

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**System péče o dospělé osoby s mentálním postižením
na Kutnohorsku**

Diplomová práce

Autor: Bc. Lenka Urbanová
Studijní program: N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, PhD.



Zadání diplomové práce

Autor:	Lenka Urbanová
Studium:	P15K0206
Studijní program:	N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení
Název diplomové práce:	System péče o dospělé osoby s mentálním postižením na Kutnohorsku
Název diplomové práce AJ:	The system of care for adults with mental disabilities in Kutná Hora

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se zabývá systémem péče o dospělé osoby s mentálním postižením na Kutnohorsku. Cílem teoretické části diplomové práce je komplexně popsat systém péče o dospělé osoby s mentálním postižením, a to především se zaměřením na sociální služby. Dále pak definovat specifika osob s mentálním postižením. Cílem praktické části diplomové práce je popsat, analyzovat a zhodnotit péči o dospělé osoby s mentálním postižením na Kutnohorsku. Na případových studiích jedinců s mentálním postižením pak přiblížit jednotlivé typy služeb určené pro osoby s mentálním postižením. Metody: případová studie, dotazník, analýza odborných pramenů a literatury

BENDOVÁ, Petra. Vybrané kapitoly z psychopedie a etopedie nejen pro speciální pedagogy. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 137 s. ISBN 978-80-7435-423-6. Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In Sběrka zákonů, Česká republika. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=16> DLOUHÁ, Jana. Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální a sociální pedagogiky. 2., dopl. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013, 154 s. ISBN 978-80-7435-333-8. GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výskumu. 4. vyd. Bratislava: UK, 2008. 272 s. ISBN 978-80-223-2391-8. HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a DUPLINSKÝ, Josef. Diagnostika: pedagogickopsychologické poradenství II. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta, 2002, 207 s. ISBN 80-729-0101-X. MALÍK HOLASOVÁ, Věra. Kvalita v sociální práci a sociálních službách. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 151 s. ISBN 978-80-247-4315-8. PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.). Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-7315-120-0. TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ. Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatелů. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 121 stran. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7. VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. Psychopedie: [teoretické základy a metodika]. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 80-7320-039-2. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Tereza Koliášová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala (pod vedením vedoucí diplomové práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Petře Bendové, Ph.D., za její odborné vedení, užitečné rady a vstřícný přístup při zpracování mé diplomové práce. Děkuji také všem, kteří mi poskytli data k výzkumnému šetření a zároveň byli inspirací pro tuto diplomovou práci. Největší poděkování však patří mé rodině, příteli a ostatním blízkým, kteří mi byli po celou dobu oporou, a to během celého studia.

Anotace

URBANOVÁ, Lenka. *Systém péče o dospělé osoby s mentálním postižením na Kutnohorsku*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2017. 111 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá systémem péče o dospělé osoby s mentálním postižením na Kutnohorsku.

Diplomová práce charakterizuje dospělého člověka s mentálním postižením. Je zde vymezena mentální retardace se svými jednotlivými stupni a specifiky, které jsou s touto duševní poruchou spjaty. Dále je zde popsáno postavení člověka s mentálním postižením v právních vztazích. Práce se dále věnuje ucelenému systému péče o dospělé osoby s mentálním postižením. Je zde představena oblast vzdělávání a oblast pomoci v systému sociální péče se svými jednotlivými službami. Pozornost je věnována také zdravotní péči, kterou lidé s mentálním postižením potřebují, a komplexní systém péče je zakončen kapitolou o problematice pracovního uplatnění.

Cílem empirické části diplomové práce je popsat, analyzovat a zhodnotit systém péče o dospělé osoby s mentálním postižením v Kutné Hoře a blízkém okolí, přičemž nejvíce pozornosti je věnováno sociálním službám. Analýzou odborných pramenů byl vytvořen výčet organizací a služeb, které jsou v regionu dostupné pro dospělé osoby s mentálním postižením. S využitím případových studií je ukázáno, jak jsou dílčí služby pro osoby s mentálním postižením dostupné a využívané v praxi. Výstupy dotazníku realizovaného v závěru výzkumného šetření pak reflektují spokojenost osob pečujících o dospělé jedince s mentálním postižením se systémem péče o tyto jedince na Kutnohorsku.

Klíčová slova: dospělost, mentální postižení, systém péče

Annotation

URBANOVÁ, Lenka. *The system of care of adults with mental disabilities in Kutná Hora*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2017. 111 pp. Diploma dissertation.

The diploma dissertation occupies with the system of care of adults with mental disabilities in region of Kutná Hora.

The diploma dissertation describes an adult person with a mental disability. There is defined mental retardation with its individual degrees and specificities which are linked with this mental disorder. Next is described the position of a person with mental disabilities in legal relationships. The work deals with on a comprehensive system of care of adults with mental disabilities. There is an area of education and the area of assistance in the social care system with its individual social services. Attention is also paid to the health care that people with mental disabilities need and a comprehensive system of care is completed with a chapter on work-related issues.

The goal of the empirical part of the diploma thesis is to describe, analyze and evaluate the system of care of adults with mental disabilities in Kutná Hora and the surrounding area, with the greatest attention being paid to social services. By analyzing the sources, a list of organizations and services available in the region for adults with intellectual disabilities was created. Using case studies, it shows how partial services for people with mental disabilities are available and used in practice. The outputs of the questionnaire carried out at the end of the research survey reflect the satisfaction of those caring for adults with mental disabilities with a care system for these individuals in Kutná Hora.

Keywords: adulthood, mental disability, the system of care

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomová práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 1/2013
(Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

Datum:.....

Podpis studenta:

Obsah

Úvod	11
1 Dospělí s mentálním postižením	13
1.1 Mentální retardace.....	13
1.2 Klasifikace mentální retardace	14
1.2.1 Lehká mentální retardace	14
1.2.2 Středně těžká mentální retardace	15
1.2.3 Těžká mentální retardace	15
1.2.4 Hluboká mentální retardace	15
1.2.5 Jiná mentální retardace	16
1.2.6 Neurčená mentální retardace	16
1.3 Specifika osob s mentálním postižením.....	16
1.4 Dospělost.....	17
1.4.1 Mladá dospělost	18
1.4.2 Střední dospělost.....	19
1.4.3 Starší dospělost	19
1.4.4 Dospělost osob s mentálním postižením.....	19
1.5 Osoby s mentálním postižením v právních vztazích.....	20
1.5.1 Omezení svéprávnosti.....	21
1.5.2 Člověk s mentálním postižením v rodinně právních vztazích	22
1.5.3 Člověk s mentálním postižením v trestněprávních vztazích.....	23
1.5.4 Člověk s mentální retardací a zdravotní péče	24
2 Systém péče o osoby s mentálním postižením	25
2.1 Vzdělávání dospělých osob s mentálním postižením.....	25
2.1.1 Základní vzdělávání	26
2.1.2 Střední vzdělávání.....	26
2.1.3 Večerní školy	28
2.1.4 Aktivační centra	28
2.1.5 Sebeobhajování	29
2.2 Osoba s mentálním postižením v systému sociální péče	30
2.2.1 Centrum denních služeb.....	30
2.2.2 Denní a týdenní stacionáře.....	31
2.2.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením	31

2.2.4	Domov se zvláštním režimem.....	31
2.2.5	Chráněné bydlení	32
2.2.6	Sociálně terapeutické dílny	32
2.2.7	Podpora samostatného bydlení	32
2.2.8	Sociálně aktivizační služby.....	32
2.2.9	Sociální rehabilitace.....	33
2.2.10	Příspěvek na péči	33
2.3	Zdravotní péče o osoby s mentálním postižením.....	34
2.3.1	Psychiatrická péče.....	35
2.3.2	Domácí zdravotní péče	36
2.3.3	Ergoterapie.....	36
2.3.4	Bazální stimulace	37
2.3.5	Klinická logopedie.....	37
2.4	Podpora osob s mentálním postižením v oblasti pracovního uplatnění	38
2.4.1	Právo osob s mentálním postižením na práci.....	38
2.4.2	Tranzitní program	39
2.4.3	Diagnostika v tranzitním období.....	40
2.4.4	Diagnostika pro volbu povolání.....	40
2.4.5	Pracovní rehabilitace.....	41
2.4.6	Chráněné pracovní místo	42
2.4.7	Chráněná dílna	43
3	Uvedení do problematiky empirické části diplomové práce.....	44
3.1	Vymezení cílů a hypotéz empiricky orientované části diplomové práce....	44
3.2	Metodologie	44
3.2.1	Analýza odborných pramenů	44
3.2.2	Případová studie.....	45
3.2.3	Dotazník.....	46
3.3	Charakteristika místa výzkumného šetření a výzkumného vzorku.....	48
3.4	Specifikace průběhu výzkumného šetření.....	50
4	Prezentace dat zjištěných výzkumným šetřením.....	52
4.1	Analýza odborných pramenů	52
4.1.1	Základní škola a Praktická škola Kutná Hora.....	52
4.1.2	Euroinstitut.....	53

4.1.3	Domov Barbora Kutná Hora.....	54
4.1.4	Domov Iván	56
4.1.5	Rytmus Střední Čechy, o.p.s.....	58
4.1.6	Oblastní charita Kutná Hora	59
4.1.7	Pečovatelská služba Kutná Hora.....	60
4.1.8	Pečovatelská služba Uhlířské Janovice.....	61
4.1.9	Pečovatelská služba Zruč nad Sázavou	62
4.1.10	Odbor sociálních věcí a zdravotnictví	62
4.1.11	Dítě a kůň.....	63
4.1.12	Centrum pro zdravotně postižené a seniory Středočeského kraje	64
4.1.13	LCC domácí péče.....	64
4.1.14	SC domácí péče	65
4.2	Případové studie	65
4.2.1	Marek	65
4.2.2	Lukáš.....	71
4.2.3	Jaromír	75
4.3	Prezentace dat zjištěných dotazníkovým šetřením.....	80
5	Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz, diskuze.....	96
5.1	Zhodnocení hypotéz	97
	Závěr	102
	Seznam odborných pramenů a literatury.....	105
	Internetové zdroje.....	107
	Seznam příloh.....	110
	Přílohy.....	111

Úvod

Lidé s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin osob se zdravotním postižením. Je již takřka běžné, že se snažíme co nejvíce tyto jedince zapojovat do majoritní společnosti a snižovat tak rozdíly mezi lidmi s postižením a bez postižení. Proto již není tak neobvyklé, aby naším kolegou v zaměstnání či sousedem byl právě člověk s mentálním postižením.

Přestože se jedná o lidi se sníženými rozumovými schopnostmi, již nejsou dětmi a mají stejné potřeby jako ostatní dospělí. Mají právo na další vzdělávání, důstojné bydlení, pracovní uplatnění a pěstování mezilidských vztahů. Od společnosti se tedy očekává, že bude pružně reagovat na požadavky osob s mentálním postižením a bude schopna jim nabídnout a zprostředkovat co nejkvalitnější systém péče. Je jistě i přáním rodičů, aby bylo o jejich dospělého syna či dceru dobře postaráno a žili co nejspokojenějším životem.

Velké množství lidí s mentálním postižením však nemělo možnost vyrůstat ve své rodině s rodiči a dalšími sourozenci a mnozí z nich celý svůj život tráví v pobytových sociálních službách. Díky modernizaci a transformaci je většina těchto zařízení na velmi dobré úrovni a svým uživatelům poskytují profesionální péči.

Tato diplomová práce nese název Systém péče o dospělé osoby s mentálním postižením na Kutnohorsku. Motivací k volbě tohoto tématu bylo to, že se díky svému zaměstnání každý den setkávám s dospělými lidmi s mentálním postižením a sdílím s nimi jejich každodenní problémy, přání a plány. Přestože se na Kutnohorsku nachází poměrně velký počet organizací, které poskytují pomoc a podporu této cílové skupině, mnohdy není jednoduché najít takové možnosti, které by našemu člověku pomohly vyřešit jeho aktuální náročnou životní situaci.

Diplomová práce se ve svém úvodu bude věnovat charakteristice dospělého člověka s mentálním postižením. Budou zde stručně popsány jednotlivé stupně mentální retardace, jelikož od toho se odvíjí způsob práce s těmito lidmi. Dále bude definována dospělost se svými třemi věkovými obdobími. Přestože se jedná o jedince se sníženými rozumovými schopnostmi, s dospělostí se vážou práva a povinnosti v právních vztazích, které lidé s mentálním postižením bezpochyby mají. Proto bude tato oblast v diplomové práci stručně nastíněna společně s institutem omezení svéprávnosti, který je již dlouho poměrně kontroverzním tématem.

V teoreticky orientované části diplomové práce budou dále popsány jednotlivé složky systému ucelené péče o osoby s mentálním postižením. Představena bude oblast vzdělávání jako možnost dalšího rozvoje vědomostí a dovedností např. pro lepší uplatnění na trhu práce či orientace ve společnosti. Dále to bude složka sociální, která je vzhledem k cílové skupině nejbohatší na typy služeb a pomoci. Stručněji bude nastíněna oblast zdravotní, jelikož zdravotní péče a služby se ve velkém měřítku podobají té, která je poskytována intaktní populaci. Pozornost bude mj. věnována také podpoře osob s mentálním postižením v oblasti pracovního uplatnění, jelikož zaměstnání není jen prostředek finančního zajištění, ale je to také způsob lidské seberealizace.

