



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Speciální pedagog v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Diplomová práce

Studijní program: N7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506T002 – Speciální pedagogika
Autor práce: **Bc. Hana Prokurátová**
Vedoucí práce: ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D.



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Hana Prokurátová**
Osobní číslo: **P14000641**
Studijní program: **N7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika**
Název tématu: **Speciální pedagog v domovech pro osoby se zdravotním postižením**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl diplomové práce: Zjistit využití speciálních pedagogů a speciálně pedagogických přístupů v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Nestandardizovaný dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HORÁKOVÁ, R., 2012. Sluchové postižení: úvod do surdopedie. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 9788026200840.

MICHALÍK, J., 2011. Zdravotní postižení a pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 9788073678593.

VÁGNEROVÁ, M., 2014. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 9788026206965.

VALENTA, M., MÜLLER, O., 2004. Psychopedie: [teoretické základy a metodika]. 2. vyd. Praha: Parta. ISBN 8073200635.

VÍTKOVÁ, M., Somatopedické aspekty. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido. ISBN 8073151340.

Vedoucí diplomové práce:

ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D.
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce: **23. dubna 2015**

Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2016**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2015

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé diplomové práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 15. 12. 2016

Podpis:



Poděkování

Děkuji vedoucí mé diplomové práce, ThDr. Kateřině Brzákové Beksové, Th.D. za odborné vedení a věcné připomínky, trpělivost a pochopení. Mé díky patří zástupcům domovů pro osoby se zdravotním postižením, kteří svou ochotou přispěli k vytvoření empirické části této práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a svým blízkým za trpělivost a podporu v průběhu tvorby práce i celého studia.

Anotace

Diplomová práce se zabývá problematikou působení speciálních pedagogů v domovech pro osoby se zdravotním postižením se zaměřením na dospělé s mentálním postižením. Věnuje se naplňování specifických potřeb dospělých s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením v souvislosti s působením speciálních pedagogů. Klade si za cíl popsat využití speciálních pedagogů a speciálně pedagogických přístupů. Práce je zpracována ve dvou částech, teoretické a empirické. Teoretická část diplomové práce s pomocí odborných publikací, internetových zdrojů a dalších pramenů vymezuje sociální službu domov pro osoby se zdravotním postižením. Dále popisuje psychosociální specifika života člověka s mentálním postižením s ohledem na vývojové zvláštnosti dospělého věku. Teoretická část se také zabývá rolí speciálního pedagoga v domovech pro osoby se zdravotním postižením s ohledem na speciálně pedagogickou reflexi specifických potřeb klientů zařízení. Empirická část si klade za cíl nalézt odpovědi na výzkumné otázky, týkající působnosti speciálního pedagoga a aplikaci speciálně pedagogických přístupů v domovech pro osoby se zdravotním postižením se zaměřením na dospělé s mentálním postižením. Opatření, navrhovaná v závěru diplomové práce, směřují k posílení zastoupení speciálních pedagogů v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Klíčová slova

domov pro osoby se zdravotním postižením, mentální postižení, dospělý s mentálním postižením, speciální pedagog

Annotation

The diploma thesis deals with problems of influence of special educators at homes for people with disabilities focusing on adults with mental disabilities. It deals with saturation the specific needs of adults with mental disabilities in homes for people with disabilities in connection with the activity of special educator. Its aim is to describe the use of special educators and special educational approaches. The thesis is divided into two parts, theoretical and empirical. The theoretical part of the thesis - with help of scientific publications, internet sources and further resources – determines social service home for people with disabilities. It also describes the psychosocial specifics of human life with mental disabilities with regard to the developmental particularities of adulthood. The theoretical part also deals with the role of special educator in homes for people with disabilities with respect to special educational reflection specific needs of clients of the facilities. The empirical part aims to find answers to research questions about the role of special educator and application of specially educational approaches at homes for people with disabilities focusing on mentally handicapped adults. The measures suggested in the end of the diploma thesis aim to better representation of special educators at homes for people with disabilities.

Key words

home for people with disabilities, mental disabilities, the adults with mental disabilities, special educator

OBSAH

Seznam obrázků, tabulek a grafů	9
Seznam použitých zkratk a symbolů	10
Úvod	11
1 Domov pro osoby se zdravotním postižením	12
1.1 Současné pojetí domovů pro osoby se zdravotním postižením	14
1.2 Přínosy a rizika života v domově pro osoby se zdravotním postižením	15
2 Psychosociální aspekty života s mentálním postižením	17
2.1 Vymezení pojmu mentální postižení.....	17
2.2 Specifika jedinců s mentálním postižením.....	20
2.3 Psychosociální aspekty dospělého věku člověka s mentálním postižením	24
2.3.1 Člověk s mentálním postižením v dospívání.....	25
2.3.2 Člověk s mentálním postižením v dospělosti	30
2.3.3 Člověk s mentálním postižením ve stáří.....	33
3 Role speciálního pedagoga v domovech pro osoby se zdravotním postižením	35
3.1 Speciální pedagog	35
3.2 Lidská práva osob s mentálním postižením	38
3.3 Naplňování lidských potřeb osob s mentálním postižením.....	39
3.4 Vybrané přístupy v péči o osoby s mentálním postižením	46
3.4.1 Obecné metody speciálně pedagogické praxe.....	46
3.4.2 Koncept bazální stimulace.....	47
3.4.3 Rozvoj komunikačních schopností, alternativní a augmentativní komunikace	48
3.4.4 Snoezelen.....	50
3.4.5 Terapeutické přístupy	50
3.4.6 Psychomotorická terapie	51
3.4.7 Zooterapie.....	52
3.4.8 Expresivní terapie	52

4	Výzkumná část: Speciální pedagog v DOZP	53
4.1	Cíle empirického šetření a formulace hypotéz.....	53
4.2	Použitá metoda výzkumu a technika sběru dat	54
4.3	Popis výzkumného vzorku	55
4.4	Průběh výzkumu.....	59
4.5	Interpretace získaných dat.....	60
4.5.1	Zaměstnávání speciálního pedagoga v DOZP.....	61
4.5.2	Činnost speciálního pedagoga v DOZP.....	65
4.5.3	Využití vybraných přístupů v péči o osoby s mentálním postižením v DOZP	66
5	Souhrn výsledků a diskuse	71
6	Závěr.....	75
	Navrhovaná opatření	77
	Seznam použitých zdrojů	81
	Seznam příloh.....	85

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek č. 1: Model kruhové péče (viz str. 36)

Tabulka č. 1: Četnost DOZP v jednotlivých krajích (viz str. 55)

Graf č. 1: Věkové spektrum klientů v DOZP (viz str. 56)

Graf č. 2: Diagnostické spektrum klientů DOZP (viz str. 57)

Graf č. 3: Dominantní postižení v DOZP (viz str. 58)

Graf č. 4: Zaměstnávání speciálního pedagoga na samostatné pozici v DOZP (viz str. 60)

Graf č. 5: Zaměstnávání speciálního pedagoga na jiných pozicích v DOZP (viz str. 60)

Graf č. 6: Doba zaměstnávání speciálního pedagoga (viz str. 61)

Graf č. 7: Přínos práce speciálního pedagoga pro klienty a zařízení (viz str. 62)

Graf č. 8: Potenciální prospěch ze zaměstnávání speciálního pedagoga (viz str. 63)

Graf č. 9: Plán zaměstnání speciálního pedagoga (viz str. 64)

Graf č. 10: Zastoupení jednotlivých terapií v DOZP (viz str. 66)

Graf č. 11: Využití terapií v jednotlivých zařízeních (viz str. 67)

Graf č. 12: Průměrné zastoupení terapeutických přístupů v závislosti na přítomnosti speciálního pedagoga (viz str. 68)

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

AAK:	Alternativní a augmentativní komunikace
DOZP:	Domov pro osoby se zdravotním postižením
MKN-10:	Mezinárodní klasifikace nemocí
ÚZIS:	Ústav zdravotnických zařízení a statistiky

ÚVOD

Zdravotní handicap je náročnou životní situací, jak pro pečující okolí, tak pro člověka samotného. Zvláštnosti, které z postižení vyplývají, zpravidla omezují předpoklady pro samostatný život, a proto se instituce staly nedílnou součástí péče o osoby se zdravotním postižením. Do ústavních zařízení jsou zařazovány osoby se zdravotním postižením zejména v případech, kdy rozsah a náročnost potřebné péče přesahuje možnosti rodiny. Život v instituci má své výhody i svá rizika. Za nejvýznamnější přednost života v instituci považujeme možnost poskytnutí komplexní podpory jedincům s postižením na jednom místě. Výchova, vzdělávání a celkový rozvoj osob se zdravotním postižením jsou úkolem speciálních pedagogů. Zjistit potřebnost a přítomnost speciálních pedagogů v domovech pro osoby se zdravotním postižením bylo výchozím smyslem práce.

Naše diplomová práce se věnuje problematice uplatnění speciálního pedagoga v domovech pro osoby se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení. Zajímáme se o to, do jaké míry je speciální pedagogika součástí péče o dospělé s mentálním postižením v pobytových zařízeních. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, teoretické a empirické, které se vzájemně prolínají, neboť pro splnění účelu naší práce není možné tyto části direktivně rozlišit, tak jak je standardně zvykem.

Teoretická část pojednává o domovech pro osoby se zdravotním postižením. Je věnován prostor pro legislativní vymezení, současné pojetí domovů pro osoby se zdravotním postižením, výhody i rizika života v zařízení. Dále práce obsahuje analýzu psychosociálních aspektů života s mentálním postižením s ohledem na vývojové úkoly dospělého věku, které predikují život v instituci. V teoretické části je také rozpracována úloha a význam speciálního pedagoga v domově pro osoby se zdravotním postižením s využitím speciálně pedagogické reflexe individuálně specifických potřeb dospělých osob s mentálním postižením.

V empirické části si klademe za cíl nalézt odpovědi na výzkumné otázky, týkající se působnosti speciálních pedagogů a využití speciálně pedagogických přístupů v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Je zjišťováno hodnocení přínosu práce speciálních pedagogů v zařízeních. Dále jsou zmapovány aktivity a činnosti zaměřené na rozvoj schopností a dovedností klientů, které v souvislosti s působností speciálního pedagoga v zařízení probíhají.

1 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Domov pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) je služba sociální péče poskytovaná na základě § 48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách¹ (v aktuálním znění zákona č. 189/2016). Tento zákon vymezuje DOZP jako typ zařízení, které poskytuje pobyt osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se tedy o pobytovou formu sociální služby.

Podle zákona obsahuje služba následující základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Z výčtu základních činností je patrné, že cílem domovů pro osoby se zdravotním postižením je poskytování péče a podpory při zvládání běžných každodenních úkonů, a zároveň se orientují na socializaci jedince, jeho výchovu a aktivizaci. Domovy pro osoby se zdravotním postižením: „*nabízejí soubor služeb, které mají podporovat soběstačnost člověka a zajistit mu podmínky pro jeho důstojný, aktivní život. Cílovou skupinou jsou osoby, jež s ohledem na svůj zdravotní stav i funkční schopnosti nemohou zajišťovat své životní potřeby ve vlastním prostředí a jejichž situaci není možné řešit pomocí rodiny ani využitím terénních sociálních služeb*“ (Matoušek 2013, s. 417). Obsah, forma i rozsah poskytovaných služeb má být adekvátně přizpůsoben skutečným potřebám klienta tak, aby byla v maximální možné míře zachována a dále podporována jeho soběstačnost a nezávislost.

¹ Zákon nabyt účinnosti 1. 1. 2007 a přinesl velké změny sociální politiky. Dosud právně neupravené sociální služby dostaly legislativní rámec. Výrazná byla změna financování sociálních služeb, jedinec s postižením (příp. pečující osoba) si sám volí sociální služby, které chce využívat, a ty hradí prostřednictvím příspěvku na péči.

Zákon č. 108/2006 Sb., § 2, odst. 2 (ve znění pozdějších předpisů) uvádí, že pomoc poskytovaná v rámci sociální služby: „*musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování*“.

Sociální služba domov pro osoby se zdravotním postižením je poskytována za úhradu na základě smlouvy mezi poskytovatelem a klientem (příp. jeho zákonným zástupcem, opatrovníkem). Výši úhrady za jednotlivé úkony stanovuje prováděcí vyhláška zákona o sociálních službách (vyhláška č. 505/2016 Sb., v aktuálním znění vyhlášky č. 218/2016).

Lidé, kteří v domově pro osoby se zdravotním postižením žijí, byli dříve označováni jako obyvatelé, současná legislativa hovoří o uživatelích sociálních služeb. Nové trendy používají pojem klient, který staví jedince do role aktivního účastníka participujícího na své životní situaci tím, že rozhoduje o typu a rozsahu služeb, které chce využívat a spolupodílí se na jejich finančním zajištění (zpravidla finančními prostředky plynoucími ze sociálních dávek). I v naší práci budeme používat termín klient k označení člověka, který využívá sociální službu domov pro osoby se zdravotním postižením.

Zákon neurčuje cílovou skupinu na základě věku ani druhu postižení. Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují své služby osobám s mentálním, tělesným, smyslovým nebo kombinovaným postižením. Na základě informací získaných z Registru poskytovatelů sociálních služeb² můžeme říci, že většina domovů pro osoby se zdravotním postižením je určená pro dospělé osoby s mentálním postižením³. Příčinou vysoké míry zastoupení lidí s mentálním postižením v pobytových zařízeních může být vysoká prevalence výskytu i samotná povaha postižení. Mentální postižení je porucha, která se obtížně kompenzuje na úroveň mentálně autonomní (zdravé) populace. Bariéry vyplývající z postižení jsou zejména v oblasti psychosociální adaptability, která je nedostatečně saturována.

² Základní podmínkou poskytování sociálních služeb je udělení registračního oprávnění. Registr poskytovatelů sociálních služeb umožňuje získat přehled o rozsahu a charakteru sítě sociálních služeb. Je dostupný online na registr.mpsv.cz.

³ Ke dni 8. 11. 2016 bylo registrováno 209 sociálních služeb DOZP v celé České republice. Pouze 3 z nich výslovně neposkytují službu dospělým osobám s postižením, tj. nad 26 let věku. 166 služeb DOZP má jako cílovou skupinu uvedeny (mimo jiná postižení) osoby s mentálním postižením. A 197 služeb DOZP má jako cílovou skupinu osoby se zdravotním postižením či osoby s mentálním postižením, tzn., že jejich zaměření není cíleno na osoby bez mentálního postižení.

Jsme toho názoru, že pro účel naší práce bude výhodné zúžit zaměření na osoby s mentálním postižením, neboť lze předpokládat, že jde o skupinu v domovech pro osoby se zdravotním postižením nepoččetně zastoupenou.

1.1 Současné pojetí domovů pro osoby se zdravotním postižením

Přístup společnosti k lidem s postižením se neustále vyvíjí a odráží se i ve formě a způsobu poskytování sociální péče. Pobytové služby pro lidi s postižením byly dříve nazývány ústavy sociální péče. Budovány byly na okraji měst a obcí mimo veřejnost, docházelo k separaci zařízení a především samotných klientů od běžné populace.

V dřívějších ústavách sociální péče byli klienti rozděleni dle věku a pohlaví. Péče měla charakter převážně zdravotní a sociální, zajišťovaly ji řádové a zdravotní sestry. Umísťování dětí s postižením do institucionální péče bylo běžné, jen zřídkakdy o postižené dítě pečovala rodina. Zařízení měla velkokapacitní charakter a často byla přeplněná. Bylo omezováno soukromí klientů, převažovala kolektivní péče bez zohledňování individuality osobnosti jedince. Klienti byli zbavováni způsobilosti k právním úkonům a osvobožováni od povinné školní docházky (Pipeková 2006, s. 127).

V posledních letech se hovoří o normalizaci a humanizaci institucionální péče. Normalizace vyjadřuje skutečnost, že lidé s postižením mají žít, co nejvíce je to možné, normálním životem tedy životem podobným životu nepostižených vrstevníků. Humanizace se vztahuje na celou společnost, která má k lidem s postižením přistupovat jako k rovnocenným spoluobčanům, kteří pouze potřebují více pozornosti a péče, jež bude kompenzovat jejich odlišnost. Oba tyto přístupy (normalizační i humanistický) jsou úzce spjaté s integrací, ta má odstraňovat nepřirozené bariéry mezi lidmi s postižením a společností (Švarcová 2011, s. 14).

Výsledkem integračního postoje je probíhající transformace sociálních služeb za účelem deinstitucionalizace ústavních zařízení. „*Cílem je transformovat velké ústavy sociální péče, zlepšit jejich materiální vybavení, zaměřit se na komplexní péči o klienty, tzn. nejenom uspokojovat jejich potřeby, ale i rozvíjet zájmy, posilovat dovednosti a vést je k soběstačnosti*“ (Pipeková 2006, s. 127). Aby bylo možné dosáhnout naplnění integrace v maximální možné míře je dle našeho názoru zapotřebí kvalifikovaný personál, který se bude orientovat v psychosociálních aspektech života s postižením. Je nutné, aby zastával humanizační přístup, byl motivovaný a kreativní k zajišťování specifických potřeb klientů. Pro získání odborné kvalifikace k výkonu pracovníka v sociálních službách (tedy

i v domově pro osoby se zdravotním postižením) je určen kurz akreditovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí v rozsahu 150 hodin.

Například v Polsku byl pro efektivní poskytování pečovatelských a podpůrných služeb ustanoven minimální počet zaměstnanců v závislosti na počtu klientů pobytových zařízení. V institucích, které pečují o více než sto klientů, musí být nejméně dva sociální pracovníci a musí být zajištěn kontakt s psychologem. Poměr zaměstnaných pracovníků terapeuticko-pečovatelského sboru na jednoho obyvatele v pobytovém zařízení pro dospělé osoby s mentálním postižením musí být minimálně 0,5 (Prysak 2015, s. 222).

V rámci integračních a inkluzních přístupů k lidem s postižením bývají pobytová zařízení kritizována. Jako alternativní řešení se nabízí nové sociální služby a to například osobní asistence, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení. Na tomto místě je nutné podotknout, že i tento druh služeb má své výhody i limity. Zákon určuje, že sociální služby „*musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob*“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 2, odst. 2 ve znění pozdějších předpisů). Institucionální péče znamená změnu ve způsobu dosavadního života jedince. Je důležité zvážit možný přínos a rizika života v instituci a individuálně posoudit vhodnost dané sociální služby.

1.2 Přínosy a rizika života v domově pro osoby se zdravotním postižením

Hlavní výhodou institucionální péče je souhrnnost poskytovaných služeb. Na jednom místě může být nabízen komplex služeb v potřebném rozsahu a kvalitě. Jedinec s postižením získává veškerou péči, kterou potřebuje, v rámci zařízení, kde žije. Lečbych (2008, s. 74) vnímá komplexní péči jako největší výhodu a současně i slabinu pobytových zařízení. „*I když v nich má jejich uživatel zabezpečenu řadu potřeb, hrozí velké riziko hospitalismu, podnětové stereotypie, život v separovaném prostředí bez kontaktu s reálným světem, odkázanost na péči o druhé osoby, psychická deprivace a mnohá další rizika.*“

Adaptace na ústavní prostředí je podmínkou pro prožití plnohodnotného života v instituci. Na druhou stranu uskutečněná adaptace snižuje schopnost jedince obstat v neústavním prostředí. Fenomén bývá nazýván jako institucionalizace (Matoušek 2013, s. 417). Ačkoliv normalizační pojetí pobytových zařízení podporuje vznik menších domácností, o které společnými silami za podpory kvalifikovaného personálu pečují sami klienti dle svých možností, ze zkušenosti víme, že to tak vždy není. Např. z finančních

důvodů je pro domov výhodnější a obvykle nezbytné využít hromadné prádelny, místo zajištění potřebného vybavení na jednotlivé domácnosti. Klientům je tak často poskytována nadbytečná péče v zajišťování čistého oblečení, stravy, nákupů (nového oblečení, sladkostí, hygienických pomůcek, oblíbených předmětů apod.), což vede ke snižování samostatnosti klientů a jejich motivace k těmto činnostem. Důvodem pro poskytování nadstandardních úkonů v oblasti péče o svou osobu a domácnost bývá nedostatek personálního zajištění, které je vázáno na nedostatek financí. V konečném důsledku je tento přístup ekonomicky náročnější, neboť úměrně ke snižování samostatnosti klienta se zvyšuje jeho závislost na pomoci personálu a snižuje se úroveň jeho schopností, pohybových možností a motivace k jakékoliv činnosti.

Dlouhodobý pobyt v instituci indikuje tzv. hospitalismus. Hospitalismus vede ke „ztrátě zájmu o svět a lidi v něm, zhoršuje schopnosti komunikovat, navozuje automatismus pohybů, stereotypii, ztrácí se motivace k činnosti a nastupuje vývojová regrese“ (Michalík 2011, s. 141). Ke ztrátě zájmu o okolní svět může také přispívat deprivace z neuspokojivých sociálních vztahů. Spektrum sociálních kontaktů je zpravidla stálé a omezené. Výraznou diferencí života doma a v pobytovém zařízení je absence soukromí. Klienti zpravidla sdílí pokoj s jiným klientem. Právo na rozhodování o možnostech svého bydlení (volba spolubydlícího, vybavení pokoje apod.) je zachováno, nicméně dochází k jistému omezení rámcem možností domova.

Je důležité mít tato rizika v patrnosti, neboť představují reálná nebezpečí života v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Podle Pipekové se mnohé domovy potýkají s nedostatkem financí a personálu, což se odráží na kvalitě bydlení klientů, kvalitě a rozsahu nabízených služeb, materiálního a technického vybavení, na vedení práce s klienty (Pipeková 2006, s. 128). Nicméně jsme také toho názoru, že domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou navzdory výše uvedeným rizikům sociální službou, která má v péči o osoby se zdravotním postižením v současnosti nezastupitelné místo. Proto vnímáme jako velice důležité pracovat s těmito riziky života v pobytových zařízeních a snižovat tak jejich negativní dopad na prospěch jedince i celé instituce.

K zajištění kvality sociálních služeb slouží závazný dokument Standarty kvality sociálních služeb, jejichž kritéria jsou blíže definována v příloze vyhlášky č. 505/2006 Sb. Kritéria představují závazné či doporučené postupy poskytování služby. Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni závazná kritéria plnit, v opačném případě může dojít k odebrání registrace k poskytování dané služby.

2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ŽIVOTA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

2.1 Vymezení pojmu mentální postižení

Mentální postižení je široce užívaný pojem, jehož vymezení není možné jednoznačně definovat. Valenta (2012, s. 28) vnímá pojem mentální postižení jako „změkčení“ pojmu mentální retardace. Úprava termínu má zabránit stigmatizaci nositele této diagnózy. S tímto cílem se terminologické pojmenování mentálního postižení neustále vyvíjí. Pojmy jako je debilita, idiocie, imbecilita byly nahrazeny, neboť jejich užívání se stalo pro společnost hanlivým.

Pojem mentální postižení se vyskytuje v zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (v aktuálním znění zákona č. 178/2016 Sb.), který tento termín používá. Paragraf 3 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. (v aktuálním znění zákona č. 189/2016 Sb.) uvádí mentální postižení vedle tělesného, duševního, smyslového a kombinovaného postižení jako součást termínu zdravotní postižení, více s tímto pojmem nepracuje. Ani jeden z uvedených legislativních dokumentů termín nedefinuje.

Nejednoznačný se zdá vztah pojmů mentální postižení a mentální retardace. Vágnerová (2014) používá pojem mentální postižení a mentální retardace souznačně. Jde o „*souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit*“ (Vágnerová 2014, s. 273).

