika vyžaduje zkoumání dítěte v jednotě biologické, psychologické i sociální.“¹⁶

Při provádění diagnostického šetření však nesmíme zapomínat na určité specifické rysy mentálně postižených jako je nižší úroveň adaptačních schopností, časté obtíže při navazování kontaktu s lidmi, které neznají a také na zhoršenou schopnost orientace v jiném prostředí, než na které je zvyklé, což se může negativně odrazit na jeho výkonu při prováděných zkouškách.

„K diagnostice rozumových schopností se užívají inteligenční testy spolu s dalšími metodami. Jejich cílem je odhalit nejen úroveň rozumových schopností dítěte, ale také strukturu těchto schopností. Některé z testů využívají obrázky, jiné jsou tvořeny sérií otázek a úkolů zaměřenými na manipulaci. Testy jsou různě strukturovány, vycházejí z různých východisek a mají rozdílné způsoby vyhodnocování výsledků. Přesné vymezení hodnot IQ, zvláště okolo hranic jednotlivých pásem oligofrenie, je podle diagnostických zkušeností z poradenské praxe značně problematické. Hodnoty IQ se vyznačují určitou kolísavostí, takže při opakovaných vyšetřeních lze získat i dosti odlišné výsledky.“¹⁷

„Diagnostika není pouze úkolem psychologie nebo lékařských věd. Zabývají se jí i rodiče, když se zamýšlejí nad vývojem dítěte, jeho úspěchy a problémy, schopnostmi a možnostmi. O zdravotní diagnostiku pečují pediatři a odborní lékaři. Psychologická a pedagogicko-psychologická diagnostika se provádí zpravidla v pedagogicko-psychologických poradnách a na dalších klinických pracovištích, na speciálněpedagogickou a psychologickou diagnostiku jsou zaměřena speciálněpedagogická centra. Dlouhodobá diagnostika, která vychází většinou z pozorování dítěte v běžných školních situacích, neustále probíhá ve školním prostředí.

¹⁶ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 37

¹⁷ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 37

Do diagnostického procesu může být aktivně zapojeno i dítě, pokud je schopno vypovídat o svých problémech a potřebách.

Kromě diagnostických přístupů využívajících kvantitativní metody se ve speciální pedagogice v poslední době poměrně často využívá i přístup kazuistický. Kazuistika je studie obsahující konkrétní podrobné hodnocení jednoho případu. Umožňuje hlubší posouzení jeho vývoje a zachycení různých činitelů, které vývoj ovlivňují, případně vytvoření prognózy dalšího vývoje sledovaného jedince.¹⁸

1.3 Klasifikace mentální retardace

„Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. Tento velmi často užívaný pojem však dosud nebyl uspokojivě definován a psychologové se již velmi dlouhou dobu pokoušejí o jeho přesnější vymezení. Obecné definice zpravidla chápou inteligenci jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím. V konkrétnějším vymezení chápou inteligenci např. jako „relativně konstantní strukturu ontogeneticky podmíněných schopností individua postihovat a vytvářet smysluplné, resp. funkční vztahy, od jednoduchých asociací na nejnižším stupni až po složité myšlenkové operace na nejvyšším stupni.“(Švancara,1974, s. 222).

„Fontana charakterizuje inteligenci jako schopnost rozpoznávat vztahy a využívat jich k řešení problémů (Fontana, 2003). V. Smékal vysvětluje inteligenci jako jednu z podmínek efektivní adaptace v náročných situacích a v kombinaci s tvořivostí jako předpoklad úspěšného zvládnání nových situací. Upozorňuje však, že využití daru inteligence závisí na tom, jak je osobnost v dané situaci motivovaná, jaký k ní má vztah. Jde tedy vždy o těsné a vzájemné propojení schopností, inteligence, tvořivosti a jiných stránek osobnosti, které fungují v těsné souvislosti.“¹⁹

„Nejnámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým

¹⁸ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 38

¹⁹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 32

výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem.“²⁰

Ovšem i zde je výsledek samozřejmě také pouze relativní. „ Přesné vymezení IQ zvláště kolem hranic jednotlivých pásem oligofrenie je podle našich diagnostických zkušeností z poradenské praxe problematické, protože hodnoty IQ se vyznačují určitou kolísavostí, takže při opakovaných vyšetřeních nedostáváme vždy stejné hodnoty, ale hodnoty pohybující se kolem jakési průměrné ideální hodnoty IQ.“²¹

„Skutečná hodnota IQ se nachází asi někde uprostřed naměřených hodnot. Záleží na časovém odstupu, momentální psychické dispozici, formě kladení otázek a při delším časovém odstupu též buď na nedostatku v konstrukci testu, anebo na změnách duševního vývoje probanda.“²²

Jednoznačně je daný věk chronologický, který je zřejmý z data narození, ale určení věku mentálního bývá leckdy značným oříškem. Posoudit dítě nebo člověka, který nekomunikuje, je opravdu nesnadné. Navíc pokud posuzuje dítě, tak jak je stanoveno, nezávislý odborník, stává se poměrně dost často, že dítě se projevuje úplně jinak, než by se projevovalo v přítomnosti člověka, kterého dobře zná. Výsledky potom bývají leckdy zavádějící a právě díky Speciální pedagogice je možné odhalit skryté možnosti dětí. Individuální plán spojený s individuální přístupem přináší ve většině případů velmi dobré výsledky. Samozřejmě, že ne každý člověk s postižením se naučí například trivium, ale důležité přece je, aby byl schopen se alespoň z části postarat sám o sebe a pokud je to možné, aby pomohl méně schopným a v tom vidím velký přínos.

„Mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální

²⁰ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 32

²¹ LANGER, S. *Mentální retardace : etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přeprac. vyd.. Hradec Králové: Kotva, 1996. s. 16

²² LANGER, S. *Mentální retardace : etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přeprac. vyd.. Hradec Králové: Kotva, 1996. s. 17

retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace.“²³

Druhy mentální retardace

Lehká mentální retardace - IQ 50 – 69 (F 70)

Lehce mentálně retardovaní většinou jsou schopni komunikace, i když si mluvu osvojují později než zdravé děti. Jsou schopni si osvojit poměrně dobrou slovní zásobu. V naučených rozhovorech mohou dokonce působit i celkem sečtěle. „ Ze zkušeností pedagogů je známo, že mechanické zapamatování je možné cvičit a postupně zlepšovat, a to také u lehce mentálně retardovaných. Logické zapamatování je však u nich druhořadé a vyvíjí se velmi obtížně a nedosahuje nikdy takové kvality jako u jedinců normálních. Mechanické zapamatování probíhá převážně na základě prostorové a časové styčnosti jevů.“²⁴

„U lehce mentálně retardovaných je nápadný nedostatek koncentrace pozornosti, což snižuje kompenzační možnosti pomocí mechanického zapamatování , příp. i jiných kompenzačních faktorů.“²⁵

V osobní péči jsou ve většině případů schopni dosáhnout určité úrovně, ať se týká sebeobsluhy, hygieny, stolování, společenských návyků či péče o domácnost, ale i zde je vývoj pomalejší než u běžné populace. Ale také v těchto oblastech je samozřejmě nutná podpora a dopomoc při vytváření a posléze i udržení, či prohlubování těchto návyků.

Problémy se většinou projevují ve škole, kde mívají problém se čtením a psaním. Velmi důležitá a prospěšná je u těchto dětí výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení a prohlubování jejich dovedností a zároveň na kompenzaci jejich nedostatků. A jak jsem již podotkla v předešlých kapitolách individuální přístup speciálně-pedagogického pracovníka spojený s vypracováním individuálního vzdělávacího plánu pro jednotlivé děti s postižením přináší ve většině případů velmi dobré výsledky.

²³ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 33

²⁴ LANGER, S. *Mentální retardace : etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přeprac. vyd.. Hradec Králové: Kotva, 1996. s. 178

²⁵ LANGER, S. *Mentální retardace : etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přeprac. vyd.. Hradec Králové: Kotva, 1996. s. 179

Problémy mají tyto děti v přizpůsobení se tradicím a normám, mají problémy s řešením problémů plynoucích z nezávislého života. U těchto jedinců se mohou projevit i přidružené chorobné stavy (autismus, další vývojové poruchy, epilepsie, tělesná postižení, či poruchy chování).

Většina těchto jedinců by při správném vedení byla schopna žít běžný život, tak jak jej žije ostatní populace. Nežádka se ovšem setkáváme s tím, že se rodiče o dítě s postižením nemohou nebo nechtějí starat. Asi jen těžko lze jednání těchto lidí odsuzovat, protože i když působí bezproblémově a samostatně, jde i v péči o tyto lidi o celodenní starost, podporu a pomoc. A pokud se rodina po narození postiženého dítěte rozpadne, je to značný problém. V mnoha případech supluje starost o dítě prarodiče, ale v momentě, kdy se již nejsou schopni o dítě starat vyvstává problém znovu.

A druhým problémem je, že dříve v rámci „ochrany“ jsme tyto lidi v podstatě všude „vodili za ruce.“ A není jednoduché dnes, kdy je jim 40 a více let, je učit samostatnosti. Samozřejmě, že je k ní vedeme, ale u těchto již starších lidí, to není až tak snadné. Navíc jsou tyto lidé ve své podstatě značně naivní a důvěřiví a tím i velice snadno zranitelní.

Tato diagnóza zahrnuje: slabomyslnost,

lehkou oligofrenii (ve starších terminologiích byl užíván termín debilita).

Středně těžká mentální retardace - IQ 35 – 49 (F 71)

U jedinců se středně těžkou mentální retardací je výrazně opožděný vývoj chápání a užívání řeči a jejich konečné schopnosti jsou v této oblasti omezené. Problémy se projevují v sebeobsluze. Při vzdělávání je nutné kvalitní pedagogické vedení, které těmto jedincům umožní si osvojit základy čtení, psaní a počítání.

„Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností. V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování

kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.“²⁶

V této skupině jsou však značné rozdíly. Někteří jedinci jsou schopni se naučit poměrně dobře trivium, ale jejich senzomotorické schopnosti jsou značně omezené a naopak jiní jsou zase velice zruční, ale schopnost učení je u nich značně omezena.

„Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.“²⁷

„To, co je společné pro okruh těchto jedinců, spočívá v poškození centrálních funkcí, tzn. že se jedná z nejrůznějších příčin o podstatné narušení nebo ztrátu koordinujících centrálních systémů, které řídí a realizují vnímání, pohyb a jejich zpracování. Všichni postižení vykazují stejný problém, orientovat (vyznat) se ve svém prostředí a zmocnit se ho vlastními prostředky, změnit ho a tím si vybudovat vlastní „kognitivní struktury“. Rozdíly mohou spočívat ve vlastních pohybových schopnostech, ve zpracování přijímaného, v interpretačních schopnostech vnímaného a v komunikačních možnostech.“²⁸

Často se u těchto jedinců vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění - především epilepsie, což samozřejmě ve svém důsledku znamená další omezení ve vývoji těchto jedinců a znesnadnění pedagogicko- výchovného procesu.

Ale právě tak jako u osob s lehkým postižením závisí vždy rozvoj těchto jedinců se středně těžkým postižením na tom, jaká péče je jim věnována. Je zcela samozřejmé, že platí, že odborné individuální vedení pedagogem přináší ve všech oblastech rozvoje jejich osobnosti často velmi dobré výsledky.

²⁶ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 35

²⁷ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 35

²⁸ VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika*. Brno: MSD, spol. s r.o., 2004. s. 153

Zahrnuje: středně těžkou mentální subnormalitu,
středně těžkou oligofrenii (ve starší terminologii „imbecilitu“).

Těžká mentální retardace - IQ 20 – 34 (F 72)

V mnohém se podobá středně těžké mentální retardaci. Avšak jedinci zařazení do této skupiny mají mnohem menší úroveň schopností než ve skupině předcházející. Většina z těchto jedinců trpí značnými poruchami motoriky nebo jinými přidruženými vadami prokazujícími vadný vývoj ústředního nervového systému. Velmi často se kombinuje mentální postižení s postižením somatickým s neurologickými příznaky a také výskyt epilepsie je poměrně značný. Komunikace je ve většině případů nonverbální. Takto postižení jedinci se velmi často projevují výkřiky, které bývají neartikulované. Pokud komunikují, je jejich slovní zásoba omezena na několik slov.

„S lidmi s těžkou mentální retardací se lze běžnou řečí domluvit jenom stěží. Spíše v ojedinělých případech jsou schopni ještě srozumitelně komunikovat pomocí několika jednotlivých slov, častěji se ale snaží dorozumět neartikulovanými zvuky, dotyky, gestikulací, ukazováním na předměty apod. Je tedy zcela namístě využívat alternativních metod komunikace; mezi osvědčené patří piktogramy nebo jiné srozumitelné symbolické a obrázkové systémy (Makaton, komunikační tabulky apod.).“²⁹

Velmi často pozorujeme u těchto jedinců autoagresivní sklony vedoucí až k sebepoškozování. Mají omezené možnosti výchovy a vzdělávání. To by se především mělo soustředit na základní sebeobslužné návyky a dovednosti. Vzdělávání těchto jedinců se uskutečňuje v rehabilitačních třídách. Individuální vzdělávací plán je směřován na zvládnutí základního okruhu dovedností. Systematická a hlavně kvalifikovaná péče může značně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikace a v nemalé míře také samostatnosti a zlepšení kvality jejich života.

Zahrnuje : těžkou mentální subnormalitu,
těžkou oligofrenii.

²⁹ Doktorka.cz. *Mentální retardace* [online]. 2010 [cit. 4. prosince 2011]. Dostupné z <http://psychologie.doktorka.cz/mentalni-retardace>

Hluboká mentální retardace - IQ nižší než 20 (F 73)

Jedinci, u kterých je diagnostikováno hluboké mentální postižení, jsou ve většině případů omezeni ve schopnosti rozumět a vyhovět příkazům. Velmi často bývají imobilní, popřípadě mají somatická postižení, výrazně je omezující v samostatném pohybu. Verbální komunikace ve většině případů nejsou schopni. Komunikace s takto postiženými jedinci probíhá na úrovni neverbální komunikace.

Také většinou nejsou schopni pečovat o své základní potřeby a tudíž je nutné, aby jim byla celodenně poskytována podpora a dopomoc. Pokud dosáhnou alespoň částečných výsledků v sebeobslužných návycích, dá se mluvit o velkém úspěchu. Vyžadují také stálý dohled. Díky svému postižení mají značně omezené možnosti ve výchově a vzdělávání.

IQ u těchto jedinců není možné změřit. Omezené je také chápání a používání řeči. Jsou schopni vyhovět jednoduchým požadavkům.

U těžce mentálně postižených lze dosáhnout nejzákladnějších jednoduchých dovedností v třídění a srovnávání předmětů. Jak jsem již zmínila výše, může se postižený jedinec při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na některých praktických úkonech. U těchto jedinců jde ovšem při osvojení si jakýchkoliv činností o práci časově velmi náročnou a vyžadující individuální, ale jednotný přístup.

Mnoho z těchto jedinců má značné somatické problémy, vedoucí až k omezení hybnosti jedince. Stejně, jako u předchozích kategorií, i zde bývá velmi častá epilepsie, poškození sluchu, či zraku.

Jsou zde také často nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Zahrnuje: hlubokou mentální subnormalitu,
hlubokou oligofrenii (ve starší terminologii „idiocii“).

Jiná mentální retardace (F 78)

„Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické postižení, např. u nevidomých, neslyšících,

nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u tělesně postižených osob.“³⁰

Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)

„ Tato kategorie se užívá v případě, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.

Zahrnuje: mentální retardaci nervového systému,
mentální subnormalitu nervového systému,
oligofrenii nervového systému.“³¹

³⁰ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 36

³¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 37

2 MENTÁLNÍ RETARDACE

Jak vyplývá již z předešlých kapitol, mentální retardace je v podstatě postižením kognitivních dovedností, myšlení, řeči emocí.

„Osobnost je individuální jednota člověka, jeho duševních vlastností a dějů, která je založená na jednotě těla a projevuje se ve společenských vztazích. Vzhledem k tomu, že každá lidská osobnost je jedinečná a složitá konfigurace duševních vlastností a dějů, je nesmírně složité podat alespoň obecný, hrubý náčrt charakteristiky osoby s mentální retardací. V odborné literatuře-zejména z oblasti psychopatologie a speciální pedagogiky-nacházíme téměř vždy kapitolu o specifičnosti osobnosti lidí s mentální retardací. I když se řada autorů shoduje, že v diagnostickém procesu je potřeba hledat silné stránky člověka s mentální retardací, setkáváme se v těchto kapitolách naopak s popisem nedostatků osoby s mentální retardací. Obvykle se můžeme dočíst o zvýšené závislosti na rodičích, infantilnosti osobnosti, pohotovosti k úzkosti, sugestibilitě, rigiditě chování, zvýšené potřebě bezpečí apod. Mnohé z těchto popisů je však nutno chápat jako artefakty, neboť často ignorují vliv sociálního prostředí a specifičnost podmínek, ve kterých lidé s mentální retardací vyrůstají a žijí (historicky vznikají popisy osobnosti lidí s mentální retardací v kontextu ústavního či chráněného prostředí).“³²

Zastáváme názor, že jedinci s postižením opravdu jednájí spíše podle svého mentálního, než chronologického věku. Ale je samozřejmé, že vždy záleží na osobnosti člověka, který s těmito lidmi pracuje, jak dalece je schopen odhadnout schopnosti toho daného jedince a samozřejmě také záleží na trpělivosti vychovatele, či pedagoga. Vzdělávání ve všech oblastech ať mluvíme o sebeobsluze, pracovních návycích, či o klasickém vzdělávání je opravdu sysifovská práce.

Nelze zcela jednoznačně určit opoždění toho kterého jedince, avšak mnohé studie dokázaly, že během vývoje se opoždění oproti běžné populaci mění. V období batolete jde většinou o zpoždění zhruba o rok až rok a půl. V předškolním věku dochází k nárůstu opoždění. Zde se jedná o opoždění o čtyři až pět let. Vždy však záleží na

³² LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc:Univerzita Palackého, 2008. s. 29

stupni postižení. Velmi důležitá je také spolupráce rodičů dítěte s postižením s odborníky, ať už se jedná o speciální pedagogy, fyzioterapeuty nebo psychology.

2.1 Kognitivní dovednosti

Mezi základní kognitivní dovednosti patří v první řadě schopnost učit se, která je vlastní každému dítěti. U dětí s postižením však je tato schopnost v různé míře narušena, záleží samozřejmě na typu a míře postižení. U dětí s lehkým postižením se většinou vývoj pohybuje přibližně v polovině jejich chronologického věku. Velice důležité je tedy u těchto dětí neustálým opakováním provádět trénink zrakové a sluchové paměti, trénování pozornosti a schopnosti soustředění a také nácvik vizuo-motorické koordinace. U jedinců s hlubším stupněm postižení se jedná nejprve o nácvik všech těchto dovedností a pokud je nácvik úspěšný, je nutné získanou dovednost zafixovat. Jejich nácvik je dlouhodobá záležitost a s prohlubujícím se stupněm postižení se doba nácviku také prodlužuje.

Poruchy motoriky

„Diagnostika této oblasti je velmi důležitá vzhledem ke stanovení její vývojové úrovně u různých druhů postižení, nejen v souvislosti s pohybovým handicapem, kde představuje jednu z klíčových diagnostických oblastí. Úroveň rozvoje motoriky totiž ovlivňuje schopnosti a dovednosti v rámci dalších diagnosticky sledovaných charakteristik žáka jako je grafomotorika, kresba, soběstačnost v sebeobsluze, rozumové a komunikační schopnosti. To vše posléze souvisí a ovlivňuje možnost profesionální orientace žáka, včetně jeho volby a přípravy na výkon povolání.“³³

U jedinců s lehkým typem postižení je vývoj hrubé i jemné motoriky oproti ostatní populaci částečně opožděný. Včasnou a odbornou intervencí je však možno tyto problémy eliminovat. V dospělosti se většinou jen velmi málo liší od ostatní populace.

K mnohem větším problémům v oblasti jemné motoriky dochází u jedinců se středně těžkým postižením. Většinou však je v pořádku hrubá motorika a tito jedinci nemívají problémy s mobilitou.