Cílem empiricky orientované části diplomové práce je popsat, analyzovat a zhodnotit současný systém péče o dospělé osoby žijící na Kutnohorsku. Úkolem je zjistit, zda je pro tyto jedince, jejich rodiny a jiné pečující osoby současná nabídka dostatečná, zda považují její pomoc a služby za kvalitní nebo vidí v uceleném systému péče nějaké nedostatky.

Výzkum bude založen na analýze dostupných pramenů, kde zdroji informací budou webové stránky, propagační materiály a jiné dokumenty organizací, které své služby nabízejí dospělým s mentálním postižením, jejich rodinám a blízkým. Zjištěné informace budou shrnuty v tabulce, která ukáže, jaké služby jsou poskytovány jednotlivými organizacemi na Kutnohorsku.

Dále budou vytvořeny tři případové studie, které budou ukazovat, jak jsou státní i nestátní organizace využívány uživateli kutnohorského systému péče v praxi. Představeni budou tři dospělí muži s mentálním postižením spolu se svými každodenními činnostmi a mnohdy i potížemi. Poslední výzkumnou metodou bude dotazník, který bude určen rodinám, příbuzným, známým, opatrovníkům, sociálním pracovníkům a dalším, kteří žijí či pracují s lidmi s mentálním postižením. Výsledky dotazníku budou doplňovat závěry předešlých dvou metod. Měl by odpovědět, zda je systém péče o dospělé osoby s mentálním postižením na Kutnohorsku dostatečný, kvalitní a zda svým uživatelům nabízí dostatek možností, jak co nejvíce zvýšit kvalitu jejich dosavadního života.

1 Dospělí s mentálním postižením

Dospělost je velmi často spojována se znaky jako je ukončení studia a získání zaměstnání, svatba a založení rodiny, právo volit ale také přispívání společnosti a s dalšími právními faktory. V podstatě to jsou však sociokulturní faktory, které se proměňují v závislosti na proměnách a vývoji společnosti. Pro osoby s mentálním postižením to však mohou být oblasti, ve kterých potřebují mnohem větší podporu od intaktní společnosti, a i přesto na ně nemusí dosáhnout (Pipeková 2006).

Od společnosti se očekává, že bude napomáhat dospělým lidem s mentálním postižením v naplňování těchto sociálních rolí v maximální možné míře. Cílem je *„normalizace jejich zaměstnávání, partnerského a rodinného života, kvalitního prožívání volného času, možností vzdělávání, nabídky sociálních služeb, podporování chráněného bydlení apod.“* (Pipeková 2006, s. 290).

1.1 Mentální retardace

Termín mentální retardace je u nás používán jako synonymum pojmu mentální postižení. Mentální postižení je však pojem širší, jelikož zahrnuje i ty jedince, jejichž IQ je v rozmezí od 85 do 70. Jedinci s mentální retardací jsou ti, jejichž IQ je nižší a rovno 69 (Vašek a kol., In Dlouhá 2013).

Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezuje 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. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami“* (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, s. 242). Výrazně se projevuje narušením poznávací schopnosti, což má za následek ztížený proces učení (Dolejší In Dlouhá 2013).

Americká psychiatrická asociace označuje mentální retardaci za intelektuální postižení (Intellectual Disability) a říká, že zahrnuje potíže s obecnými mentálními schopnostmi, které ovlivňují člověka ve dvou hlavních oblastech. Tou je jednak intelektuální oblast skládající se z procesu učení a řešení problémů a druhou je oblast adaptivní, která zahrnuje činnosti každodenního života a je dále definována třemi kategoriemi. Kategorie konceptuální představuje dovednost čtení, psaní, počítání a uvažování. Dále je to část sociální, která je tvořena schopností komunikovat, dodržovat pravidla, navazovat a udržovat přátelství či vcítit se do pocitů druhého.

Poslední složka adaptivní oblasti je nazvána jako praktická, jelikož se skládá z péče o vlastní osobu, odpovědnosti za svoji práci, hospodaření s financemi či organizování vlastní práce a úkolů (<https://www.psychiatry.org/patients-families/intellectual-disability/what-is-intellectual-disability>).

Mentální retardace je vrozená nebo raně získaná do dvou let života dítěte. Přestože je trvalá, lze správnými výchovnými a vzdělávacími postupy dosáhnout zlepšení například v sebeobslužných činnostech či jiných praktických dovednostech (Vágnerová 2004).

1.2 Klasifikace mentální retardace

Stupně mentálního postižení se odvíjejí od výše inteligence, přičemž ta je chápána jako schopnost učit se, přizpůsobovat se podmínkám ve společnosti a čerpat z již nabytých zkušeností. Inteligence je vyjádřena tzv. inteligenčním kvocientem, který představuje vztah mezi výsledkem inteligenčního testu (mentální věk) a chronologickým věkem jedince, který je následně vynásoben stem (Švarcová 2003).

Mentální retardace je zařazena v Mezinárodní klasifikaci nemocí, která byla zpracována Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Vstoupila v platnost v roce 1992. V této klasifikaci je mentální retardace zařazena pod kapitolu F70 až F79. Je rozdělena do šesti kategorií dle stupně závažnosti. Jedná se o lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou, jinou a nespecifikovanou mentální retardaci (Švarcová 2003).

1.2.1 Lehká mentální retardace

Jedinci s lehkou mentální retardací mají IQ v rozmezí 50 – 69. V Mezinárodní klasifikaci nemocí jsou zařazeni pod F70. Z celkového počtu osob s mentálním postižením je skupina osob s lehkou mentální retardací skupinou nejpočetnější. Již u tohoto nejlehčího stupně postižení můžeme pozorovat opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje (Švarcová In Dlouhá 2013).

Největší obtíže se u osob s mentální retardací projevují při školní výuce, avšak velké množství dospělých s lehkou mentální retardací dokáže samostatně žít, pracovat a mnozí z nich i založit rodiny. Přestože je jejich celkový vývoj pomalejší, většina lidí s lehkou mentální retardací dosáhne úplné nezávislosti v činnostech každodenního života (Švarcová 2003).

1.2.2 Středně těžká mentální retardace

Středně těžká mentální retardace je vymezena IQ 35 – 49 a nese označení F71. Oproti jedincům s lehkou mentální retardací se jedná o výrazné opoždění celkového vývoje a nabyté schopnosti bývají omezené. Často je tato skupina nesourodá a mezi jednotlivci jsou značné rozdíly. *„Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří dosahují vyšší úrovně v dovednostech sensoricko-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace (Švarcová 2003, s. 30).*

Dospělí jedinci se středně těžkou mentální retardací jsou často klienty denních či týdenních stacionářů nebo domovů pro osoby se zdravotním postižením. Na trhu práce bývají zařazeni na chráněná pracovní místa, jelikož potřebují zvýšenou pomoc, podporu a ochranu, která by jim na otevřeném trhu práce nebyla poskytnuta.

1.2.3 Těžká mentální retardace

IQ osob s těžkou mentální retardací se pohybuje v rozmezí 20 – 34. Mezinárodní klasifikace nemocí ji označuje jako F72. Velké množství jedinců s tímto stupněm postižení má potíže v oblasti motoriky a jejich stav je ztížen přidruženými vadami.

Celkové schopnosti jsou ještě více omezeny než u předešlého stupně mentálního postižení. Tito lidé potřebují celoživotní péči druhé osoby a dlouhodobým tréninkem si mohou osvojit naprosté základy hygieny a samoobsluhy. Jiní jsou však i v těchto oblastech odkázáni na systematickou péči. Lidé s těžkou mentální retardací již nebývají zařazováni ani na chráněný trh práce (Švarcová 2003).

1.2.4 Hluboká mentální retardace

IQ u jedinců s hlubokou mentální retardací nelze zpravidla přesně určit, avšak uvádí se, že je nižší než 20. Tento nejtěžší stupeň postižení nese označení F73. Velká část těchto lidí je imobilní, inkontinentní a zpravidla nedosáhnou na žádnou schopnost sebeobsluhy a péče o své potřeby. Jejich stav vyžaduje celodenní péči druhé osoby (Švarcová 2003). Často se jedná o jedince s kombinovaným postižením, u nichž se k mentálnímu postižení přidružují další vady, jako je postižení zraku, sluchu, epilepsie a další. Tito lidé dokážou maximálně reagovat na známé či neznámé podněty a vyjadřovat pocity libosti či nelibosti (Fischer, Škoda 2008).

1.2.5 Jiná mentální retardace

Jiná mentální retardace F78 se stanoví tehdy, pokud není možné pro další přidružené vady určit konkrétní stupeň mentálního postižení, a to pokud má jedinec kromě zřejmého mentálního postižení také postižení např. zrakové, sluchové, autismus, těžké poruchy chování, těžké tělesné postižení apod. (Fischer, Škoda 2008).

1.2.6 Neurčená mentální retardace

Tento typ mentální retardace se užívá tehdy, když je mentální retardace prokázána, ale odborníci nemají dostatek informací, díky kterým by mohli člověka zařadit do konkrétního stupně mentálního postižení (Fischer, Škoda 2008).

1.3 Specifika osob s mentálním postižením

Každý člověk je jiný, stejně tak tomu je i u osob s mentálním postižením. Neexistuje univerzální charakteristika, která by se mohla použít pro všechny tyto osoby. Avšak jsou zde společné znaky, kterými se lidé s mentálním postižením vyznačují. Tyto znaky se u každého projevují v jiné míře, a to dle stupně a rozsahu postižení (Švarcová, 2003). Je nutné ještě dodat, že u mentální retardace nejde pouze o časové opoždění celkového vývoje, avšak jedná se o změny ve struktuře celé osobnosti. Nemluvíme tedy jen o odchylkách kvantitativních, nýbrž také kvalitativních (Valenta, Müller 2003).

Typická je pro osoby s mentálním postižením horší orientace v běžném prostředí. Obtížněji oddělují důležité a méně podstatné jevy a chápou vztahy mezi nimi. Upřednostňují podnětový stereotyp a v získávání nových informací jsou závislé na druhých. Lidé s mentálním postižením se těžko dokážou odpoutat od svého vlastního pohledu, pocitů a potřeb (Fischer, Škoda 2008). Jejich myšlení je zjednodušené, je vázané na konkrétní situaci a ulpívá na známém způsobu řešení. Jedinci s mentálním postižením nejsou schopni vyšší abstrakce a zobecnění, častěji chybují v analýze a syntéze. Pro jejich myšlení je charakteristická nekritičnost. Myšlenky jsou vyjadřovány řečí, jež je u osob s mentálním postižením často deformována (Valenta, Müller 2003).

Řeč je zpravidla narušená jak po formální tak obsahové stránce. Je charakterizována méně přesnou výslovností a také obtížným porozuměním sdělení. Řeč je typická agramatismy a jednoduchými a krátkými větami. Slovní zásoba je chudší. Přes tyto společné znaky se však úroveň řeči liší napříč jednotlivými stupni postižení (Vágnerová In Dlouhá 2013). Osoby s lehkou mentální

retardací zpravidla dokážou komunikovat běžným způsobem. Mluvíme u nich o tzv. opožděném vývoji řeči.

Větší rozdíl je již patrný u lidí se středně těžkou mentální retardací, jejichž řeč je více narušena. Celkový vývoj řeči je omezen. Někteří jsou schopni komunikace, ta je však agramatická, chudá a špatně artikulovaná. Řeč lidí s těžkou mentální retardací bývá omezena na izolovaná slova a celková komunikace je spíše nonverbální. Lidé s hlubokým mentálním postižením verbálně téměř nekomunikují (Krejčířová 2004).

U lidí s mentálním postižením se také často setkáváme se specifickou aspirací. Pro jejich aspirační úroveň je typické přeceňování nebo podceňování vlastních sil a schopností (Valenta, Müller 2003). „*Ve volních projevech je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulzivnost, agresivita, ale i úzkostnost a pasivita. Specifickým rysem je v tomto ohledu dysbulie (porucha vůle) a abulie (nerozhodnost a nedostatek vůle zahájit činnost)*“ (Valenta, Müller 2003, s. 44).

Mentální retardace také zhoršuje schopnost ovládat své emoce, zvyšuje dráždivost a pohotovost k afektivním reakcím. City jsou svoji intenzitou často neadekvátní vzhledem k podnětům. Emoce těchto osob jsou více egocentrické, takže v popředí zájmu je vždy „*uspokojení aktuálních potřeb neodkladně a bez zábran*“ (Fischer, Škoda 2008, s. 97).