Někteří autoři považují pojem mentální postižení za širší, než je mentální retardace. Např. Valenta (2012, s. 30) definuje mentální postižení jako „*širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.*“ Definice určuje znevýhodnění na základě snížené možnosti vzdělávání na běžném typu škol, což naznačuje orientaci definice na školní věk. Myslíme si, že zařazování žáků s mentálním znevýhodněním do běžného či speciálního školství probíhá v současné době odlišným způsobem, než tomu bylo dříve. Předpokládáme proto, že současní dospělí s mentálním postižením, byli zařazováni do speciálního školství

za jiných podmínek, než je tomu dnes. Vymezení mentálního postižení jako nadřazenějšího pojmu zahrnujícího jak osoby s mentální retardací tak i osoby „hraniční“ s IQ nad 70 (ale méně než je norma), má své uplatnění především ve školní praxi. Pro účely naší práce není diferencování pojmů mentální retardace a mentální postižení podstatné, přesto dáváme přednost užívání termínu mentální postižení, neboť nám přijde výstižnější.

Mentální retardace je postižení vrozené a trvalé. Projevuje se od počátku vývoje dítěte a indikuje limity, které nelze medicínským ani edukačním přístupem překročit. Podnětným prostředím a stimulací lze dosáhnout pokroku, horní hranice potenciálního vývoje je dána jak závažností postižení, tak přiměřeností působení výchovných, výukových a terapeutických vlivů (Vágnerová 2014, s. 273).

Valenta (2012, s. 31) vymezuje mentální retardaci jako „*vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.*“ Ačkoliv se jedná primárně o poruchu rozumových schopností, postižení postihuje celou osobnost ve všech jejích složkách. Proto je možné na mentální postižení nahlížet z více hledisek. Po stránce biologické je mentální postižení definováno jako trvalé závažné organické nebo funkční poškození mozku. Pro psychologický přístup je podstatná snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě). Sociální hledisko se zaměřuje na dezorientaci jedince ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci. Z pohledu pedagogického je významná snížená schopnost učit se a to navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů. Z právního přístupu má jedinec s mentálním postižením sníženou způsobilost k samostatnému právnímu jednání, tj. provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí (Slowík 2007, s. 110).

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), kterou vydává Světová zdravotnická organizace, stanovila mentální retardaci jako „*stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti*“ (ÚZIS 2014).

Klasifikace mentální retardace dle MKN-10 zahrnuje:

- F 70 Lehká mentální retardace
- F 71 Střední mentální retardace
- F 72 Těžká mentální retardace
- F 73 Hluboká mentální retardace
- F 78 Jiná mentální retardace
- F 79 Neurčená nespecifická mentální retardace

Jednotlivé stupně mentální retardace se od sebe odlišují rozsahem postižení a intenzitou zvláštností v jednotlivých složkách osobnosti. Pro účel naší práce není podstatné věnovat se podrobně charakteristikám jednotlivých stupňů mentální retardace, neboť vedle hloubky postižení se na socializaci jedince a jeho integraci do společnosti podílí řada dalších faktorů, zejména podnětnost a podpora prostředí a další osobnostní zvláštnosti a vlastnosti.

Etiologie mentální retardace je rozmanitá. Příčiny mentální retardace lze dělit z hlediska doby vzniku na prenatální, perinatální a postnatální. Současně je možné rozlišovat endogenní a exogenní etiologické faktory. Švarcová (2011, s. 42) uvádí jako nejčastější příčiny vzniku mentální retardace následky infekcí a intoxikací, následky úrazů nebo fyzikálních jevů (např. novorozenecká hypoxie), poruchy výměny látek, růstu, výživy, poškození mozku, chromozomální anomálie a další.

Z celkového počtu obyvatel České republiky bylo k 31. 12. 2012 celkem 1 077 673 osob se zdravotním postižením, tj. 10,2% (Český statistický úřad 2014). Lidé s mentální retardací tvoří jednu z nejpočetnějších skupin zdravotně postižených. Četnost výskytu v celosvětovém měřítku stále stoupá. Tento vzrůst je pravděpodobně způsobem lepší evidencí mentálně postižených a lepší pediatrickou a neonatologickou péčí, která vede ke snižování novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Na základě kvalifikovaných odhadů se uvádí, že v současné době má mentální retardaci asi 3 % občanů. Odhaduje se, že v České Republice žije 300 000 osob s mentálním postižením (Černá 2011, s. 45).

2.2 Specifika jedinců s mentálním postižením

„Patrně žádný jiný druh handicapu nečiní člověka v běžné populaci tak zvláštním a odlišným jako právě mentální postižení... Nikdo si vlastně nedokáže stav mentálního omezení dost dobře představit a vžít se do situace osob s tímto handicapem“ (Slowík 2007, s. 109).

Přesně charakterizovat skupinu osob s mentálním postižením jako celek je nemožné. Tito lidé se od sebe vzájemně liší stejně tak, jako se odlišují jiní lidé. Mají svou osobitost, charakterové vlastnosti, jsou ovlivněni zkušeností a okolním prostředím. Spojujícím faktorem je deficit rozumových schopností a zvláštnosti psychických funkcí (jako je vnímání, pozornost, paměť, myšlení, emocionalita, volní vlastnosti). Celkové poškození neuropsychického vývoje osob s mentálním postižením s sebou přináší řadu specifík v jednotlivých oblastech jejich osobnosti. Omezení schopností a dovedností se různí v závislosti na hloubce postižení, etiologii, věku, míře podnětnosti prostředí.

Zaměříme se nyní na psychologické zvláštnosti osob s mentálním postižením, které vedou k potřebě zvýšené pozornosti a podpory ze strany okolí, neboť snižují schopnost samostatného a soběstačného života.

KOGNITIVNÍ PROCESY

Základním rysem mentální retardace je deficit kognitivních procesů. Schopnost vnímání je u lidí s mentálním postižením opožděná či omezená. Petráš (2012, s. 141) uvádí čtyři základní problémy vnímání lidí s mentálním postižením. Prvním je zpomalenost tempa vnímání a zúžení rozsahu vnímání, což znamená omezenou schopnost globálního vidění. Setrvává fáze vnímání detailů s omezenou percepční syntézou. Z toho důvodu je obtížné často až nemožné rychle se zorientovat v novém prostředí. Druhou odlišností ve vnímání je nediferencovanost počítků a vjemů, problematické je odlišit figury a pozadí. Při poznávání předmětů považují za stejné dva různé předměty. I ve vnímání času a prostoru lze pozorovat nedostatky, špatně odhadují vzdálenosti a časové úseky. Jako nejzávažnější problém vidí autoři inaktivitu vnímání. Člověk s mentálním postižením *„neprojeví snahu prohlédnout si předkládaný materiál (např. obrázek) podrobně, vnímat všechny jeho detaily, vyznat se v jeho vlastnostech“ (Petráš 2012, s. 139).* Charakteristická omezená zvědavost, pasivita v přijímání nových podnětů a zhoršená orientace v novém prostředí vedou ke zvýšené závislosti na zprostředkovávání informací druhými lidmi. Vágnerová (2014, s. 276) zmiňuje, že z důvodu obtížné orientace v běžném prostředí

se svět pro mentálně postižené stává méně srozumitelný, a proto se jim může jevit i více ohrožující. Důsledkem bývá silnější závislost na jiném člověku, který se stává prostředníkem mezi postiženým a vnějším světem.

Nedokonalé počítky a vjemy brzdí a zpomalují rozvoj vyšších psychických procesů, zejména myšlení. Tyto nedostatky je možné vyrovnávat a kompenzovat systematickou smyslovou výchovou a speciálním vzděláváním.

Myšlení chápeme jako zprostředkované poznávání toho, co jsme měli možnost vnímat. Nástrojem myšlení je převážně řeč a jeho podstatou je uvádění do vztahů (relacionování). Myšlení lidí s mentálním postižením je charakteristické přílišnou konkrétností. Není schopno vyšší abstrakce a generalizace, je nepřesné, často chybné v analýze a syntéze. *„Myšlení je nedůsledné, vyznačuje se slabou řídicí funkcí a značnou nekritičností, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné“* (Michalík 2011, s. 123).

Myšlení je také ovlivňováno dosaženou úrovní vývoje řeči. Řeč bývá postižena jak v percepci (fonemický sluch), tak v expresi (nedostatky v artikulaci, omezená slovní zásoba). Nedostatečná schopnost diferenciací sluchových vjemů vede k opožděnému utváření řeči, což způsobuje opoždění psychomotorického vývoje (Švarcová 2011, s. 51). Výrazněji je vývoj myšlení brzděn u hlubších stupňů mentálního postižení, kdy se schopnost verbálního vyjadřování zpravidla nerozvíjí vůbec.

Dle Vágnerové (2014, s. 276) je uvažování lidí s mentálním postižením *„vázáno na realitu, leckdy dokonce pouze na její konkrétní, do určité míry náhodnou, aktuální variantu. Pro člověka s mentálním postižením je důležité, jak se mu situace jeví, o její podstatě není schopen uvažovat. Nedokáže se odpoutat od svého pohledu, od vlastních pocitů a potřeb, které jeho poznávání zkreslují“* (Vágnerová 2014, s. 276). Chybí předvídatelnost následků vlastních činů a schopnost kritického myšlení, což souvisí se snazší ovlivnitelností druhými lidmi. Poznávání lidí s mentálním postižením bývá zpravidla zkreslené, což může v neošetřeném prostředí vyvolat neadekvátní reakce. Tito lidé jsou snadno ovlivnitelní a zmanipulovatelní právě pro omezenou schopnost náhledu. Ulpívají na jednom způsobu řešení situace, nejsou schopni k problému přistupovat kreativně, tzn. z více úhlů pohledu.

Myšlení lidí s mentálním postižením je mimo jiné ovlivněno učením. Možnosti učení omezuje nedostatečná koncentrace pozornosti, obtíže při vštěpování i vybavování. Učení je spíše mechanické, celý proces trvá déle, „chut“ do učení se něčemu novému bývá snížena. Osvojení nových poznatků probíhá pomalu, je nutné mnohočetné opakování.

Osoby s mentálním postižením naučené rychle zapomínají, pamětní stopy si vybavují nepřesně. Získané teoretické vědomosti nedovedou uplatnit v praxi. Je důležité věnovat pozornost opakování naučených informací, neboť podmíněné spoje mají tendenci vyhasínat rychleji než u běžné populace. Záměrná pozornost je nestálá, schopnost rozdělit pozornost na více činností je snižena (Michalík 2011, s. 124). Lidé s mentálním postižením jsou při učení snadno unavitelní, potřebují více prostoru pro relaxaci a odpočinek. Vlastní motivace k myšlenkové práci často chybí, je vhodné volit vnější motivaci (pochvala, sladkost, odměna). Tyto charakteristické rysy učení kladou zvýšené nároky na okolí, které člověka s mentálním postižením vzdělává. Protože jde o náročný proces, stává se, že okolí ztrácí odhodlanost a trpělivost a na vzdělávání rezignuje.

ORIENTACE V ČASE A PROSTORU

Lidé s mentálním postižením mají často v návaznosti na omezené možnosti kognitivních procesů včetně vnímání a myšlení potíže s orientací v čase a prostoru. Poruchy časové orientace se projevují obtížemi s osvojením si znalosti dnů v týdnu, měsíců, ročních období, s orientací v událostech běžného dne, určování času na hodinkách apod. Omezená je schopnost orientovat se v místě bydliště, v novém prostředí, schopnost samostatného cestování. Schopnost orientace bývá snížena i vlivem výchovného přístupu, který byl příliš hyperprotektivní, neumožňoval samostatný pohyb a získání potřebných sociálních zkušeností (Lečbých 2012, s. 174).

Nedostatečný vývoj myšlení, řeči a potíže v orientaci vedou k obtížnější adaptaci na běžné životní podmínky. *„Porucha adaptačních schopností se projevuje zřetelnými problémy v přizpůsobení se nárokům běžného života na odpovídající vývojové úrovni. Adaptačními schopnostmi se rozumí schopnost člověka jednat samostatně na úrovni svého věku a v rámci daných kulturních norem a plnit běžné požadavky, které jsou na něho kladeny“* (Švarcová 2011, s. 29).

Lidé s mentálním postižením jsou ve své socializaci opožděni a bývají sociálně závislí. Jejich schopnost učit se na základě minulé zkušenosti je nedostatečná, nedokážou se tak v adekvátní míře přizpůsobovat novým situacím a podmínkám (Petrová 2012, s. 255). Problémové chování, které se objevuje, pramení z omezené schopnosti porozumět obecně platným normám a pochopit jejich podstatu. Adekvátní vyhodnocení nových situací a aplikace běžných pravidel za různých okolností je problematické, proto mohou být jejich reakce nepřiměřené (Vágnerová 2014, s. 281).

EMOCIONALITA

Prožívání i chování člověka je závislé na rozsahu emocionality. Lidé s mentálním postižením jsou často emočně nevyzrálí, působí infantilně a podle toho také reagují. „*Cizí prostředí, neznámé osoby nebo podněty či neúměrně náročné úkoly u nich často vyvolávají strach a intenzivní reakce, někdy až panického rázu s třesem a vegetativním doprovodem*“ (Švarcová 2011, s. 56). Osoby s mentálním postižením jsou emočně labilní, jejich nálady se rychleji střídají a jejich stav komplikují další závažná psychická onemocnění. Mívají nízkou frustrační toleranci, snadněji tedy podléhají panickým, agresivním nebo únikovým reakcím (Petrová 2012, s. 246). Mentálně postižení mají nižší schopnost se ovládat, jejich emoční prožívání bývá více vyhraněné, jejich nálada je buď výrazně dobrá, nebo výrazně špatná. Schopnost náhledu nad vlastní emoční prožívání je omezená.

Prožívání mívá egocentrický charakter. Nedostatečná kontrola a ovládání vlastních emocí se projevuje v jejich jednání. Svou pozornost zaměřují na aktuální přítomnost, jednají v zájmu bezprostředního uspokojení potřeb (Fischer, Škoda 2008, s. 97).

ASPIRACE

Úroveň aspirace lidí s mentálním postižením je nereálná, objevuje se buď tendence podhodnocovat, nebo nadhodnocovat vlastní možnosti a schopnosti. Zvláštnosti se projevují i ve volných vlastnostech. Charakteristická je snížená schopnost vůle (Michalík 2011, s. 127). Častá je neschopnost zahájit činnost, vytrvat v jejím dokončení, překonávat překážky.

Snížená schopnost vůle a orientace na uspokojení aktuálně prožívaných potřeb narušuje schopnost plánování budoucnosti a koncentraci energie k plnění dlouhodobějších cílů, které nevedou k okamžitému uspokojení. Z praxe známe časté situace, kdy má jedinec s mentálním postižením hospodařit s penězi, sladkostmi či cigaretami. V takovém případě je třeba poskytnout podporu při rozplánování zásob na delší či kratší časový úsek a s dodržением těchto plánů, které dotyčný rád rychle mění ve prospěch dřívějšího čerpání zásob.

KOMUNIKACE

Možnosti komunikace se výrazně liší podle míry závažnosti mentálního postižení. Obecně platí, že verbální projev osob s mentálním postižením je charakteristický chudší slovní zásobou, dysgramatismy, echolálií, nesprávnou výslovností (Michalík 2011, s. 130). U závažnějších postižení je verbální komunikace rozvinuta méně nebo vůbec. Omezena

do určité míry bývá i schopnost porozumění mluvené řeči. Charakteristické jsou obtíže pochopit kontext sdělovaného, žert, ironii a nadsázku. Ztížené může být i porozumění neverbálním signálům. Jako efektivní se jeví využití vizualizace a metod alternativní a augmentativní komunikace. Funkční komunikace výrazným způsobem ovlivňuje míru samostatnosti člověka a posiluje pozitivní prožívání kvality života.

MOTORIKA

Narušení motoriky se liší v závislosti na etiologii postižení. Psychomotorický vývoj bývá opožděn. V hrubé motorice přetrvávají obtíže s koordinací pohybů. S vyšší závažností postižení se objevují somatické vady, stereotypní automatické pohyby, snížení mobility až imobilita. Obdobně se menší obratnost projevuje v činnostech jemné motoriky, jako jsou jemné práce, kreslení, psaní, zapínání knoflíků, zavazování tkaniček apod.

Celkově lze shrnout, že psychopatologické fenomény se promítají do všech oblastí každodenního života, tím spíše do oblasti běžné sebeobsluhy. Závažné mentální postižení pak úměrně své hloubce ztěžuje schopnost postarat se o svoji osobu v oblastech tělesné hygieny, oblékání, stravování, péče o své zdraví.

2.3 Psychosociální aspekty dospělého věku člověka s mentálním postižením

Dospělost můžeme vymezit dvěma způsoby z hlediska biologického a psychosociálního. Podle Vágnerové (2007, s. 9) je biologické hledisko vázáno na úroveň fyzické zralosti. Pro deskripci dospělosti je mj. podstatná sexuální zralost, dospělá je tedy každá osoba, která je sexuálně zralá, schopna reprodukce, cítí potřebu mít dítě (poslední znak odlišuje dospívání od dospělosti). Druhé hledisko charakterizuje dospělost dosažením určitých psychosociálních znaků, jako jsou změny osobnosti ve smyslu přijetí zodpovědnosti, ovládnutí emocí, kontrola chování, dále jsou to změny v socializačním rozvoji (nezávislost, symetrické vztahy s vrstevníky, párové soužití) a v neposlední řadě ekonomická nezávislost (Vágnerová 2007, s. 11). V tomto ohledu Černá (2008, s. 172) upozorňuje, že někteří lidé s mentálním postižením by podle předložené definice své dospělosti nikdy nedosáhli. Jejich predispozice jim neumožňují nabýt adekvátní míry schopností a dovedností, které by jim zajistily samostatný, zodpovědný, ekonomicky nezávislý život.

Pro osoby s postižením platí stejná vývojová období jako pro zdravé jedince, rozdílné je zvládnutí jejich nároků a úkolů. S přihlédnutím na běžnou ontogenezi budeme se nyní věnovat specifikům psychosociálního vývoje člověka s mentálním postižením v dospělosti. Dodržujeme rozdělení dospělého věku na dospívání, dospělost a stáří.

2.3.1 Člověk s mentálním postižením v dospívání

Dospívání je obecně vnímáno jako vývojové období přechodu z dětství do dospělosti. Langmeier, Krejčířová (2006, s. 142) v biologickém pojetí vymezují dospívání jako období ohraničené prvními známkami pohlavního zrání na jedné straně a dovršením pohlavní dospělosti na straně druhé. Přesnější vymezení se u jednotlivých autorů liší, zejména v rozdělení na dílčí etapy tohoto životního období (pubescence, adolescence, prepuberta, puberta, aj.). Dovolíme si opominout tuto terminologickou nejednoznačnost a budeme se soustředit na charakteristické znaky životního stádia, kdy se z dítěte stává dospělý člověk. Dospívání je totiž důležitou součástí životní cesty člověka, která má své úkoly, jejichž zvládnutí nebo nezvládnutí se promítá do dalšího života.

V tomto období je podle Eriksona (2002, s. 237) důležité zvládnout konflikt identity a zmatenosti rolí. V minulém věku dosáhl člověk ustanovení vztahu ke světu dovedností a nástrojů, nyní se snaží propojit role a dovednosti získané dříve s požadavky svého současného postavení (zvládnání nových profesních a sociálních rolí). Pokud jedinec v období dětství neobstál v získávání pracovních dovedností a užívání nástrojů, došlo k vytvoření pocitů nedostatečnosti a méněcennosti. Osoby s mentálním postižením nestačí svým vrstevníkům v získávání znalostí a dovedností ve školním věku, je zde tedy zvýšené riziko vzniku pocitů méněcennosti, které snižuje předpoklady k vytvoření uspokojivé identity. Jedinec se dostává do konfliktu toho, jak sám sebe vnímá a jak je vnímán okolím. Hrozí riziko difuznosti, chaotického pojetí sebe sama, zmatenosti rolí.

Další věk je popisován jako konflikt intimity a izolace. Intimitu vnímá Erikson (2002, s. 239) jako schopnost vstoupit do konkrétních spojení a partnerství a vyvíjet etickou sílu takové závazky dodržovat, byť by to vyžadovalo značné oběti a kompromisy. Jedinec musí čelit strachu ze ztráty ega. Zaměřenost osob s mentálním postižením na své aktuálně prožívané potřeby omezuje schopnost přinášet vlastní oběti a ústupky ve prospěch dosažení vyšších cílů. Mnozí lidé s mentálním postižením nemohou ani ve svém ontogenetickém maximu úkol vytvoření intimity naplnit. Nedosáhne-li dospívající intimity, přichází podle autora distancování, což je schopnost izolovat síly a lidi, které by mohly ohrožovat ego jedince. Tím se dostává do izolace.

Dospívání přináší změny ve třech úrovních – biologické, psychické a sociální. Tyto změny probíhají souběžně a vzájemně na sebe působí. Po biologické stránce dochází ke specifickým fyzickým změnám, které spouští zvýšená produkce pohlavních hormonů. U lidí s mentálním postižením probíhají stejné fyzické vývojové změny jako u intaktních vrstevníků. Nápadný je prudký tělesný růst. Tělo získává proporce dospělého člověka. V dětství nebyl patrný výraznější rozdíl mezi postavou děvčete a chlapce, fyzické změny v dospívání obě postavy od sebe odlišují. Objevují se a zvýrazňují sekundární pohlavní znaky. Chlapcům rostou první vousy, dochází k mutaci hlasu (Říčan 2004, s. 194). Nástup těchto změn může být opožděný, zejména pokud byl opožděn i psychomotorický vývoj. Deficity v psychickém vývoji vedou k tomu, že dospívající často není připravený na přicházející tělesné změny. Získává fyzickou sílu, avšak není schopen ji ve svém chování plně korigovat. U dívek bývá problematický nástup menstruace, je pro ně obtížné tento proces pochopit a musí se učit novým pravidlům osobní hygieny, což je zejména u žen s omezenou dovedností sebeobsluhy náročné. Novinkou v životě dospívajícího je sexuální potřeba. „*Člověk s mentálním postižením si s vlastní sexualitou zpravidla neví rady, nemá příležitost ji uspokojit a často ani neví, jak by to měl udělat. Sexuální potřeba často bývá saturována autostimulací, někdy se v této souvislosti objeví nápadnosti v chování, např. obnažování a masturbace na veřejnosti*“ (Vágnerová 2014, s. 296). Situaci ztěžuje obvyklé tabuizování tématu, neakceptování sexuálních potřeb mentálně postižených a neochota takový problém řešit.

Změnu tělesného vzhledu provází růst fyzické síly, hbitosti a pohybové koordinace. Obtíže v koordinaci pohybů zpravidla přetrvávají do dospělosti. Obecně platí, že čím vyšší je míra mentálního deficitu, tím více je mobilita narušena.

Tělesná proměna je velkým tématem dospívajících a (ne)přijetí svého těla a jeho případných nedokonalostí ovlivňuje další život jedince. O vztahu člověka k jeho vlastnímu tělu vypovídá tělové schéma. „*Tělové schéma znamená mentální představu člověka o svém těle, jak se v něm člověk cítí, jak ho vnímá, jak o něm smýšlí a jaký má k němu vztah*“ (Thorová 2015, s. 425). Fyzický vzhled a tělové schéma mají velký vliv na vytváření identity⁴. U mentálně postižených může být přijetí adekvátního obrazu vlastního těla komplikováno sníženou úrovní kognitivních schopností. Sebepojetí je poté více závislé na názorech okolí (Lečbých 2008, s. 44). Existují postižení (např. Downův syndrom),

⁴ Dle Vágnerové (2012, s. 373) může v krajním případě nepřijatá proměna těla vyvolat pocit ohrožení integrity vlastní osobnosti a vést ke ztrátě sebejistoty.

kteřá jsou na první pohled evidentní charakteristickým vzhledem. Takový člověk je svým vzhledem stigmatizován, neboť okolí automaticky předpokládá nižší inteligenci. Stigmatizující vzhled často vytváří i rodina mentálně postiženého volbou dětského oděvu. Podpora infantilního vzhledu dospívajících ze strany rodičů může vypovídat o nepřijetí dospívání svého dítěte.