³³ VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika*. Brno: MSD, spol. s r.o., 2004. s. 31

Typické u jedinců s těžkým postižením jsou stereotypní kývavé pohyby. Částečně je porušena hrubá motorika a poměrně časté je výrazné narušení lehké motoriky u těchto lidí.

Pokud se jedná o hlubokou mentální retardaci, zde je většina lidí imobilních s výrazně narušenou hrubou i jemnou motorikou.

U jedinců s těžkým a hlubokým stupněm postižení se daří eliminace problémů s motorikou jen částečně.

2.2 Poruchy citů a vůle

Stejně jako u ostatních projevů je i v oblasti citů a vůle značný rozdíl mezi jednotlivými stupni postižení. Je zcela jednoznačné, že postižení má vliv i na rozvoj této části psychiky.

Lidé s lehkým mentálním postižením bývají citově labilní. Poměrně často se u nich setkáváme s úzkostnými stavy. Jednají téměř vždy impulzivně bez předešlé úvahy a zhodnocení důsledku svého jednání.

Velmi podobné symptomy se vyskytují u jedinců se středně těžkým postižením. U nich se navíc ještě v daleko větší míře než u předešlé skupiny projevuje zkratovitost v jejich jednání.

U jedinců s těžkým typem postižení dochází k celkovému poškození v oblasti citů a vůle. Velmi často se u této skupiny setkáváme s autoagresivitou.

Jedinci s hlubokým typem postižení mají afektivní oblast těžce poškozenou. Tito jedinci potřebují neustálý dohled. Ani u nich není vyloučeno sebepoškozování.

Nedá se však jednoznačně tvrdit, že všichni jedinci se stejným typem postižení se chovají naprosto stejně. Tak jako v běžné populaci, tak i u jedinců s postižením je každý člověk naprostým unikátem a nelze u nich projevy citů a vůle očekávat podle nějaké normy. Samozřejmě záleží také na tom, zda jde pouze o mentální postižení, nebo zda je k němu přidruženo postižení další. Od toho se také mimo jiné jejich chování odvíjí.

Samozřejmě, že i zde je velký rozdíl mezi jedinci, jimž je věnována péče a láska a mezi jedinci, kteří jsou v tomto směru ochuzeni.

„Z hlediska psychické struktury osobnosti mentálně retardovaní jedinci netvoří homogenní skupinu, kterou by bylo možno globálně vyčerpávajícím způsobem

charakterizovat. Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují (ve větší, či menší míře) určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný.

Neuropsychický vývoj u všech jedinců s mentálním postižením je také odstupňován podle stupně postižení toho kterého daného jedince.

U lehce mentálně postižených jedinců se jedná pouze o částečné omezení neuropsychického vývoje a značná část těchto lidí se jen mírně odlišuje od ostatní populace. Problémy jsou patrné především v době před nástupem do školy. U dítěte běžné populace dochází v předškolním věku k obrovskému nárůstu vědomostí a schopností. Dítě s postižením se samozřejmě vše učí mnohem hůře a na získání vědomostí a schopností potřebuje daleko větší časový úsek.

U dětí se středně těžkým postižením už je vývoj výrazně opožděný a jejich schopnosti jsou také více omezené než u dětí s lehkou mentální retardací.

Děti s těžkým a hlubokým postižením jsou ve všech stránkách neuropsychického vývoje výrazně omezeny a opožděny.

2.3 Komunikace a řeč

Také v této oblasti vývoje dětí s postižením jsou značné rozdíly závislé na míře a hloubce postižení.

„Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru.“³⁴

Mentální retardace vzniká na základě organického poškození mozku. Má tedy negativní dopad na veškeré kognitivní funkce postiženého jedince. Mezi tyto funkce spadá také oblast komunikace a řeči, ta bývá výrazně narušena. Charakteristický je narušený vývoj řeči, který lze dle Sováka klasifikovat jako omezený. Doc.PaedDr. J. Klenková toto zařazení upřesňuje tezí: „MR dítě nedosáhne ve vývoji řeči normy, vždy je omezená zvuková, gramatická nebo obsahová stránka řeči. Speciální péčí lze

³⁴ LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 359

dosáhnout určitých pokroků, posunu ve vývoji vpřed, ale nikdy mentálně retardované dítě nedosáhne takového stupně vývoje, aby řeč odpovídala gramatické, obsahové i artikulační jazykové normě.“³⁵

Jedinci s lehkým postižením jsou většinou schopni komunikace, i když vývoj komunikační schopnosti bývá opožděný. Velmi časté problémy jsou u těchto jedinců s formální stránkou řeči. Mluva bývá překotná bez hlubšího pochopení významu mluveného slova. Řeč u jedinců s lehkým postižením bývá chudá a mnohdy mají problémy s vyjádřením. Velmi často používají naučené fráze, ale málokdy chápou jejich význam a obsah.

U jedinců se středně těžkým mentálním postižením nelze jednoznačně říci, že úroveň řeči je špatná. Někteří tito jedinci jsou schopni komunikovat bez vážnějších problémů a dobře navazují sociální interakci. Jiní nekomunikují vůbec.

Řeč u těchto jedinců bývá stejně tak, jako u jedinců s lehkým postižením chudá bez porozumění obsahu řeči. Velmi častá je také porucha artikulace.

Jedinci s těžkým postižením většinou komunikují značně omezeně. Jejich slovní zásoba čítá pouze velmi malé množství slov. Část těchto jedinců se projevuje neartikulovanými výkřiky, případně komunikují nonverbálně.

„Neverbální komunikací rozumíme přirozenou výměnu informací, která vyplývá ze vzhledu, gest, mimiky, zrakového kontaktu, neslovních hlasových projevů (povzdechů) i celkového životního stylu účastníků vzájemné interakce, ve které jsou všechny drobnosti bezděčně zvažovány a rychle informují o citovém rozpoložení a možné akci druhého účastníka.“³⁶

U jedinců s hlubokým postižením je schopnost komunikace ojedinělá a opět se pohybuje spíše na úrovni komunikace nonverbální. Dorozumět se s těmito jedinci není jednoduché a je nutná dobrá znalost jejich projevů, ať mimických či fyzických.

³⁵ KLENKOVÁ, J. *Logopedie : narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 224

³⁶ STYX, P. *O psychiatrii - Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. s. 53

3 VZDĚLÁVÁNÍ JEDINCŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Tak jako ve všech oblastech péče o lidi s mentálním postižením, tak i v oblasti vzdělávání záleží samozřejmě na míře a hloubce postižení toho kterého daného jedince. Mnoho se změnilo po zavedení povinné školní docházky i pro handicapované děti. Rozvoj školství, zřizování speciálních škol, či tříd je určitě značným přínosem v péči o tyto jedince.

„Výchovu a vzdělávání lidí s mentálním postižením chápeme jako celoživotní proces. I u nepostižených jedinců se uznává nutnost celoživotního vzdělávání, zvyšování kvalifikace, rekvalifikace, prohlubování jazykových a dalších znalostí a dovedností. U mentálně postižených, u nichž kognitivní procesy probíhají podstatně pomaleji než u ostatní populace, stále výrazněji vystupuje potřeba jejich permanentního rozvíjení, stálého opakování a prohlubování jejich znalostí a dovedností a jejich soustavného vedení ke stále komplexnějšímu poznávání okolní skutečnosti.“³⁷

3.1 Možnosti vzdělávání dětí s mentálním postižením v předškolním věku

„V období mezi třetím až šestým rokem věku dítěte dochází k intenzivnímu rozvoji poznávacích procesů: vnímání, pozornosti, paměti, představivosti a myšlení. Zcela nových kvalit dosahuje sociální a emoční vývoj. Hlavní činností dítěte je hra, která je významným socializačním činitelem, vhodně motivuje dítě k učení, je jeho základní psychickou potřebou a v psychologické klinické praxi se stává i léčebným prostředkem. Prostřednictvím hry se dítě mnohému učí. Vzdělávání dětí s mentálním postižením se realizuje vedle domácího prostředí také v mateřských školách, ať již běžného typu, kam je dítě zařazeno, nebo ve speciálních třídách mateřských škol či ve speciálních mateřských školách. Na základě diagnostiky každého jedince se vytvářejí individuální vzdělávací plány, které obsahují konkrétní zaměření na jednotlivé oblasti rozvoje osobnosti dítěte.“

„Hlavní vzdělávací proces probíhá formou hry, která je i u dětí s mentálním postižením jejich nejpřirozenější činností a jako taková se stává přirozeným nástrojem

³⁷ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 65

učení. Vzdělávací program jednotlivých tříd je rozdělen mezi hru, relaxaci a individuální práci s dítětem se zvláštním zaměřením na rozvoj dovedností potřebných pro další vzdělávání. Pozornost je především věnována rozvoji rozumových schopností, smyslového vnímání, výtvarných a pracovních činností, jemné a hrubé motoriky a v neposlední řadě komunikace.

Mateřské školy speciální navíc nabízejí řadu terapií, nejčastěji canisterapii, hipoterapii, muzikoterapii, ergoterapii a arteterapii.

Vzdělávání dětí s těžkým a hlubokým stupněm mentálního postižení v rámci předškolního vzdělávání má svá specifika. Důraz bývá kladen na fyzioterapii, masáže, vodoléčbu, léčebnou tělesnou výchovu.³⁸

3.2 Vzdělávání dětí ve školním věku

„Vzdělávání chápeme jako proces, jehož výsledkem je vzdělání, vzdělavatelnost jako schopnost být vzděláván. Vzdělávání je ve své podstatě učení. Proces učení je tedy možno chápat také jako proces vzdělávání. Učením získává jedinec zkušenosti, které ovlivňují kvalitu jeho života. Učení vede k přizpůsobování jedince jeho prostředí a nemá žádné hranice. Proto je učení přístupno každému dítěti, ovšem v rozmanitých podobách, formách, intenzitě i obsahu, jimž se přizpůsobuje vzdělávání.

Učení dětí s mentálním postižením má svá specifika, která jsou zcela individuální, nejsou však neměnná a je více než žádoucí, aby se jim proces vzdělávání přizpůsoboval. V této souvislosti hovoříme o tzv. speciálních vzdělávacích potřebách, které je nutno v procesu vzdělávání respektovat a naplňovat.