U dospělých osob s mentálním postižením je nutné podporovat v co největší míře naplnění sociálních rolí, které jsou pro toto věkové období přirozené. Cílem by měla být normalizace v zaměstnávání, partnerském a rodinném životě, v možnostech trávení volného času, v nabídce dalšího vzdělávání, bydlení apod. (Pipeková 2006).

1.4 Dospělost

Dospělost je považována za období životního realismu a upevnění životního stylu, návyků, názorů a přesvědčení. Nahlíží se na ni z několika pohledů, a to z pohledu formálně právního, psychologického a biologického. Formálně jsme dospělí od 18. roku života, přestože po psychické stránce až kolem 21. roku (Nakonečný 2003).

Vágnerová (2007) mluví o tzv. psychosociální dospělosti. Psychosociální dospělost nastává u každého člověka v různou dobu. Váže se ke vztahu k sobě samému a k druhým lidem. Dospělý člověk se umí samostatně rozhodovat a nést odpovědnost za své jednání. Dokáže také objektivně posoudit své silné a slabé stránky. „*Psychicky zralý člověk vykonává přiměřené množství přiměřeně kvalitní*

práce provázené pocitem užitečnosti“ (Nakonečný 2003, s. 390). Dospělý člověk by měl umět navazovat, pěstovat a udržovat oboustranně uspokojující a rovnocenné vztahy. Odpoutává se od své orientační rodiny a zakládá svoji. Vztah k rodičům je vyrovnanější a klidnější, jejich názory přijímá realističtěji oproti dospívání, kdy se k nim staví kriticky až negativisticky. Nepotřebuje si před nimi dokazovat svoji rovnocennost a nezávislost, poněvadž už nezávislým je (Vágnerová 2007).

„Biologické vymezení dospělosti je relativně snadné, její dosažení je vázáno na úroveň fyzické zralosti, ale ani to nemá větší společenský význam“ (Vágnerová 2007, s. 9). Biologická dospělost je spjatá se sexuální zralostí a potřebou navázat partnerský vztah. Poté je sexualita prostředkem pro zplození dítěte. Tím se liší od sexuality v době adolescence, kdy její reprodukční složka neměla žádný význam. Vágnerová rozděluje dospělost na tři období. Jedná se o mladou dospělost, střední dospělost a starší dospělost (Vágnerová 2007).

1.4.1 Mladá dospělost

Mladá dospělost vymezuje období od 20 do 40 let. Uvádí se, že v tomto věku člověk neprochází významnými biologickými změnami. O mnoho výraznější jsou sociální změny, které souvisí s přijímáním nových rolí (zaměstnanec, partner, manžel, rodič). Největší vliv na rozvoj psychiky mají nové zkušenosti, kterých v tomto období přibývá.

Mělo by dojít k tzv. sladění individuace a socializace, což znamená, že by se člověk měl dokázat prosadit a zároveň akceptovat potřeby ostatních. Role dospělého přináší více práv, povinností a s nimi i odpovědnosti. Mladý dospělý se již zpravidla řídí sociálními normami, které říkají, jaké důležité kroky by měly v jeho životě následovat. Dospělost s sebou přináší pozitivní ale i méně atraktivní změny. Výhodou je například větší samostatnost a nezávislost, nevýhodou pak tlak a očekávání společnosti (Vágnerová 2007).

Dle Eriksona se člověk v tomto věku nachází v tzv. fázi intimity, kdy je jeho hlavním úkolem vytvořit si spolehlivý a důvěrný vztah, jehož budování je ovlivněno vztahy z dětství. Zároveň je dospělý ve fázi generativity, chce za sebou zanechat nějaké významné výsledky a něco vytvořit (Říčan 2010).

1.4.2 Střední dospělost

Střední dospělost je vymezena 40. – 50. rokem. „*Hlavním úkolem střední dospělosti je dosažení a udržení uspokojivé profesní pozice a stabilizace rodiny, tj. pozitivních vztahů s lidmi v rámci tohoto společenství (s partnerem, dětmi a rodiči)*“ (Vágnerová 2007, s. 178). V tomto období vrcholí odpovědnost jedince nejen za sebe a svoji rodinu, ale má závazky vůči celé společnosti. V souvislosti s tímto věkem se často mluví o době protikladů, krizi středního věku či interindividuální variabilitě.

Znamená to, že na jedné straně je člověk na vrcholu svých sil, na straně druhé ví, že jeho možnosti začínají být limitovány a nadejde okamžik, kdy budou síly ubývat. Mohou se také objevit pocity prázdnoty, nesmyslnosti a neuspokojení vlastních potřeb. U každého jedince to probíhá odlišně a v různou dobu. Proto se také mluví o tzv. subjektivním věku, který často bývá nižší než věk fyzický (Vágnerová 2007).

Člověk často hodnotí své dosavadní úspěchy i neúspěchy, hledá nový smysl života a stanovuje si další cíle. V tomto věku se stále nacházíme ve fázi již zmíněné intimity a generativity, avšak dochází k jejich proměnám. Jestliže si už člověk vytvořil pevný a důvěrný vztah, zaměřuje se více na profesní růst apod. (Říčan 2010).

1.4.3 Starší dospělost

Starší dospělost je vymezena 50. – 60. rokem. V tomto období již člověk počítá se zhoršením fyzické i psychické kondice. Tyto změny však nejsou tak velké, aby jedince výrazně omezovaly v každodenních činnostech. Člověk si již uvědomuje svoji ztíženou a možná i ohrožitelnou sociální pozici, která může souviset např. se ztrátou zaměstnání.

Dochází ke změnám i v oblasti generativity. Jedinec se již více těší z předávání zkušeností další generaci, z role prarodiče a vychovávání vnoučat. „*Významnou složkou identity se stává to, co člověk vytvořil, s tím se nyní ztotožňuje. Stárnoucí člověk si uvědomuje pomíjivost úspěchů a většinou mu tolik nezáleží na uspokojení vlastní ješitnosti jako dřív*“ (Říčan 1989 In Vágnerová 2007, s. 231).

1.4.4 Dospělost osob s mentálním postižením

Ve společnosti se často objevuje přesvědčení, že člověk s mentálním postižením je po psychické stránce dítětem, přestože se již jedná o jedince dospělého. Nelze to

však takto zjednodušovat a zobecňovat. V případě lidí s mentálním postižením se nejedná pouze o změny kvantitativní, nýbrž především kvalitativní. To znamená, že snížený intelekt není jediným kritériem mentální retardace, avšak velmi častá je nerovnoměrnost v postižení jednotlivých stránek osobnosti.

V náročné situaci se nacházejí rodiče již dospělých lidí s mentálním postižením. Jejich potomek již není dítětem, avšak ne všichni jsou schopni samostatně se rozhodovat a jednat v různých oblastech života. Avšak i tací chtějí žít nezávisle na rodičích, dohledu a kontrole. Rodiče těchto lidí se pak potýkají s otázkami, jako je například téma samostatného bydlení, zaměstnání a ekonomického zajištění, hospodaření s penězi, partnerského života, bezpečnosti po fyzické i právní stránce. Za všechny tyto oblasti se stále rodiče cítí být zodpovědnými, což na ně vyvíjí velký tlak.

Specifickým a často kritickým obdobím pro osoby s mentálním postižením může být přechod ze školního prostředí do zaměstnání. *„Neúspěšnost absolventa v pracovním uplatnění znehodnocuje dosažené školní výsledky. Absolvent školy ztratí návyky z období školní docházky a postupně i motivaci. Může nabýt přesvědčení, že péče o něj je povinností státu“* (Černá 2008, s. 180). Následně mohou být přesvědčeni, že nemají možnost uplatnit se na trhu práce, a proto zaměstnání vůbec hledat nezačnou. Tento postoj mohou zaujmout i jejich rodiče. Je však důležité osoby s mentálním postižením vést k tomu, že i práce např. na částečný úvazek je důkazem dospělosti a zvyšuje tak jejich společenský status (Černá 2008).

Touto problematikou se zabývají mnohé neziskové organizace v rámci tzv. tranzitních programů. Jejich úkolem je podpořit jedince s mentálním postižením v období přechodu ze školního prostředí do zaměstnání. Více o nich bude zmíněno v kapitole 2.4 Podpora osob s mentálním postižením v oblasti pracovního uplatnění.

1.5 Osoby s mentálním postižením v právních vztazích

V moderní společnosti existují a stále vznikají nové právní řády, dokumenty, asociace a organizace, které se zabývají právy osob s mentálním postižením. Snaží se postihnout ty oblasti, ve kterých by tito lidé mohli přijít k újmě vzhledem k jejich sníženým rozumovým schopnostem. Je na ně nahlíženo jako na více zranitelné účastníky právních vztahů.

Základní východisko je takové, že „osoby s mentálním postižením jsou plnoprávné, rovnoprávné a způsobilé účastnit se bez omezení společenského života. Na tomto tvrzení nic nemění ani institut omezení svéprávnosti“ (Valenta 2012, s. 62). Práva osob s mentálním postižením jsou vymezena kromě jiného také v Deklaraci práv mentálně postižených osob z roku 1971. Tou se Organizace spojených národů snažila vytvořit normy, které budou zavazovat členské státy k integraci osob s mentálním postižením do společnosti. Deklarace definuje sedm základních práv, které jsou stěžejní pro vztahy s touto cílovou skupinou. Jedinec s mentálním postižením má:

- „stejná práva jako ostatní lidské bytosti;
- právo na zdravotní péči;
- právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň;
- právo žít v kruhu vlastní rodiny;
- právo na kvalifikovaného opatrovníka;
- právo na ochranu před jakýmkoliv vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením;
- právo odvolávat se u vyšších institucí“ (Deklarace práv mentálně postižených osob In Valenta 2012, s. 66).

1.5.1 Omezení svéprávnosti

Pojem svéprávnost prochází velmi často různými obměnami, ať v terminologii nebo v oblasti právní a praktické. Svěprávnost je dnes vymezena především Novým občanským zákoníkem. Ten říká, že „svěprávnost je způsobilost nabyvat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem (právně jednat)“ (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník § 15). Plně svéprávným se člověk stává nabytím 18. roku života.

Otázka svéprávnosti se dnes týká právě dospělých osob s mentálním postižením. Lidé s mentálním postižením tvoří největší skupinu osob, u kterých se způsobilost právně jednat řeší. Velká část jedinců s mentálním postižením je tzv. omezena ve svéprávnosti. Nový občanský zákoník uvádí, že „k omezení svéprávnosti lze přistoupit jen v zájmu člověka, po jeho zhlédnutí a s plným uznáním jeho práv a jeho osobní jedinečnosti. Přitom musí být důkladně vzaty v úvahu rozsah i stupeň neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti“ (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 55).

Omezení svéprávnosti probíhá zásadně před soudem a soud je tedy jediným orgánem, který může do svéprávnosti člověka zasáhnout. Omezení probíhá pouze v takovém rozsahu, ve kterém není člověk pro svůj duševní stav schopen právně jednat a maximálně na dobu tří let. Po třech letech se znovu posoudí, zda stále trvají podmínky, pro které byl jedinec omezen. Je-li však zřejmé, že se ani po třech letech stav člověka nezlepší, může soud tuto dobu prodloužit až na pět let (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 56-65).

Celé soudní řízení o svéprávnosti je zakončeno vydáním rozsudku. V něm je ve výrokové části uvedeno, zda se člověk omezuje ve svéprávnosti a v jakých oblastech. Nejčastěji se jedná o nakládání s nemovitým i movitým majetkem v určité hodnotě a uzavírání smluv různé povahy (pracovněprávní, obchodněprávní, sociálních smluv apod.). Tato v rozsudku uvedená právní jednání za opatrovaného činí opatrovník. Pokud by některý z úkonů osoba učinila sama, bylo by toto jednání absolutně neplatné (Valenta 2012, s. 74).

Jedinci omezenému ve svéprávnosti je soudem ustanoven opatrovník. Ten je určen dle přání a potřeb opatrovance a také dle odpovědnosti a důvěryhodnosti. Často je opatrovníkem rodinný příslušník či osoba blízká. Pokud v úvahu nepřipadá nikdo, kdo by byl vhodným opatrovníkem, může tuto funkci vykonávat obec, ve které má dotyčný trvalé bydliště, či ve které se fyzicky vyskytuje. Mezi povinnosti opatrovníka patří následující:

- udržovat s opatrovaným pravidelné spojení;
- projevovat o něho skutečný zájem;
- dbát o jeho zdravotní stav;
- chránit jeho zájmy;
- vysvětlit vhodným způsobem opatrovanému jednání, ve kterém za něho rozhoduje (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 466).

1.5.2 Člověk s mentálním postižením v rodinně právních vztazích

Nový občanský zákoník říká, že uzavřít manželství nemůže ta osoba, jejíž svéprávnost byla v této oblasti omezena. Pokud došlo k uzavření manželství mezi těmi, kteří byli omezeni v tomto právním jednání, je toto manželství neplatné. Omezení svéprávnosti tedy samo o sobě neznamená, že jedinec nemůže činit úkony v rodinně právních vztazích. Pokud chce osoba, která je omezena ve svéprávnosti uzavřít sňatek a není pro tyto účely omezená, může si soud ověřit, zda jedinec

dostatečně chápe povinnosti, které z institutu manželství vyplývají (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 672-680).