Kromě těchto prudkých a na první pohled nápadných tělesných změn pokračuje emoční, kognitivní a sociální vývoj. V emočním vývoji jsou pro toto období charakteristické *„emoční instabilita, časté a nápadné změny nálad (a to zejména k negativním rozladám), impulzivita v jednání, nestálost a nepředvídatelnost reakcí a postoju“* (Farková 2009, s. 34). Emoční reakce dospívajících se zdají být méně přiměřené. Své emoce prožívají bezprostředně, nedokážou si od nich udržet odstup, jejich sebeovládání je zatím dost nezralé. Příčinou emoční nestability a reaktivity mohou být jednak hormonální změny a jednak prožívaná ztráta dosavadních jistot či reakce druhých lidí⁵. V průběhu dospívání se postupně rozvíjejí volní vlastnosti, zlepšuje se sebekontrola, vytrvalost a odhad vlastních možností. Dospívající postupně získává schopnost sebeovládání (Vágnerová 2012, s. 343). Schopnost sebeovládání se považuje za známku dospělosti. Adekvátnost emočních reakcí, volní vlastnosti, autoregulace chování – to jsou oblasti, které byly výše zmíněny jako problematické. Lidé s mentálním postižením v tomto období nedosahují odpovídající emoční vyzrálosti, nejsou schopni plně regulovat své chování ani odhadovat své možnosti.

V období dospívání u intaktní populace nadále pokračuje rozvoj myšlení⁶. Dospívající je schopen uvažovat abstraktně, hypoteticky. *„Pro rozvoj myšlení je v této době charakteristické postupné uvolňování ze závislosti na konkrétní realitě“* (Vágnerová 2012, s. 379). Dospívající uvažuje i o alternativách, nechce jen poznat svět, jaký je, ale přemýšlí o tom, jaký by mohl být. Ve svých myšlenkách hledá ideální svět a hypotetizuje o něm. Rozdíl mezi mentálně postiženým a jeho vrstevníky se v tomto ohledu významně zvýrazňuje. Dospívající s mentálním postižením nedosahuje úrovně abstraktního myšlení.

⁵ Dospívající zpravidla (vlivem rozvoje iracionálního myšlení a pomyslné autonomie) získávají odpor ke všemu konvenčnímu a tradičnímu, kriticky posuzují dosavadní hodnoty. Často se chovají provokativně a testují reakce dospělých. Takové chování působí nezrale a naivně, ale slouží k získávání sociálních zkušeností (Thorová 2015, s. 415).

⁶ Farková (2009, s. 35) uvádí tyto hlavní pokroky v rozvoji myšlení: užívání abstraktních a obecných pojmů, které nejsou závislé na bezprostřední realitě; při řešení problémů dospívající uvažuje o více možných alternativách, které zkouší a hodnotí, neužívá jen jedno řešení; dospívající vytváří hypotetické domněnky, které nemusí být opřené o reálnou skutečnost; aplikace logických operací myšlení; vytváření soudů o soudech (dospívající dokáže myslet o myšlení), rozvoj metakognitivních procesů; častěji se objevují mravní soudy.

„Vzniká tak značná disproporce mezi rozumovou zralostí a biologickou zralostí. Zatímco u dítěte bez mentálního postižení se obvykle tato disproporce spolu s jeho vývojem postupně vyrovnává, u osob s mentální retardací se v průběhu vývoje prohlubuje“ (Lečbych 2008, s. 44). Vývoj kognitivních procesů lidí s mentálním postižením se v období dospívání zastavuje a do dalších stádií nepokračuje (Lečbych 2008, s. 53), proto je důležité dát pozor na úbytek a zhoršování kognitivních funkcí z důvodu nečinnosti. Obzvláště zde je nezbytná celoživotní podpora pro udržení získaných schopností.

Podle Thorové (2015, s. 416) je primárním vývojovým úkolem adolescence *„vytvoření identity, která umožní odpoutání od rodičů a dosažení takové míry autonomie, která umožní samostatné fungování ve světě.“* U osob s postižením je to riziko, že jako součást své identity přijmou sociální roli nemocného. *„Tato role ovlivňuje sebehodnocení i sebepojetí jedince s postižením spíše záporně, je pro ni charakteristická pasivita a zbavení mnoha různých kompetencí“* (Lečbych 2008, s. 46). Otázkou zůstává, zda je dotyčný schopen náhledu na svůj zdravotní stav a situaci, přijmutí takové role totiž vyžaduje určitou míru inteligence a adekvátního posouzení reality.

Rodina je pro dospívajícího důležitá, poskytuje emoční jistotu, bezpečí, útočiště. Avšak emancipace od rodiny je významným krokem umožňujícím budoucí samostatný život. Je provázena ztrátou dosavadních jistot, což může vyvolat řadu obranných mechanismů (Farková 2009, s. 35). Odpoutání se adolescenta od rodičů není ani pro jednu stranu jednoduchou záležitostí. Dochází k proměně citové vazby mezi rodičem a dítětem, infantilní závislost má být nahrazena zralejším a vyrovnanějším citovým vztahem.

Úplná emancipace od rodiny a vedení samostatného života je pro dospívajícího s mentálním postižením značně ztížena a někdy nemožná. Rodina poskytuje zázemí, které potřebuje. Na druhou stranu hrozí riziko zafixování role závislého dítěte, které je příliš opečovávané, což vede k tomu, že se nenaučí ty domácí práce a činnosti, které by umět mohlo (Vágnerová 2014, s. 296). Ochranitelský typ výchovy zabraňuje naplnění potenciálu v dovednostech a návycích potřebných pro (v maximální možné míře) soběstačný život. Pokud dospívající zůstává výlučně v rodině, dostává se do sociální izolace, nedostává se mu kontaktu s vrstevníky, neposiluje své sociální dovednosti. Rodiče i dítě si zvyknou na své sociální role a z nich plynoucí stereotypy, které je poté obtížné změnit.

Uvolňování závislosti na rodičích je vázané na vytváření a upevňování nových vztahů k vrstevníkům, které v adolescenci nabývají na významu, zvyšuje se jejich formující vliv na osobnost a chování dospívajícího. V těchto vztazích získává dospívající jistotu, kterou ztrácí odpoutáváním se od rodiny⁷ (Thorová 2015, s. 414). Navazování vrstevnických vztahů lidí s mentálním postižením je komplikovanější, často chybí příležitosti k setkávání. Ve vyhledávání volnočasových aktivit nejsou zpravidla sami aktivní. O tom, jaké prožijí sociální situace, často rozhoduje pečující okolí. I samotné navazování vztahů je obtížné pro omezené sociální dovednosti, chybějící sociální zkušenosti, sníženou schopnost verbální komunikace. Absence kvalitních vrstevnických vztahů může výrazným způsobem omezit úspěšnost emancipace. K dosažení adekvátní míry socializace, která umožní dospívajícímu vést i po smrti rodičů přiměřeně samostatný život, může pomoci odborná psychopedická péče zaměřená na rozvoj sociálních dovedností, funkční komunikace a získávání adekvátních sociálních zkušeností.

Kromě posilování vlivu vrstevnických vztahů dochází také k jejich proměně v závislosti na pohlaví⁸. Vytváří se první partnerské vztahy zatím přelétavého experimentujícího charakteru (Thorová 2014, s. 426). Důležitou součástí partnerského vztahu se v dospívání stává sexualita. První sexuální styk má i sociální význam, posiluje prestiž jedince ve skupině. Sexuální zralost z biologického hlediska přichází v závislosti na chronologickém nikoliv mentálním věku. U dospívajících s mentálním postižením tak dochází k rozporu mezi vlastní sexualitou, věkem a inteligencí (Lištiak Mandzáková 2013, s. 62). Biologická zralost neodpovídá zralosti emoční a sociální, chybí potřebné zkušenosti a znalosti, což může vést k neadekvátnímu chování dospívajících s mentálním postižením. Velký význam má sexuální osvěta, která klade důraz na připravenost dospívajících s mentálním postižením na přicházející fyzické změny a získání sociálních návyků spojených se sexualitou.

Období dospívání je spojeno s utvářením nových sociálních rolí, které nositeli dávají určitá nová práva a zároveň je doprovází nová očekávání ze strany společnosti. Dospívající ukončují povinnou školní docházku a volí další profesní směřování. Okolí

⁷ Významnou roli tu sehrává skupinová identita, dospívající se často stávají příslušníky subkultur, tato skupinová identita jim pomáhá překlenout období nejisté a nerozhodné osobní identity. Je snazší přijmout již existující identitu, než si vytvořit vlastní, tu si vytváří až později (Thorová 2015, s. 422).

⁸ Tato diferenciací probíhá zpravidla v určitém sledu. V první fázi se vytváří skupiny složené z jedinců stejného pohlaví, jsou stabilnější a výrazněji organizované než dříve. Následně se objevuje potřeba intimního párového přátelství a sdílení vlastních pocitů, osobních zkušeností, svěřování se. V další fázi přichází zájem o druhé pohlaví (Langmeier, Krejčířová 2006, s. 154).

na ně klade více sociálních požadavků ve snaze připravit je na samostatný život. Dospívající s mentálním postižením nejsou zpravidla o svém dalším životě schopni sami rozhodovat, potřebují vyšší podporu při výběru i přípravě na profesní uplatnění. Při volbě povolání je důležité zohlednit přání a zájmy jedince a zároveň potřeby a možnosti společnosti. Volba profesního směřování je důležitým krokem v životě člověka, ovlivňuje jeho ekonomickou situaci v budoucím životě i pocity osobní spokojenosti a naplnění.

Ukončení docházky do vzdělávacích institucí je u osob s mentálním postižením často nesprávně chápáno jako ukončení procesu vzdělávání se, což je zvlášť u této skupiny nebezpečné. Nalezení vhodného pracovního uplatnění má obrovský psychosociální význam, avšak není jednoduchou záležitostí. Pokud je absolvent neúspěšný v pracovním uplatnění, ztrácí návyky z období školní docházky a postupně i motivaci, může získat přesvědčení, že je povinností státu se o něho postarat (Šiška 2005, s. 38). Tato situace je pro stát ekonomicky nevýhodná, zároveň snižuje smysl dosavadního vzdělávání a také zvyšuje riziko sociální izolace jedince, který přichází o možnost nových zkušeností, kontaktů, dovedností. Nadále by mělo pokračovat edukační působení, které bude mít za cíl udržení stávajících dovedností a případně získání nových.

2.3.2 Člověk s mentálním postižením v dospělosti

Dospělost je vývojové stádium člověka, kdy dochází k ujasnění vlastních životních cílů, dospělý naplňuje nové sociální role, které získává v oblasti profesní, partnerské a rodičovské. Dosažitelnost naplnění vývojových potřeb je pro dospělého s mentálním postižením omezená. Základním znakem dospělosti je podle psychologů osobní zralost, která se mimo jiné projevuje dosažením emancipace od rodičů, jakožto splněním vývojového úkolu minulé epochy. Emancipace probíhá v emoční rovině a zpravidla jí následuje odstěhování se. Osamostatnění se od rodiny je pro mentálně postižené obtížné. Specifické deficity v jednotlivých složkách osobnosti plynoucí z postižení snižují předpoklady pro vedení samostatného života, a zároveň i subjektivně vnímaná potřeba vést samostatný život u mentálně postižených často zcela chybí. Rodina poskytuje emoční, sociální i ekonomické zázemí, které mentálně postižený potřebuje. Způsobilost být soběstačný je také podmíněna schopností rozhodovat o sobě samém. Snížení rozumových schopností, odlišnosti v myšlení, komunikaci a emocionalitě, neadekvátní vyhodnocování situací vedou ke snížení kompetencí pro samostatné rozhodování. Dospělí s mentálním postižením zůstávají v pozici závislého dítěte, o kterém rozhodují rodiče či jiní dospělí.

Jiným atributem, významným při osamostatňování se, je ekonomická nezávislost. Získávané finanční prostředky a udržovaný životní standard závisí na pracovním uplatnění. S profesním zařazením potřebují mentálně postižení zvýšenou míru podpory.

Práce má význam nejen ekonomický, ale i sociální a osobnostní. Dotyčný získává status zaměstnaného člověka, což pozitivně působí na postoje společnosti a posiluje osobní spokojenost jedince, dále také pokračuje proces učení a rozvíjení kompetencí (Černá 2008, s. 197). „*Pracovní aktivita a s ní spojený pravidelný denní režim stimuluje a udržuje schopnosti, dovednosti a návyky mentálně postižených. Dávají jejich životu náplň a smysl*“ (Vágnerová 2014, s. 298). Zaměstnání vede k rozvoji osobnostních vlastností jako je zodpovědnost a samostatnost. Práce je místo pro realizaci vlastního potenciálu, rozvíjení osobnostních předpokladů a nadání. Jedinec získává pocit, že je společensky prospěšný. Významným přínosem je prostor pro vytváření, rozvíjení a udržování sociálních kontaktů.

Je důležité, aby zvolená pracovní činnost odpovídala možnostem jedince, zejm. úrovni myšlení a koncentrace pozornosti (Vágnerová 2014, s. 298). Není-li možné člověka s mentálním postižením zaměstnat (ať už na volném trhu práce či v chráněném prostředí), je vhodné využít jiných služeb či aktivit, které vyplní volný čas jedince, přinesou pocit naplněného smyslu života a umožní sociální kontakt mimo pečující okolí (např. denní/týdenní stacionáře, terapeutické dílny apod.). „*Nezaměstnanost mohou osoby s mentální retardací vnímat velmi negativně a frustrace může stimulovat řadu jednoduchých obranných reakcí. Extrémem může být riziko zvýšeně agresivního chování k lidem bez postižení*“ (Lečbych 2008, s. 58). Na druhou stranu mohou mentálně postižení přijmout roli invalidy, v takovém případě pracovat nechtějí, očekávají od státu (či okolí, rodiny), že se o ně postará. Sami se staví do pozice bezmocného a dožadují se pomoci.

Pro ekonomickou závislost a sníženou kompetenci rozhodovat o sobě samém je osamostatnění mentálně postižených složitou záležitostí. Přičemž je přirozené, že jedinec na počátku své dospělosti odchází od rodičů. Současná sociální politika nabízí mentálně postiženým možnost využití pobytových služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení a podporované bydlení. Jednotlivé služby se od sebe liší rozsahem poskytované podpory a zároveň kladou odlišné požadavky na míru soběstačnosti jedince. Někteří dospělí s mentálním postižením zůstávají v rodině, která může vnímat péči o postiženého potomka jako naplnění smyslu života.

Dostupnost všestranné péče, spojené s životem s rodiči, je často na úkor společenského života. Dospělý s mentálním postižením se dostává do sociální izolace, kdy chybí zejména kontakt s vrstevníky. Bez adekvátního kontaktu s vrstevníky a se sociálním okolím je obtížné navazovat a rozvíjet hluboké, stabilní citové vazby. Vágnerová (2014, s. 299) připomíná, že potřeba partnerství se u osob s mentálním postižením nemusí vytvářet vždy, a to pokud je potřeba citového vztahu dostatečně saturována vztahem s matkou či jinými členy rodiny. Na druhou stranu partnerský život „*může výrazně zvyšovat kvalitu jejich života a přispívat k pocitu životní spokojenosti, seberealizaci a pocitu vlastní hodnoty. Získání partnera je do značné míry důkazem vlastní normality, atraktivity a vlastní kompetence*“ (Lečbych 2008, s. 59). Překážkou v získání intimního partnerského vztahu bývá zpravidla nedostatek příležitostí k seznámení s vrstevníky na podobné intelektuální a sociální úrovni a omezené zkušenosti v navazování vztahů. Intimní a sexuální život osob s mentálním postižením je téma, které se stále ještě může setkat s odporem, a to jak ze strany pečujícího personálu, tak rodičů, kteří sexualitu svého potomka odmítají. Přičemž láska a sexuální chování jsou přirozeností každého člověka. „*Deprivace v oblasti intimního partnerského vztahu může vést osoby s mentální retardací k rychlé fixaci na osobu, která je jim po určitou dobu na blízku (např. osobní asistent, vychovatel)*“ (Lečbych 2008, s. 60).

Způsoby uspokojování sexuálních potřeb lidí s mentálním postižením závisí na hloubce postižení. „*Člověk s těžkým a hlubokým mentálním postižením se uchyluje k autostimulaci. Lidé s lehkým a středně těžkým mentálním postižením si jsou schopni uvědomit roli muže a ženy ve vztahu, pojem rodičovství i manželství*“ (Pipeková, Vítková 2014, s. 173). I samotné sexuální potřeby se různí, někteří dospělí s mentálním postižením nachází uspokojení v platonickém vztahu (Pipeková, Vítková 2014, s. 173). Velkým problémem v oblasti sexuality mentálně postižených je i jejich nedostatečná informovanost o prevenci a následcích sexuální aktivity. Potřebují podporu při získávání zkušeností o vhodnosti a nevhodnosti sexuálního chování, nebezpečí sexuálního zneužívání.

Rodičovství je důležitým vývojovým mezníkem v období dospělosti a majoritní společnost očekává naplnění této role od všech zdravých dospělých. U dospělých s mentálním postižením se jako vhodné jeví regulovat rodičovství, neboť zpravidla nejsou kompetentní plnit požadavky rodičovské role a nelze od nich očekávat potřebnou odpovědnost (Vágnerová 2014, s. 299). Osoby s mentálním postižením často nejsou schopny odhadnout své možnosti a náročnost výchovy dítěte.

Dospělost přináší náročné sociální role (partner, manžel, rodič, zaměstnanec). Aby je mohl zvládnout, nachází člověk se v tomto období na vrcholu svých fyzických sil a intelektuálních funkcí (Thorová 2015, s. 440). Po ukončení povinné školní docházky hrozí u dospělých s mentálním postižením nebezpečí stagnace, je důležité klást důraz na udržení získaných dovedností a schopností, a to jak intelektuálních, tak sebeobslužných a motorických, a pracovat dále na jejich rozvoji.

Časové ohraničení dospělosti a nástupu stáří se u jednotlivých autorů liší. Thorová (2015, s. 440) popisuje dospělost jako období od 20 do 70 let. Na počátku období člověk dozrává, získává zkušenosti, upevňuje společenské postavení, dochází k integraci a stabilizaci osobnosti. Dospělý získává profesní, partnerskou a rodičovskou roli, tyto role naplňuje a postupně dochází k jejich posílení. Mezi 30 a 50 lety zpravidla zažívá tzv. krizi středního věku, kdy rekapituluje svůj život a sociální úkoly, vyrovnává se s vlastním stárnutím a přicházejícím úbytkem sil (Thorová 2015, s. 450). Schopnost vědomě bilancovat dosavadní život dospělého s mentálním postižením je úměrně k hloubce postižení omezená. V pozdní dospělosti je jedinec častěji stále konfrontován se smrtí svých blízkých a musí se vyrovnat s vlastní smrtelností. V tělesném vzhledu se projevují involuční změny, které jsou nápadnější u žen. U dospělých s mentálním postižením probíhají stejné involuční biologické změny (snižuje se výkonnost organismu, proměňuje se tělesný vzhled, zpomaluje se metabolismus), psychosociální změny jsou specifické. Dospělý s mentálním postižením, který zůstal v péči rodiny, zažívá nyní existencionální změny, neboť rodiče nemají sílu dále o něj pečovat. Nejčastěji přechází do péče institucionální, v pokročilém věku však bývá adaptace na nové prostředí a odlišný režim obtížná. S přibývajícím věkem rodičů se zpravidla snižuje četnost návštěv dospělého v bytovém zařízení, což často vede k pocitům osamělosti.

2.3.3 Člověk s mentálním postižením ve stáří

Stáří je v současné době společností negativně vnímáno jako neproduktivní období, které nemá přínos. Sociální status starých lidí je nízký.

Délka života se díky pokrokům v medicíně u osob s postižením prodlužuje. Stáří přináší především biologické změny, které vedou ke zvýšenému výskytu nemocí. *„Postupně slábne imunita a autoimunita, zvyšuje se náchylnost k různým chorobám, dochází k poklesu výkonnosti svalů a smyslových orgánů, osteoporóze, ateroskleróze, nově se objevují záněty nezvratně poškozující tkáně, vzniká hormonální nerovnováha, rozpadá se homeostáza, zvyšuje se výskyt nádorových onemocnění“* (Thorová 2015, s. 465).

Biologické stárnutí ovlivňuje hybnost, výkonnost i výdrž organismu. Rychlost stárnutí je individuálně rozdílná, závisí na biologických, psychických a sociálně-kulturních faktorech. U mentálně postižených má na stárnutí výrazný vliv etiologie postižení. Zejména osoby s Downovým syndromem stárnou zrychleně a předčasně (Vágnerová 2014, s. 300). Nastává nesoulad mezi biologickým a chronickým věkem, přičemž biologický věk převyšuje chronologický.

U lidí s mentálním postižením ve stáří narůstá výskyt kombinovaných vad, častěji se objevuje deprese, ztráta sluchu, ztráta zraku (Černá 2008, s. 206). Velkým rizikem mentálně postižených je dřívější výskyt demence. Předčasná demence může být dle Vágnerové (2014, s. 300) způsobena biologicky, nedostatečnou stimulací nebo nevhodným stylem života. Z těchto důvodů dochází k úpadku získaných schopností a dovedností. Dle Pipekové (2010, s. 309) může ve stáří dojít ke změně dominantního postižení. Dochází ke změně podoby, průběhu a vývoje postižení, což vede ke změně jejich potřeb.

Sociální vývoj není ve stáří osob s mentálním postižením tak výrazný jako u intaktních jedinců, pro které je významnou změnou odchod do penze. Lidé s mentálním postižením získávají status „důchodce“ mnohem dříve, často již v adolescenci, kdy začnou pobírat invalidní důchod. Role invalidy s sebou často nese negativní postoje ze strany společnosti.

Starý člověk je stále častěji konfrontován se smrtí. Již dříve se musel smířit s úmrtím rodičů a nyní umírají jeho vrstevníci. Uvědomuje si vlastní smrtelnost a měl by s ní vyrovnat. Hypotetizování o vlastní smrtelnosti se u mentálně postižených objevuje v omezené míře vzhledem ke charakteru postižení.

Považujeme za důležité i v tomto pokročilém věku podporovat samostatnost a nezávislost seniorů s postižením v běžných denních aktivitách, nabízet příležitosti k osobnostnímu rozvoji, smysluplnému trávení volného času a udržovat tak co nejdéle jejich stávající schopnosti.

3 ROLE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA V DOMOVECH PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

3.1 Speciální pedagog

Obecně je za speciálního pedagoga považován absolvent speciální pedagogiky na vysoké škole. Podle § 18 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, ve znění pozdějších předpisů, je speciální pedagog pedagogický pracovník, který získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd zaměřeným na speciální pedagogiku, či zaměřeným na pedagogiku předškolního věku nebo na přípravu učitelů základní školy nebo na přípravu učitelů všeobecně-vzdělávacích předmětů střední školy nebo na přípravu vychovatelů a doplňujícím studiem k rozšíření odborné kvalifikace uskutečňovaném vysokou školou. Třetí možností získání odborné kvalifikace je absolvování studijního oboru pedagogika a doplňujícího studia k rozšíření odborné kvalifikace uskutečňovaném vysokou školou. Dle tohoto zákona se speciální pedagog uplatňuje při výkonu přímé pedagogické činnosti ve třídách či zařízeních pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Podle § 110 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je dosažení vysokoškolského vzdělání získaného studiem v akreditovaném bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na speciální pedagogiku splněním kvalifikačních požadavků pro povolání sociálního pracovníka. Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb., § 109).

Získáním odborné způsobilosti k výkonu povolání sociálního pracovníka dle tohoto zákona jsou zároveň splněny kvalifikační požadavky pro povolání pracovníka v sociálních službách. Paragraf 16 zákona č. 108/2006 Sb., definuje pracovníka v sociálních službách na základě vykonávaných činností. Pracovník může mimo jiné vykonávat přímou

obslužnou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny. Poskytuje podporu v soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb. Dále může vykonávat základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti⁹.