Tradiční pojetí vzdělávání kladlo důraz na získávání vědomostí, méně již dovedností a návyků a nejméně často se zdůrazňoval smysl vzdělávání jako procesu, který tvoří základnu pro přizpůsobování se jedince požadavkům života ve společnosti a který směřuje ke kultivaci osobnosti každého jedince. Nový náhled na vzdělávání se do značné míry týká především jedinců s těžkou a hlubokou mentální retardací, kteří se ve své většině nemohou učit základům čtení, psaní, počítání, ale tento fakt neznamená, že se nemohou učit, tedy vzdělávat vůbec. Právě ve vzdělávacím procesu mohou

³⁸ ČERNÁ, M. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. s. 143

získávat potřebné sociální zkušenosti, snáze se přizpůsobovat požadavkům svého okolí, stávat se samostatnějšími, méně závislími na pomoci druhých osob.“³⁹

3.3 Vzdělávání dospělých lidí s mentálním postižením

„Dospělý člověk s mentálním postižením, pokud je ponechán bez dalšího vedení, své dovednosti a návyky ztrácí. Vzdělávání poskytuje důležitou životní náplň jedincům, kteří z různých důvodů nepracují. Otevírá nové možnosti, a to nejen v jejich socializaci. Vzdělávání jako proces a dosažené vzdělání jako cíl se pro dospělého stávají hodnotami samy o sobě, o které má smysl usilovat. Pozitivně ovlivňuje sebepojetí, posiluje sebedůvěru učícího se a tím dává prostor pro nové sociální role. Sebpojetím zde rozumíme představu o svém já, které se vyvíjí ve vztahu k okolnímu světu.“⁴⁰

„Metodické pokyny k doplnění vzdělání doporučovaly pro dospělé s mentálním postižením tři doplňovací formy vzdělávacích aktivit, které doplňovaly učební osnovy v tehdejších základních, zvláštních nebo pomocných školách:

- kurz organizovaný základními školami, základními školami praktickými či speciálními,
- individuální doučování pod patronací speciálního pedagoga ze speciálně pedagogického centra nebo učitele ze speciální školy nebo
- večerní škola pro osoby s mentálním postižením, kterou nabízí nevládní organizace ve spolupráci se speciální školou.“⁴¹

³⁹ ČERNÁ, M. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. s. 166

⁴⁰ ČERNÁ, M. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. s. 187

⁴¹ ČERNÁ, M. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. s. 188

4 TERAPEUTICKÁ ČINNOST

„Terapeuticko-formativní přístupy existují jako svébytné mechanismy (opatření, postupy atp.), jež umožňují pomáhajícím profesím (zejména psychologům, psychoterapeutům, speciálním pedagogům) dosahovat u jejich klientů normy (či blížit se k normě) - a to využitelné v každodenním životě. Na tuto skutečnost nás odkazuje již původní etymologický význam v nich obsaženého klíčového slova terapie (sloužit, napravovat, ošetřovat, léčit apod). Co se týká podstaty zmíněných přístupů aplikovaných ve speciální pedagogice, pak se většinou jedná o ty, jež odstraňují, či zmírňují deficity v chování, prožívání a sociálních vztazích klientů za pomoci psychologických prostředků.“⁴²

„Psychoterapii lze totiž vymezit jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Za základní psychologický prostředek je přitom považován autentický vztah mezi terapeutem a klientem vybudovaný na zvýšené pozornosti terapeuta vůči klientovi a na pozitivním očekávání klienta (J.O.Procházka, J.C. Norcross, 1999)-za dílčí psychologické prostředky pak jednotlivé mechanismy ovlivňování člověka člověkem (např. verbální a neverbální sdělování).“⁴³

„Speciálněpedagogické terapie se odvíjejí hlavně od těch, jež jsou činnostního charakteru. To znamená, že cíleně využívají specifických lidských činností (např. herních, uměleckých, motorických apod.) k terapeutickým (tj. působícím na obnovování či zlepšování narušené vnitřní rovnováhy organismu, nebo na odstraňování narušené vnější rovnováhy mezi lidským organismem a jeho okolním prostředím) a formativním (tj. působícím na formování osobnosti - na osobnostní růst) účelům.“⁴⁴

„Co se týká terapeutického vztahu, tak jeho „alfou omegou“ je osobnost terapeuta. Záleží hlavně na její obecně lidské i odborné erudici, zdali bude vývoj klienta

⁴² LUDÍKOVÁ, L. - RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 60

⁴³ LUDÍKOVÁ, L. - RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 60

⁴⁴ LUDÍKOVÁ, L. - RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 60

optimalizován-zdali klient dosáhne potřebné sebekompetence-zdali budou řešeny případné výchovné problémy.“⁴⁵

U dětských klientů musí terapeut počítat:

- 1) se zvláštnostmi jejich vývoje a souvisejícím chováním, emocí a myšlením, které jsou v těchto případech výsledkem represivního nebo kritického vývojového období
- 2) s jejich specifickými komunikačními signály, ať již verbálními, či neverbálními, které je nutno interpretovat v kontextu zjištěné situace i stavu vývoje
- 3) s potřebou bezpečí a lásky, neboť většinou tento vztah supluje vztah rodič - dítě
- 4) s vlivem výchovného prostředí, zvyšováním sebedůvěry, zlepšováním adaptačních schopností, vytvářením schopnosti k mezilidským vztahům
- 5) s častou reakcí dětí, které hledají příčiny problému v okolí a nikoliv v sobě

U dospělých klientů musí terapeut počítat:

- 1) s jejich již získanými zkušenostmi a také s tím, že míra očekávání je mnohem vyšší, než u dětí
 - 2) s tím, že na základě svých životních zkušeností „hrají“ přijaté sociální role
 - 3) s tím, že mohou zaujímat k problému různé racionální postoje
- „Jako jeden z ústředních dílčích psychologických prostředků (kromě interpersonálního učení, podněcování emocí atd.) lze v speciálněpedagogických terapiích jmenovat neverbální komunikaci - tedy sféru signálů bezeslovné povahy. Tato má ve vztahu k terapeutickým postupům dokonce trojí funkci.

Jde o nástroj:

1. pozorování klienta,
2. interpretace jeho chování,
3. vyjádření a sdílení.“⁴⁶

Neverbální komunikace tvoří přibližně 70% veškeré komunikace. Slouží nám jako nástroj k poznávání klienta pozorováním jeho gest, mimiky, či postojů.

⁴⁵ LUDÍKOVÁ, L. - RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 60

⁴⁶ LUDÍKOVÁ, L. - RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 61

„Speciálněpedagogické terapeuticko-formativní přístupy (či postupy) jsou realizovány v rámci terapeutického procesu. Ten má určitý průběh (fáze), je zajišťován terapeutem, probíhá v určitém materiálním prostředí a participuje na něm klient. Logickou skutečností pak pochopitelně je, že se úspěšnost terapeutického procesu primárně odvíjí od té které osobnosti terapeuta.“⁴⁷

Vedení terapeutického procesu:

- počátek se musí opírat o znalost klienta, jeho psychické, fyzické i zdravotní dispozice,
- klient musí dostat příležitost vyjavit svůj stav,
- terapeutická činnost by měla odpovídat momentálnímu stavu klienta, měla by být podpořena vhodným prostředím, ve které je tato činnost prováděna a také pozitivní atmosférou v dané skupině,
- činnost by se měla, byť i jen nepřímo dotýkat běžného denního života,
- každé sezení musí mít určitý vývoj od úvodu do problému přes zpracování problému až k jeho uzavření.

Ergoterapie - je z hlediska medicínského chápána jako určitý druh fyzioterapie, při kterém je pracovní činnosti využíváno ke stimulaci motorických funkcí ať již v oblasti jemné, či hrubé motoriky. Z hlediska speciálněpedagogického chápeme ergoterapii jako činnost, při níž je pracovní činnost klienta využívána k žádoucí změně chování a sebepojetí.

„Prostřednictvím pracovní činnosti dochází k žádoucí stimulaci motorických funkcí, zároveň se zvětší svalová síla a pozitivní působení pracovní činnosti lze sledovat i ve zlepšení svalové koordinace, ergoterapie se užívá i v oblasti speciální pedagogiky, kde pracovní činnost jako součást výuky vede k žádoucí změně chování a sebepojetí.“⁴⁸

Arteterapie - funguje také jako formativní postup působení na klienta.

Formy terapií:

- z hlediska počtu účastníků - individuální,
 - skupinové,
 - hromadné.

⁴⁷ LUDÍKOVÁ, L. - RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 62

⁴⁸ MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice : teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s. 255

- z hlediska časového rozvržení - jednotlivá cvičení,
 - pravidelná sezení,
 - dlouhodobé programy.

„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (například v prožívání, chování, fyzickém výkonu). Tyto přístupy mohou být aplikovány buď přímo v rámci terapií (psychoterapie, dramaterapie, arteterapie apod.), nebo nepřímo v rámci jiných odborných a cílených na člověka zaměřených činností (v institucionální výchově znevýhodněných osob apod.). Přitom vycházejí z nejrůznějších zdrojů a současně využívají nejrůznějších prostředků, metod, technik a forem práce.“⁴⁹

„Terapie využitelné v péči o osoby s mentálním postižením jsou především činnostního charakteru. To znamená, že ke svým cílům (terapeutickým, formativním, preventivním) primárně využívají speciálních lidských činností (např. hry, psychomotoriky, práce, kontaktu se zvířetem, umění apod.). Činnostní báze zmíněných terapií může být rovněž jistým vodítkem pro jejich klasifikaci. Dle něho se dají třídit do následujících základních kategorií zahrnujících:

- terapie hrou,
- činnostní a pracovní terapie,
- psychomotorické terapie,
- terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie),
- expresivní terapie (arteterapie).“⁵⁰

„Lidé s mentálním postižením mají stejné základní potřeby jako lidé bez postižení - chodit do školy se svými vrstevníky, mít smysluplnou práci, bezpečný domov, rodinu a přátele, cítit svobodu v rozhodování. K naplnění svých potřeb potřebují lidé s mentálním postižením podporu a otevřenost většinové společnosti. Podpora a služby by měly být poskytovány v běžném prostředí, mezi lidmi bez postižení-nikoli v uzavřeném prostředí ústavů či speciálních škol.“⁵¹

⁴⁹ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. s. 125

⁵⁰ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. s. 126

⁵¹ Helpnet.cz. *Mentální postižení*. [online]. [citace 2. února 2012].