Obdobně tomu je u rodičovství lidí s mentálním postižením. Pokud je člověk omezen ve svéprávnosti, soud se zabývá i otázkou rodičovství a určí, zda je jedinec schopen řádně plnit povinnosti, které s sebou rodičovství přináší. *„Rodičovská odpovědnost zahrnuje povinnosti a práva rodičů, která spočívají v péči o dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový a rozumový a mravní vývoj, v ochraně dítěte, v udržování osobního styku s dítětem, v zajišťování jeho výchovy a vzdělání, zastupování a spravování jeho jmění. Trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti může změnit jen soud“* (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 858). Opět tedy neznámá, že pokud je zasaženo do svéprávnosti jedince, automaticky nemá právo plnit své rodičovské povinnosti. Obojí je tedy posuzováno zcela individuálně u každého jedince zvlášť (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 865).

1.5.3 Člověk s mentálním postižením v trestněprávních vztazích

Trestní zákoník nahlíží na jedince s mentálním postižením dvěma základními hledisky. Jedním je osoba s mentální retardací, která se dopouští protiprávního jednání a druhým je osoba s mentální retardací jako oběť trestného činu jiné osoby (Valenta 2012).

Mentální retardace je dle trestního zákoníku považována za duševní poruchu, stejně jako hluboká porucha vědomí, těžká asociální porucha osobnosti nebo sexuální odchylka. V souvislosti s duševní poruchou trestní zákoník mluví o tzv. nepřičetnosti nebo zmenšené přičetnosti. A to tak, že *„kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný či pokud měl podstatně sníženou schopnost rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, je zmenšeně přičetný“* (Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, § 26 a 27).

V tomto případě může soud od potrestání upustit a místo toho uložit ochranné léčení, které může pachatele napravit a také zajistit ochranu společnosti. Soud může také uložit ochranné léčení a zároveň zabezpečovací detenci, jestliže pachatel není pro nepřičetnost trestně odpovědný, avšak jeho čin je zvláště nebezpečný. Podrobné informace jsou uvedené v trestním zákoníku.

V druhém případě se jedná o osobu s mentální retardací jako o oběť trestného činu. Trestní zákoník na tyto situace nahlíží jako na tzv. trestné činy proti lidské důstojnosti a jsou posuzovány obdobně jako činy páchané na dětech a ostatních lidech, kteří by měli být společností pro svoji bezbrannost více chráněni (Valenta 2012).

Na lidech s mentální retardací jsou z tohoto hlediska nejčastěji páchany trestné činy, jako je například znásilnění, pohlavní zneužití, sexuální nátlak, opuštění či týrání svěřené osoby, únos ale také lichva. Právě v dnešní době přibývá případů, kdy jsou osoby s mentální retardací zneužívány pro různá majetková či finanční jednání, která však nejsou schopna vzhledem ke svým rozumovým schopnostem posoudit (Valenta 2012).

1.5.4 Člověk s mentální retardací a zdravotní péče

Je samozřejmostí, že i v oblasti zdravotnických služeb mají osoby s mentální retardací stejná práva i povinnosti jako všichni ostatní. Právní náležitosti vztahující se k této problematice jsou vymezeny v Zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Každý pacient nebo jeho zákonný zástupce či opatrovník musí poskytnout souhlas s hospitalizací nebo s lékařskými zákroky, které vyžadují písemný souhlas. To je úzce spjato se svéprávností, jelikož se jedná o právní jednání. Pokud je potřeba podepsat tyto tzv. informované souhlasy či souhlasy s hospitalizací delší než 24 hodin a osoba s mentálním postižením není schopna posoudit závažnost tohoto jednání, učiní to za něho jeho opatrovník. Pokud se však jedná o zdravotnické úkony, které jsou nezbytné pro zachování zdraví pacienta, zdravotnické zařízení je povinné vykonat je bez předchozího souhlasu opatrovníka (Valenta 2012).

2 Systém péče o osoby s mentálním postižením

Osoby s mentálním postižením tvoří nejpočetnější skupinu osob se zdravotním postižením. Nejedná se však o skupinu homogenní, která by vyžadovala stejný přístup práce. Systém péče o dospělé lidi s mentálním postižením se odvíjí především od stupně postižení, jelikož snížení rozumových schopností zapříčiní různou míru obtíží v praktickém životě. Důležitým hlediskem také je, zda jedinec žije v rodinném prostředí nebo v některém ústavním zařízení (Votava 2003).

Systém péče o lidi s mentálním postižením by měl být komplexní a jeho složky by měly být vzájemně provázané. Kalvach (2011) říká, že často tomu tak není a například medicínský přístup se zaměřuje zpravidla na určení diagnózy a méně již na funkční schopnosti pacientů a jejich potřeby a v celém systému jsou rezortní i profesní bariéry. *„To ztěžuje koordinaci, kontinuitu, účinnost, bezpečnost i účelnost péče i vynakládaných prostředků. Dochází k příliš mnoha nedorozuměním, nečekaným překvapením, podceněním i přeceněním schopností klienta, nepochopením jeho přání a skutečných potřeb“* (Kalvach 2011, s. 97).

Systém péče neboli systém ucelené rehabilitace zahrnuje několik složek, které jsou nezbytné pro komplexní práci s lidmi se zdravotním postižením. I dospělí lidé s mentálním postižením vyžadují péči léčebnou, pedagogickou, sociální a pracovní (Votava 2003). V mnoha zemích je ucelená rehabilitace vymezena samostatným zákonem, kterým je řízena. V naší zemi tomu tak zatím není. *„Neomezuje se jen na diagnostické a léčebné metody, nýbrž usiluje také o omezení psychických, behaviorálních a sociálních změn souvisejících s důsledky úrazů, vad či onemocnění. Rehabilitace tak překračuje hranice medicíny do oblastí sociálních, pedagogických a pracovních“* (Kolář In Kalvach 2011, s. 201).

2.1 Vzdělávání dospělých osob s mentálním postižením

Vzdělávání se netýká pouze dětí a mladistvých, ale má svou nenahraditelnou funkci také u osob dospělých. Stejně jako se vzdělává velké množství dospělých lidí bez zdravotního postižení, tak také jedinci s mentálním postižením mají různé možnosti pro rozvoj svých vědomostí a dovedností.

2.1.1 Základní vzdělávání

Se vzděláváním dospělých osob s mentálním postižením stále souvisí základní vzdělávání. Školský zákon umožňuje žákům za určitých podmínek prodloužit dobu vzdělávání až přes hranici osmnácti let. Konkrétně to vymezuje § 55 v odstavci 2 a 3. Je zde uvedeno, že studentům „s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem“ může být ředitelem školy povoleno prodloužení studia v základním vzdělávání až do jejich dvacátého roku věku. Pokud se jedná o žáka zařazeného do programu základní školy speciální, může být jeho studium prodlouženo až do jeho 26 let. V tomto případě se také může jednat o přípravu na výkon povolání nebo pracovní činnosti jedince s mentálním postižením, a tudíž škola opět spolupracuje s Úřadem práce (Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon).

Odstavec 3 dále uvádí možnost doplnění základního vzdělání prostřednictvím tzv. kurzů pro získání základního vzdělání. Ty jsou často provozovány v rámci základních nebo středních škol, a to ve spolupráci s krajským úřadem a zřizovatelem školy. Výuka je klasicky vedena podle rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání a probíhá v dálkové formě studia.

Absolvováním základního stupně vzdělání v základní škole nebo v kurzech pro získání základního vzdělání jedinec získá základní vzdělání. Ukončením vzdělání v základní škole speciální poté získá základy vzdělání (Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon).

2.1.2 Střední vzdělávání

Pro absolventy základních škol či základních škol speciálních existují další programy středního stupně vzdělávání. Je to forma vzdělávání, která připravuje jedince s mentálním postižením na následující profesní uplatnění. Jedná se o odborná učiliště a praktické školy jednoleté a dvouleté (Pipeková 2006).

Odborná učiliště

Odborná učiliště jsou nejčastěji vybírána absolventy základních škol praktických a studují se na dva nebo tři roky. Učiliště připravují studenty na výkon manuálních činností a jejich absolventi získají výuční list z daného oboru. Učiliště nabízejí široké

spektrum oborů, které připraví jedince na budoucí profesní uplatnění (Pipeková 2006).

Odborné učiliště může poskytnout jednoleté vzdělávání těm studentům, kteří jsou schopni samostatné práce, ale jejichž činnost musí být více řízena druhými osobami. Takové vzdělání není zakončené získáním výučního listu, avšak pouze vydáním vysvědčení (Švarcová 2003).

„Jsou známy příklady absolventů základní školy praktické, kteří získali výuční list v atraktivním oboru, ve své práci získali značnou míru odbornosti a velmi dobře se uplatnili. Pokud se jim podaří překonat problémy spojené s administrativní částí podnikání, bývají velmi úspěšní“ (Švarcová, 2003, s. 85).

Praktická škola dvouletá

Pro jedince s lehkým či středně těžkým mentálním postižením existují praktické školy dvouleté. Ty umožňují získat střední vzdělání těm, kteří nemohou získat vzdělání na jiném typu střední školy. Jsou určeny pro absolventy základních škol praktických či speciálních nebo těm, kteří ukončili povinnou školní docházku v nižším než 9. ročníku. Cílem tohoto programu je rozšířit a doplnit všeobecné vzdělání a vybavit jedince základy odborného vzdělání v oborech, které mu umožní profesní uplatnění (Pipeková, 2006).

Vzdělání se ukončuje absolvováním závěrečné zkoušky, po které student získá vysvědčení o závěrečné zkoušce. Zkouška se skládá z ústní teoretické a praktické zkoušky z odborných předmětů. Úspěšným složením této zkoušky jedinec získá střední vzdělání. Absolventi praktické školy dvouleté jsou připravováni pro jednoduché pracovní činnosti v oblasti služeb a výroby (*např. v sociálních a komunálních službách, ve zdravotnictví, ve výrobních podnicích, v zemědělství*)“ (Rámcový vzdělávací program pro Praktickou školu dvouletou).

Praktická škola jednoletá

Praktické školy jednoleté jsou určeny pro jedince se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, souběžným postižením více vadami a autismem, kteří absolvovali program základní školy speciální. Tento typ školy slouží především k rozšíření a upevnění teoretických i praktických dovedností, které posílí samostatnost a nezávislost jedinců s mentálním postižením. Je zaměřen na osvojení manuálních dovedností, které budou využitelné v každodenních činnostech praktického života.

„Cílem vzdělávání v praktické škole jednoleté je především zvýšení kvality života absolventů, kterým se v rámci jejich individuálních schopností nabízí možnost uplatnit se přiměřeným výkonem na chráněných pracovních místech a při pomocných pracích v různých profesních oblastech“ (Rámcový vzdělávací program pro Praktickou školu jednoletou).

Jelikož se u jedinců s mentálním postižením často vyskytují další zdravotní omezení, je studium na praktické škole podmíněno vyjádřením odborného lékaře. Ten posoudí, zda je člověk schopen plnit požadavky zvoleného oboru.

Vzdělávání je opět zakončeno závěrečnou zkouškou, která se také skládá z ústní teoretické zkoušky a z praktické zkoušky z odborných předmětů. Po jejím úspěšném složení student získá vysvědčení o závěrečné zkoušce, které potvrzuje ukončení středního vzdělání (Rámcový vzdělávací program pro Praktickou školu jednoletou).

2.1.3 Večerní školy

Večerní školy představují formu celoživotního vzdělávání. Jsou určeny pro osoby s mentálním postižením, které absolvovaly základní školu praktickou či speciální ale také pro ty, které byly ještě z dřívějších dob osvobozeny od povinné školní docházky. Večerní školy jsou často zřizovány domovy pro osoby se zdravotním postižením nebo různými stacionáři, jejichž klienty jsou právě dospělé osoby s mentálním postižením. Dalším zřizovatelem mohou být různé neziskové organizace. Výuka probíhá přibližně dvakrát týdně po dvou až třech hodinách.

Tyto školy se neřídí žádnými vzdělávacími programy, nýbrž se zaměřují na rozvoj komunikačních dovedností, čtení, psaní, počítání či práce na počítačích. Své místo zde mají jistě i umělecké činnosti, pohybové aktivity a také výuka cizích jazyků. *„Večerní školy jsou velice důležité pro další rozvoj dospělých jedinců s mentální retardací, přispívají k prohlubování sociálních kontaktů a napomáhají vhodnému trávení volného času těchto osob“* (Pipeková 2006, s. 283).

2.1.4 Aktivační centra

Aktivační centrum je školské účelové zařízení, které představuje další formu celoživotního vzdělávání osob s mentálním postižením. Je zřizováno při základních školách praktických či speciálních, jelikož tak může využít bezbariérovost

a vybavenost těchto speciálních škol. Je určeno pro ty, kteří absolvovali základní školu speciální popřípadě také praktickou školu.