Z legislativního vymezení vyplývá, že v resortu ministerstva školství je na speciálního pedagoga pohlíženo jako na pozici pedagogického pracovníka, zatímco v resortu ministerstva práce a sociálních věcí má speciální pedagog ve smyslu absolventa vysokoškolského studia speciální pedagogiky širší uplatnění na pozicích sociální pracovník a pracovník v sociálních službách.

Speciální pedagogika je pedagogická disciplína „*orientovaná na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a uplatnění*“ (Slowík 2007, s. 15).

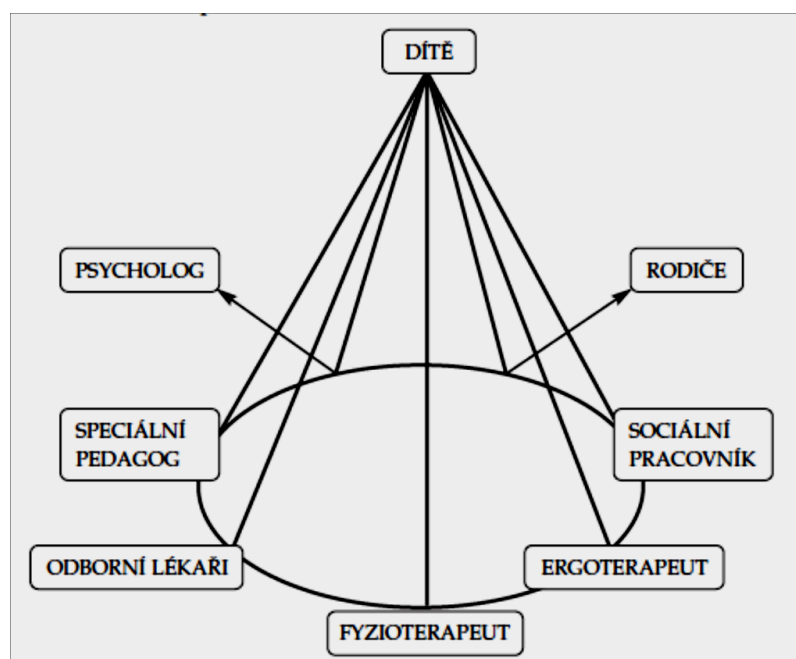
Cíle speciální pedagogiky vychází z principu humanismu (Pipeková 2010, s. 109). Tento obor uznává hodnotu a svébytnost každého člověka, vychází z práva lidí s postižením či znevýhodněním na optimální rozvoj a respektování osobnosti, na vzdělání a vhodné pracovní uplatnění. Humanistický přístup speciální pedagogiky je založen na dodržování lidských práv.

⁹ Pracovník v sociálních službách dle § 16 zákona 108/2006 Sb., dále vykonává:

- pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistází pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,
- vykonává pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V péči o jedince se zdravotním postižením je uplatňována ucelená (komprehenzivní) rehabilitace. Komplexní přístup zahrnuje prostředky léčebné, pedagogicko-psychologické, sociální a pracovní (Jesenský 2000, s. 139). Multidisciplinární přístup vyplývá z holistického (celostního) pojetí člověka. Vnímáme biologickou, psychickou a spirituální dimenzi jedince. Komprehenzivní rehabilitace spočívá v interdisciplinární spolupráci odborníků. Model zapojení odborníků a rodičů do péče o člověka s postižením dle Jankovského (2004, s. 71), tzv. kruhovou péčí, zobrazuje obr. č. 1. Jankovský v souvislosti s multidisciplinárním přístupem hovoří o dítěti a jeho potřebách. Do týmu pečujících osob zahrnuje rodiče, sociálního pracovníka, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, odborné lékaře, speciálního pedagoga a psychologa. Zájmy dítěte jsou v centru zájmu všech zúčastněných osob (jsou jim nadřazeny). Ačkoliv je model sestaven v souvislosti s péčí o děti, vnímáme jeho platnost i dalších životních období. Jsme toho názoru, že komplexní péče by měla kontinuálně provázet celý život jedince s postižením. Měla by být zajištěna i v pobytových zařízeních, ve kterých lidé s postižením žijí. Speciální pedagog je významnou součástí péče a podpory jedinců se zdravotním postižením. S ohledem na svou specializaci v rámci jednotlivých typů postižení se speciální pedagogové diferencují na psychopedy, etopedy, logopedy, somatopedy, tyflopedy a surdopedy.

Obr. č. 1: Model kruhové péče



Osobnost psychopeda

Psychoped je dle Valenty, Müllera (2004, s. 214) profesionál, který se vykazuje osobnostní výbavou a profesní zdatností. Do profesní zdatnosti řadí autoři odborné vědomosti, odborné dovednosti a étos povolání. Vědomosti zahrnují znalost specifik osob s mentálním postižením, zatímco do dovedností je zahrnuto umění používat výchovné a didaktické metody, speciálně pedagogické metody, přístupy. Étos představuje morální postoje a vědomí odpovědnosti k vlastní práci.

3.2 Lidská práva osob s mentálním postižením

Lidská práva vymezují postavení člověka ve společnosti, jejich uplatňování umožňuje žít plnohodnotně společensky. Jsou legislativně ukotvena a mezinárodně uznávaná. Jsou univerzální, tzn., že se vztahují na každou lidskou bytost bez rozdílu. Základní lidská práva shrnuje Listina základních práv a svobod, která je součástí Ústavy ČR. Velká pozornost je věnovávána garanci lidských práv osob s postižením, neboť jejich kompetence prosazovat se za svá práva je zpravidla omezená.

Pro podporu dodržování práv a svobod zdravotně postižených vzniklo několik mezinárodních dokumentů, mimo jiné Deklarace práv zdravotně postižených osob či Deklarace práv mentálně postižených osob (oba vyhlášené OSN).

Mezi mezinárodně garantovaná práva osob s mentálním postižením patří:

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 možné 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.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být v rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.

5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.
7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonem proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí (Michalík 2012, s. 66).

3.3 Naplňování lidských potřeb osob s mentálním postižením

V současném paradigmatickém pojetí zdravotního postižení se stále více zdůrazňuje významnost osobnosti a individuální specifčnosti každého člověka s postižením. *„Postiženým lidem jsou přiznávána práva na plnohodnotný život ve společnosti, do níž se narodili a jejíž povinností je vytvořit takový systém speciálních služeb a podpor, aby jejich potřeby byly po celý život adekvátně naplňovány a byla dosažena co nejvyšší možná kvalita života“* (Černá 2008, s. 76).

Lidé s mentálním postižením pociťují stejné potřeby jako lidé bez postižení. Jejich prožívání může být však kvalitativně i kvantitativně odlišné. K saturaci těchto potřeb adekvátním způsobem často potřebují podporu druhých. Uspokojení základních potřeb je výchozím předpokladem k prožívání plnohodnotného života a možnosti dalšího rozvoje. Potřeby stanovené v této kapitole vychází především z pojetí Jůna (2007, s. 105-106), který vnímá deprivaci v oblasti saturace těchto potřeb jako zdroj problémového chování jedinců s mentálním postižením.

S ohledem na jednotlivé lidské potřeby se budeme zabývat rolí speciálního pedagoga v životě dospělého s mentálním postižením. Vycházíme přitom z odborné literatury i vlastních zkušeností. Náplň práce speciálního pedagoga v domově pro osoby se zdravotním postižením není zákonem definována. Naplňování prožívaných potřeb lidí s mentálním postižením vnímáme pro účely naší práce jako vhodný způsob uplatnění speciálně pedagogických přístupů v takovém zařízení.

Fyziologické potřeby

Z fyziologických potřeb zdůrazňuje Jůn (2007, s. 105) potřebu jíst a pít, potřebu spánku a sexuální potřebu. Dle Maslowovy teorie fyziologické potřeby dále zahrnují potřebu dýchání, regulace tělesné teploty, vyměšování, odstranění bolesti, fyzické aktivity, rozmnožování (Maslow 2014, s. 80).

Život v DOZP je řízen pravidelným režimem, stravování tedy přichází pro všechny klienty ve stejný předem určený čas. Čas jídla se přizpůsobuje režimu zařízení, nikoli subjektivnímu pocitu hladu jedince. Je přirozené, že člověk rozhoduje o tom, co, kdy a kde bude jíst. V rámci pobytových zařízení je tato možnost snížena. Z důvodu hromadného typu stravování v ústavních zařízeních není reálně zajistit odlišnou stravu pro jednotlivé klienty. Strava se diferencuje podle typu případné diety, nikoliv však podle libosti. Jsme však toho názoru, že klient má právo jídlo omítnout a měl by mít možnost zajistit si s podporou personálu náhradu. Stejně tak by měl mít možnost připravit si nápoj dle vlastního uvážení.

V naplňování této potřeby nám zkušenost připomíná několik obtížností. Zajišťování zásoby alternativních pokrmů a jejich příprava může být pro personál časově a pro klienty finančně náročné. Je potřeba mít na paměti výše zmíněná specifika osobnosti lidí s mentálním postižením a počítat s jejich orientací na aktuálně prožívané potřeby. Mentálně postižení mají zpravidla sníženou schopnost hospodařit s oblíbenými potravinami a šetřit je pro budoucí použití. Je vhodné rozvíjet dovednosti osob s mentálním postižením v souvislosti s přípravou stravy a nápojů (nakupování, příprava jednoduchých pokrmů, příprava horkých nápojů, ovládání některých kuchyňských spotřebičů apod.). Zde je žádoucí individuální speciální přístup, který bude dotyčného podporovat v hospodaření se svými finančními prostředky a zásobami. Dle našeho názoru je vhodný speciálně pedagogický přístup vizualizace (ke znázornění množství vlastních zásob a možnosti hospodaření s nimi), procesuální schémata (k přípravě pokrmů, obsluhování kuchyňských spotřebičů), vysvětlování a individuální přístup.

Důležitá je minimalizace rizika a úsilí o bezpečné prožívání běžných situací. Cílem je umožnit osobám s mentálním postižením žít každodenní život i s potenciálním rizikem, které k těmto situacím patří¹⁰. Určitou mírou rizika jsou obklopeni všichni lidé, záměrem cílené práce s rizikem je, aby člověk s postižením nebyl v dané situaci ohrožen více než člověk bez postižení (Sobek 2010, s. 5).

Není žádoucí zastávat hyperprotektivní přístup a mentálně postiženým zajišťovat to, co jsou schopni zvládnout sami. Vedení klientů k samostatnosti je v krátkodobém měřítku časově náročnější, dlouhodobě je však dle našeho názoru výhodnější jak z hlediska personálu tak samotných klientů. Uvědomujeme si, že se můžeme setkat s neochotou jedinců vynaložit vlastní síly k získání kompetencí být v zajišťování stravy do míry svých možností soběstačným. Ze zkušenosti však víme, že jídlo samotné je pro klienty silnou motivací.

Stravování je důležité volit také s ohledem na sebeobslužné a oromotorické schopnosti, které jsou zvláště u lidí s těžším postižením omezené. U klientů, kteří potřebují zvýšenou podporu v oblasti příjmu potravy, je vhodné vycházet z konceptu bazální stimulace zaměřeného na oblast každodenní péče. Podpora je poskytována ve formě asistence tak, aby se příjem potravy co nejvíce podobal přirozenému způsobu stravování.

Ambivalentní jsou naše postoje vůči konzumaci alkoholu a cigaret u lidí s mentálním postižením. Ve společnosti se setkáváme zpravidla se striktně zakazujícím názorem. Respektujeme právo každého člověka si o úzu návykových látek samostatně rozhodovat vzhledem k úrovni jeho kognitivních kompetencí. Vnímáme však jako nutné zprostředkovat jedincům s mentálním postižením srozumitelné informace o možných následcích abúzu (zdravotní, ekonomické, sociální, kontraindikace léků).

Potřeba spánku je u jedinců s mentálním postižením různorodá v kvalitě i kvantitě. Spánek je mimo jiné ovlivňován i medikací (zejm. psychofarmaka). Mentálně postižený by měl mít právo rozhodovat o svém spánku a usínat ve chvíli, kdy se cítí unaven. Za výjimku by se dal považovat pracovní proces, kdy má jedinec povinnosti, které vyplývají ze zaměstnání. Je důležitá volba vhodného zaměstnání, aby jedinec mohl dané nároky zvládnout, případně může být poskytnuta podpora při úpravě režimu bdění a spánku (relaxační techniky apod.).

¹⁰ Riziko je možné vnímat ve dvou dimenzích. Za prvé jako něco negativního, prioritní je ohrožení, které riziko působí. Druhý pohled vnímá v riziku možný přínos. Zvládnutí rizika umožňuje získat nenahraditelné zkušenosti a prožitky. Obstání v této zkoušce posouvá hranice možností a dovedností jedince.

Potřeba intimity a sexuality je součástí osobnosti každého jedince. Každý má právo uspokojovat svou sexuální potřebu sociálně přijatelným způsobem. Pokud sexuální energie není ventilována a hromadí se, může vést k nevhodnému sociálnímu chování. Farmakologické tlumení sexuální aktivity se považuje za neetické (Mandzánková 2013, s. 67). V rámci naplnění této potřeby by mělo být umožněno párové soužití jedinců v zařízení, podpora uspokojování sexuálních potřeb společensky akceptovatelným způsobem, zajištění soukromí za předpokladu akceptace nastavených pravidel s ohledem k soužití více lidí v DOZP.

Potřeba bezpečí, jistoty a soukromí

Pocit bezpečí a jistoty se zvyšuje, pokud jedinec ví, kdy, kde, s kým a co má dělat. Potřebuje se orientovat v čase i místě, poté se situace stává přehlednou, srozumitelnou a není ohrožující. Protože schopnost orientace je snižena, je u lidí s mentálním postižením snižena, je možné využít vizualizaci času a místa. Touto speciálně pedagogickou metodou je možné kompenzovat nedostatky abstraktního vnímání časových a prostorových pojmů. Máme zkušenost, kdy se osoby s lehkou či středně těžkou mentální retardací orientovaly za pomoci kalendáře, byť samy neuměly psát a číst. V dalších případech je vhodná obrázková vizualizace režimu dne či týdne.

Vizualizace událostí dne či týdne pomáhá orientovat se v čase. Pro osoby s mentálním postižením může být obtížné reálně si představit časové pojmy „ted“, „potom“, „zítra“, „dnes“, „dříve“ apod. Pokud pochopí tyto termíny teoreticky, je důležité aplikovat získané znalosti do praktických situací. Pro mentálně postižené je typická neschopnost propojovat teoretické znalosti a praktické zkušenosti (Solovská 2013, s. 53).

Dostatek srozumitelných informací je pro pocit jistoty a bezpečí významný. Zdůrazňujeme požadavek na srozumitelnost informací. Je důležité přizpůsobit naše sdělení úrovni porozumění řeči klienta. To je důležité zejména u osob s těžší formou postižení, jejichž porozumění verbálnímu sdělení je výrazněji omezeno. Zpravidla potřebují zvýšenou míru podpory a asistence v zajišťování základních úkonů péče o svoji osobu. Měly by vědět, co se s nimi bude dít. Pokud nemáme jistotu, že nám klient rozumí, je vhodné sdělení doplnit obrázkem nebo předmětem. Např. pokud se jde klient mýt, vložíme mu do rukou žinku, pokud bude jíst, lžičku apod. Zejména u těchto klientů je vhodné zařadit prvky bazální stimulace do každodenního života, což zvyšuje subjektivní pocit bezpečí a jistoty. U klientů, jejichž komunikační schopnosti jsou nedostačující, zapojujeme alternativní a augmentativní komunikaci (viz kapitolu 3.4.3).

Jůn (2007, s. 106) pokládá za důležité, aby klienti měli volný přístup k předmětům, které jim pocity jistoty navozují (panenka, plyšák, fotografie aj.). Pocit jistoty může také navodit návštěva relaxačního koutu či snoezelenu. Pocity jistoty a bezpečí jsou naplňovány také tehdy, pokud se personál chová předvídatelně. Pro osoby s mentálním postižením jsou naše sdělení čitelnější, pokud je naše verbální i neverbální složka komunikace v souladu. Pokud se zlobíme, mělo by to být na naší mimice vidět. Stejně tak, pokud máme radost apod. Personál by měl dělat to, co říká, nedávat plané sliby a nevyhrožovat tím, co nemůže dodržet. Klienti pro svůj pocit jistoty potřebují vědět i to, kdo z personálu bude mít následující směnu. Osobnost pracovníka má na atmosféru a chod zařízení významný vliv.

Důležité je naplnění pocitů jistoty a bezpečí v citové oblasti. Citová jistota je dána vztahem s blízkým člověkem a stabilitou prostředí, pomáhá kompenzovat nejistotu vyvolanou obtížnějším porozuměním okolnímu světu (Vágnerová 2014, s. 280).

Potřeba soukromí je důležitou součástí pocitu bezpečí. Klienti pobytových zařízení mají právo si zvolit, s kým chtějí bydlet. V praxi je toto právo obtížně naplňováno, neboť je nutné brát v úvahu i možnosti a limity zařízení. Klienti zpravidla neobývají pokoje samostatně, nýbrž s jiným klientem. Tím je možnost soukromí omezená, neboť jedinci nezbyvá místo, které by patřilo pouze jemu, a o které by se nemusel dělit. Klienti mají právo odmítnout přijmout do svého pokoje návštěvu, personál by měl respektovat soukromí klienta a při vstupu do pokoje klepat.

Potřeba někam patřit, být milován

Citová deprivace může pramenit již z období dětství, kdy nebyla dostatečně saturována z důvodu nejednoznačně pozitivních postojů rodičů vůči dítěti (HadjMousová 2003b, s. 15). Objevuje se odmítání, nepřijetí dítěte apod. V dospělosti může být tato potřeba zvýšená v souvislosti s deprivací z neuspokojivých rodinných vztahů, nízké frekvence návštěv rodinných příslušníků, přátel apod. Deprivaci v rodinných vztazích mohou kompenzovat vztahy v rámci zařízení, a to jak vůči personálu tak jiným klientům. Podle Jůna (2007, s. 106) tato potřeba může být naplňována, pokud personál vstupuje s klientem do sociálního kontaktu i v situacích, kdy mu nedává žádné pokyny a neklade na něj žádné požadavky. Jde o společné pití kávy a společné popovídání si. Personál vyjadřuje klientovi porozumění s jeho starostmi, hledá s ním optimální řešení situací. Je důležité, aby měl klient možnost kontaktu s lidmi, které má rád, v zařízení i mimo ně. Mnozí lidé s mentálním postižením jsou velmi přátelští a rádi navštěvují společenské akce, kde se mohou setkávat s klienty jiných zařízení.

K získávání uspokojivých přátelských či citových vazeb potřebují speciální podporu, a to nejen ve zprostředkování kontaktů, ale také v nácviku a posilování sociálních dovedností.

Vágnerová poukazuje na souvislost potřeb lásky a sebeúcty. Citový vztah zdravých lidí k nemocným „bývá *typický ochrannou tendencí, jejich manipulováním do podřízené submisivní pozice, v níž by se měli chovat pasivně a pouze přijímat, co jim majoritní společnost poskytne*“ (Vágnerová 2003a, s. 18).

Potřeba úcty a respektu

Potřeba úcty a respektu je naplněna tehdy, když personál jedná s klientem společensky vhodně a s ohledem na jeho fyzický věk, nezlehčuje a nezesměšňuje jeho citové prožívání, touhy, požadavky, připomínky, stížnosti i přání, i když nejsou reálná (Jůn 2007, s. 106). Potřeba vychází z obecně přijímané role postižených jako pasivních závislých na pomoci a podpoře druhých. Efektivní speciální péče se v této oblasti nesmí omezovat na přímou práci s mentálně postiženými, ale měla by zahrnovat osvětu společnosti.

Potřeba seberealizace

Přítomnost potřeby seberealizace je ovlivněna stupněm mentálního postižení. Závisí na sebehodnocení, které je u mentálně postižených zkreslené. Dle Vágnerové (2014, s. 281) se pro neschopnost hypotetického uvažování mentálně postižení nezabývají možnostmi budoucí seberealizace. Důležité pro ně je aktuální dosažení pozitivního hodnocení od okolí, čímž si potvrzují vlastní hodnotu.

Součástí seberealizace je rozhodování o sobě samém. Klienti mají mít možnost rozhodovat se úměrně ke svým aktuálním možnostem a schopnostem o své osobě (kdy bude jíst, kdy půjde spát, kdy bude vstávat, s kým si chce povídat apod.). Důležitou součástí kompetence rozhodovat se je i nést za učiněná rozhodnutí odpovědnost.

Uspokojování této potřeby je často omezováno sociální tlakem, odlišným očekáváním společnosti ve vztahu k jejich předpokládaným možnostem, často se setkávají s podceňováním. Možnost seberealizace je snižována také nedostatkem kompetencí mentálně postižených a nereálnou aspirací (Vágnerová 2003a, s. 18).

Potřeba stimulace a učení

Vhodná stimulace je zásadní pro vývoj jedince, dosažení a následné udržení maximálně možného rozvoje. Speciálně pedagogickými přístupy je možné reedukovat deficity plynoucí z mentálního postižení. Nevyšší míry plasticity dosahuje lidský mozek v raném věku. Společnost klade důraz na vzdělávání dětí v raného a školního věku. U osob s mentální retardací je pro udržení získaných schopností a dovedností důležité celoživotní vzdělávání a výchova. *„Mentálně postižení lidé potřebují celoživotní vedení a podporu v učení, které se sice nejeví tak efektivní, ale jeho výsledky jsou pro život takového jedince velice užitečné zejména ve vedení k soběstačnosti“* (Šiška 2005, s. 32). Celoživotní vzdělávání často komplikuje i inaktivita mentálně postižených.

Přísun podnětů musí být zvolen adekvátně vůči možnostem a vývojové úrovni jedince a to z hlediska množství, kvality i délky působení. Mentálně postižení preferují stereotypnější, jednodušší a jednoznačnější stimulaci, jejich potřeba proměnlivosti podnětů není tak silná. Důležitým aspektem stimulace je srozumitelnost podnětů, nejasné podněty vyvolávají obranné reakce, protože představují zátěž (Vágnerová 2014, s. 279).

Získávané dovednosti a schopnosti vedou k aktivizaci jedince a větší samostatnosti. Někteří jedinci s mentálním postižením o další vlastní rozvoj nestojí a preferují setrvání na aktuální úrovni. Důvodem může být strach ze selhání, nejistota a omezená sebedůvěra (Vágnerová 2003a, s. 19). Příčinou může být také nedostatek vůle k překonávání překážek a neschopnost sledování dlouhodobých cílů. V takovém případě je důležitý podporující speciální přístup, založený na pozitivní motivaci.

Velký význam má celoživotní učení. *„Vzdělávání poskytuje důležitou životní náplň jedincům, kteří z různých důvodů nepracují. Otevírá nové možnosti a to nejen v socializaci. Vzdělávání jako proces a dosažené vzdělání jako cíl se pro dospělého stávají hodnotami sami o sobě, o které má smysl usilovat. Pozitivně ovlivňuje sebedůvěru učícího se a tím dává prostor pro nové sociální role“* (Šiška 2005, s. 32). V oblasti vzdělávání dospělých s mentálním postižením se prosazují zejména večerní školy, kurzy pro získání základního vzdělání a základů vzdělání či aktivity související s možnostmi pracovního uplatnění.

Potřeba životní perspektivy a otevřené budoucnosti

Potřeba životní perspektivy a otevřené budoucnosti se objevuje v závislosti na hloubce postižení. Naděje ve zlepšení vlastní situace má motivační účinek, pokud chybí, dochází zpravidla k rezignaci a celkovému úpadku. Závažněji postižení, kteří nechápou pojetí času, nejsou schopni diferenciací minulosti, přítomnosti a budoucnosti, si nepředstavují svůj budoucí život a žijí přítomností (Vágnerová 2003a, s. 19).

Díky speciálně pedagogické péči mohou mentálně postižení dosahovat pokroků a získávat uspokojující prožitky, což může vést k pozitivnímu vnímání přítomné situace i budoucnosti.