Dostupné z <http://www.helpnet.cz/mentalni-postizeni>

4.1 Terapie hrou

„Terapii hrou lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci prostředků hry použitou za účelem pomoci lidem (v tomto případě hlavně dětem) změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Hra patří mezi nejdůležitější formativní prostředky ve vývoji člověka-tento prostředek může mít jak ráz výchovný, tak také ráz diagnostický a terapeutický.“⁵²

Z našeho pohledu se tato činnost jeví jako velice vhodná. Jak už jsme se zmiňovali výše, je dle našeho názoru vždy třeba přihlížet k mentálnímu věku jedince s postižením. Samozřejmě, že vždy záleží na stupni postižení. Jinak by měla probíhat terapie u dítěte s lehkou mentální retardací minimálně se odlišujícího od průměrně se vyvíjejícího dítěte a jinak u dítěte s hlubším stupněm postižení. Nicméně terapie hrou funguje u všech jedinců bez rozdílu.

4.2 Činnostní a pracovní terapie

„Praktický rozdíl mezi činnostní a pracovní terapií je minimální-hlavním záchytným bodem může být snad jenom skutečnost, že pracovní terapie (ergoterapie) směřuje k jistému konkrétnímu výrobku-k výsledku práce.“⁵³

„U mládeže a dospělých klientů se terapeutických cílů dosahuje hlavně prostřednictvím rukodělných činností (například s textilem, se dřevem a přírodními materiály, s papírem, kovem, s umělými hmotami) a nácvikem v oblasti praktického života (například v oblasti samostatného bydlení a péče o domácnost či konkrétních postupů při řešení určitých životních problémů), u dětí předškolního a mladšího školního věku pak činnostní (pracovní) terapie využívá dětské hry (hrou jsou imitovány každodenní práce nebo profese, ale také sebeobsluha a hygiena).“⁵⁴

⁵² LUDÍKOVÁ, L. - RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 63

⁵³ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. s. 128

⁵⁴ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. s. 128

4.3 Terapie s účastí zvířete

Také tento způsob terapie má dle našeho názoru velmi dobrý vliv na rozvoj handicapovaného člověka. Velice známá je hipoterapie-terapie za pomoci práce s koněm a canisterapie vyvozená z dlouhověkého přátelství člověka a psa.

„**Hipoterapie** využívá přirozeného pohybu koně s jeho chůzovým mechanismem jako motorického vzoru. Nabízí klientovi prostor, nutí jej orientovat se v něm, neustálým vychylováním těžiště je nucen držet posturu, působením biotepla koně dochází k uvolnění spasmu adduktorů stehen....“⁵⁵

“**Canisterapie** působí na pozitivní změny v oblastech: prožívání, navazování vztahů, kognitivních funkcí (např. při získávání informací o psovi, pohybu a polohách psa v prostoru), motorických funkcí (např. péči o srst psa, při cílených hrách se psem), verbálních i neverbálních komunikačních funkcí (např. při pojmenování, oslovování a další komunikaci se psem), stimulace tělesných funkcí (např. při polohování směřujícímu k prohřívání a uvolňování spasmů) atp.“⁵⁶

4.4 Terapie hudbou

Tento způsob terapie pozitivně působí téměř na celou populaci jedinců s postižením. V naší praxi jsme se nesetkali s jedincem, který by na hudbu reagoval negativně. Je samozřejmé, že přesně tak, jako ostatní populace, mají své oblíbené žánry i mentálně postižení. Stejně jako v ostatních oblastech působení na jejich rozvoj i v této oblasti upřednostňují individuální přístup. „Při aplikaci hudebního umění využívá **muzikoterapie** jeho základní stavební prvky (hudební složky): melodii, harmonii, rytmus, zvukovou barvu, tempo, dynamiku a druh taktu.“⁵⁷ Ať už se jedná o poslech hudby, vytleskávání rytmu, individuální nebo skupinový zpěv, případně hru na nějaký hudební nástroj počínaje trianglem, přes tamburínu, či flétnu, vždy se jedná o činnost převážnou většinou klientů velmi pozitivně vnímanou.

⁵⁵ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. s. 131

⁵⁶ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. s. 132

⁵⁷ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. s. 135

5 PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem praktické části této práce je zhodnotit vliv individuální terapie na osoby se středně těžkým mentálním postižením a zároveň srovnání rozvoje těchto jedinců v zaměstnávání v činnostní a pracovní terapii.

Kazuistiky přibližují tři klientky s identickým stupněm postižení, které žijí v domově „Zvíkovecká kytička“. Všechny tři bydlí ve stejném oddělení v rámci domova. U všech těchto klientek bylo zkoumání prováděno během jejich zaměstnávání v pracovní terapii a nácvičné stanici.

Terapeutická činnost v domově „Zvíkovecká kytička“ je zaměřena na individuální rozvoj lidí s mentálním postižením, jednak v rovině základní - tj. sebeobsluha, hygiena, stolování, péče o domácnost a společenské návyky, tak v rovině odborné - tj. zaměstnávání v terapeutických dílnách, zřízených přímo v zařízení, následné vzdělávání poskytované také přímo v zařízení i pěstitelskou činností.

V rovině základní jde především o zvládnutí běžných prvků sebeobsluhy, na jejich zafixování a udržení ve výši, v které jsou klienti schopni tyto jednotlivé úkony provádět s poskytnutím minimální podpory a dopomoci.

V rovině odborné jde o osvojení si, zvládnutí a postupné zdokonalování pracovních dovedností. Výsledkem této činnosti je především seberealizace lidí s postižením. Je vždy důležité, aby byl stanoven cíl, kterého jsou schopni dosáhnout, neboť pouze realizace tohoto cíle jim může přinést pocit uspokojení a potřebnosti.

Každý z klientů má zpracován jednak individuální plán, který obsahuje všechny základní okruhy sebeobsluhy, tak plán sociálně-terapeutický. Tyto plány jsou zpracovávány společně s klienty. Jsou stanoveny cíle, které musí vždy být reálné a pro klienty motivující. Tyto plány jsou pravidelně vyhodnocovány, jednak přímo plány samé, ale vyhodnocení je zpracováváno také v hodnotících tabulkách, které jsou nedílnou součástí těchto plánů. Dalším vodítkem pro terapeutickou činnost je „Tematický plán“, který je rozdělen na jednotlivé měsíce a přímo zpracován pro jednotlivé terapeutické činnosti.

Terapeutická činnost je nedílnou součástí péče o klienty v našem domově. Jsou do ní zařazeni všichni klienti, kteří ještě nebo již neplní povinnou školní docházku.

Nácvičná stanice

Přiblížíme práci terapeuta v nácvičné stanici tak, jak funguje v rámci našeho Domova pro osoby se zdravotním postižením - mentálním. Nácvičná stanice je vlastně přípravou pro kolektivní zaměstnávání klientů. Terapeutická činnost v nácvičné stanici probíhá individuálně. Terapeut působící v nácvičné stanici vede klienta k pracovním návykům a snaží se o to, aby bylo možno po nějaké době klienta zařadit do práce v terapeutických dílnách. Práce s klienty se nesoustředí pouze na jednu určitou oblast, ale snaží se v širším záběru vést klienta k určité manuální zručnosti. Ale samozřejmě i zde jako ostatně ve všech oblastech péče o klienta záleží na stupni postižení. Do nácvičné stanice jsou zařazováni všichni klienti, kteří nechodí do terapeutických dílen nebo neabsolvuji vzdělávání ve speciální třídě na ZŠ, kam denně dojíždějí. Pokud jde o klienty s těžkým nebo hlubokým stupněm postižení, směřuje individuální terapeutická činnost převážně na fyzioterapeutické prvky a zlepšení, či alespoň udržení mobility klientů a také na zlepšování, či udržení sebeobslužných návyků, návyků v oblasti hygieny, stolování nebo společenských návyků. U těchto klientů je většinou zařazení do pracovní terapie nad rámec jejich možností.

U klientů se středním stupněm postižení jde především o cílené zaměstnávání ať již v rámci výtvarné či pracovní výchovy. Ve všech těchto činnostech je třeba, aby klienti získali alespoň částečnou zručnost, než mohou být zařazeni do zaměstnávání ve skupinové terapii v dílnách. Zde se totiž již předpokládá určitý díl samostatnosti klienta.

Terapeutické dílny

V rámci našeho zařízení fungují dvě terapeutické dílny. V obou těchto dílnách je zaměstnávána většina našich klientů s lehčím nebo středním stupněm postižení.

V textilní dílně děvčata šijí, vyšívají, tkají, háčkují a klientky, které mají problém s motorikou třeba motají vlnu, dělají klubka apod. Pracují zde pod dohledem terapeutky, která jim v případě nutnosti poradí a pomůže.

Ve výtvarné dílně děvčata nejen malují, ale pracují s keramickou hlínou, modelují, vytvářejí obrázky pomocí enkaustiky, pletou výrobky z pediku (malé kytičky, velké květy, ozdobné koule, košíky atd.). Také zde pracují naši klienti s dopomocí zkušené terapeutky.

Výrobky z obou těchto dílen se děvčata prezentují na prodejních výstavách nejen v našem regionu, ale měla výstavu několikrát i v Praze v Mladotově domě u Svatovítského chrámu.

Pěstitelská činnost

Stejně jako zaměstnávání klientů v obou dílnách tak v rámci pěstitelské činnosti jsou v různé míře zaměstnávána všechna děvčata, která jsou tuto činnost schopna vykonávat. Děvčata pěstují zeleninu a ovoce a veškeré produkty z této činnosti slouží ke zpestření jejich jídelníčku. Děvčata se zde učí sít, jednotlivit, přesazovat, ale také pomáhají při výsledném zpracování produktů - pomáhají zavařovat, dělat marmelády atd. Pěstitelská činnost je však poměrně náročná na motorické schopnosti, a proto pokud nejsou děvčata schopna například rostliny vyjednotit, zapojují se do této činnosti třeba tím, že pěstované rostliny zalévají. Také zde pracují s dopomocí terapeuta. I když za dobu, kdy pěstitelská činnost v našem zařízení začala, se některá děvčata již propracovala k téměř samostatné činnosti.