Výuka se koná zpravidla v odpoledních a podvečerních hodinách a dochází na ni k rozvíjení a upevňování vědomostí, dovedností a návyků ze školního vyučování. Zájemci si mohou vybrat z nabídky kurzů, které nejvíce odpovídají jejich aktuálním potřebám a možnostem. Kurzy bývají zaměřeny na praktické činnosti, jako je například příprava pokrmů, lidová řemesla, výtvarné a umělecké činnosti, technické práce apod. Každý z nich je nabízen ve dvou úrovních – základní a rozšiřující.

Cílem aktivačních center je také nabídnout dospělým osobám s těžším postižením smysluplné trávení volného času, jelikož jejich zařazení na trh práce bývá velmi problematické. Nabídka celoživotního vzdělávání se tak stává jednou z dalších možností, jak pozitivně ovlivnit kvalitu života lidí s mentálním postižením (Teplá, Došková 2014).

2.1.5 Sebeobhajování

Za jednu z možností vzdělávání dospělých osob s mentálním postižením se považuje tzv. sebeobhajování. To je označováno jako „proces, při kterém se člověk učí individuálně nebo v kolektivu vyjadřovat vlastní postoje, přání, názory, hovořit sám za sebe i za skupinu“ (Kozáková 2005, s. 310). Cílem sebeobhajování je vybavit jedince s mentálním postižením takovými vědomostmi a dovednostmi, díky kterým dokážou hájit svá práva a bránit svou důstojnost. Zároveň se ale naučí rozumět svým povinnostem a přijímat odpovědnost za své jednání (<http://www.spmpcr.cz/pro-lidi-s-postizenim/sebeobhajci/>).

První myšlenka sebeobhajování sahá do 70. let minulého století a své kořeny má v Kanadě. Odtud se rozšířila do Velké Británie a posléze po Evropě a USA. V České republice se hnutí sebeobhájců objevuje v 90. letech 20. století. Dnes existuje hnutí sdružující sebeobhájce z různých evropských zemí s názvem Evropská platforma sebeobhájců – EPSA (The European Platform of Self-Advocates). EPSA funguje od roku 2000 a mezi její hlavní činnosti patří pomáhat a podporovat lidi s mentálním postižením v samostatném rozhodování a zároveň seznamovat majoritní společnost se schopnostmi lidí s mentálním postižením. Učí je, jak mohou mluvit sami za sebe a jak se orientovat v záležitostech běžných dní (http://www.inclusion-europe.eu/?page_id=85).

2.2 Osoba s mentálním postižením v systému sociální péče

Dospělé osoby s mentálním postižením velmi často využívají některé ze sociálních služeb. Patří mezi jednu z nejpočetnějších skupin, pro které jsou sociální služby určeny. Pro tyto účely jsou tito jedinci označováni jako uživatelé nebo klienti sociálních služeb. Všechny tyto služby jsou vymezeny Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Sociálním službám je konkrétně věnována třetí část tohoto zákona. Zákon rozděluje sociální služby dle jejich charakteru do třech oblastí. Je to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dle místa, ve kterém je služba poskytována, se služby rozlišují na pobytové, ambulantní a terénní (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 32 a § 33).

Dospělí lidé s mentálním postižením nejvíce využívají tato zařízení sociálních služeb:

- centra denních služeb;
- denní stacionáře;
- týdenní stacionáře;
- domovy pro osoby se zdravotním postižením;
- domovy se zvláštním režimem;
- chráněné bydlení;
- sociálně terapeutické dílny (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 34).

V nich jim jsou za úhradu poskytovány služby, jako je například osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služba, sociálně aktivizační služba, sociální rehabilitace apod.

2.2.1 Centrum denních služeb

Centra denních služeb jsou určena pro osoby, které z důvodu snížené soběstačnosti způsobené věkem, chronickým nebo zdravotním postižením, vyžadují pomoc druhé osoby. Pomoc je poskytována v oblastech, jako je např. osobní hygiena, stravování, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti apod. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 45).

2.2.2 Denní a týdenní stacionáře

Denní stacionáře mají podobnou úlohu jako centra denních služeb. Dnešní stacionáře (dříve ústavy) jsou určeny nejen pro dospělé, ale také pro děti a mládež. „*V péči o dospělé tato zařízení supluje činnost chráněných pracovišť, kam by dospělí lidé s mentálním postižením měli docházet, kde je však trvalý nedostatek volných míst zejména pro klienty se závažným postižením*“ (Švarcová 2003, s. 142). Stacionáře jsou jednou z mála možností, které mohou rodičům již dospělých osob s mentálním postižením odlehčit v péči alespoň na část dne nebo několik dní v týdnu (Dlouhá 2013).

2.2.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Tyto domovy poskytují pobytové služby dětem i dospělým a kromě ubytování zabezpečují stravování, pomoc při každodenních činnostech a hygieně. Mají nabídku výchovných, vzdělávacích, aktivizačních a sociálně terapeutických činností apod. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 48).

Často se pro tato zařízení rozhodují rodiče již dospělých osob s mentální retardací, kteří již ve svém vyšším věku nemají dostatek sil na kvalitní péči o své děti (Švarcová In Dlouhá 2013).

2.2.4 Domov se zvláštním režimem

Podobným typem pobytové služby jako domov pro osoby se zdravotním postižením je domov se zvláštním režimem. Jak již vyplývá z názvu této služby, je poskytován lidem, kteří potřebují specifickou péči a podporu. Jsou to často lidé s duševním onemocněním, závislostí na návykových látkách ale také lidé s různými typy demencí. Uživateli také bývají právě lidé s mentálním postižením v kombinaci s poruchami chování (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 50).

2.2.5 Chráněné bydlení

Další pobytovou službou pro osoby s mentálním postižením je chráněné bydlení. Je individuální nebo skupinové. Jedinec nebo skupina lidí s mentálním postižením zde žije více samostatně a s menší podporou nežli v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Pomoc a podpora je jim poskytována dle potřeb sociálními pracovníky, pracovníky v sociálních službách, osobními asistenty apod. Mezi zajišťované služby se nejčastěji řadí poskytnutí stravy, pomoc v péči o domácnost, různé výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů apod. (Černá 2008).

2.2.6 Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutická dílna je ambulantní služba, kterou navštěvují osoby se zdravotním postižením, kvůli kterému mají snížený přístup na otevřený i chráněný trh práce. Cílem docházky do těchto dílen je zdokonalit pracovní dovednosti a návyky, které jsou potřebné pro pracovní uplatnění (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 67).

2.2.7 Podpora samostatného bydlení

Podpora samostatného bydlení je terénní sociální služba, která poskytuje osobám se zdravotním postižením nižší péči a podporu, než je tomu v předešlých typech pobytových služeb. Uživatel této služby také využívá její pomoci při chodu domácnosti, při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, při uplatňování a hájení práv apod., avšak v již nižší míře. Často žije v nájemním bytě a hradí si tuto podporu podle poskytované doby (http://www.rytmusbenesov.cz/?page_id=1839).

2.2.8 Sociálně aktivizační služby

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., v aktuálním znění, vymezují tyto služby, které jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Mohou být poskytovány ambulantně nebo jako služby terénní a jejich cílem je zabránit sociálnímu vyloučení těchto osob a co nejvíce je zapojit do fungování společnosti. Různé organizace, které sociálně aktivizační služby provozují, se zaměřují na terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu s okolím a pomáhají chránit práva a zájmy svých uživatelů (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 66).

2.2.9 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je službou sociální prevence zahrnující takové činnosti, které vedou k dosažení větší samostatnosti a nezávislosti osob. Aktivity sociální rehabilitace jsou spojené s rozvojem dovedností a návyků uplatnitelných během každodenního života. Paří sem např. nácvik dovedností pro péči o vlastní osobu, různé výchovné a vzdělávací činnosti, schopnosti nutné pro obstarávání vlastních záležitostí apod. Je poskytována formou terénních nebo ambulantních služeb nebo také v rámci služeb pobytových (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 70).

2.2.10 Příspěvek na péči

Zákon o sociálních službách zahrnuje charakteristiku a podmínky přiznání tzv. příspěvku na péči. Je to jeden z nejdůležitějších finančních prostředků, které umožňují osobám se zdravotním postižením zajistit si potřebnou péči. Poskytuje se osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. „*Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnutí základních životních potřeb osob. Náklady jsou hrazeny ze státního rozpočtu*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 7).

Jak vyplývá z jeho názvu, jedná se pouze o příspěvek a nepokrývá tedy plně náklady spojené s poskytovanou péčí. Dále je nutné zmínit, že se nejedná o odměnu těm, kteří pečují, nýbrž náleží osobě s postižením, které umožní si potřebnou péči zajistit. Pomoc může být zajišťována rodinnými příslušníky, jinými fyzickými osobami nebo poskytovateli sociálních služeb. Poskytovatel pomoci musí také svou činnost písemně doložit dalším standardizovaným formulářem, který se přiloží k hlavní žádosti o příspěvek na péči (Čámský 2011).

O příspěvek se žádá na místně příslušné krajské pobočce Úřadu práce, která je nyní orgánem, který zajišťuje dávky pro osoby se zdravotním postižením. Je nutné vyplnit standardizovaný formulář, který je k dostání na pobočkách Úřadu práce nebo již také v elektronické podobě na webových stránkách. Žádost je poté předána posudkovému lékaři, který posoudí zdravotní stav žadatele. Následně je sociálními pracovníky Úřadu práce vykonáno sociální šetření, které určí míru závislosti na pomoci druhé fyzické osoby v deseti životních potřebách. Hodnotí se tyto oblasti životních potřeb:

- mobilita;
- orientace;

- komunikace;
- stravování;
- oblékání a obouvání;
- tělesná hygiena;
- výkon fyziologické potřeby;
- péče o zdraví;
- osobní aktivity;
- péče o domácnost.

Na základě těchto posouzení je osobě přiznán jeden ze čtyř stupňů příspěvku na péči. U osob do osmnácti let věku je výše příspěvku jiná než u osob dospělých. Pro osoby starší osmnácti let se jedná aktuálně o tuto výši dle jednotlivých stupňů:

- I. stupeň (lehká závislost) – 880 Kč;
- II. stupeň (středně těžká závislost) – 4 400 Kč;
- III. stupeň (těžká závislost) – 8 800 Kč;
- IV. stupeň (úplná závislost) – 13 200 Kč

(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 7 - 28).

2.3 Zdravotní péče o osoby s mentálním postižením

Člověk s mentálním postižením potřebuje stejnou a mnohdy větší zdravotní péči než lidé bez postižení. Kromě snížených rozumových schopností se často potýkají s onemocněními, jako je epilepsie či diabetes. To jsou nejčastější přidružené choroby, které ovlivňují jejich celkový zdravotní stav. Využívají péči stejných praktických i odborných lékařů. Pokud se jedná o lidi žijící v pobytových sociálních službách, zpravidla k nim praktický lékař pravidelně dochází. Většina ústavních zařízení má praktického lékaře, který je společný pro větší množství uživatelů.

Kromě běžných zdravotních úkonů se dospělých lidí s mentálním postižením týká posouzení jejich celkového zdravotního stavu pro účely přiznání invalidity a různých dávek z Úřadu práce ČR. Nejčastěji se jedná o invalidní důchod, příspěvek na péči, průkaz pro osoby se zdravotním postižením a příspěvek na zvláštní pomůcku. Pro přiznání výše uvedených je nezbytná spolupráce s praktickými i odbornými lékaři, jelikož na základě jejich zpráv a doporučení může osoba s mentálním postižením tyto výhody získat (Kalvach 2011).

2.3.1 Psychiatrická péče

Dospělí lidé s mentálním postižením jsou početnou skupinou, která využívá pomoc psychiatrů. Zvláště se jedná o uživatele pobytových sociálních služeb. Právě ti často užívají psychiatrickou medikaci a bývají pacienti psychiatrických ambulancí po celý svůj život. Nejhojněji užívanou medikací jsou neuroleptika, která mají široký rozsah účinků a bývají univerzálními blokátory změn centrální nervové soustavy. Hlavním cílem medikace psychofarmaky u lidí s mentálním postižením je zlepšit jejich psychické zdraví a jejich sociální fungování v kolektivu. Je však důležité podotknout, že mentální retardace sama o sobě není důvodem k užívání psychofarmak, ale až tehdy, vyskytuje-li se u člověka i jiná diagnóza, jako je porucha chování nebo jiné psychotické onemocnění.

Mezi nejčastější důvody užívání psychiatrických léků je problémové chování, které bývá překážkou pro výchovné, vzdělávací a jiné aktivizační činnosti a také pro soužití s ostatními uživateli služeb. Pokud se podaří člověka prostřednictvím léků stabilizovat, zvyšují se možnosti pro jeho osobní rozvoj. Kromě problémového chování vedou k užívání psychofarmak deprese, úzkosti a psychosomatické problémy, kterými lidé s mentálním postižením také trpí.