Naplňování potřeb klientů domovů pro osoby se zdravotním postižením může být ošetřeno individuálním plánem klienta, který je obsahem 5. standardu kvality sociálních služeb. V rámci individuálního plánu poskytovatel sociální služby plánuje společně s klientem průběh poskytování sociální služby s ohledem na jeho osobní cíle a možnosti.

3.4 Vybrané přístupy v péči o osoby s mentálním postižením

3.4.1 Obecné metody speciálně pedagogické praxe

Speciální pedagogika jako pedagogická disciplína uplatňuje zásady a metody obecné pedagogiky. Mezi speciálně pedagogické metody patří reedukace, kompenzace a rehabilitace.

Reedukace je souhrn postupů, kterými je možné zlepšit a zdokonalit výkonnost poškozené či narušené funkce. **Kompenzací** rozumíme souhrn postupů zaměřených na zlepšení a zdokonalení jiných funkcí než funkce narušené či poškozené. **Rehabilitace** znamená souhrn postupů zaměřených na úpravu společenských vztahů, možností společenské a pracovní seberealizace. Cílem je subjektivní uspokojení speciálních potřeb jedince (Fischer, Škoda 2008, s. 30).

3.4.2 Koncept bazální stimulace

Bazální stimulace je dle Vítkové (2006, s. 203) „*psychologickou aktivitou, při které se snažíme nabídnout jedincům s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti.*“ Tento koncept představuje nabídku elementárních (základních) podnětů, své uplatnění má zejména v rámci terapie těžce postižených osob. Staví na tom, že pomocí těla, zprostředkováním zkušenosti a vjemů, je možno uvést jedince do reality. Důležité jsou dosavadní zkušenosti jedince, jejichž prostřednictvím dochází k podpoře vývoje (Valenta, Müller 2004, s. 199).

Fiedlová (2016) definuje bazální stimulaci jako vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Podporuje zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) a pracuje s individualitou člověka (tzv. autobiografií). Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu (somatická stimulace), vestibulární, vibrační, taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou stimulaci.

Pro každého člověka je přirozená určitá míra aktivity. Jedinci s těžkým mentálním postižením nebo kombinovaným postižením se nachází ve stavu extrémně redukováných aktivit. Potenciál jejich aktivity je zdravotním postižením omezován. Možnosti činností jsou redukovány na nejelementárnější životní výkony spojené s vlastním tělem. Vnější svět pro něho téměř neexistuje, jedinec nevyvíjí žádné kontakty s okolím a často ani není okolním světem přiměřeně akceptován (Vítková 2006, s. 205).

Bazální stimulace se na základě tohoto zjištění snaží bazálními podněty na úrovni tělesné stimulace podpořit vnímání podnětů z vnějšího světa. Vytvářené tělesné zkušenosti působí na principu celistvosti a jsou neoddelitelné od duševní stránky osobnosti. Konceptem bazální stimulace je možné kompenzovat senzoricke deprivaci osob s těžkým postižením, jednotlivými prvky lze také docílit navození pocitů bezpečí, uvolnění a relaxace osob s lehkým mentálním postižením.

Pojetí přístupu jako pedagogicko-ošetrovatelského konceptu umožňuje využít bazální stimulaci jak v jednotlivých oblastech každodenní péče (např. při koupeli, stravování apod.) prováděné ošetrovatelským personálem, tak jako intenzivní působení v rámci cílené terapie aplikované vyškoleným odborníkem.

3.4.3 Rozvoj komunikačních schopností, alternativní a augmentativní komunikace

Komunikace je důležitou součástí osobnosti jedince. Zahrnuje užívání jazyka, těla, mimiky, pohybů, sociálního chování a konání za účelem sdělení. „*Být schopn komunikovat vyžaduje od člověka také schopnost pamatovat si naučené komunikační kódy a umět si je vybavit a použít je. Vyžaduje to velké soustředění a motivaci ke komunikaci*“ (Solovská 2013, s. 17).

Komunikace ovlivňuje rozvoj osobnosti jedince, jejím cílem je vzájemné dorozumívání, sdělování informací a také vytváření a udržování mezilidských vztahů. U osob s mentálním postižením jsou komunikační schopnosti narušeny. Obecně platí, že čím závažnější je stupeň mentálního postižení, tím větší jsou deficity v komunikaci.

Dle Klenkové (2006, s. 200) narušená komunikační schopnost mentálně retardovaných vzniká na základě:

- snížené mentální úrovně,
- opoždění v motorickém vývoji,
- nedostatečné motorické koordinaci,
- častým poruchám sluchu,
- nepodnětného prostředí,
- anomálií mluvních orgánů.

Tyto aspekty, zejména úroveň kognitivních schopností, stav mluvních orgánů a kvalitu sluchového vnímání, je nutné zohlednit při výběru metody podpory komunikace. Podpora rozvoje komunikačních schopností a jejich udržení je důležitá v průběhu celého života. U mentálně postižených s již rozvinutými řečovými schopnostmi je vhodné rozšiřovat slovní zásobu, učit způsoby komunikace v rámci sociální situace (umět oslovit, požádat, přizpůsobit styl komunikace, udržovat oční kontakt apod.). Současně s vyjadřováním je důležité rozvíjet porozumění (rozšiřování pasivní slovní zásoby, porozumění běžně užívaným abstraktním pojmům). U těžších stupňů mentálního postižení se komunikace zaměřuje na navázání kontaktu, sdílení pozornosti a vyjádření aktuálních potřeb.

K podpoře komunikace osob s nedostatečnými komunikačními schopnostmi využívají speciální pedagogové systémy augmentativní a alternativní komunikace (dále jen AAK). Augmentativní systémy komunikace jsou postaveny na podpoře již existujících, ale

pro běžné dorozumívání nedostačujících komunikačních schopností. Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči. Obecně jsou systémy AAK rozlišovány podle závislosti na pomůckách. Mezi systémy, které nevyžadují pomůcky, řadí např. komunikaci cíleným pohledem, výrazy obličeje, gesty, držením těla, manuálními znaky a systémy. Pomůcky metod AAK jsou dále děleny na technické a netechnické. Netechnické pomůcky představují především obrazový materiál. Za technické pomůcky se považují elektronické komunikační pomůcky s hlasovým výstupem, které mají speciálně upravený hardware, aby byly využitelné pro komunikaci osob s postižením (Laudová 2007, s. 565-567).

Klenková (2006, s. 208) rozlišuje systémy AAK na dynamické a statické. Dynamické komunikační systémy zahrnují znaky a gesta, např. prstová abeceda, znaková řeč, Makaton. Mezi statické systémy patří systém Bliss, piktogramy, komunikační tabulky.

U osob s mentálním postižením je možné vybírat ze široké škály metod AAK. Uplatňuje se zejména komunikace prostřednictvím jednotlivých znaků, fotografií, obrázků a symbolů. Je možno využít komplexnějšího systému komunikačních tabulek a knih (Šarounová 2014, 102).

Myslíme si, že u osob s mentálním postižením je vhodné navázání komunikace prostřednictvím zástupných předmětů a obrázků v závislosti na úrovni mentálních schopností. Nejsnáze je chápán význam zástupných předmětů, poté fotografií a následně obrázků. Piktogramy a především symboly kladou vyšší nároky na schopnost abstrakce. Výhodou obrázkové komunikace je jejich srozumitelnost pro okolí, které může s dotyčným komunikovat bez předchozího naučení se komunikačnímu způsobu. Vedle obrázků je výhodné také využití manuálních znaků v komunikaci s mentálně postiženými. To však vyžaduje již určitou znalost ze strany komunikačních partnerů. Na druhou stranu není nutné s sebou nosit žádné komunikační pomůcky.

Komunikační systém je vždy nutné volit s ohledem na jedince, jeho možnosti a potřeby. Aby byl komunikační systém funkční, je důležitý jeho nácvik pod vedením speciálního pedagoga, který disponuje potřebnými znalostmi a dovednostmi. Jedinec s mentálním postižením se musí naučit, co jednotlivý obrázek či znak znamená. Nácvik komunikace bývá založen na principu příčina – následek. Dotyčný se učí, že svým činem (pohled na obrázek, předání obrázku, provedení znaku apod.) něco získává. Ze zkušenosti víme, že je účinnější při nácviku začít tím, co má jedinec rád. Tak je ke komunikaci více motivován, což je zejména u osob s mentálním postižením důležité.

3.4.4 Snoezelen

Snoezelen (někdy také multisenzorická místnost) je speciálně upravený pokoj, který vytváří pocit pohody, uvolnění a zklidnění. Obsahuje velké množství podnětů, které má aktivizovat, stimulovat a probouzet zájem o dění kolem sebe.

Snoezelen získal koncepční rámec Snoezelen-MSE¹¹ definovaný jako „*dynamické prostředí intelektuálního vlastnictví postavené na citlivém, propojeném vztahu mezi účastníkem, zkušeným doprovázejícím člověkem a kontrolovaným prostředím, ve kterém je nabízeno velké množství stimulů*“ (Filatova 2014, s. 14).

Snoezelen je při práci s mentálně postiženými možno využít ve dvou rovinách. Ke zklidnění a relaxaci, snoezelen se stává prostředkem k eliminaci problémového chování. Druhým významem je stimulace a povzbuzení klientů. Ze zkušenosti víme, že multisenzorická místnost je oblíbená u osob s různým stupněm postižení.

3.4.5 Terapeutické přístupy

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 prožívání, chování, fyzickém výkonu)*“ (Valenta, Müller 2004, s. 125).

Tyto přístupy mohou být uplatňovány primárně v rámci jednotlivých terapií (samostatných, ucelených systémů s vlastní teorií a metodologií) nebo sekundárně v rámci jiných odborných a cílených činností zaměřených na podporu člověka se znevýhodněním (např. v rámci institucionální výchovy). Využívají nerůznějších prostředků, metod, technik a forem práce (Müller 2014, s. 18).

V péči o osoby s mentálním postižením jsou využívány především činnostní terapie, tzn., takové, které k dosažení svých cílů využívají primárně lidských činností. Jsou to zejména tyto terapie (Valenta, Müller 2004, s. 126):

- činnostní a pracovní terapie,
- psychomotorické terapie,
- terapie s účastí zvířete,
- expresivní terapie.

¹¹ Zkratka MSE (Multisensory Enviroment = multisenzorické prostředí) se používá pro označení multisenzorické místnosti zejména v Americe a Austrálii. Koncept Snoezelen-MSE má sjednocovat přístupy v různých zemích do jednotného mezinárodního systému (Filatova 2014, s. 13).

Pracovní a činností terapie se v rámci péče o dospělé osoby s mentálním postižením aplikuje zejména prostřednictvím rukodělných činností a nácvikem v oblasti praktického života. Jedná se o práci s různými druhy materiálu (jako je např. textil, dřevo, přírodniny, papír apod.).

Klienti jsou dále také podporováni v činnostech, které vedou k posilování jejich samostatnosti (péče o domácnost, péče o svou osobu). Tyto aktivity jsou vykonávány v rámci každodenní péče o svou osobu a domácnost a to za podpory pracovníků v přímé péči. Organizované činnosti zpravidla provádí aktivizační pracovník (též pracovník v sociálních službách).

Výhodné pro domovy pro osoby se zdravotním postižením je využití příležitostí, které objekt nabízí. Časté jsou sezónní práce v zahradě a výtvarné dílničky, zapojování do péče o domácnost, budovu. Pracovní a činností terapie bývají často náplní volnočasových kroužků. Máme zkušenost s kroužkem vaření, který jsme založili. Příprava oblíbených jídel byla pro klienty silnou motivací k činnosti. Rozvíjeli své dovednosti v přípravě pokrmů, posilovali sociální kontakty v rámci kolektivu, sdíleli své zážitky. (informační materiál ke kroužku vaření včetně fotografií jsou přiloženy v příloze A). Velkým přínosem této terapie je pocit uspokojení z dobře odvedené práce, uvědomění si vlastních kompetencí a schopností, posílení sebedůvěry.

3.4.6 Psychomotorická terapie

Během psychomotorické terapie dochází k ovlivňování duševních funkcí a osobnosti člověka pomocí tělesné aktivity. Spočívá v pohybových aktivitách, které se aplikují s cílem změnit chování, myšlení a emoce společensky přijatelným směrem. Psychomotorický vývoj osob s mentálním postižením je zpravidla opožděný, své zvláštnosti má i v dospělém věku. Často převažuje rovnovážná dysbalance, nepřesná koordinace pohybů. Tato specifika mají být brána v úvahu. Do psychomotorické terapie se řadí aktivity jako je pantomima, tanec, relaxace, pohybové hry apod. (Valenta, Müller 2004, s. 130).

Oblíbená je u lidí s mentálním postižením tanečně-pohybová terapie. Jejím cílem dle Dosedlové (Müller 2014, s. 336) není zdokonalování pohybu, ale „*objevování nových způsobů bytí, cítění a odhalování emocí, jež nemohou být vyjádřeny verbálně. Pracuje na odstranění patologických stereotypů, bloků v chování či pohybu a na rozšíření pohybového rejstříku jedince.*“ Psychomotorická cvičení zahrnují širokou škálu aktivit,

kterými je možné dosáhnout viditelných výsledků v chování i prožívání lidí s mentálním postižením. Jsou vhodnou aktivitou na vyplnění volného času klientů v pobytových zařízeních.

3.4.7 Zooterapie

Zooterapie je terapie s účastí zvířete. Kontakt se zvířetem dokáže u člověka vyvolat příjemné pocity. Význam zvířete v životě člověka výstižně popisuje Klech (Müller 2014, s. 449) „*zvíře je nejspolehlivějším a mnohdy jediným přítelem člověka s psychickým nebo zdravotním postižením. Je tolerantní, dává a přijímá lásku a neptá se, zda si ji dotyčný zaslouží. ... Přítomnost zvířete má i nezanedbatelné fyzické přínosy. Pozorování zvířat snižuje pocit stresu, do jisté míry odstraňuje únavu, a dokonce snižuje krevní tlak. Hlazení zvířete a mazlení se s ním přináší libé taktilní vjemy.*“

Zooterapie napomáhá k psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikaci a jisté samostatnosti v uspokojování potřeby bezpečí a jistoty (Valenta, Müller 2004, s. 131). Přínos má i sama péče o zvíře. Vede k posilování zodpovědnosti, posilování vůle a vnímání povinností. Člověk s mentálním postižením se stává důležitým, získává roli pečující osoby s ní spojené kompetence. Péče o zvíře může činit jeho život smysluplným. Mezi nejběžnější zooterapie patří canisterapie (terapie s účastí psa), hipoterapie (terapie s účastí koně) a felinoterapie (terapie s účastí kočky).

3.4.8 Expresivní terapie

Expresivní terapie jsou založené na expresi (výrazu). Využívá se specifických expresivních projevů uskutečňovaných v rámci umělecké tvorby. V rámci expresivních terapií rozlišujeme muzikoterapii, dramaterapii, biblioterapii, arteterapie a další (Valenta, Müller 2004, s. 133). Tvůrčí proces expresivních terapií pomáhá odvádět jeho účastníky od destruktivního chování a hraje významnou roli v překonávání psychických obtíží (Campbellová 1998, s. 13).

4 VÝZKUMNÁ ČÁST: SPECIÁLNÍ PEDAGOG V DOZP

Tématem diplomové práce je speciální pedagog v domovech pro osoby se zdravotním postižením. V předcházející teoretické části byla tato problematika rozdělena do několika kapitol a podkapitol a popsána s pomocí odborných publikací, internetových zdrojů a dalších pramenů. Bylo objasněno, že speciálně pedagogické přístupy mají velký význam v životě lidí s mentálním postižením. Podporují tyto osoby ve snaze zapojit se do majoritní společnosti a prožít plnohodnotný život.

Následující empirická část si klade za cíl nalézt odpovědi na výzkumné otázky týkající se využití speciálních pedagogů a speciálně pedagogických přístupů v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Současná odborná literatura zaměřuje svou pozornost především na raný a dětský věk osob s mentálním postižením. Toto období je zásadní pro položení základních předpokladů budoucího vývoje. Zejména v souvislosti s aktuálním trendem inkluzivního vzdělávání a integrace se pozornost veřejnosti i odborníků upíná ke školnímu věku. Na dospělý věk a stáří je v odborných publikacích nahlíženo zejména v souvislosti s možnostmi ústavní péče a dalších sociálních služeb. Jsme toho názoru, že speciálně pedagogická péče je významným prvkem života jedince s mentálním postižením a měla by ho tedy i po celý život doprovázet. Uplatnění speciálních pedagogů v domovech pro osoby se zdravotním postižením není v literatuře ani legislativě vymezeno. V rámci diplomové práce jsme si kladli za cíl zjistit, jaká je situace v praxi, tedy zda je speciální pedagogika součástí péče o dospělé s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením a jak je hodnocen přínos práce speciálního pedagoga.

4.1 Cíle empirického šetření a formulace hypotéz

Hlavním cílem empirického šetření diplomové práce je prostřednictvím realizovaného kvantitativního výzkumu ověření stanovené hypotézy a nalezení odpovědí na výzkumné otázky, týkající se využití speciálního pedagoga a speciálně pedagogických přístupů v domovech pro osoby se zdravotním zařízením.

Pro dosažení stanoveného cíle jsme na podkladě studia odborných pramenů a také na základě vlastních názorů a zkušeností stanovili následující hypotézu a výzkumné otázky:

Hypotéza č. 1: V domovech pro osoby se zdravotním postižením, které zaměstnávají speciálního pedagoga, probíhá více činností zaměřených na rozvoj schopností a dovedností klientů, než v domovech pro osoby se zdravotním postižením, které speciálního pedagoga nezaměstnávají.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké je zastoupení speciálních pedagogů v DOZP se zaměřením na osoby s mentálním postižením?

Výzkumná otázka č. 2: Jak je hodnocen přínos speciálních pedagogů v DOZP se zaměřením na osoby s mentálním postižením?

4.2 Použitá metoda výzkumu a technika sběru dat

K získání dat za účelem ověření stanovených hypotéz byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Při vlastním výzkumném šetření byl nástrojem sběru dat nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (viz přílohu A). Dotazník byl složen z kombinace polouzavřených a otevřených otázek. Jedna otázka obsahovala hodnotící škálu. Dle Gavory (2016) by měl mít respondent prostor pro svůj komentář, z toho důvodu se v poslední otázce respondenti mohli libovolně vyjádřit k tématu dotazníku.

Dotazník byl strukturován do několika pomyslných částí. První část zjišťovala převážně data o diagnostickém a věkovém spektru klientů zařízení. Dále jsou respondenti tázáni na poskytování výchovných, vzdělávacích, aktivizačních a sociálně terapeutických činností, které zákon ukládá za povinnost. V další části se otázky zaměřují na zaměstnávání speciálního pedagoga v zařízení. Poslední část se zajímá o aplikaci speciálně pedagogických přístupů a metod v zařízení.

Pokládání otázek v dotazníku je přizpůsobováno odpovědím respondentů, tzn., že v případě pozitivní odpovědi následují doplňující otázky, které respondentům odpovídajícím negativně nezobrazí apod.

4.3 Popis výzkumného vzorku

Ve výzkumném šetření, prováděném pro účel zpracování diplomové práce, byly osloveny všechny domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytující pobytové služby dospělým osobám s mentálním postižením. Při tvorbě výzkumného vzorku jsme vycházeli z online registru poskytovatelů sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí (dostupný online na iregistr.mpsv.cz). Pro výběr respondentů bylo stanoveno následující kritérium: poskytování služby DOZP dospělým osobám s mentálním postižením. Dodržení požadavku na selekci institucí bylo zajištěno dvěma způsoby. Nejprve byla použita funkce filtrování v rámci online registru poskytovatelů sociálních služeb. Vybírána byla zařízení, která poskytují DOZP dospělým osobám s mentálním postižením či se zdravotním postižením. Současně byly do dotazníku zapracovány kontrolní otázky týkající se cílové skupiny zařízení.

Na základě výše uvedených požadavků bylo celkem osloveno 197 zařízení. Respondenty jsou pro účely této práce zástupci těchto institucí. Vráceno bylo 47 dotazníků, což je přibližně 24%. Následně proběhlo třídění odpovědí a kontrola relevantního vyplnění. Zpracováno a vyhodnoceno bylo 42 zodpovězených dotazníků.

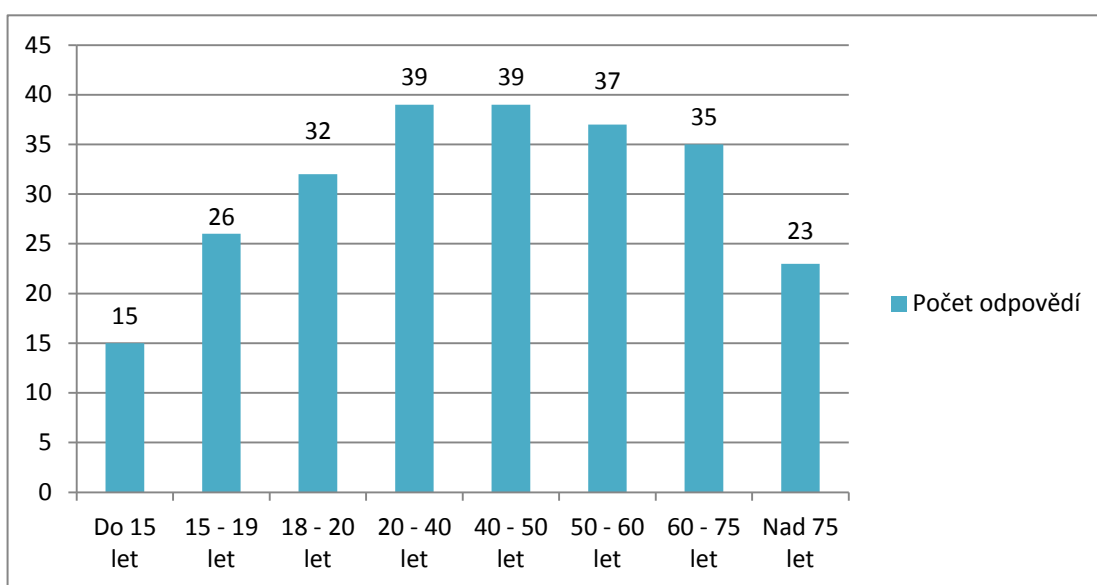
Jsme si vědomi nízké návratnosti dotazníků, která mohla být způsobena časovou vytížeností pracovníků či neochotou podílet se na výzkumném šetření. Pro maximalizaci návratnosti byl dotazník rozeslán ve dvou cyklech. Uvědomujeme si, že dosažený počet respondentů není dostačující pro generalizaci výsledků s plošnou působností, nicméně sebraná data jsou významná k řešení výzkumného problému a ověření hypotézy diplomové práce.

Působnost domovů pro osoby se zdravotním postižením, které byly osloveny, je dle jednotlivých krajů zaznamenána v tabulce č. 1. Z uváděných zjištění lze zaznamenat nejvyšší četnost poskytování služby v Ústeckém a Moravskoslezském kraji.