5.1 Kazuistiky

Kristýna

Kristýna se narodila v roce 2006 jako jedno z dvojčat. Měla problémy s příjmem stravy, proto jí musela být zavedena sonda. Její dvojče, bratr, byl bez viditelných zdravotních problémů. Kristýnu matka umístila v kojeneckém ústavu. Z tohoto ústavu přišla do našeho zařízení.

Její postižení se pohybuje v pásmu mezi lehkou a středně těžkou mentální retardací. Má somatické problémy-zkrácenou dolní končetinu. Do našeho zařízení přišla ve 3 letech-chodila pouze s pomocí chodítka. Zrak má korigován brýlemi.

Během doby, kterou strávila v našem zařízení, doznal její vývoj značný pokrok a to především díky tomu, že je Kristýna zvědavá a ráda se učí nové věci.

Motorika

- hrubá motorika - začala chodit samostatně bez opory, i když má stále problém s napadáním na nožičku, kopne do míče, chodí po schodech, překážky zvládá pouze s pomocí,
- jemná motorika - předměty bere prsty, má dobrý prstový úchop, začala malovat kruhy,
- sebeobslužné činnosti - s mírnou dopomocí zvládá základní hygienické návyky, je schopna se samostatně obléci, i když občas mívá problém s přední a zadní částí oblečení, značných změn také doznalo stolování, neboť v současné době stoluje příborem a zvládá prostírání i úklid svého místa.

Kognitivní schopnosti

- pozornost - záleží na momentální náladě, pokud je dobře naladěná, dokáže se věnovat činnosti i poměrně dlouhou dobu, velmi dobře reaguje na verbální pochvalu,
- rozumové schopnosti - začíná poznávat základní barvy, začíná se učit geometrické tvary - pozná kolečko, zná části těla, naučila se říkanky a písničky.

Komunikace a řeč

- rozumí dobře, ale i zde záleží na její momentální náladě a ochotě spolupracovat,
- pozná známé osoby, věci denní potřeby, oblečení.
- opožděný vývoj řeči - v současné době je ve výslovnosti hlásek zhruba jako dítě běžné populace kolem 1,5.-2. roku věku.

Sociální oblast

- občas vzdorovitá, odmítá spolupracovat,
- při činnostech, které ji baví, pozitivně laděná, klidná,
- obrovský krok v jejím vývoji můžeme vidět i ve styku s jinými lidmi. Při příchodu do našeho zařízení se vyhýbala jakékoliv komunikaci s jinými lidmi, odvracela se nebo utekla. Dnes, pokud je v doprovodu člověka kterého zná, reaguje většinou klidně, a je schopna navázat komunikaci.

Zaměstnávání

Za dobu, po kterou je Kristýna umístěna v našem zařízení, udělala velký pokrok ve svém vývoji. Při svém příchodu k nám téměř nekomunikovala a bála se všeho nového. Každá nová činnost byla pro ni stresující. V současné době doznal její celkový vývoj značnou změnu. Je velmi vnímavá a pokud je pozitivně naladěná také ochotná přijímat nové poznatky. Ráda se učí nové věci a i když u ní poměrně často bojujeme s nesoustředěností, i tento problém už se nejeví tak velký, jako na počátku.

Vzhledem k jejímu věku se prozatím soustředujeme na zvládnutí základních sebeobslužných návyků a na rozvoj motoriky jako takové. Nejprve bylo nutné stejně jako u ostatních klientů zjistit okruh jejích zájmů. Velmi pozitivně (stejně jako ostatně většina lidí s postižením) reaguje na hudbu, říkanky spojené s cvičením apod. U Kristýny je možné provádět terapii především formou hry, kterou je ochotna přijmout.

Za dobu našeho pozorování jsme se soustředili na zvládnutí základních kresebných metod. Začínali jsme u kreslení čar. Postupně jsme přecházeli od kresby tužkou a pastelkami ke kresbě vodovými barvami. Jako další okruh činnosti jsme zvolili poznávání základních barev. Ještě zhruba před měsícem bylo všechno zelené nebo žluté. Dnes již zvládá poznat a pojmenovat základní barvy.

Stejně jako pro každého klienta, tak i pro Kristýnu je zpracován sociálně terapeutický plán. Výhodou je, že veškeré jí nabízené činnosti vítá a o všechny činnosti při individuální terapii jeví zájem.

Iveta

Iveta je dívka se středně těžkou mentální retardací. V našem zařízení je již od roku 1984. Její schopnosti přesně odpovídají dané skupině.

Motorika

- hrubá motorika - bez problémů zvládá chůzi po rovině, problém však jsou schody a nerovný terén, kde má značný problém a potřebuje podporu a pomoc. I přesto, že její motorické schopnosti jsou částečně omezeny, se velmi ráda věnuje pohybovým aktivitám,
- jemná motorika - předměty bere prsty, má dobrý prstový úchop, manuálně je poměrně zručná, i když jemná motorika je částečně omezena,

- sebeobslužné činnosti - veškeré sebeobslužné úkony zvládá bez větších problémů pouze s minimální dopomocí.

Kognitivní schopnosti

- pozornost - za dobu, po kterou ji sledujeme došlo k značnému posunu k lepšímu v jejím soustředění a trpělivosti. Na prováděnou činnost se dokáže soustředit i poměrně dlouhou dobu, což u lidí s tímto typem postižení není až tak běžné,
- rozumové schopnosti - počítá pouze omezeně. Píše pouze hůlkovým písmem a to tak, že v podstatě text přesně opisuje. Písanému textu nerozumí. Přečte jednotlivá písmena, ale spojit je ve slovo není schopna. Také pokud jsou jí jednotlivá písmena diktována, je schopná je napsat. Zcela zvláštní je například její způsob hraní „Člověče nezlob se“, kdy při počítání vždy přeskočí políčko s figurkou a nepočítá je. I přes opakované vysvětlení hraje stále stejně.

Komunikace a řeč

- řeč není vždy srozumitelná, ale je schopna se víceméně domluvit. Zde je nutná dobrá znalost její komunikace s personálem, neboť nepochopení tomu co říká, může fungovat jako spouštěč její negativní reakce. Velice výrazná je u ní potřeba pochvaly za dobře odvedenou činnost.

Sociální oblast

- vůči ostatním klientům i personálu se chová přátelsky, velmi ráda jim pomáhá. Její chování za dobu, po kterou ji sledujeme doznalo značné změny,
- je poměrně komunikativní a je schopna navazovat kontakty i s lidmi, které nezná,
- při činnostech, kdy je jí věnována individuální péče je pozitivně laděná, klidná.

Zaměstnávání

Iveta byla zařazena nejprve do činnosti v Návěšné stanici, kde jsme se u ní snažili vytvořit a upevnit základní pracovní návyky. V současné době je zařazena do skupinové práce v terapeutických dílnách, kde je schopna zvládat některé jednoduché činnosti. U Ivety, stejně jako u většiny našich klientů, bylo třeba najít takovou činnost, kterou bez větších problémů zvládne a dosáhne tak seberealizace a uspokojení.

V textilní dílně tak motá bambule, plní polštářky, motá klubička a v současné době se začíná učit jednoduchý steh. Za dobu, ve které dochází do výtvarné dílny, zvládla mimo malování, které ovládala jako první, také modelování z keramické hlíny, glazování a v současné době zkouší dělat enkaustiky. Při našem pozorování jsme se soustředili na glazování keramických výrobků. Vzhledem k částečnému omezení její jemné motoriky byl problém především v nanášení glazury na připravené výrobky. Na výrobcích zůstávala nenaglazovaná místa a bylo nutno nanášet glazuru znovu. Postupně získávala v této činnosti zručnost a nyní po cca půl roce je schopna keramiku glazovat poměrně dobře. Při každé činnosti však potřebuje dozor a nápomoc. Tempo, kterým pracuje, vždy závisí na jejím momentálním zdravotním stavu. Je velice snadno unavitelná. Nové věci se učí velmi dlouho a nikdy není zaručen kladný výsledek. Nedokáže si představit, že by musela odvádět práci v určité kvalitě, kvantitě a v určitém časovém úseku.

Hana

Hana je dívka se středně těžkou mentální retardací. V našem zařízení je již od roku 1983. Její schopnosti nejsou zcela odpovídající dané skupině.

Motorika

- hrubá motorika - s mírnými problémy zvládá chůzi po rovině, jako značný problém se však jeví chůze do schodů a v nerovném terénu. Zde má značný problém a potřebuje poměrně dost velkou podporu a dopomoc. O pohybové aktivity jeví minimální zájem,
- jemná motorika - předměty bere prsty, ale jemná motorika je poměrně značně omezena,
- sebeobslužné činnosti - některé sebeobslužné úkony zvládá bez větších problémů pouze s minimální dopomocí, u některých je třeba téměř kompletní dopomoc.

Kognitivní schopnosti

- pozornost - za dobu, po kterou ji sledujeme, došlo k značnému posunu k horšímu v jejím soustředění a trpělivosti. Na prováděnou činnost se dokáže soustředit pouze minimálně a soustředění pozornosti lze řádově počítat na minuty,

- rozumové schopnosti - píše pouze znaky bez jakéhokoliv smyslu, písmo neovládá. Není schopna číst. S dopomocí je schopna hrát některé stolní hry. Ale i při této činnosti je její pozornost a soustředění pouze chvilkové.

Komunikace a řeč

Řeč je většinou málo srozumitelná, ale s personálem, který jí zná, komunikuje poměrně bez obtíží. A stejně jako u Ivety, tak také u Hany je nepochopení její řeči občas spouštěčem negativní reakce.

Sociální oblast

- vůči ostatním klientům i personálu se nechová vždy přátelsky a v momentě, kdy je špatně naladěná, je schopna i agrese vůči okolí,
- její chování se vždy odvíjí od její momentální nálady. Někdy bývá při činnostech, kdy je jí věnována individuální péče, naladěná pozitivně, jindy se veškeré činnosti brání,
- pozitivně většinou reaguje na hudbu.