Medikace se někdy může stát nástrojem omezení, avšak pouze tehdy, pokud jedinec svým chováním ohrožuje svůj život či zdraví někoho ve svém okolí. Jedná-li se například o stavy akutního neklidu, agresivity či sebepoškozování a jiné výchovné metody nejsou v tu chvíli efektivní.

„Účelná farmakoterapie pacientů s mentální retardací by měla být výsledkem komplexního lékařského vyšetření (interního, neurologického a psychiatrického, resp. psychologického) a pečlivé diagnostické rozvahy“ (Stuchlík, Petišková 2007, s. 6). Každý člověk reaguje na farmaka jiným způsobem a reakce mohou být zvláště u lidí s mentálním postižením odlišné a nepředvídatelné.

Psychiatrická péče o lidi s mentálním postižením může mít několik podob. Jestliže se jedná o člověka, který bydlí se svoji rodinou či sám, bude zřejmě docházet do ambulancí ke svému psychiatrovi na pravidelné prohlídky a konzultace. Pokud jde o jedince žijícího v pobytové sociální službě, záleží na její lokalitě a na dostupnosti psychiatrické péče. Někteří mohou být schopni sami docházet za svým psychiatrem a za ostatními zpravidla lékař dochází přímo do zařízení. Pokud dojde k razantnímu zhoršení psychického stavu nebo se nedaří v rámci ambulantní

péče stabilizovat psychiku jedince s mentálním postižením, může dojít k hospitalizaci v psychiatrických nemocnicích (Stuchlík, Petišková 2007).

2.3.2 Domácí zdravotní péče

„Domácí péče je nelékařská zdravotní péče, převážně ošetrovatelská a rehabilitační, poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře či při propouštění z nemocnice, ošetřujícího lékaře příslušného oddělení“ (Misconiová In Kalvach 2011, s. 183). Domácí péče je také jindy označována anglickým výrazem home care, který se však u nás již také rozšířil. Tuto péči poskytují agentury domácí péče, které spadají do rezortu Ministerstva zdravotnictví ČR.

Tato péče je poskytována lidem, kteří potřebují pomoc druhé osoby, avšak není již nutná hospitalizace. Cílem jejich služeb je poskytnout osobám se zdravotním postižením či dlouhodobě nemocným léčbu, péči a podporu a zároveň snížit péči ústavní, zdravotní a sociální. V naší republice se nejedná o čistě zdravotní péči, nýbrž společně s ní je poskytována také složka sociální, která je podobná pečovatelským službám.

Domácí péče je indikována ošetřujícím lékařem a po jeho předepsání je člověk navštíven již pracovníkem konkrétní agentury či organizace. Ten provede vstupní pohovor, vyšetření a zhodnotí sociální prostředí, ve kterém dotyčný žije. Poté jeho, pečující osobu, opatrovníka či jiného blízkého člověka seznámí s rozsahem výkonu a frekvencí domácí péče a domluví se na harmonogramu. Pokud je to přínosné, mohou se domluvit na úpravě prostředí, například pro využívání různých kompenzačních a jiných pomůcek.

Domácí péče je částečně hrazena ze zdravotního pojištění, avšak mohou být poskytovány takové úkony, na které se zdravotní pojištění nevztahuje. V těchto případech si jedinec musí hradit péči sám. Sám si ji hradí také v tom případě, zda není zdravotně pojištěn (Misconiová In Kalvach 2011).

2.3.3 Ergoterapie

Stále častěji se jedinci s mentálním postižením věnují tzv. ergoterapii. V naší republice existuje Česká asociace ergoterapeutů, která sdružuje ergoterapeuty a další osoby z tohoto oboru. Asociace definuje ergoterapii jako „*profesi, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání*

schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním)“ (Česká asociace ergoterapeutů 2007, s. 3). Zaměstnáváním se zde myslí veškeré aktivity, které jsou součástí každodenního a praktického života. Hlavním cílem ergoterapie je zachování maximální soběstačnosti jedince s postižením jak v oblasti pracovní tak volnočasové a tím zajistit dostatečnou kvalitu jeho života.

Ergoterapie je prováděna zásadně odborníkem, který má odpovídající vzdělání dle Zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Konkrétní informace o odborné způsobilosti k výkonu ergoterapie je uvedena v § 7 tohoto zákona.

Jedinci s mentálním postižením se mohou s ergoterapií setkat ve zdravotnických zařízeních, v rehabilitačních centrech, v zařízeních sociálních služeb jako jsou stacionáře či různé typy domovů, ale také ve školských zařízeních či v rámci přípravy na zaměstnávání (Česká asociace ergoterapeutů 2007).

2.3.4 Bazální stimulace

U lidí s těžkou či hlubokou mentální retardací se využívá koncept bazální stimulace jako prostředek pro komunikaci a stimulování celého těla včetně psychické stránky. Bazální stimulace vychází z tvrzení, že pro rozvoj, udržení a obnovu pohybových, kognitivních a komunikačních schopností člověka je nutné stimulovat vnímání svého těla. *„Jedinečnost konceptu tkví ve strukturaci, která umožňuje, aby s ním mohli pracovat u jednoho klienta různí profesionálové (ošetřovatelský personál, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovník, logoped, speciální pedagog) za participace jeho rodiny a s maximálním využitím jeho autobiografických prvků, životních zvyků, návyků a rituálů“* (Friedlová In Kalvach 2011, s. 248).

Její hlavním cílem je podpořit a zlepšit základní životní aktivity jedince, kterými je např. dýchání, přijímání potravy, výkon fyziologických potřeb apod. Dalším úkolem je poté zlepšení pohybových schopností, komunikačních dovedností či sebeobslužných návyků (Friedlová In Kalvach 2011).

2.3.5 Klinická logopedie

Lidé s mentálním postižením jsou jednou ze skupin, která využívá činností klinických logopedů. Snížení rozumových schopností se v řeči vždy projeví, ať již

po formální nebo obsahové stránce, avšak závisí to na stupni mentálního postižení. Klinická logopedie je v resortu zdravotnictví od roku 1992 samostatným oborem, a to pro svoji úzkou spolupráci s lékařem. Opět je zde nezbytné, aby se tato lékařská péče propojovala s činnostmi speciálních pedagogů, sociálních pracovníků a dalších odborníků a dalo se mluvit o efektivní ucelené rehabilitaci (Škodová 2003).

2.4 Podpora osob s mentálním postižením v oblasti pracovního uplatnění

Pracovní uplatnění je pro osoby s mentálním postižením stejně důležité jako pro osoby bez postižení. Není to jen prostředek pro zlepšení ekonomické situace, zvýšení životního standardu a sociálního statusu, ale také jedna ze základních potřeb člověka, a to seberealizace. „*Práce je charakteristickým atributem dospělosti a samostatnosti každého člověka, bez ohledu na to, jestli se jedná o člověka zdravého nebo zdravotně postiženého*“ (Pipeková 2006, s. 293).

Také společnost dobře reaguje na osoby s postižením, které se dokážou zařadit na trh práce. Rozvíjejí se tak jejich vzájemné interakce. Zaměstnaný člověk je mimo to také méně závislý na finanční pomoci státu, a to vše napomáhá k jeho větší samostatnosti a nezávislosti (Pipeková 2006).

2.4.1 Právo osob s mentálním postižením na práci

Práva lidí s mentálním postižením jsou stejná jako práva lidí ostatních. To je deklarováno v Listině základních práv a svobod České republiky a také v Deklaraci lidských práv. V Listině základních práv a svobod v článku 26 je vymezeno tzv. právo na práci. To říká, že: „*každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu*“ a těm, kteří nemají dostatečné prostředky pro zajištění svých potřeb, pomůže stát (Listina základních práv a svobod, článek 26).

Důležitým dokumentem v této oblasti je Evropská sociální charta z roku 1961. Dlouho byla jedinou smlouvou, která mluvila o právech mentálně postižených osob a zdůrazňovala potřebu vytváření speciálních zařízení pro tuto cílovou skupinu. Smluvní strany se zde zavazují udělat vše pro zajištění odborné přípravy na povolání a rehabilitace osob nejen s mentálním postižením. V souvislosti s tím „*přijmout adekvátní opatření pro zajištění vzdělávacích zařízení a přijmout adekvátní opatření pro zaměstnávání postižených osob*“ (Lachwitz In Švarcová 2003, s. 15).

Zařazení člověka s mentálním postižením do pracovního procesu vyžaduje systematickou a pečlivou přípravu. Přejít ze školního prostředí do oblasti pracovní

není jednoduché a jednou z možností, jak toto náročné období zvládnout, je využití tzv. tranzitních programů.

2.4.2 Tranzitní program

Tranzitní program je služba, která je určena jedincům se speciálními potřebami, kteří potřebují pomoc s přechodem ze školního prostředí do zaměstnání. Je tedy určena absolventům škol, kteří potřebují podporu a pomoc při výběru budoucího zaměstnání a zařazení na trh práce.

V České republice začínají tyto programy vznikat v 90. letech minulého století a jsou převážně nabízeny neziskovými organizacemi. Jednou z prvních takových organizací bylo občanské sdružení Rytmus, o. s., které je nyní obecně prospěšnou společností (<http://www.rytmus.org/stranka/o-nas>).

Tranzitní program je založen na individuální spolupráci jedince se svým poradcem. Nejprve se koná několik pravidelných schůzek, kde se člověk s mentálním postižením se svým poradcem domluví, o jakou práci by měl zájem. Výběr povolání se odvíjí od získaného vzdělání, vědomostí, dovedností, psychických i fyzických předpokladů každého jedince. Poté mohou proběhnout i návštěvy různých prací a okrajové nahlédnutí do praxe. Na základě toho je pak vybrána práce, kterou si osoba s mentálním postižením vyzkouší.

Pro tuto práci je každému přidělen tzv. pracovní asistent, který daného člověka provází celým procesem. Spolupráce je tedy ryze individuální a přizpůsobena potřebám každého jedince. Je zahájena pravidelná praxe, kde se dotyční seznámí s požadavky vybrané práce, seznámí se s kolektivem a pomalu začnou sami práci vykonávat. Mohou samozřejmě vystřídat více praxí, a tak poznat, zda je pro ně dané povolání vhodné či nikoliv (<http://www.rytmus.org/stranka/tranzitni-program-studenti>).

Kromě budoucí přípravy na práci s sebou tranzitní program přináší nácvik sociálních a pracovních dovedností, vytvoření nových přátel a navázání nových vztahů, zvýšení pocitu samostatnosti a zodpovědnosti, pomoc rodině v péči a řešení praktických otázek (http://www.rytmus.org/pro_rodice).

2.4.3 Diagnostika v tranzitním období

Ke zvýšení uplatnitelnosti jedince na trhu práce je nezbytná praktická příprava během studia. O to více to platí u osob s mentálním postižením. U nich se často objevují nereálné představy a hodnocení svých vlastních schopností a předpokladů. K tomuto objektivnímu posouzení a následné volbě profesního zaměření slouží tzv. diagnostika v tranzitním období neboli v období přechodu mezi studiem a zaměstnáním.

Celá diagnostika respektuje přání klienta ale také specifika mentálního postižení. Mezi otázky, na které se jedinec společně s odborníkem zaměřují, například patří:

- co by chtěl jedinec dělat;
- o jaký druh práce se jedná;
- zda se jedná o placené zaměstnání;
- jaké dovednosti jsou potřeba;
- zda jedinec ovládá tyto dovednosti;
- jaká jsou jeho omezení.

Odpovědi na tyto a další otázky mohou být shrnuty do portfolií, které se využijí pro plánování dalšího vzdělávání a práce s lidmi s mentálním postižením. Nemusejí je využívat pouze učitelé, ale také poskytovatelé sociálních služeb a potenciální zaměstnavatelé těchto osob. Výstupem diagnostiky by mělo být vytvoření individuálního plánu, na kterém se bude podílet jednak daná osoba s diagnostickým pracovníkem ale také rodiče (Černá 2008).

2.4.4 Diagnostika pro volbu povolání

Po diagnostice v tranzitním období následuje diagnostika pro volbu povolání. Jejím cílem je doporučit jedinci s mentálním postižením vhodné pracovní zaměření. Součástí této diagnostiky je psychologické vyšetření, které je zaměřeno na posouzení inteligence, dílčích schopností a dovedností, zájmů a povahových vlastností osobnosti. „*Důležitá je zde nejenom charakteristika celkové úrovně rozumových schopností daného jedince, ale i charakteristika struktury dílčích schopností, předností a individuálně charakteristických nedostatků a hlavně míra využitelnosti těchto schopností, které nemusí být u lidí s mentálním postižením zcela standardní*“ (Vágnerová In Černá 2008, s. 177).

Velkou roli na volbu profese má úroveň motoriky, komunikace a sociability. Co se týká zájmů jedince, využívají se různé testy, jako je například Test všeobecných zájmových struktur, Obrázkový test zájmů nebo Obrázkový test pro výběr povolání.