Tab. č. 1: Četnost oslovených DOZP v jednotlivých krajích

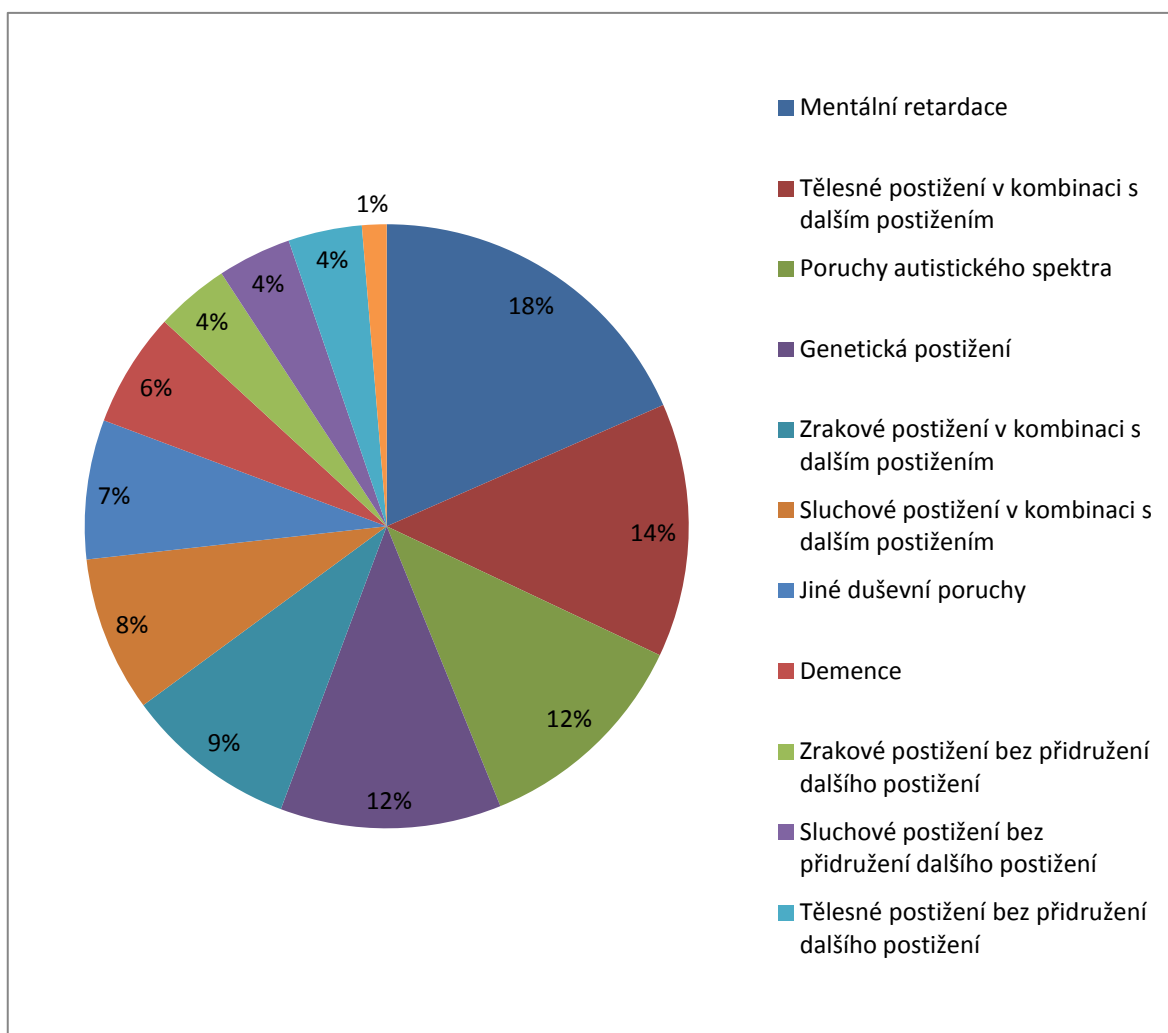
Kraj	Počet DOZP	Poměr DOZP v %
Hlavní město Praha	8	4%
Jihočeský	8	4%
Jihomoravský	16	8%
Karlovarský	8	4%
Královéhradecký	11	6%
Liberecký	8	4%
Moravskoslezský	29	15%
Olomoucký	9	5%
Pardubický	8	4%
Plzeňský	10	5%
Středočeský	24	12%
Ústecký	31	16%
Vysočina	9	5%
Zlínský	18	9%
Celkem	197	100%

V grafu č. 1 je znázorněno věkové spektrum klientů domovů pro osoby se zdravotním postižením, které se účastnily výzkumu. Respondenti měli vybrat ty odpovědi, které odpovídaly informacím o jejich klientele. Z grafu je patrné, že ve zkoumaných DOZP převažuje zastoupení klientů ve věku 20 až 50 let, což odpovídá období mladé a vrcholné dospělosti. Dále jsou nejčetněji zastoupeny kategorie od 50 do 70 let. Četnost zastoupení mladších i starších věkových skupin úměrně klesá. Nejnižší je zastoupení věkové kategorie do 15 let, což je zřejmě způsobeno zaměřením výzkumu na cílovou skupinu dospělých osob. Děti se zdravotním postižením zpravidla žijí v jiných typech pobytových zařízení (např. týdenních stacionářích), případně žijí v rodině.



Graf č. 1: Věkové spektrum klientů v DOZP

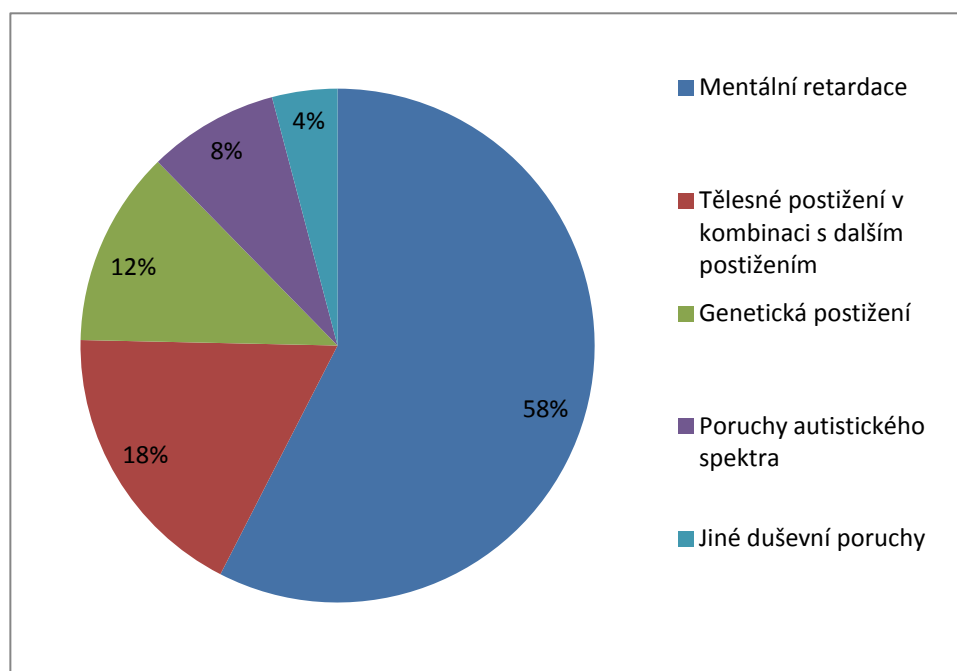
Grafy č. 2 a 3 zobrazují diagnostické spektrum klientů DOZP. V grafu č. 2 je znázorněn výskyt jednotlivých druhů postižení, následující graf se zaměřuje na převažující handicap. Rozlišujeme výskyt jednotlivých druhů zdravotního postižení samostatně bez přidružených poruch anebo v kombinaci s dalším postižením. Diferenciace je považována za důležitou z hlediska zajištění specifikace výzkumu na DOZP pro osoby s mentálním postižením. Na základě této otázky proběhlo hodnocení relevantnosti respondentů s ohledem na cílovou skupinu.



Graf č. 2: Diagnostické spektrum klientů DOZP

Z grafu č. 2 vyplývá, že diagnostické spektrum DOZP tvoří nejčastěji osoby s mentální retardací, tělesným postižením v kombinaci s dalším postižením, poruchy autistického spektra a genetická postižení. Naopak nejméně jsou zastoupena tělesná a smyslová postižení bez přidružení dalšího handicapu. Kategorie ostatní zahrnuje

doplňující komentáře respondentů, byla tak zaznamenána porucha chování a postižení více vadami. Z diagnostického spektra dominuje ve všech zařízeních výzkumného vzorku mentální retardace (viz graf č. 3), kategorie tvoří 58% všech odpovědí. Dále jsou převažující tělesná postižení v kombinaci s jinou poruchou a genetické syndromy. Smyslová postižení, demence a tělesná postižení bez kombinace s dalším postižením nebyla označena jako dominantní postižení diagnostického spektra klientů žádným z respondentů. Data potvrzují teoretická východiska práce, že z důvodu snížené sociální adaptability a omezených předpokladů pro samostatný život je zastoupení osob s mentálním postižením v pobytových zařízeních sociální péče vysoké.



Graf č. 3: Dominantní postižení v DOZP

4.4 Průběh výzkumu

Po vytvoření dotazníku nejprve proběhl předvýzkum, kdy bylo vyplnění osobně ověřeno. Následně byl dotazník upraven do konečné podoby.

Dotazník byl vytvořen ve webovém rozhraní a rozeslán elektronicky na emaily respondentů. Email je v dnešní době běžnou součástí komunikace s organizacemi, díky elektronické formě bylo možno zachovat celorepublikovou působnost výzkumu. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a anonymní. Odpovědi respondentů byly po obdržení dotazníků zaznamenány a před samotným zpracováním zkontrolovány z hlediska korektnosti.

Pozornost byla věnována splnění požadavků na cílovou skupinu DOZP. Ze zpracovávání musely být vyřazeny dotazníky z důvodu zaměření instituce na jinou cílovou skupinu osob s postižením. Tři zařízení se diferencovala výhradně na osoby s tělesným postižením, dvě zařízení výhradně na osoby s demencí. Diplomová práce je zaměřena na osoby s mentálním postižením v dospělém věku, proto bylo nutné dotazníky nesplňující zadaná kritéria pro cílovou skupinu z výzkumu vyčlenit.

4.5 Interpretace získaných dat

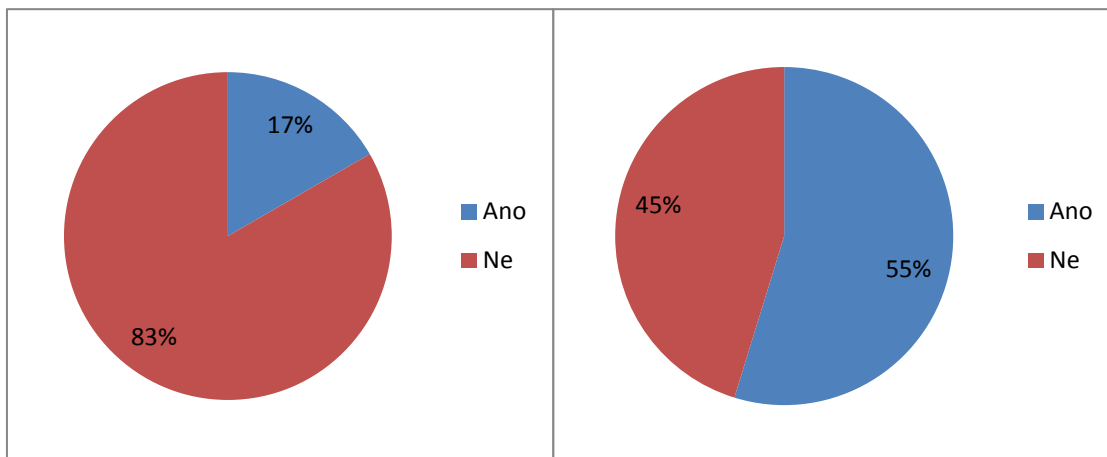
Dotazníkovým šetřením byla získána data, která budou následně podrobně vyhodnocena. Pro účely naší práce považujeme k interpretaci získaných dat za výhodnější techniku syntetizace informací získaných prostřednictvím odpovědí respondentů, a to spíše než standardní analýzu jednotlivých otázek. Syntetizace získaných dat umožňuje vytvoření přehledu o současné situaci využití speciálních pedagogů v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

První položky dotazníku zjišťovaly převážně data o diagnostickém a věkovém spektru klientů zařízení. Odpovědi na tyto otázky byly využity k popisu výzkumného vzorku. Další otázky dotazníku byly zaměřeny na poskytování výchovných, vzdělávacích, aktivizačních a sociálně terapeutických činností, na zaměstnávání speciálního pedagoga v zařízení a aplikaci speciálně pedagogických přístupů v zařízení.

Pro větší přehlednost jsou vyhodnocená data rozčleněna do třech kapitol podle pomyslné struktury dotazníku. Krátké slovní hodnocení jednotlivých odpovědí je pro názornost doplněno grafickým znázorněním.

4.5.1 Zaměstnávání speciálního pedagoga v DOZP

Následující kapitola se věnuje působnosti speciálního pedagoga v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Procentuální zastoupení speciálních pedagogů v zkoumaných DOZP znázorňuje graf č. 4 a graf č. 5.

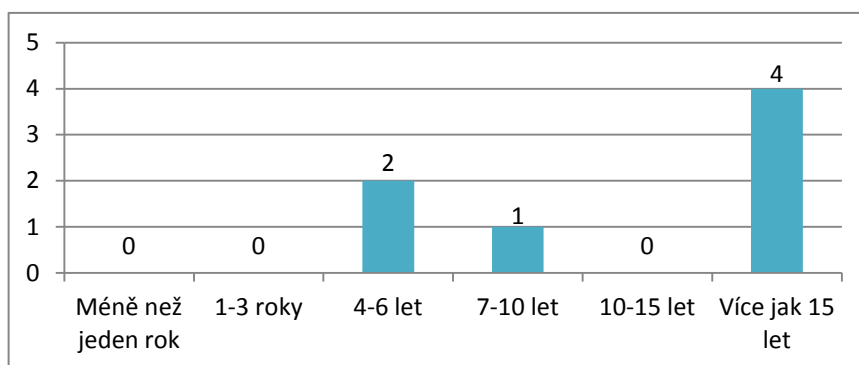


Grafy č. 4 a 5: Zaměstnávání spec. pedagoga na samostatné pozici a na jiných pozicích v DOZP

V první řadě nás zajímalo, zda je v DOZP pozice speciálního pedagoga. V grafu č. 4 jsou znázorněny odpovědi respondentů. Ve 35 zařízeních ze 42 zkoumaných není speciální pedagog na samostatné pozici zaměstnán, což tvoří 83% respondentů. Speciálního pedagoga na samostatné pozici zaměstnává sedm zařízení, tedy 17% respondentů. Pět z těchto sedmi zařízení poskytuje své služby (kromě dospělým) i dětem do 15 let. Je patrné, že ve většině domovů pro osoby se zdravotním postižením není pozice speciálního pedagoga vytvořena. Samostatná pozice speciálního pedagoga je zřízena spíše v těch zařízeních, která se orientují i na cílovou skupinu mladší 15 let, tzn. děti povinné školní docházkou. Tato data ukazují postavení speciálního pedagoga jako pedagogického pracovníka určeného převážně k edukaci a podpoře dětí s postižením spíše nežli dospělých.

Více kladných odpovědí bylo získáno na otázku, zda je speciální pedagog zaměstnán na jiných pracovních pozicích. Takto speciálního pedagoga zaměstnává 23 zařízení, což tvoří 55% odpovědí. Jako pracovní pozice, kde se uplatňuje pracovník se speciálně pedagogickým vzděláním, byl zaznamenán sociální pracovník (8 odpovědí), vedoucí domova (6 odpovědí), vychovatel (4 odpovědi) a ředitel (3 odpovědi).

Zajímalo nás, jak dlouho speciální pedagog v zařízení pracuje. Čtyři ze sedmi respondentů, kteří zaměstnávají speciálního pedagoga na samostatné pozici, odpověděli, že speciální pedagog je zaměstnán více než 15 let. Dva speciální pedagogové jsou zaměstnáni 4–6 let a jeden 7–10 let (viz graf č. 6). V grafu je znázorněno, že žádný ze speciálních pedagogů není zaměstnán kratší dobu než čtyři roky. Pro generalizaci výsledků je v této otázce z důvodu nízkého podílu zaměstnaných speciálních pedagogů nízký výzkumný vzorek.



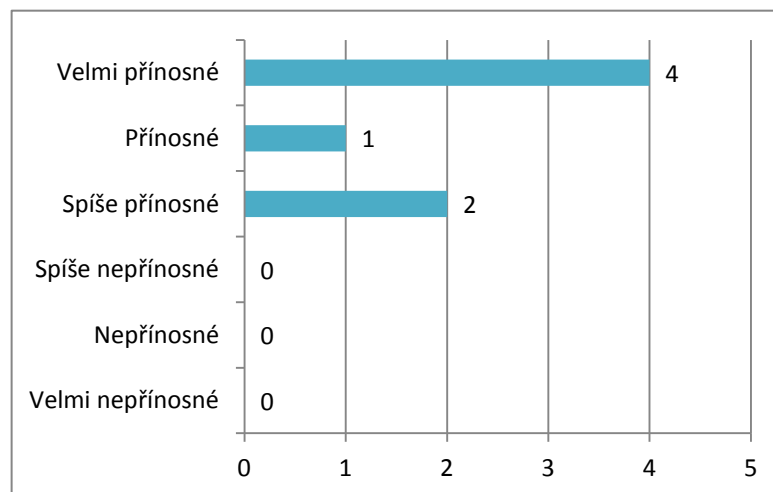
Graf č. 6: Doba zaměstnávání speciálního pedagoga

Pro posouzení významnosti speciálního pedagoga v zařízeních pro dospělé s mentálním postižením zjišťujeme přínos jejich práce. Použitá hodnotící škála nabízela respondentům tyto možnosti:

- Velmi přínosné, je jednoznačně patrný přínos práce speciálního pedagoga.
- Přínosné, je patrný přínos práce speciálního pedagoga.
- Spíše přínosné, přínos práce speciálního pedagoga je patrný, i když není zcela úměrný času a energii, který od klientů a personálu vyžaduje.
- Spíše nepřínosné, přínos práce speciálního pedagoga není úměrný času a energii, který od klientů a personálu vyžaduje.
- Nepřínosné, nejsou patrné žádné pozitivní ani negativní změny.
- Velmi nepřínosné, patrné nežádoucí změny.

Všichni respondenti jsou toho názoru, že speciální pedagog je pro zařízení a klienty přínosný (viz graf č. 7). Čtyři respondenti hodnotí práci speciálního pedagoga jako velmi přínosnou, jeden jako přínosnou. Dva respondenti vnímají činnost speciálního pedagoga

jako spíše přínosnou, tzn., že působení speciálního pedagoga je přínosné, ale výsledek není úměrný času a energii, který své práci sám věnuje a vyžaduje od personálu a klientů. Tato otázka dotazníku je ovlivněna subjektivním pohledem respondenta. Na odpověď mohou mít vliv vedle objektivních výsledků činnosti speciálního pedagoga také očekávání respondentů od speciálně pedagogické péče. Žádný z respondentů nehodnotil význam činnosti speciálního pedagoga negativně.



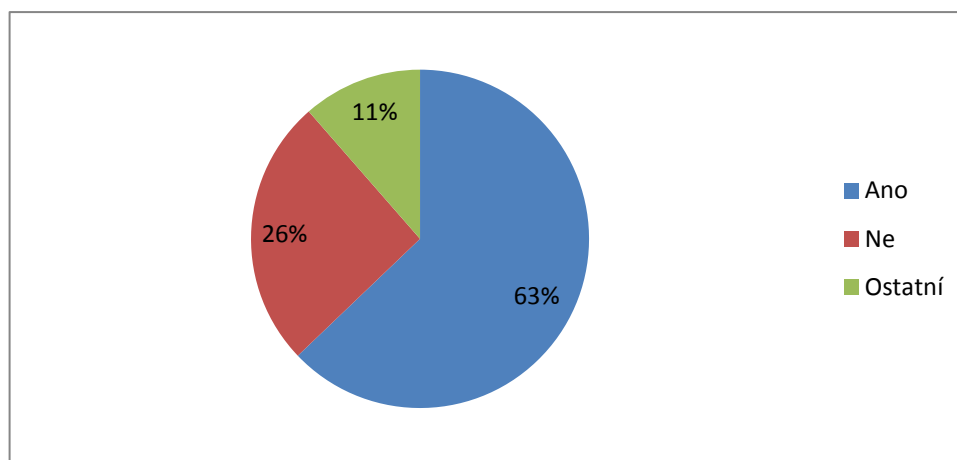
Graf č. 7: Přínos práce speciálního pedagoga pro klienty a zařízení

Respondenti, kteří uvedli, že v zařízení nezaměstnávají speciálního pedagoga na samostatné pozici, byli tázáni, zda by dle jejich názoru mohl kvalifikovaný speciální pedagog prospět zařízení a klientům (viz graf č. 8). Pozitivně odpovědělo 22 respondentů tedy 63%. Nezanedbatelná je část negativních odpovědí, která tvoří 26%. V kategorii ostatních jsou zahrnuti respondenti, kteří využili doplňujícího komentáře místo jednoznačné odpovědi, a respondenti, kteří se k otázce nevyjádřili. Komentáře byly následující:

- „Částečně – není nutný v DOZP, kde jsou dospělí klienti.“
- „Myslím si, že se dá tato pozice nahradit kvalitním aktivizačním pracovníkem s pedagogicko-psychologickými schopnostmi.“

Komentáře se přiklánějí spíše k negativní výpovědi o potřebnosti speciálního pedagoga v zařízení. Znovu se objevuje myšlenka o vázanosti speciálního pedagoga na školní věk. Již výše jsme poukázali na fakt, že je více pozornosti věnováno spíše dětskému než dospělému věku. Respondent ve svém komentáři popírá kontinuálnost

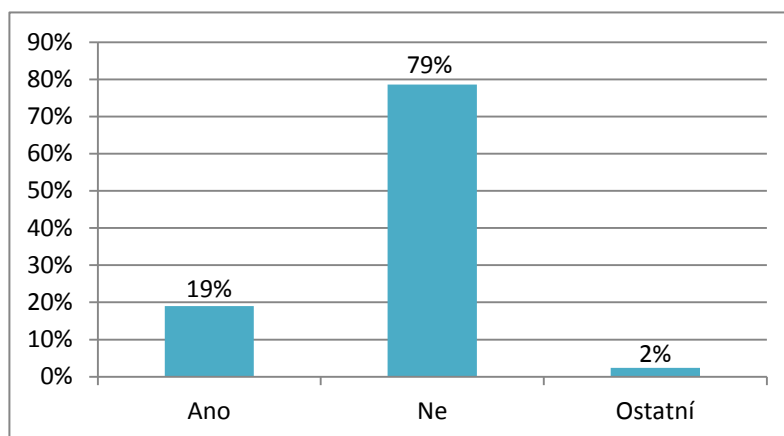
edukačního procesu. Je pravděpodobné, že ani netuší, v čem role speciálního pedagoga spočívá. Pokud tento názor přetrvává i na vedoucích pozicích DOZP, nelze předpokládat, že by byli speciální pedagogové perspektivně zaměstnáváni. Druhý komentář nabízí alternativu zajištění speciálních potřeb osob s postižením, a to v podobě zaměstnání kvalitního aktivizačního pracovníka s pedagogicko-psychologickými schopnostmi. Speciálně pedagogické vzdělání s sebou přináší (na rozdíl od pedagogického a psychologického vzdělání) znalosti speciálně pedagogických přístupů a specifických zvláštností jednotlivých syndromů a vad, které proces aktivizace provázejí.



Graf č. 8: Potenciální prospěch ze zaměstnávání speciálního pedagoga

Pracovník se speciálně pedagogickým vzděláním může být po splnění dalších předpokladů zaměstnán jako sociální pracovník i jako pracovník v sociálních službách (viz kapitolu 3.1) Dotazník zjišťoval názor respondentů na to, na jakých pracovních pozicích by speciálně pedagogické vzdělání bylo vhodné. Celkem bylo zaznamenáno osm typů odpovědí, nejčastěji byla zmíněna vedoucí pozice a pracovník volnočasových a aktivizačních činností (po 5 odpovědích). Dále by dle respondentů bylo speciálně pedagogické vzdělání vhodné na pozici sociálního pracovníka (4 odpovědi), metodika (3 odpovědi), samostatného psychopeda (3 odpovědi) a pracovníka v přímé péči (2 odpovědi). Také bylo zaznamenáno, že speciálně pedagogické vzdělání by bylo prospěšné na všech pozicích (3 odpovědi) a na žádné pozici (1 odpověď).