Zaměstnávání

Vzhledem k značně konfliktní povaze této klientky je její zaměstnávání do značné míry obtížné. Je zaměstnávána v nácvičné stanici, ale je nutné promýšlet jakou činnost jí nabídnout, aby ji zaujala. Velkým problémem je její nesoustředěnost a také malá ochota spolupracovat. Pokud ji činnost zaujme, bývá to pouze na krátkou dobu a poměrně často je třeba činnosti obměňovat. Během doby našeho pozorování jsme se soustředili na její výtvarný projev. Během celé doby však díky její negaci a neochotě spolupracovat nedošlo k téměř žádnému posunu v jejích dovednostech. Její kresebný projev je pouze psaní čar a i ty provádí výhradně obyčejnou tužkou. Odmítá malbu pastelkami i vodovými barvami.

5.2 Dílčí závěry z kazuistik

V předchozích kapitolách jsme popsali tři dívky s identickým mentálním postižením. I přesto, že se pohybují v přibližně stejném pásmu postižení, je zcela

zřejmé, že každá z nich je úplně jiná a nelze tedy tyto dívky zaměstnávat stejným způsobem.

U Kristýnky je vidět značný pokrok, který za poměrně krátkou dobu udělala. Velikou výhodou je u ní její věk, neboť v tomto věku jsou klienti bezesporu přístupnější novým poznatkům, a také její chuť učit se a poznávat nové věci.

Iveta je také velice snaživá a chce se učit nové věci, bohužel u ní občas chtění překračuje její možnosti. Nabízené činnosti proto musíme vybírat velice obezřetně. Každý neúspěch totiž nese velice špatně. Ve všech činnostech postupujeme opravdu po malých krůčcích. I když je to časově náročné, stojí výsledek za to, neboť každá nově zvládnutá věc je pro ní motivující.

Hana během doby pozorování nedoznala žádného většího pokroku. Nezbyvá nám tedy než v úsilí pokračovat a pokusit se najít činnost, ve které by našla způsob seberealizace.

Zastáváme názor, že každá činnost, tedy i zaměstnávání je nesmírně důležitá pro rozvoj každého člověka, lidi s postižením nevyjímaje. Je více než zřejmé, že zaměstnávání koriguje negativní projevy a vede k uspokojení z vykonávané činnosti. Pozitivně přijatý výsledek práce je vždy hnacím motorem k další činnosti.

Vzhledem k tomu, že v celé široké populaci lidí s mentálním postižením nenajdeme dva totožné jedince, je třeba si ke každému z těchto lidí najít cestu, zjistit co ho zajímá, co ho baví a pokud je to jen trochu možné umožnit mu schopnost seberealizace ve vlastní tvůrčí činnosti.

ZÁVĚR

„Dnešní doba nabízí metody a postupy pomocí nichž chtějí dospět k cíli, který co neoptimálněji rozvíjí osobnost člověka s mentálním postižením, kde se přihlíží na možnosti, které vyplývají z povahy a stupně jejich postižení. Jako výsledek je dosažení nejvyššího stupně uplatnění jak společenského a pracovního, tak i získání vyššího stupně socializace a celkové zlepšení kvality života.“⁵⁸

„Cílem je vytvoření a zajištění optimálních podmínek pro zařazení klientů do běžného života ve společnosti, ke které náleží.“⁵⁹

V naší práci jsme nastínili pracovní terapii tak, jak je poskytována v našem zařízení. Zcela jednoznačně z ní vyplývá, že terapeutická činnost má na lidi s postižením ve většině případů pozitivní vliv. Činnostní a pracovní terapie je velmi důležitá při výchově a rozvoji těchto jedinců. Učí se nejen manuální zručnosti, ale také trpělivosti a schopnosti seberealizace. Největší motivací je pro ně dosažený a kladně hodnocený výsledek.

Každý člověk je vlastně ve své podstatě naprostý unikát a totéž platí i o lidech s postižením. Není tedy možné striktně stanovit podmínky pro práci s těmito lidmi. Liší se totiž nejen mírou postižení, ale také svými charakterovými vlastnostmi, chutí do práce a do učení se novým věcem.

Samozřejmě, že vždy záleží na přístupu terapeuta, na jeho schopnosti empatie, znalosti jednotlivých klientů a v nemalé míře i na jeho schopnosti tyto lidi k práci motivovat.

Individuální přístup v rámci pracovní terapie je dle našeho mínění jednou z cest, kterou by se péče o mentálně postižené lidi měla ubírat. Nezáleží na stupni postižení, protože každý člověk, tedy i člověk s hlubokým stupněm postižení, je při správném způsobu terapeutického vedení schopen se vyvíjet.

O ústavní péči už toho bylo napsáno hodně. Během celé doby zkoumání jsme došli k závěru, že pro lidi s postižením je velice důležitý citlivý a empatický přístup. Velký důraz by měl být kladen na individuální péči, která bohužel je stále ještě nedostatkem personálu omezena. Naše pozorování ukázalo, že nezáleží na míře

⁵⁸ VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3.vyd. Praha: Parta, 2007. s. 386

⁵⁹ PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. s. 128

postížení klienta, ale spíše na jeho ochotě učit se nové věci a spolupracovat při tomto učení. Tvrzení, že lidé s postížením mají daleko větší vlohy pro rukodělné práce, není zcela pravdivé. Jde spíše o to, že tyto činnosti neustálým tréninkem zdokonalují, a tak dosahují mnohdy velmi dobrých výsledků.

Ústavní péče, ač poměrně často napadána a leckdy i zatracována, zůstane ještě dlouho nezbytnou součástí péče o lidi s postížením.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní literatura

- [1] ČERNÁ, M. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [2] KLENKOVÁ, J. *Logopedie : narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
- [3] LANGER, S. *Mentální retardace : etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přeprac. vyd.. Hradec Králové: Kotva, 1996. 273 s. ISBN 80-900254-8-X.
- [4] LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc:Univerzita Palackého, 2008. 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.
- [5] LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-801-5.
- [6] LUDÍKOVÁ, L. - RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. 313 s. ISBN 80-2444-1475-9
- [7] MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
- [8] PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- [9] PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
- [10] STYX, P. *O psychiatrii - Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno:Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
- [11] ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
- [12] VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: PARTA, 2009. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.
- [13] VALENTA, M. - MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3.vyd. Praha: Parta, 2007. 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
- [14] VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika*. Brno: MSD, spol. s r.o., 2004. 463 s. ISBN 80-86633-22-5.

[15] VOCÍLKA, M. *Autismus*. Praha: Tech - Market, 1996. 116 s. ISBN 80-902134-3-X.

Internetové zdroje

[16] Doktorka.cz. *Mentální retardace* [online]. 2010 [cit. 4. prosince 2011]. Dostupné z <http://psychologie.doktorka.cz/mentalni-retardace>

[17] Helpnet.cz. *Mentální postižení*. [online]. [citace 2. února 2012]. Dostupné z <http://www.helpnet.cz/mentalni-postizeni>

[18] Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Světová deklarace vzdělání pro všechny - Článek 3: Zobecnění přístupu a podpora spravedlivosti*. [online]. 2001. [cit. 13. února 2012]. Dostupné z <http://www.msmt.cz/vzdelavani/svetova-deklarace-vzdelani-pro-vsechny>

[19] Právník.cz.. *Úplná znění - Deklarace práv dítěte* [online]. 1959. [cit. 13. února 2012]. Dostupné z <http://www.pravnik.cz/uplna-zneni/uz-38.html>

[20] VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. [online]. 1999 [cit. 26. listopadu 2011]. Dostupné z <http://www.specialnipedagogika.cz/socius/data/432.pdf>

Právní předpisy:

[21] Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ze dne 16.12.1992, *Listina základních práv a svobod*, ve znění pozdějších předpisů.

[22] Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, *o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů.

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A - DEKLARACE PRÁV DÍTĚTE	I
PŘÍLOHA B - DEKLARACE O PRÁVECH MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB..	IV
PŘÍLOHA C - SVĚTOVÁ DEKLARACE VZDĚLÁNÍ PRO VŠECHNY.....	V
PŘÍLOHA D - LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD.....	VI
PŘÍLOHA E - ZÁKON 108/2006 Sb.	VII

PŘÍLOHY

Příloha A - Deklarace práv dítěte

„Preamble

U vědomí toho, že lid Spojených národů znovu vyhlásil v Chartě svou víru v základní lidská práva a v důstojnost a hodnotu lidské osobnosti a rozhodl se podporovat sociální pokrok a vyšší životní úroveň ve větší svobodě, že Organizace spojených národů vyhlásila ve Všeobecné deklaraci lidských práv, že každý má všechna práva a svobody v ní stanovené bez jakéhokoli rozlišování podle rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, náboženského, politického nebo jiného smýšlení, národnostního nebo sociálního původu, majetku, rodu nebo jiného postavení, že dítě pro svou tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a zvláštní právní ochranu před narozením i po něm, že potřeba těchto zvláštních záruk byla zakotvena v Ženevské deklaraci práv dítěte z r. 1924 a uznána ve Všeobecné deklaraci lidských práv a ve statutech mezinárodních odborných organizací a ostatních mezinárodních organizací, zabývajících se otázkami péče o děti, že lidstvo je povinno dát dětem to nejlepší, co jim může dát, Valné shromáždění prohlašuje tuto Deklaraci práv dítěte, aby děti mohly prožít šťastné dětství, užívat práv a svobod zde uvedených ku prospěchu vlastnímu i prospěchu společnosti a vyzývá rodiče, muže i ženy a dobrovolné organizace, místní úřady a vlády zemí, aby uznali tato práva a snažili se dosáhnout jejich dodržování cestou zákonodárných a jiných opatření prováděných postupně s těmito zásadami:

Zásada 1

Dítě požívá všech práv stanovených v této Deklaraci. Tato práva má bez výjimky každé dítě, bez rozlišování nebo diskriminace podle rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního nebo sociálního původu, majetku, rodu nebo postavení, ať již jeho samého, nebo jeho rodiny.