Kromě testových metod je nezbytný rozhovor s danou osobou, ale také informace získané od rodičů a učitelů. Škola také poskytuje sdělení o školním prospěchu a vztahu jedince se spolužáky a ostatními lidmi. V rozhovoru s dotyčným jedincem se diagnostický pracovník zaměřuje také na sebehodnocení a schopnost náhledu na vlastní schopnosti. Výsledkem jsou užitečné informace o tom, zda se jedinec přeceňuje nebo naopak podceňuje nebo dokáže objektivně zhodnotit své aktuální možnosti (Černá 2008).

Nedílnou součástí zaměstnávání osob s mentálním postižením je tzv. pracovní rehabilitace. Ta je zajišťována Úřadem práce ČR a je zaštitěna Zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti v aktuálním znění (Dlouhá 2013). Ten říká, že „*fyzickým osobám se zdravotním postižením se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce*“ (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, § 67).

2.4.5 Pracovní rehabilitace

„Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené“ (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, § 69). Je komplexním a dlouhodobým procesem, který začíná poradenskou činností zaměřenou na volbu povolání nebo jiné výdělečné činnosti. Po zvolení vhodné práce nastává teoretická a praktická příprava na konkrétní činnost. Úřad práce je aktivní také v samotném získání, udržení a případně změně zaměstnání a spolupracuje se zaměstnavatelem i tehdy, pokud je nutné upravit pracovní podmínky zaměstnanci.

Se Zákonem o zaměstnanosti a pracovní rehabilitací osob se zdravotním postižením souvisí vyhláška č. 518/2004 Sb. Ta obsahuje další podrobné informace a podmínky vzniku a provozování chráněného pracovního místa. Mimo to je zde vymezena charakteristika poradenské činnosti Úřadu práce (Vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí Zákon o zaměstnanosti).

Poradenské činnosti se zaměřují především na volbu povolání a rekvalifikace, zprostředkování zaměstnání, přípravy k práci a na výběr nástrojů tzv. aktivní politiky

zaměstnanosti. Poradenství má několik různých forem, u kterých se hledí na zdravotní stav, pracovní zkušenosti, vzdělání a další kvalifikaci fyzické osoby. Toto veškeré poradenství může být poskytováno jako skupinové či individuální. Může být zaměřeno na posouzení individuálních předpokladů pro výkon daného zaměstnání, a to prostřednictvím tzv. pracovní a bilanční diagnostiky. „*Pracovní diagnostikou se ověřují předpoklady fyzické osoby k pracovnímu uplatnění a k dalšímu vzdělávání. Bilanční diagnostika se zaměřuje na komplexní posouzení schopností a možností fyzické osoby v návaznosti na její budoucí uplatnění*“ (Vyhláška č. 518/2004, Sb., § 22). Nebo se může jednat o programy, které jsou zaměřené na různé techniky vyhledávání zaměstnání či jiné aktivity vedoucí k pracovnímu uplatnění na trhu práce.

Po volbě povolání je na řadě tzv. teoretická a praktická příprava k práci. Jedná se o soubor veškerých činností, jejichž cílem je získat potřebné znalosti, dovednosti a návyky pro výkon zvoleného zaměstnání. Doba této přípravy je časově omezená a trvá maximálně dva roky. Tato příprava je uskutečňována buď přímo na pracovištích zaměstnavatele, na chráněných pracovních místech nebo ve vzdělávacích zařízeních, které jsou zřizovány státem, územními samosprávnými celky, církvemi apod. Nebo může být provozována také formou specializovaných rekvalifikačních kurzů.

Také o přípravě k práci uzavírá osoba se zdravotním postižením písemnou dohodu s příslušným Úřadem práce. Na konci obdrží jedinec osvědčení o absolvování přípravy. To je vydáno fyzickou nebo právnickou osobou, u níž byla příprava k práci vykonávána. Tomuto zaměstnavateli může být Úřadem práce poskytnuta náhrada nákladů, které mu vznikly. Opět je uzavírána smlouva mezi těmito subjekty (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti).

2.4.6 Chráněné pracovní místo

Chráněná pracovní místa jsou taková, která vytvoří zaměstnavatel speciálně pro osoby se zdravotním postižením ve spolupráci s Úřadem práce. Tato spolupráce je vymezena dohodou, která se uzavírá na dobu tří let. Úřad práce poskytne tomuto zaměstnavateli finanční příspěvek, který je využit na úpravu pracovního prostředí apod. Podrobné informace o výši finančního příspěvku a dalších podmínkách jsou vymezeny v § 75 Zákona o zaměstnanosti.

Vytvořit pracovní místo pro osobu se zdravotním postižením mají povinnost ti zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají více než 25 zaměstnanců, a to ve výši 4 % podílu osob na celkový počet zaměstnanců – plnění povinného podílu (pozn. autora). Tato státem stanovená povinnost však může být realizována ještě jinými dvěma způsoby. Prvním z nich je *„odebírání výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců na zřízených nebo vymezených chráněných pracovních místech, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, nebo zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům, nebo odebíráním výrobků nebo služeb od osob se zdravotním postižením“* – tzv. náhradní plnění (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, § 81). Druhou možností zaměstnavatelů je odvod finanční částky do státního rozpočtu. Je možné také kombinovat výše zmíněné tři možnosti (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti).

2.4.7 Chráněná dílna

V aktuálním znění Zákona o zaměstnanosti se již nenachází vymezení chráněných dílen. Neznamená to však, že by ve skutečnosti neexistovaly. Byly pouze nahrazeny výše zmíněným chráněným pracovním místem, jedná se tedy pouze o formální změnu.

Chráněná dílna je takové pracoviště, kde je zaměstnáno minimálně 60 % osob se zdravotním postižením. V těchto dílnách jsou často zaměstnávány osoby s těžším zdravotním postižením nebo mentálním postižením. Ti, pro své postižení a svůj snížený pracovní výkon, nemohou nalézt místo na otevřeném trhu práce a zároveň potřebují zvýšenou ochranu a pomoc při pracovním procesu. Tato pracoviště jsou opět zakládána na základě dohody s Úřadem práce a musí být provozována nejméně dva roky (Pipeková 2006).

3 Uvedení do problematiky empirické části diplomové práce

Empirická část diplomové práce představí systém péče, který je ve vybrané lokalitě poskytován dospělým osobám s mentálním postižením. Teoretická část vymezila, jaké možnosti mají tito lidé v rámci ucelené rehabilitace a část praktická posléze zhodnotí, jak je tento systém aplikován v praxi.

3.1 Vymezení cílů a hypotéz empiricky orientované části diplomové práce

Cílem diplomové práce je popsat a analyzovat systém péče o dospělé osoby s mentálním postižením na Kutnohorsku. Práce se snaží zhodnotit, zda je na Kutnohorsku pro tuto cílovou skupinu dostatek služeb různého zaměření. Dále také zjistit, zda jsou v místním systému péče nějaké nedostatky a zda mají pečující osoby více možností při výběru péče o své blízké s mentálním postižením.

S ohledem na vytyčené cíle byly stanoveny dvě výzkumné hypotézy.

H1: Více než 75 % respondentů je spokojeno s celkovým systémem péče, který je dostupný dospělým osobám s mentálním postižením na Kutnohorsku.

H2: Více než 50 % respondentů by ocenilo více nabídek ve vzdělávací oblasti pro dospělé osoby s mentálním postižením a považuje nabídku ve vzdělávání dospělých osob s MP za nedostatečnou.

3.2 Metodologie

Empirická část diplomové práce je založena na třech výzkumných metodách. Jedná se o analýzu dostupných pramenů, kterými byly internetové stránky, výroční zprávy a další propagační materiály organizací poskytující pomoc a péči dospělým osobám s mentálním postižením na Kutnohorsku. Další metodou jsou tři případové studie, které mají na konkrétních životních příbězích představit využití systému péče v praxi. Poslední metodou, která uzavírá výzkum této práce, je dotazník. Jeho úkolem je zjistit názor obyvatel Kutnohorska na kvalitu i kvantitu poskytované péče v tomto regionu.

3.2.1 Analýza odborných pramenů

Analýza pramenů nebo také dokumentů a jiných dat patří k základním metodám jak v kvalitativním tak kvantitativním výzkumu. Zkoumanými zdroji mohou být osobní dokumenty pořízené k soukromým účelům, např. fotografie, deníky či videonahrávky. Dále se může jednat o dokumenty úřední, jako jsou výroční zprávy, zápisy,

vyhlášky apod. Využívají se také archivní data, která mohou mít statistickou podobu a využívají se v kvantitativních výzkumech. Velmi častými prameny jsou výstupy masových médií, a to noviny, časopisy či televizní programy. V moderní společnosti se hojně využívají virtuální data nacházející se na internetu.

Analýza dokumentů může být provedena z různých hledisek. Nejprve si výzkumník musí určit, jaký jev či znak chce v dostupných zdrojích sledovat. Může si navrhnout kategorizační systém a poté dané kategorie vyhledávat. „*V průběhu vyhodnocení dokumentů lze použít i některé z kvantitativních metod obsahové analýzy, kdy se zaměřujeme na statistickou analýzu získaných četností výskytů jednotlivých obsahových prvků*“ (Hendl 2005, s. 133).

3.2.2 Případová studie

Případová studie neboli kazuistika je metoda, která je používána nejen v pedagogice, ale také v psychologii, medicíně či sociologii a popisuje různé případy nebo životy jednotlivců (Musilová 2002). V případové studii dojde k uspořádání všech dostupných informací, které nám jsou známy. Ty jsou poté přehledně uspořádané podle schématu, což nám umožní postihnout souvislosti a pochopit celý případ. Díky tomu můžeme zvolit vhodný přístup k řešení situace našeho jedince (Hadj Moussová 2002).

Ve speciálně pedagogické praxi se případová studie používá k odhalení a definování obecných znaků na jednotlivých a specifických případech. V popisech několika různých životních příběhů se pak objeví společné obecně platné zákonitosti. „*Při zkoumání jednotlivého případu sice poznáváme specifický a individuální případ, který se liší od všech ostatních, ale zároveň zde můžeme při pozorném studiu vypořádat znaky typické pro určitý problém, byť zakryté individuálním zabarvením*“ (Hadj Moussová 2002, s. 94).

Při vypracování případové studie je nutné udržet potřebný odstup a snažit se o objektivitu popisu. Emocionální zaangažovanost může být v tomto případě překážkou a může dojít ke zkreslování informací. Pohled zvenčí může umožnit nalezení řešení pro konkrétního jedince v jeho osobní situaci, ale může se stát řešením a intervencí pro další podobné případy.

Aby případová studie popsala konkrétní životní situaci jedince komplexně a srozumitelně, měla by obsahovat informace z různých oblastí jeho života. Každá

studie však bude zahrnovat takové okruhy, které se týkají konkrétního zaměření celé kazuistiky.

V úvodu studie by měl být stručně popsán jedinec se svými potížemi či diagnózou. Neměly by zde být však jeho osobní údaje kromě pohlaví a věku. Aby byl celý popis osobnější, je vhodné sdělit křestní jméno či zvolit jméno smyšlené.

Velmi důležitou částí studie je anamnéza našeho jedince. Podle zaměření kazuistiky se zařazuje anamnéza osobní, rodinná, sociální, školní apod. Nejdůležitější a nenahraditelná je však osobní. Anamnéza zahrnuje informace o vývoji jedince v různém věku a prostředí a může odkrýt příčiny jeho pozdějších problémů.

Dále by měl být prostor věnován současnému stavu jedince s popisem jeho aktuální situace, potíží apod. Tato část bývá většinou příčinou, proč se případová studie vytváří. Po shromáždění všech dostupných dat by mělo dojít k analýze případu, hledání významu informací a souvislostí. Na základě této práce by měl být sestaven návrh řešení a opatření. Ten bývá posledním krokem, kterým je studie uzavřena. Může zde dojít ke zhodnocení již absolvovaných návrhů a shrnutí, zda byly úspěšné či nikoliv. Pokud se dojde k závěru, že předešlé intervence nebyly efektivní, měli bychom se pokusit o nástin nových postupů (Hadj Moussová 2002).

3.2.3 Dotazník

Dotazník je jednou z nejpoužívanějších kvantitativních metod, která je určena k hromadnému získávání údajů. „*Je to způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Je považován za ekonomický výzkumný nástroj a můžeme jím získávat velké množství informací při malé investici času*“ (Gavora 2000, s. 99).

Osoby vyplňující otázky dotazníku jsou respondenti. Správně sestavený dotazník musí mít promyšlenou strukturu a často se skládá ze tří částí. První z nich je část vstupní. Ta obsahuje základní informace o autorovi dotazníku a vysvětluje jeho cíle. Charakteristika cíle by měla motivovat respondenty k pečlivému vyplňování. Vstupní část dále zahrnuje pokyny pro správné vyplňování otázek, které mohou být doplněny názornou ukázkou (Gavora 2000).