Dotazovali jsme se, zda je v plánu zařízení zaměstnat speciálního pedagoga. Výsledky zobrazuje graf č. 9. Osm zařízení (19%) plánuje v blízké budoucnosti zaměstnat speciálního pedagoga, 31 zařízení neplánuje (79%). Jeden respondent sdělil, že by raději zaměstnal andragoga (zařazeno v ostatních). Tři záporné odpovědi byly komentovány tak, že zařízení by rádo zaměstnalo speciálního pedagoga, ale z finančních důvodů to není možné.



Graf č. 9: Plán zaměstnání speciálního pedagoga

4.5.2 Činnost speciálního pedagoga v DOZP

Vedle využití speciálních pedagogů v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsme také zjišťovali, jaká je, či jaká by mohla být náplň jejich činnosti. Respondentů, kteří zaměstnávají v DOZP speciálního pedagoga, jsme se tázali, jaká je jejich náplň práce. Dotazování probíhalo otevřenou otázkou, aby se zabránilo podsouvání našich námětů respondentům. Z odpovědí lze shrnout, že speciální pedagogové pracují s klienty, zabývají se speciálně pedagogickou podporou klientů. Vykonávají metodické, výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti a provádí terapie (zooterapie, expresivní terapie apod.).

U respondentů, kteří uvedli, že speciálního pedagoga v zařízení nezaměstnávají, byly zjišťovány jejich představy o možné náplni práce speciálního pedagoga v zařízení. Vzhledem k tomu, že tato část respondentů je početnější, bylo získáno více informací.

Shromážděné odpovědi jsme zpracovali a roztřídili do následujících oblastí:

- přímá práce s klienty
 - speciálně pedagogická diagnostika
 - logopedická intervence

- vzdělávací a výchovné aktivity pro klienty
- řešení krizových situací
- plánování akcí pro klienty
- práce s klienty poruchou chování
- zajišťování kompenzačních pomůcek
- řízení aktivizačních programů
- metodická podpora
 - účast na individuálním plánování
 - nové postupy, metody, přístupy
 - vzdělávací aktivity pro pracovníky v sociálních službách
- integrace s okolím

Představy respondentů o činnosti speciálního pedagoga v zařízení se orientují především na přímou práci s klienty, vzdělávání a vedení pracovníků v sociálních službách a integraci s okolím.

4.5.3 Využití vybraných přístupů v péči o osoby s mentálním postižením v DOZP

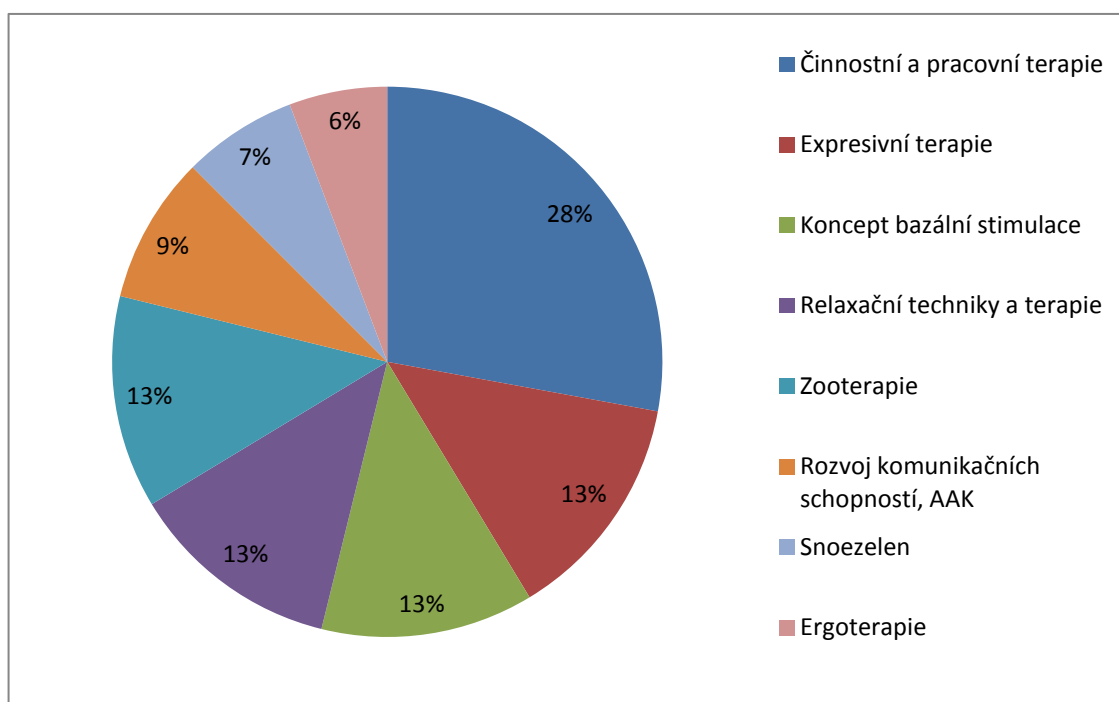
Tato kapitola shromažďuje data ze dvou částí dotazníku. Vychází z otázek zaměřených na poskytování výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností a z otázek zjišťující cílené působení na rozvoj schopností a dovedností klientů, resp. jejich udržení. Data byla sbírána otevřenými otázkami, což umožnilo vytvořit širší spektrum aktivit, které jsou v rámci zařízení poskytovány. Sebraná data byla zpracovávána a tříděna do skupin. Ze zpracovávání těchto otázek muselo být vyřazeno pět dotazníků, neboť odpovědi byly příliš stručné, než aby byla zachována relevantní výpověď.

Cílem je porovnat aktivity zaměřené na podporu a rozvoj klientů v zařízeních, kde je zaměstnán speciální pedagog a v zařízeních, kde speciální pedagog nepůsobí. Aby bylo možné data porovnávat, byly získané informace utříděny do skupin s přihlédnutím na pojetí speciálně pedagogických přístupů v odborné literatuře (viz kapitolu 3.4). Byly stanoveny tyto kategorie:

- koncept bazální stimulace
- rozvoj komunikačních schopností, AAK

- ergoterapie
- snoezelen
- relaxační techniky a terapie
- činnostní a pracovní terapie
- psychomotorická terapie
- zooterapie
- expresivní terapie

Zastoupení jednotlivých kategorií znázorňuje graf č. 10. Nejčastěji v DOZP probíhají činnostní a pracovní terapie v podobě dílen a zájmových kroužků. Dílny jsou keramické, textilní, tkalcovské, výtvarné. Orientují se na tvorbu výrobků z různých materiálů (papír, textil, dřevo, vosk, mýdlovina, pedig). Kromě dílen probíhají práce v zahradě, chov zvířat, kroužek vaření. Využití zooterapie, expresivních terapií, relaxačních technik a konceptu bazální stimulace je vyrovnané. Z terapií založených na účasti zvířete převažuje canisterapie a hipoterapie. Z expresivních terapií je nejvíce využívána muzikoterapie, v menší míře je zastoupena i arteterapie a dramaterapie. Koncept bazální stimulace je dle sdělení respondentů nejvíce realizován prostřednictvím masáží a koupelí. O něco méně jsou cíleně využívány metody AAK, snoezelen a ergoterapie.



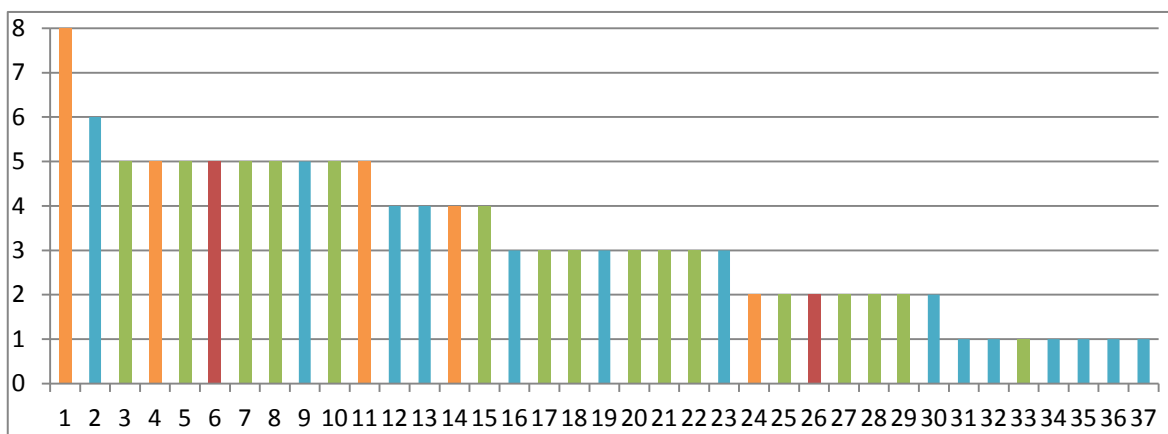
Graf č. 10: Zastoupení jednotlivých terapií v DOZP

V rámci těchto stanovených terapeutických přístupů bylo porovnáno jejich využívání v zařízeních v závislosti na působnosti speciálního pedagoga. Na základě předchozích otázek v dotazníku byly stanoveny čtyři kategorie DOZP:

1. DOZP, kde působí speciální pedagog na samostatné pozici;
2. DOZP, kde působí speciální pedagog na samostatné pozici a zároveň je zaměstnán i pracovník se speciálně pedagogickým vzděláním na jiné pracovní pozici;
3. DOZP, kde není samostatná pozice speciálního pedagoga, ale působí zde pracovník se speciálně pedagogickým vzděláním na jiné pracovní pozici;
4. DOZP, kde nepůsobí speciální pedagog ani jedním z uvedených způsobů.

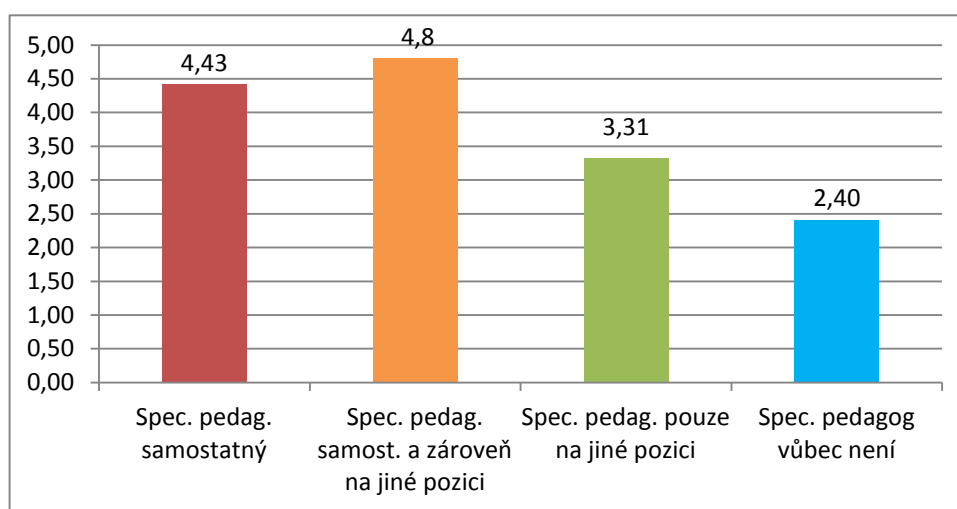
Jednotlivá zařízení v souvislosti s aplikací vybraných přístupů zobrazuje graf č. 11. Svislá osa označuje počet uplatňovaných terapeutických přístupů, vodorovná osa označuje zařízení. Červenou barvou jsou označeny DOZP dle skupiny č. 1, tzn. ty, které zaměstnávají speciálního pedagoga na samostatné pozici. Oranžovou barvou jsou zvýrazněny DOZP dle skupiny č. 2. Zelená barva představuje zařízení, ve kterých také působí speciální pedagog, ale na jiné pracovní pozici, tedy skupina č. 3. A modrou barvou jsou znázorněna DOZP ze skupiny č. 4, které nezaměstnávají speciálního pedagoga na žádné pozici.

Lze pozorovat, že se snižováním počtu využívaných terapií přibývá zařízení, která nezaměstnávají speciálního pedagoga. Nejvíce zařízení, ve kterých speciální pedagog zaměstnán na jakékoli pozici, se pohybuje v první třetině grafu (tedy mezi DOZP, která uplatňují nejvíc terapií). Z grafu však nelze jednoznačně určit vliv přítomnosti speciálního pedagoga na četnost terapeutických přístupů v DOZP.



Graf č. 11: Využití terapií v jednotlivých zařízeních

Pro lepší názornost bylo využívání jednotlivých terapií v rámci stanovených skupin DOZP zprůměrováno. Z grafu č. 12 vyplývá, že nejvíce terapeutických přístupů je uplatňováno v zařízeních, kde je speciální pedagog zaměstnán na samostatné pracovní pozici a zároveň pracovník se speciálně pedagogickým vzděláním na jiné pracovní pozici. Následně je nejvíce přístupů uplatňováno v zařízeních, kde je speciální pedagog na samostatné pozici. Nejméně terapeutických přístupů bylo zaznamenáno v zařízeních, kde speciální pedagog nepůsobí. V zařízeních, kde je více speciálních pedagogů je dvojnásobný počet terapeutických přístupů oproti zařízením, která speciálního pedagoga nezaměstnávají.



Graf č. 12: Průměrné zastoupení terapeutických přístupů v závislosti na přítomnosti speciálního pedagoga

Na závěr dotazníku byl věnován prostor pro vlastní komentář respondentů. Bylo zaznamenáno 5 odpovědí. Následuje jejich přepis.

- *„Pokud nedojde ke změně financování sociálních služeb, bude obtížné držet jejich kvalitu. Na dotace není právní nárok.“*
- *„Ohodnocení pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků, zařazení pracovníků na postech speciální pedagog v sociálních službách – toto je palčivé téma, tyto profese nejsou dostatečně finančně ohodnoceny, ani ve společnosti není doceněná jejich prestiž, i když na tyto profese je kladena velká zodpovědnost a vysoké nároky.“*
- *„V posledních letech postupně docházelo ke snižování vzdělanostní úrovně v zařízeních.“*
- *„Je potřeba zajistit v personálních standardech nezbytnost speciálních pedagogů pro práci s klienty s mentálním a kombinovaným postižením nejen u dětí do 18 let, ale i u dospělých v rámci jejich celoživotního vzdělávání.“*
- *„Speciálního pedagoga využíváme externě.“*

Z komentářů vyplývá rozpor mezi potřebností speciálního pedagoga a nedostatkem finančních prostředků k jejich zajištění. Objevuje se potřeba legislativní úpravy, která umožní DOZP využívat speciálních pedagogů.

5 SOUHRN VÝSLEDKŮ A DISKUSE

Výsledkem předložené práce jsou zjištění, která budou nyní shrnuta a diskutována. Prostřednictvím dotazníkového šetření byla získána data, pomocí nichž byla ověřována hypotéza a zodpovídány výzkumné otázky. Dotazníky vyplňovali zástupci domovů pro osoby se zdravotním postižením, kteří poskytují své služby dospělým osobám s mentálním postižením.

Výzkumná otázka č. 1 zjišťuje, jaké je zastoupení speciálních pedagogů v DOZP se zaměřením na osoby s mentálním postižením. Výzkum rozlišuje, zda je speciální pedagog v DOZP zaměstnán na samostatné pozici, nebo v zařízení působí pracovník se speciálně pedagogickým vzděláním. Výsledky ukazují, že častěji je zaměstnán pracovník se speciálně pedagogickým vzděláním na jiné pracovní pozici. Speciální pedagog na samostatné pozici zpravidla zaměstnán není. Více speciálních pedagogů je využíváno v zařízeních, která poskytují své služby současně dětem do 15 let. Lze tedy předpokládat, že podobný výzkum prováděný u mladší cílové skupiny by dosáhl jiných výsledků.

Z odpovědí respondentů je patrné, že pozice speciálního pedagoga v DOZP není zřizována především z důvodu přesvědčení, že speciální pedagog není v zařízení pro dospělé osoby využitelný. Již výše jsme v této práci naráželi na větší či menší spojitost speciálního pedagoga s dětmi, nikoli dospělými. Toto přesvědčení mohla vyvolat snížená perspektiva edukačního procesu u mentálně postižených v dospělém věku. Potřeba aktivizace a dalšího rozvoje může být ze strany pečujícího personálu vůči klientům omezena na sebeobslužné dovednosti. Zastáváme názor, že v péči o osoby s mentálním postižením je přínosná mezioborová spolupráce. Speciální pedagog, jako člen multidisciplinárního týmu, přináší bohaté znalosti a zkušenosti se specifiky edukace zdravotně postižených. Disponuje informovaností v oblasti psychosociálních aspektů života s postižením a speciálních potřeb determinovaných postižením. Dále má znalosti a dovednosti aplikace speciálně pedagogických přístupů a metod.

Dalším důvodem je absence finančních prostředků. Respondenti uvádějí, že finanční ohodnocení speciálních pedagogů a dalších pracovníků v sociálních službách není adekvátní nárokům na jejich vzdělání, zodpovědnost a jiné požadavky. Pokud na dotace nepřipadá právní nárok, mohou DOZP získávat finanční prostředky pro zajištění dalších odborníků prostřednictvím nadací a grantů. Zde narážíme na nedostatečnou podporu ze strany státního systému v podobě neuspokojivých legislativních opatření.

Druhá výzkumná otázka se zajímá o to, jak je hodnocen přínos speciálních pedagogů v DOZP se zaměřením na osoby s mentálním postižením. Respondenti byli dotazováni odlišně v závislosti na tom, zda je dle jejich předchozí výpovědi v zařízení zaměstnán speciální pedagog či nikoli. Respondenti, kteří v zařízení zaměstnávají speciálního pedagoga, zhodnotili jeho práci jako přínosnou ve větší či menší míře. Jsme si vědomi toho, že odpovědi mohou být ovlivněny subjektivním pohledem dotazovaného. Hodnocení může být zkresleno více či méně naplněným očekáváním od speciálně pedagogické péče, vztahem k osobě speciálního pedagoga, vlastním názorem o potřebě dalšího rozvoje a podpoře klientů s mentálním postižením či jinými aspekty. Respondenti vnímají viditelné přínosy činnosti speciálního pedagoga v zařízení.

Druhá skupina respondentů, kteří v DOZP nezaměstnávají speciálního pedagoga, byla dotazována na jeho potencionální přínos pro zařízení a klienty. Převažuje pozitivní postoje k možnému přínosu činnosti speciálního pedagoga v zařízení. Byly zaznamenány i negativní názory na potřebnost speciálního pedagoga v zařízení pro dospělé osoby se zdravotním postižením. Opět se setkáváme s popíráním významu speciálně pedagogické péče v dospělosti.

Zajímavé je zjištění, na jakých dalších pozicích by dle respondentů bylo speciálně pedagogické vzdělání vhodné. Nejčastěji byla zmíněna vedoucí pozice a pracovník volnočasových a aktivizačních činností. Vedoucí pracovníci (vedoucí služby, ředitel zařízení) se zpravidla do přímé práce s klienty nedostávají tak často, aby jejich případná speciálně pedagogická intervence měla zásadní vliv. Jejich úkolem je však mimo jiné vytvářet klima zařízení a zajišťovat podmínky pro přímou péči. Znalost speciálně pedagogické problematiky dle našeho názoru pozitivně ovlivní postoj zařízení k edukačním činnostem klientů zaměřených na rozvoj a udržení jejich schopností a dovedností. Zároveň si uvědomujeme, že pracovník na vedoucí pozici ke své práci potřebuje i jiné znalosti a kvality. Pro zajištění plynulého chodu zařízení využívá organizačních schopností, komunikačních dovedností, znalostí z ekonomické oblasti, poznatků z managementu. Důležitá je zároveň orientace v legislativě a z ní plynoucích požadavků. DOZP jsou financovány zpravidla ze státního rozpočtu prostřednictvím krajských dotací a grantů, dalším zdrojem finančních prostředků jsou platby klientů za poskytované služby. Z odpovědí v dotazníkovém šetření vyplývá, že rozpočty DOZP nestačí na zajištění dalších odborníků, jako jsou speciální pedagogové. Získávání financí mimo státní rozpočet je úkolem vedoucího pracovníka (zpravidla ředitele zařízení).

Považujeme za důležité, aby se vedoucí pracovník nejen zaměřoval na získávání financí a řízení provozu DOZP, ale také se orientoval v potřebách osob s mentálním postižením a obecných možnostech jejich podpory.

Respondenti dále označili za přínosné speciálně pedagogické vzdělání na pozicích zajišťujících volnočasové a aktivizační činnosti. Jsme toho názoru, že kombinace speciální pedagogiky a pedagogiky volného času je ideální kombinací pro zajištění volnočasových a aktivizačních činností dospělých s mentálním postižením. Vzniká zde prostor pro nabídku individuálních i skupinových aktivit (kroužků, dílen, individuální činnosti) zaměřených na podporu a rozvoj schopností a dovedností klientů, na získání příjemných zážitků a navázání nových sociálních kontaktů, či upevnění stávajících.

Méně často byla v odpovědích respondentů zaznamenána důležitost speciálně pedagogického vzdělání pracovníků v přímé péči, tedy těch, kteří celodenně pečují o klienty. Ze zkušenosti víme, že se často jedná o ošetrovatelskou péči klientů s těžším postižením nebo souběžným postižením více vadami a podporu při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a domácnost klientů. Speciální pedagog by mohl pracovníkům v přímé péči především poskytovat podporu, poradenství a metodické vedení při zvyšování přirozené aktivity a samostatnosti mentálně postižených. Máme zkušenost, že pracovníkům v přímé péči nezbývá čas na cílenou edukaci klientů, proto považujeme za příhodné, tuto oblast přenechat působnosti speciálního pedagoga.

S výše uvedeným souvisí i hypotéza výzkumu, která stanovuje, že v domovech pro osoby se zdravotním postižením, které zaměstnávají speciálního pedagoga, probíhá více aktivit zaměřených na rozvoj schopností a dovedností klientů, než v domovech pro osoby se zdravotním postižením, které speciálního pedagoga nezaměstnávají. Hypotéza vychází z předpokladu, že speciální pedagog v DOZP se věnuje rozvoji schopností a dovedností klientů za využití speciálně pedagogických přístupů a terapeutických činností.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že nejvíce terapeutických činností probíhá v zařízeních, kde je více speciálních pedagogů, tzn., že speciální pedagog působí na samostatné pozici a zároveň jsou v zařízení pracovníci se speciálně pedagogickým vzděláním. Následně počet činností klesá v závislosti na snižování působnosti speciálního pedagoga. Nejméně probíhá činností v těch zařízeních, ve kterých speciální pedagog není zařazen na žádné pracovní pozici.

Nejčastěji v zařízeních probíhají činnosti a pracovní terapie, které se uskutečňují v podobě dílen či zájmových kroužků. Následují expresivní terapie, koncept bazální stimulace, relaxační techniky a zooterapie. Považujeme za důležité upozornit na skutečnost, že jde o kvantitativně sbíraná data, která nezohledňují kvalitu prováděných terapií a skutečný přínos těchto činností klientům.

Lze diskutovat, zda by měly být všechny tyto aktivity nutně v kompetenci speciálního pedagoga. Vnímáme jako zásadní vycházet z cílů dané činnosti. Pokud je aktivita (zejm. dílna, kroužek) vnímána jako volnočasová, neočekává se terapeutický přesah, cílem je zpravidla smysluplné vyplnění volného času a prožití příjemných zážitků. V takovém případě mohou speciálně pedagogické poznatky být oporou, ale nevnímáme je jako nezbytné. Druhou možností aplikace terapie v užším slova smyslu jako cílené působení na rozvoj dovedností a schopností jedinců s užitím speciálních metod a postupů. Takové pojetí očekává výsledky v dovednostech či chování klientů a vyžaduje odborný přístup.

V souladu se závěry výzkumu můžeme konstatovat, že hypotéza se potvrdila. Působnost speciálního pedagoga v DOZP ovlivňuje činnosti rozvíjejících schopnosti a dovednosti klientů s mentálním postižením. Z důvodu nízké návratnosti však nemůžeme výsledky výzkumného šetření generalizovat. Na základě informací zjištěných v empirickém šetření se můžeme domnívat, že nízká návratnost dotazníků mohla být mimo jiné způsobena neatraktivností tématu, protože respondenti mohou být toho názoru, že speciální pedagog v DOZP pro dospělé nemá uplatnění.