Zásada 2

Dítě požívá zvláštní ochrany. Zákon a ostatní opatření nechť mu poskytují příležitost i prostředky k tomu, aby se mohlo rozvíjet fyzicky, duševně, morálně,

duchovně a sociálně zdravým způsobem a v podmínkách svobody a důstojnosti. Nejvyšším měřítkem zákonodárné činnosti v této oblasti je zájem dítěte.

Zásada 3

Dítě má od narození právo na jméno a na státní příslušnost.

Zásada 4

Dítě požívá výhod sociálního zabezpečení. Je oprávněno vyrůstat a rozvíjet se ve zdraví; proto se jemu i jeho matce poskytuje zvláštní péče a ochrana včetně přiměřené péče v době před jeho narozením i po něm. Dítě má právo na přiměřenou výživu, bydlení, zotavení a lékařskou péči.

Zásada 5

Dítěti, které je fyzicky, duševně nebo sociálně postiženo, se poskytuje zvláštní zacházení, výchova a péče, jak to vyžaduje jeho zvláštní postavení.

Zásada 6

Dítě potřebuje k plnému a harmonickému vývoji své osobnosti lásku a porozumění. Pokud je to možné, má vyrůstat v péči svých rodičů, kteří jsou za ně odpovědní, a v ovzduší přízně, morálního i materiálního zabezpečení; dítě v útlém věku může být odloučeno od své matky pouze za výjimečných okolností. Společnost i úřady jsou povinny poskytovat zvláštní péči dětem bez rodičů a dětem bez přiměřených prostředků k životu. Finanční podpora státu a jiná pomoc dětem z početných rodin je žádoucí.

Zásada 7

Dítě má nárok na vzdělání, které má být bezplatné a povinné, alespoň v začátečních stupních. Má mu být poskytována výchova, která pomáhá zvýšit jeho všeobecnou kulturní úroveň a umožní mu na základě stejných příležitostí rozvíjet jeho schopnosti, úsudek a smysl pro morální a sociální odpovědnost a stát se tak platným členem společnosti.

Nejlepší zájmy dětí mají být vůdčími zásadami pro ty, kdož odpovídají za výchovu a vedení dítěte. Tuto odpovědnost nesou v první řadě rodiče dítěte. Dítě má mít plnou možnost ke hrám a zotavení, jež by měly mít stejné poslání jako vzdělání; společnost a státní úřady mají usilovat o to, aby dítě mohlo tohoto práva užívat.

Zásada 8

Dítě bude za všech okolností mezi prvními, komu bude poskytnuta ochrana a pomoc.

Zásada 9

Dítě má být chráněno před všemi formami nedbalosti, krutosti a vykořisťování. Nesmí být předmětem obchodu v žádné podobě. Dítě nesmí být přijato do zaměstnání před dosažením přiměřeného minimálního věku; v žádném případě mu nebude vnuceno nebo dovoleno vykonávat jakékoli povolání nebo zaměstnání, jež by mohlo škodit jeho zdraví nebo výchově, anebo by překáželo jeho tělesnému, duševnímu nebo morálnímu vývoji.

Zásada 10

Dítě musí být chráněno před činy, jež by mohly podporovat rasovou, náboženskou nebo jakoukoli jinou formu diskriminace. Musí být vychovááno v duchu porozumění, snášenlivosti, přátelství mezi národy, míru a všeobecného bratrství a v plném vědomí, že svou energii a nadání má věnovat službě bližním.⁶⁰

⁶⁰ Právník.cz.. *Úplná znění - Deklarace práv dítěte* [online]. 1959. [cit. 13. února 2012]. Dostupné z <http://www.pravnik.cz/uplna-zneni/uz-38.html>

Příloha B - Deklarace o právech mentálně postižených osob, vyhlášená na Valném shromáždění Organizace spojených národů dne 20. prosince 1971

„1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.

2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální míře jeho možnosti a schopnosti.

3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.“⁶¹

⁶¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 191

Příloha C - Světová deklarace vzdělání pro všechny

Uspokojení základních vzdělávacích potřeb, Jomtien, 1990

- **„Základní vzdělání by mělo být poskytnuto všem dětem, mládeži i dospělým.** Kvalita základního vzdělávání by měla být zlepšena a měla by být zavedena důsledná opatření k potlačení nerovnosti.
- Všem dětem, mládeži i dospělým musí být umožněno získat a udržet si vhodnou úroveň vzdělávání tak, aby základní vzdělání bylo spravedlivé.
- Nejnáléhavější záležitostí je zajištění přístupu ke vzdělávání a zlepšení jeho kvality pro dívky a ženy a odstranění všech překážek, které narušují jejich aktivní účast. Všechny rodové konvence ve vzdělávání by měly být eliminovány.
- Musí být ustanoven účinný závazek k odstranění nerovnosti ve vzdělávání. Uvedené skupiny - chudí; děti na ulicích a pracující děti; venkovské a na samotách žijící obyvatelstvo; kočovníci a přistěhovalci; domorodé obyvatelstvo; etnické, národnostní a jazykové menšiny; uprchlíci; lidé odsunutí kvůli válce a lidé v okupaci - by neměli pociťovat žádné rozdíly v přístupu k učebním možnostem.
- Zvláštní pozornost vyžadují vzdělávací potřeby postižených osob. Kroky musí být učiněny tak, aby všem kategoriím postižených lidí byl poskytnut stejný přístup ke vzdělávání, který musí být nedílnou součástí jeho systému.“⁶²

⁶² Ministersvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Světová deklarace vzdělání pro všechny - Článek 3: Zobecnění přístupu a podpora spravedlivosti.* [online]. 2001. [cit. 13. února 2012]. Dostupné z <http://www.msmt.cz/vzdelavani/svetova-deklarace-vzdelani-pro-vsechny>

Příloha D - Listina základních práv a svobod

V tomto pro každého občana České republiky závazném dokumentu jsou vymezena veškerá práva, která se samozřejmě týkají i lidí s postižením., Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“⁶³

V této listině je mimo jiné i jasná citace toho, že každý občan má právo na práci a zároveň jak níže cituji by měly být osoby zdravotně postižené v pracovně-právních vztazích zvýhodňovány.

„(1) Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky.

(2) Mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.“⁶⁴

Bohužel máme někdy dojem, že pracovníci na úřadech se s touto „Listinou“ nikdy nesetkali, nebo se alespoň podle ní nechovají.

Dalším bodem je vzdělávání. V době, kdy jsem začala s mentálně postiženými pracovat bylo vzdělání pro většinu z nich nedosažitelné. Školní docházky byli ve většině případů zproštěni. Jak cituje „Listina základních práv a svobod“ je vzdělání pro všechny bez rozdílu:

„(1) Každý má právo na vzdělání. Školní docházka je povinná po dobu, kterou stanoví zákon.“⁶⁵

⁶³ Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ze dne 16.12.1992, *Listina základních práv a svobod*, ve znění pozdějších předpisů. čl. 1.

⁶⁴ Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ze dne 16.12.1992, *Listina základních práv a svobod*, ve znění pozdějších předpisů. čl. 29.

⁶⁵ Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ze dne 16.12.1992, *Listina základních práv a svobod*, ve znění pozdějších předpisů. čl. 33.

Příloha E - Zákon č.108 /2006 Sb. - Zákon o sociálních službách

V tomto Zákoně je vymezen okruh osob, kterých se bezprostředně týká, dále podmínky, za nichž je jim služba poskytována, dále je zde přesně vymezeno, kdy má občan právo na příspěvek na péči - jsou zde stanoveny všechny okruhy podle nichž se posuzuje nárok na tento příspěvek a zároveň všechna pravidla pro vyplácení tohoto příspěvku, dále jsou zde specifikovány všechny druhy sociálních služeb, které jsou v našem státě poskytovány a zároveň jejich zaměření na vedení osob se zdravotním, či mentálním postižením k co nejvyšší míře samostatnosti:

„ 1) nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,

m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.“⁶⁶

Pokud jsou osoby s postižením umístěny v některém ze zařízení, mělo by být samozřejmostí, že je jim zde poskytována maximální podpora a dopomoc:

„(1) V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

a) poskytnutí ubytování,

b) poskytnutí stravy,

c) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,

d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,

e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

g) sociálně terapeutické činnosti,

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“⁶⁷

⁶⁶ Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, *o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů. § 35.

⁶⁷ Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, *o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů. § 48.

Zvláštním oddílem je zde specifikace práce v Terapeutických dílnách:

„(1) Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- c) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- d) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.“⁶⁸

Další část zákona se zabývá specifikací profesí lidí pracujících v sociálních službách od sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, přes pedagogické pracovníky, zdravotnické pracovníky atd. a zároveň vymezuje okruh jejich činností, ale také stanovuje podmínky, za kterých smí být tato profese vykonávána a zároveň zdůrazňuje nutnost vzdělávání v daném oboru a doplňování si teoretických i praktických znalostí.

„ Lidé s mentálním postižením mají stejné základní potřeby jako lidé bez postižení - chodit do školy se svými vrstevníky, mít smysluplnou práci, bezpečný domov, rodinu a přátele, cítit svobodu v rozhodování. K naplnění svých potřeb potřebují lidé s mentálním postižením podporu a otevřenost většinové společnosti. Podpora a služby by měly být poskytovány v běžném prostředí, mezi lidmi bez postižení - nikoli v uzavřeném prostředí ústavů či speciálních škol. Otevřenost je o integraci. A integrace je o přijetí lidí s mentálním postižením do každodenního života..rodinou, známými, sousedy, učiteli, zaměstnavateli, každým z nás. Na českém internetu se problematice

⁶⁸ Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, *o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů. § 67.

cíleně věnuje portál Dobromysl.cz, který vytvořil základ této sekce. Přehled o dalších zdrojích informací najdete níže v našich odkazech.⁶⁹

⁶⁹ Helpnet.cz. *Mentální postižení*. [online]. [citace 22. února 2012]. Dostupné z <http://www.helpnet.cz/mentalni-postizeni>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Květoslava Vondráčková

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinované

Název práce: *Terapeutická činnost poskytovaná jedincům se středně těžkým mentálním postižením v terapeutických dílnách v domově „Zvíkovecká kytička“*

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 41

Celkový počet stran příloh: 9

Počet titulů české literatury a pramenů: 17

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: Mgr. Martina Karkošová