V neposlední řadě jsou zajímavé doplňující komentáře respondentů, které poukazují na nevyhovující situaci v DOZP. Jako ztěžující faktor vnímají respondenti neuspokojující finanční ohodnocení pracovníků v sociálních službách. Objevuje se potřeba legislativních změn, které nastaví výhodnější výchozí podmínky pro zajišťování kvalitní péče v zařízeních.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce na téma speciální pedagog v domovech pro osoby se zdravotním postižením se zabývala domovy pro osoby se zdravotním postižením se zaměřením na dospělé osoby s mentálním postižením a naplňováním specifických potřeb dospělých s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením v souvislosti s působením speciálních pedagogů.

Cílem teoretické části bylo s pomocí odborných publikací a internetových zdrojů popsat charakteristiku a základní pojmy týkající se domovů pro osoby se zdravotním postižením a psychosociálních aspektů života s mentálním postižením v dospělosti. V závěru teoretické části je věnován prostor vymezení úlohy speciálního pedagoga v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Bylo objasněno, že speciálně pedagogické přístupy mají velký význam v životě lidí s mentálním postižením. Podporují tyto osoby ve snaze zapojit se do majoritní společnosti a prožít plnohodnotný život.

K dosažení stanoveného cíle empirické části diplomové práce byla použita metoda nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby. Za pomoci dotazníkového šetření byly osloveny DOZP poskytující své služby dospělým osobám s mentálním postižením. Respondety se stali zástupci těchto zařízení. Odpovídali na otázky týkající se cílové skupiny zařízení (data o diagnostickém a věkovém spektru klientů). Další otázky směřovaly ke zjištění poskytování výchovných, vzdělávacích, aktivizačních a sociálně terapeutických činností v zařízení. Poslední část dotazníku se věnovala zaměstnávání speciálního pedagoga v DOZP.

Výzkum přinesl několik zásadních informací. V DOZP, která poskytují své služby mimo jiné osobám s mentálním postižením, je právě tento deficit v rámci diagnostického spektra klientů dominující. Bylo zjištěno, že převážná část DOZP nezaměstnává speciálního pedagoga. Důvodem mohou být nedostatečné finanční možnosti zařízení či přesvědčení o nevyužitelnosti speciálních pedagogů u dospělých osob, což popírá potřebnost souvislého poskytování speciálně pedagogické péče v průběhu celého života. Přítomnost speciálního pedagoga v DOZP má vliv na poskytování terapeutických činností zaměřených na rozvoj schopností a dovedností klientů. Činnost speciálního pedagoga je v zařízeních, kde je na samostatné pozici zaměstnán, hodnocena jako přínosná. V souladu se závěry výzkumu můžeme konstatovat, že hypotéza se potvrdila.

Z výzkumu vyplývá řada skutečností k zamyšlení či navrhovaných opatření. Potvrzují se nevyhovující výchozí podmínky ze strany legislativních opatření, která neposkytují dostatečnou podporu k zaměstnání speciálních pedagogů, i negativní postoje zástupců DOZP k využitelnosti speciálně pedagogických přístupů u dospělých s mentálním postižením.

NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Na základě výše shrnutých zjištění lze navrhnout následující opatření. Tato opatření se vztahují zejména k domovům pro osoby se zdravotním postižením. Obecně je cílem navrhovaných opatření zajistit dostatek kvalitní speciálně pedagogické péče dospělým osobám s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Lidé s mentálním postižením mají právo na podporu a vedení, které bude v maximálně možné míře rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti.

Vidíme smysl uplatnění speciálního pedagoga v pobytových zařízeních v rámci činností, jako jsou individuální i skupinové programy, podpora sociálních vztahů, rozvoj deficitů plynoucích z povahy postižení, podpora samostatnosti klientů, zajištění smysluplného trávení volné času a především podpora personálu, pomoc při řešení každodenních i neobvyklých problémových situací, do kterých se klienti dostávají. Eliminace problémových situací je důležitá pro zvýšení pohody klientů i pečujících. Pozitivní klima zařízení je důležité.

První navrhované opatření se vztahuje k domovům pro osoby se zdravotním postižením. Z teoretických východisek diplomové práce vyplývá, že speciální pedagog by měl být součástí multidisciplinárního týmu DOZP. Výzkumná zjištění ukazují, že speciální pedagog v DOZP zpravidla zaměstnán není. Jeho zajištění má svá omezení. Jedním z hlavních limitů je nedostatek finančních prostředků. Nabízí se možnost využívat jiných zdrojů než dotací ze státního rozpočtu, které pokrývají náklady na běžný provoz. Získávání finančních zdrojů je časově náročné a klade zvýšené nároky na znalost financování v rámci neziskového sektoru a určité osobnostní dovednosti. Zde hrozí riziko, že DOZP nemají odpovídajícího pracovníka, který by měl časové možnosti a schopnosti se získáváním dalších peněz zabývat. Jako ideální řešení vidíme vyžití fundraisera, který je specialistou na získávání finančních zdrojů pro obecně prospěšnou činnost. Náklady na zaměstnání fundraisera jsou v optimálním případě dočasnou záležitostí, neboť jeho úkolem je mimo jiné získat finance na svou vlastní činnost. Finanční prostředky fundraiser získává oslovováním nadací, firem, státních úřadů, orgánů Evropské unie či prostřednictvím inkluzivních projektů. Další možností je pořádání benefičních akcí, prodej výrobků, atd.

Jako druhé opatření, které povede ke zvyšování speciálně pedagogické péče v DOZP, je v této práci navrhováno systematické vzdělávání pracovníků v přímé péči v oblasti speciálně pedagogických metod a přístupů. Je stanoveno povinné vzdělávání pracovníků v sociálních službách v rozsahu 24 hodin za rok, které by nemělo být chápáno jako dostačující naplnění vzdělávacích potřeb pracovníků. Smysluplná vzdělávání jsou taková, která odpovídají potřebám pracovníků a která si pracovníci volí z vlastní motivace k tématu. Zajištění kvalitních vzdělávacích kurzů může být pro rozpočet DOZP zatěžující i zde by bylo vhodné využít prostředků získaných fundraisingem.

Diplomová práce poukázala na překážky zaměstnávání speciálního pedagoga v domovech pro osoby se zdravotním postižením v souvislosti s legislativou. Uplatnění speciálního pedagoga není dostatečně legislativně ukotveno. To způsobuje obtíže v jeho zaměstnávání a získávání finančních prostředků. Jsme toho názoru, že v legislativě by měla být jasně definována možnost zaměstnání speciálního pedagoga a dalších odborníků (ergoterapeut, fyzioterapeut), měly by být stanoveny požadavky na jejich vzdělání, uplatnění a mělo by být garantováno adekvátní finanční ohodnocení.

Poslední navrhované opatření se vztahuje na osvětu v oblasti využití a přínosu speciální pedagogiky v péči o dospělé osoby s mentálním postižením, zejména v souvislosti s pobytovými zařízeními. Cílem osvětového působení by dle našeho názoru mělo být rozšíření povědomí o tom, jaká specifika přináší život s mentálním postižením v dospělém věku a jaký je význam speciální pedagogiky v péči o tyto osoby. Informovanost by vedla k širšímu uplatnění speciálně pedagogických přístupů v DOZP, většímu zájmu o rozvoj a udržení schopností a dovedností dospělých s mentálním postižením, zvyšování jejich samostatnosti a k pozitivnějšímu vnímání prožívaného života klientů. Osvětová činnost může probíhat v rámci přednášek či kurzů pro pracovníky v DOZP (včetně vedoucích pozic), veřejných akcí a kampaní.

Diplomová práce poukázala na skutečnost, že náplň práce speciálního pedagoga v domovech pro osoby se zdravotním postižením není v legislativě ani odborné literatuře definována. Na základě výzkumných zjištění komparovaných s teoretickými východisky jsme se pokusili vytvořit návrh činností, které by mohly tvořit náplň práce speciálního pedagoga v DOZP:

- Individuální plánování
 - Speciální pedagog jako člen týmu individuálního plánování, který se účastní celého procesu plánování, připravuje, společně s klientem a pracovníky sestavuje a vyhodnocuje individuální plán.
- Speciálně pedagogická diagnostika
 - Speciální pedagog by mohl provádět speciálně pedagogickou diagnostiku klientů, zaměřenou na jejich aktuální schopnosti a dovednosti. Na základě diagnostiky může pomáhat volit činnosti a aktivity odpovídající možnostem jedince.
- Rozvoj a podpora komunikace
 - Speciální pedagog se zaměřuje na rozvoj komunikačních schopností klientů. Pomáhá rozvíjet verbální i neverbální složky komunikace, porozumění i expresivní vyjadřování. Využívá logopedických metod a cvičení. U klientů, jejichž verbální vyjadřovací schopnosti jsou nedostačující, využívá metod alternativní a augmentativní komunikace.
- Metodické vedení pracovníků v přímé péči
 - Speciální pedagog je oporou pro pracovníky v přímé péči, poskytuje jim individuální poradenskou činnost i metodické vedení vzhledem k jednotlivým klientům. Využívá teoretických znalostí při praktickém řešení všedních záležitostí života jedinců s postižením v souladu s normalizačními a humanizačními přístupy. Dle potřeb zařízení vypracovává a aktualizuje metodické pokyny pro práci s osobami s postižením.
- Individuální nebo skupinová výchovně vzdělávací činnost
 - V rámci své ambulance se věnuje individuální práci s klienty zaměřené na rozvoj jednotlivých oblastí osobnosti jedince s přihlédnutím na specifika výchovně vzdělávacího procesu osob s postižením. Cílem individuální práce je minimalizace dopadů deficitů plynoucích z postižení, nebo alespoň

jejich oddálení. Aktivity zaměřené na podporu a udržení aktuálních schopností a dovedností klientů zpravidla vedou k posílení kognitivních schopností, sociálních dovedností a rozvoji individuálních zájmů.

- Aktivizační a volnočasové aktivity
 - Ve spolupráci s aktivizačním pracovníkem plánuje a zabezpečuje dostatek volnočasových aktivit, které budou klienty aktivizovat, budou odpovídat jejich schopnostem, dovednostem a potřebám. Speciální pedagog se zaměřuje zejména na zpřístupňování běžných aktivit klientům s postižením za využití speciálně pedagogických přístupů (vizualizace, strukturalizace, AAK apod.) a vedení speciálních terapií s ohledem na specializaci svého vzdělání (expresivní terapie, zooterapie, psychomotorická terapie, atd.).
- Sociální kontakt s okolím
 - Speciální pedagog v rámci svých činností podporuje maximální socializaci klientů s postižením. Podporuje klienty v sociálním začleňování mimo zařízení. Nabízí aktivity umožňující sociální kontakt s okolím. Pomáhá rozvíjet schopnosti a dovednosti, které zvyšují soběstačnost klientů a to zejména u těch osob, které žádají o chráněné bydlení.
- Eliminace problémového chování
 - Speciální pedagog participuje na odstraňování či zmírňování problémového chování klientů. Využívá etopedických poznatků a přístupů. Hledá příčiny problémového chování a snaží se je odstranit. Rozvíjí emoční a sociální dovednosti klientů. Vede klienty k zodpovědnosti za své chování.
- Zajišťování speciálních pomůcek
 - Speciální pedagog se podílí na vyhledávání, výběru, zajišťování a nácviku používání kompenzačních, rehabilitačních a reedukačních pomůcek (zejména v souvislosti se svou činností). Poskytuje poradenství v této oblasti a to pro klienty a pracovníky.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- CAMPBELL, J., 1998. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: [skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé]*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-204-1.
- ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2.
- ČERNÁ, M., 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1565-3.
- ERIKSON, E., 2002. *Dětství a společnost*. Praha: Argo. ISBN 80-7203-380-8.
- FARKOVÁ, M., 2009. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2480-5.
- FILATOVA, R., 2014. *Snoezelen-MSE*. Frýdek-Místek: Kleinwächter Josef. ISBN 978-80-905419-3-1.
- FISCHER, S., ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.
- FRIEDLOVÁ, K., 2016. O bazální stimulaci. In: Institut bazální stimulace [online]. [vid. 7. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>
- GAVORA, P., aj., 2010. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. Bratislava: Univerzita Komenského. [vid. 14. 11. 2016]. ISBN 978-80-223-2951-4. Dostupné z: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/>
- JANKOVSKÝ, J., 2004. Ucelená rehabilitace. In: VÍTKOVÁ, M. *Otázky speciálně pedagogického poradenství: základy, teorie, praxe: učební text k projektu "Integrované poradenství pro znevýhodněné osoby na trhu práce v kontextu národní a evropské spolupráce*. 2. vyd. Brno: MDS, s. 71-75. ISBN 80-86633-23-3.
- JESENSKÝ, J., 2000. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-823-9.

- KLENKOVÁ, J., 2006. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. Vývojová psychologie. 2. aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- LAUDOVÁ, 2007. Alternativní a augmentativní komunikace. In: ŠKODOVÁ, JEDLIČKA: Klinická logopedie. Praha: Portál, s. 565-581. ISBN 978-80-7367-340-6. 2., aktualiz. vyd., 2007.
- LEČBYCH, M., 2008. Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2071-4.
- MANDZÁKOVÁ, S., 2013. Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0502-9.
- MASLOW, A., 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0618-7.
- MATOUŠEK, O., KŘIŠŤAN, A., 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MICHALÍK, J., 2011. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MÜLLER, O., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.
- PETRÁŠ, P., 2012. Smyslová percepce. In: VALENTA, MICHALÍK, LEČBYCH. Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada, s. 138-150. ISBN 978-80-247-3829-1.
- PETROVÁ, A., 2012. Adaptabilita a sociabilita. In: VALENTA, MICHALÍK, LEČBYCH. Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada, s. 249-260. ISBN 978-80-247-3829-1.
- PIPEKOVÁ, J., 2006. Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. Brno: MSD. ISBN 80-86633-40-3.

- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., BARTOŇOVÁ, M., 2014. Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení: From education to social inclusion of people with health disabilities with focus on intellectual disabilities. 2. upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7689-1.
- PRYSÁK, D., 2015. Omezená dospělost osob s těžkým mentálním postižením v ústavní sociální péči v Polsku. *Speciální pedagogika*, roč. 25, č. 3, s. 218-225. ISSN 1211-2720.
- ŘÍČAN, P., 2004. Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-124-7.
- SLOWÍK, J., 2007. Speciální pedagogika. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- ŠÍŠKA, J., 2005. Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0992-4.
- SOBEK, J., 2010. *Práce s rizikem v sociálních službách: [příručka pro zaměstnance a poskytovatele sociálních služeb]*. Praha: Portus. ISBN 978-80-254-6889-0.
- SOLOVSKÁ, V., 2013. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0369-8.
- ŠAROUNOVÁ, J., 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0716-0.
- ŠVARCOVÁ, I., 2011. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. 4. přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.
- THOROVÁ, K., 2015. Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
- VÁGNEROVÁ, M., 2007. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VÁGNEROVÁ, M., 2012. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., 2003a. *Psychologie handicapu I. část. 2.* opr. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-763-2.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., 2003b. *Psychologie handicapu II. část. 2.* opr. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-764-0.

VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.

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

VÍTKOVÁ, M., 2006. *Somatopedické aspekty. 2. rozš. a přeprac. vyd.* Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR), 2014. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize [online]. Aktualizováno 1. 4. 2014 [vid. 14. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>*

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2014. *Výběrové šetření zdravotně postižených osob – 2013 [online] [vid. 14. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>*

Zákon č. 189/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky. 2016, částka 72, s. 3018–3021. ISSN 1211-1244.*

Vyhláška č. 218/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2016 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky. 2016, částka 84, s. 3297–3300. ISSN 1211-1244.*

Zákon č. 178/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky. 2016, částka 68, s. 2882–2893. ISSN 1211-1244.*

Zákon č. 379/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2015, částka 161, s. 5294–5295. ISSN 1211-1244

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A: Informační materiál ke kroužku vaření včetně fotografií
Příloha B: Dotazník empirického šetření

PŘÍLOHY

Příloha A: Informační materiál ke kroužku vaření včetně fotografií

Veselá vařečka



Aktivizační činnost: Kroužek vaření

Záměr:

Hlavním záměrem je naučit uživatele připravovat jednoduché a rychlé pokrmy přiměřené jejich schopnostem a dovednostem, které budou dále rozvíjeny, smysluplně vyplnit volný čas uživatelů a užít si společně trochu zábavy.

Nepřímou formou povede kroužek k rozšiřování znalostí o potravinách a jejich vlastnostech, zejména budou seznamováni s cenami potravin. Uživatelé si budou moci utvořit představu, co vše práce v kuchyni obnáší. Samotná činnost vaření nepřímo rozvíjí jemnou i hrubou motoriku, stejně tak zapojuje řadu psychických funkcí a vlastností, například paměť, trpělivost, odpovědnost za dokončení práce, vytrvalost, schopnost plánovat práci, nemluvě o rozvoji smyslového vnímání (zejm. čich a chuť). Dalším přínosem je sociální kontakt s dalšími uživateli a možnost bližšího seznámení.

Vaření (byť s podporou) zvyšuje samostatnost uživatelů, což spolu s vědomím rozvoje vlastních schopností přirozeně vede ke zvyšování pocitu sebedůvěry a k prožívání vyšší kvality života.

Kroužek vaření bude přednostně nabízen zájemcům o využívání služby chráněného bydlení, neboť umět si připravit základní pokrmy a znát ceny potravin je dobrý předpoklad pro budoucí samostatné bydlení.

Prostory:

Vhodné prostory pro kroužek vaření jsou v chatce za hlavní budovou. Hlavní výhodou chatky je dobrá přístupnost (absence schodů), což klienti s pohybovými omezeními oceňují. Chatka není v současné době využívána.

Nevýhoda chatky se projeví v zimních měsících – nevytápí se. Kalendářní dobu využívání chatky by bylo možné prodloužit vhodným přenosným topným zařízením.

V případně nemožnosti využít chatku by bylo možné přesunout kroužek (jednorázově či dlouhodobě) do přízemních prostor budovy Střediska aktivizačních činností.

Doba konání kroužku:

Kroužek se bude konat každý týden ve čtvrtek v čase od 13,30 do 15,00/15,30. Jako ukončení kroužku by se považovalo uvaření kávy v čase odpolední svačiny a konzumace připravených pokrmů.

Po dohodě je možné operativně zvolit jiný den v týdnu (středa, pátek), tato změna by byla příslušným účastníkům včas nahlášena.

Kapacita kroužku/počet účastníků:

Ideální počet účastníků je 12 osob, ve skupinkách po 4, které se pravidelně střídají. Každá skupinka by tedy vařila každý třetí týden. Takový způsob je vhodný zejména z důvodu financování kroužku. Častější vaření by mohlo být pro některé uživatele ekonomicky nezvládnutelné.

Financování kroužku/náklady na provoz:

Financování potravin by probíhalo z prostředků účastníků, kteří by za každé setkání platili 30 – 50 Kč. Za tyto finance budou zakoupeny potraviny vždy pro příslušné vaření.

Dále běžné provozní náklady – spotřeba el. energie (svícení, používání kuchyňských spotřebičů – rychlovarná konvice, vařič), spotřeba vody, ...

Vstupní investice potřebné pro zahájení kroužku:

- prostředky pro úklid
- vařič, kuchyňské nádobí
- přenosné topné zařízení pro chladnější dny

Odpovědná osoba:

Hana Prokurátová

Základním principem kroužku vaření je dobrovolnost. Klienti se mohou, ale také nemusí účastnit. Při volbě pokrmů budou zohledňovány jejich diety, alergie, ale především jejich chutě.



Speciální pedagog v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Dobrý den,

děkuji za Váš čas, který věnujete tomuto dotazníku. Dotazník je součástí výzkumu o uplatnění speciálně pedagogických přístupů v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Vaše informace jsou důležité pro zmapování aktuálního zastoupení speciálních pedagogů v těchto zařízeních.

Děkuji za Vaši spolupráci

Bc. Hana Prokurátová

1. Jaké věkové skupiny klientů využívají ve Vašem zařízení službu domov pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP)?

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Do 15 let
- 15 - 18 let
- 18 - 20 let
- 20 - 40 let
- 40 - 50 let
- 50 - 60 let
- 60 - 75 let
- Nad 75 let
- Jiné:

2. Která z následujících postižení (syndromů) tvoří diagnostické spektrum DOZP?

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Mentální retardace
- Poruchy autistického spektra
- Demence
- Jiné duševní poruchy
- Zrakové postižení bez přidružení dalšího postižení
- Zrakové postižení v kombinaci s dalším postižením
- Sluchové postižení bez přidružení dalšího postižení
- Sluchové postižení v kombinaci s dalším postižením
- Tělesné postižení bez přidružení dalšího postižení
- Tělesné postižení v kombinaci s dalším postižením
- Genetická postižení (Downův syndrom, Prader-Willi syndrom atd.)
- Jiné:

3. Která postižení dominují?

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Mentální retardace
- Poruchy autistického spektra
- Demence
- Jiné duševní poruchy
- Zrakové postižení bez přidružení dalšího postižení
- Zrakové postižení v kombinaci s dalším postižením
- Sluchové postižení bez přidružení dalšího postižení
- Sluchové postižení v kombinaci s dalším postižením
- Tělesné postižení bez přidružení dalšího postižení
- Tělesné postižení v kombinaci s dalším postižením
- Jiná kombinovaná postižení
- Genetická postižení (Downův syndrom, Prader-Willi syndrom atd.)
- Jiné:

4. Jaké výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti nabízí DOZP svým klientům?

5. Jaké sociálně terapeutické činnosti nabízí DOZP svým klientům?

6. Je ve Vašem DOZP pracovní pozice speciální pedagog?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne *Přeskočte na otázku 10.*
- Jiné: *Přeskočte na otázku 10.*

7. Jak dlouho v zařízení na této pozici pracuje?

Označte jen jednu elipsu.

- Méně než jeden rok
- 1 - 3 roky
- 4 - 6 let
- 7 - 10 let
- 10 - 15 let
- Více jak 15 let
- Jiné:

8. Co je náplní práce speciálního pedagoga v zařízení?

9. Zhodnoťte přínos speciálního pedagoga pro klienty a pro zařízení.

- Velmi přínosné, je jednoznačně patrný přínos práce speciálního pedagoga.
- Přínosné, je patrný přínos práce speciálního pedagoga.
- Spíše přínosné, přínos práce speciálního pedagoga je patrný, i když není zcela úměrný času a energii, který od klientů a personálu vyžaduje.
- Spíše nepřínosné, přínos práce speciálního pedagoga není úměrný času a energii, který od klientů a personálu vyžaduje.
- Nepřínosné, nejsou patrné žádné pozitivní ani negativní změny.
- Velmi nepřínosné, patrné nežádoucí změny.

Přeskočte na otázku 12.

10. Mohl by kvalifikovaný speciální pedagog prospět zařízení a klientům? Pokud ano, jak?

11. Co by mohlo být náplní práce speciálního pedagoga v zařízení?

12. Má někdo (další) ze zaměstnanců speciálně pedagogické vzdělání?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne *Přeskočte na otázku 15.*
- Jiné:

13. Na jaké je pracovní pozici?

14. Je pro tuto pozici speciálně pedagogické vzdělání důležité?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne
- Jiné:

15. Na jakých (dalších) pozicích by speciálně pedagogické vzdělání bylo vhodné?

16. Je v plánu zaměstnat v zařízení (dalšího) speciálního pedagoga?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne
- Jiné:

17. Probíhá v zařízení vzdělávání klientů (ve smyslu cíleného působení na rozvoj schopností a dovedností, resp. jejich udržení)?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne *Přeskočte na otázku 19.*
- Jiné:

18. Jakým způsobem?

19. Děkuji za Vaše odpovědi. Co dalšího Vás k tématu napadá?