Druhá část dotazníku je tvořena samotnými otázkami. Jako první se řadí jednodušší ale přesto přitažlivé otázky, aby byl jimi respondent motivován k zodpovídání dalších. Uprostřed bývají otázky složitější a méně zajímavé. Na konci

poté mohou být otázky důvěrnějšího charakteru. Samotný konec dotazníku by měl být tvořen poděkováním respondentovi za spolupráci (Gavora 2000).

V dotazníku lze použít tři typy otázek dle stupně otevřenosti. Jsou to otázky uzavřené, polootevřené a otevřené. Uzavřené otázky jsou ty, které již obsahují hotovou nabídku odpovědí, a respondent si pouze vybere. Jejich výhodou je především snadné zpracování. „*Nevýhodou této formy položek na druhé straně zůstává fakt, že všechny možné kvality odpovědí jsou násilně vtěsnávány do schématu připravených odpovědí*“ (Chráska 2007, s. 166). Uzavřené položky lze rozdělit na dichotomické a polytomické. Pokud se na otázku dá odpovědět pouze ano či ne, jedná se o otázku dichotomickou. Polytomické otázky nabízejí více možných odpovědí.

Opakem jsou otázky otevřené, které umožňují volnost v odpovídání a respondenta nijak neomezují, jelikož mu nenavrhují žádné odpovědi (Chráska 2007). „*Jsou obyčejně zdrojem nových nebo neznámých údajů, tj. informací, které by výzkumník nemohl získat pomocí uzavřených otázek*“ (Gavora 2000, s. 104). Otevřené otázky jsou pro respondenty obtížnější, jelikož na ně musí sami vymyslet a správně formulovat odpovědi. Náročnější jsou také pro autora, a to v jejich vyhodnocování, protože široký okruh odpovědí musí být rozdělen do jednotlivých kategorií (Chráska 2007).

Třetím typem otázek jsou otázky polootevřené (polozavřené). Takové otázky nabízejí možnou odpověď a k tomu ještě vyžadují vysvětlení nebo objasnění, které musí respondent sám formulovat. Všechny tyto typy otázek se mohou vyskytovat v jednom dotazníku.

Nejčastěji se používají dotazníky, jejichž vyplňování trvá maximálně 30 minut. Celková délka dotazníku by měla být taková, aby autor získal odpovědi na všechny otázky, ale zároveň neunavoval respondenty, kteří by poté mohli odpovídat povrchně a bez promyšlení (Gavora 2000).

Aby byl dotazník efektivní, měl by splňovat zásadu tzv. validity a reliability. Validita neboli platnost znamená, že dotazník skutečně zjišťuje to, co zjišťovat má, neboli to, co je jeho záměrem. Výsledky dotazníku by měl poté buď potvrdit, nebo vyvrátit předem stanovenou hypotézu autora. Druhou důležitou vlastností dotazníku je reliability. Často je překládána jako spolehlivost šetření. „*Reliabilitou dotazníku se rozumí schopnost dotazníku zachycovat spolehlivě a přesně zkoumané jevy a je*

nezbytným předpokladem dobré validity dotazníku, i když sama o sobě ještě validitu nezaručuje“ (Chráska 2007, s. 171).

Při této metodě se udává tzv. návratnost. Jedná se o „*poměr počtu odeslaných dotazníků k počtu vyplněných a vrácených dotazníků. Obyčejně se vyjadřuje v procentech*“ (Gavora 2000, s. 107). Samozřejmě je žádoucí, aby byla návratnost dotazníků co nejvyšší, avšak není to jediné kritérium dobrého výzkumu. Svou roli má i složení respondentů, kterým byl dotazník adresován (Gavora 2000).

3.3 Charakteristika místa výzkumného šetření a výzkumného vzorku

Jelikož je empirická část této diplomové práce zaměřena na region Kutnohorsko, bylo výzkumné šetření prováděno v Kutné Hoře a přilehlých obcích, ve kterých se nacházejí služby pro dospělé osoby s mentálním postižením. Mapa tohoto regionu se nachází v příloze B na konci diplomové práce.

V analýze dostupných pramenů je představeno čtrnáct organizací, které se nacházejí v Kutné Hoře a přilehlých obcích a městech. Jedná se o státní i nestátní subjekty ve formě příspěvkových organizací měst či krajů, neziskových organizací či obchodních společností. Z celkového počtu se osm organizací nachází přímo v Kutné Hoře a ostatní v dalších městech a obcích. Konkrétně se jedná o Uhlířské Janovice, Zruč nad Sázavou, Rataje nad Sázavou, Přitoky a Miskovice. Výjimkou je však Euroinstitut, který na Kutnohorsku nesídlí, avšak uživatelé Domova Barbora Kutná Hora ho využívají. Pracovníci Euroinstitutu dojíždí za studenty do jejich bydliště a vzdělávají je v prostorách Domova, a proto byl zařazen do této diplomové práce.

Případové studie představují tři uživatele kutnohorského systému péče. Dva z nich žijí přímo v Kutné Hoře a třetí zde již nežije, avšak stále do Kutné Hory dojíždí za svým veřejným opatrovníkem. První případová studie je zaměřena na muže, který svůj celý život prožil v pobytových sociálních službách. Většinu času se jednalo o domov pro osoby se zdravotním postižením (dle dřívější terminologie ústav sociální péče) a přechodně také chráněné bydlení. Kromě toho strávil určitý čas v psychiatrických nemocnicích na různě dlouhých hospitalizacích, z nichž nejdelší trvala až tři roky. Tento uživatel je velmi aktivní a využívá všechny složky uceleného systému péče.

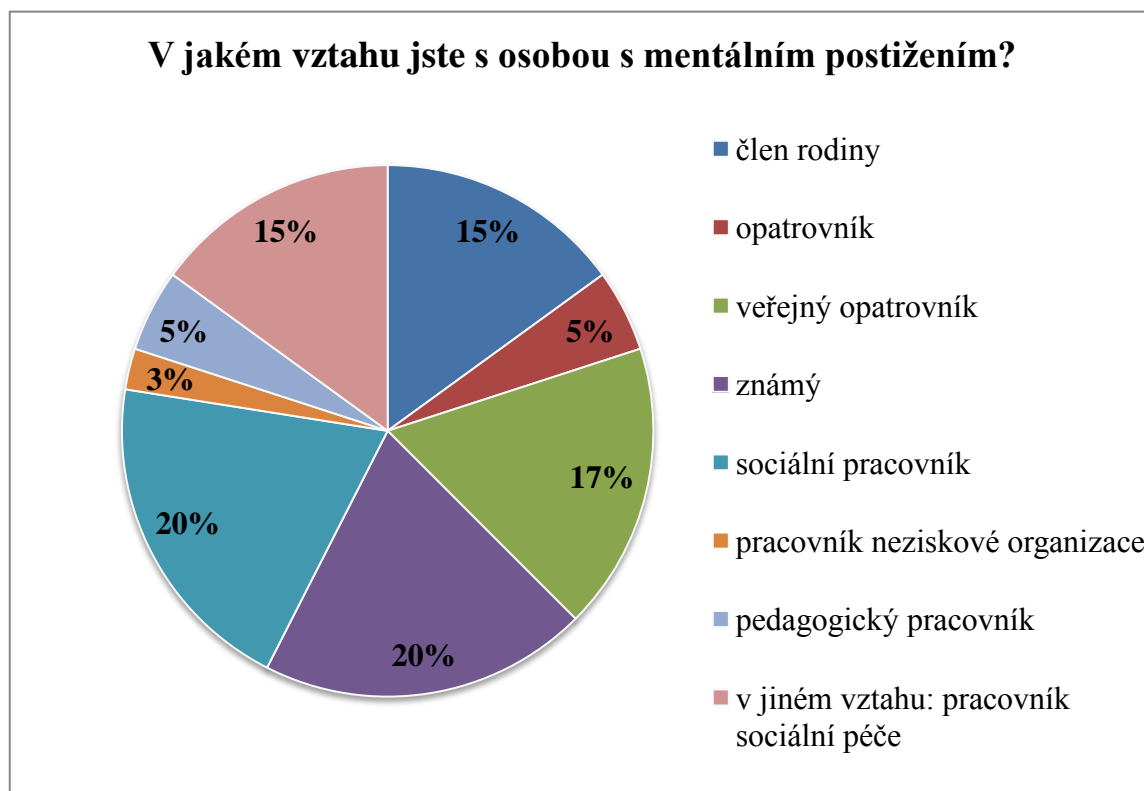
Druhá případová studie představuje muže s těžším zdravotním postižením, který taktéž svůj celý život tráví v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Vzhledem ke stupni svého postižení již není tak aktivní, avšak velmi přínosné a efektivní je pro něho vzdělávání na praktické škole dvouleté. Proto je tato případová studie zaměřena především na oblast jeho studia.

Třetím příkladem využívání systému péče o dospělé osoby s mentálním postižením na Kutnohorsku je muž, který již nevyužívá žádnou ze sociálních, vzdělávacích ani pracovních možností. Jeho situace je specifická problémovým chováním a trestnou činností. Jedinou stálou pomocí mu je nynější veřejný opatrovník.

Dotazník byl rozdán 42 respondentům, kteří jsou různým způsobem v kontaktu s dospělými lidmi s mentálním postižením. Někteří z nich jsou jejich rodinní příslušníci, vykonávají funkci opatrovníka či veřejného opatrovníka, jsou sociálními pracovníky či pracují na podobných pozicích s touto cílovou skupinou, jsou jejich učiteli apod. Pro účely empirické části diplomové práce není podstatné, aby respondenti žili na Kutnohorsku, avšak jejich známi s mentálním postižením zde musí žít nebo být součástí zdejšího systému péče.

Dotazník vyplnilo celkem 40 respondentů v následujícím složení.



- člen rodiny	6x
- opatrovník	2x
- veřejný opatrovník	7x
- známý	8x
- pracovník neziskové organizace	1x
- pedagogický pracovník	2x
- jiná možnost – pracovník sociální péče	6x

3.4 Specifikace průběhu výzkumného šetření

Pro účely výzkumného šetření byla použita analýza odborných pramenů, případové studie a dotazník. Analýza odborných pramenů byla zaměřena na organizace, které se nacházejí na Kutnohorsku a své služby nabízí dospělým osobám s mentálním postižením. Sběr dat pro analýzu odborných pramenů probíhal v červnu roku 2017. Následná analýza byla tvořena v červenci a srpnu téhož roku. V diplomové práci je představeno celkem čtrnáct státních i nestátních organizací, které poskytují pobytové, ambulantní i terénní služby. Většina z nich je zaměřena na sociální služby, které dospělí nejvíce potřebují a využívají. Své zástupce tu však má i oblast školská, pracovní a léčebná. Analýza se zaměřuje na druh, formu a kapacitu nabízené pomoci této cílové skupině. Výsledky závěru analýzy jsou shrnuty do tabulky. Tato tabulka ukazuje, jaké činnosti a služby jsou představenými organizacemi nabízeny.

Další metodou je případová studie. Diplomová práce obsahuje tři případové studie, které představují situace dospělých osob s mentálním postižením, které jsou součástí systému péče na Kutnohorsku. Jsou to lidé, kteří využívají školské, sociální, pracovní i léčebné služby, které jim jsou v tomto regionu dostupné. Potřebná data k vytvoření těchto studií byla získána z osobních spisů opatrovanců, které jsou vedeny veřejným opatrovníkem. Další informace byly poskytnuty sociálními pracovníky z pobytových sociálních služeb, ve kterých zmínění žijí či dalšími pracovníky, kteří s nimi zde pracují. Cenné údaje byly poskytnuty také školskými pracovníky o těch uživateli, kteří se vzdělávají. Podstatné informace o opatrovancích byly shromažďovány od července do srpna roku 2017. Případové studie byly poté vypracovány v září roku 2017.

V září roku 2017 byl vytvořen dotazník, který obsahuje třináct otázek, které jsou otevřené i uzavřené. Na konci října 2017 byl osobně rozdán a také rozeslán v elektronické podobě. V polovině listopadu roku 2017 byly téměř všechny rozeslané

dotazníky vyplněny a následně vyhodnoceny. Respondenty byli členové rodin lidí s mentálním postižením, sociální pracovníci ze zařízení pobytových služeb, sociální pracovníci městských úřadů, pracovníci neziskových organizací, opatrovníci a veřejní opatrovníci z obcí a další, kteří znají či jsou v kontaktu s dospělým člověkem s mentálním postižením. Bylo rozdáno 42 dotazníků a vráceno jich bylo 40. Všechny 40 jich bylo vyplněno řádně a odpovědi z nich mohly být použity.

4 Prezentace dat zjištěných výzkumným šetřením

Výzkumné šetření je založeno na popisu a analýze služeb, které jsou na Kutnohorsku poskytovány dospělým osobám s mentálním postižením. V Kutné Hoře a blízkém okolí se nachází poměrně velké množství různých státních i nestátních organizací pro osoby se zdravotním postižením, avšak pro účely této práce byly vybrány pouze ty, které svoji pomoc nabízejí kromě jiného i dospělým lidem s mentálním postižením. Jedná se převážně o sociální služby, ale své zástupce tu má také oblast zdravotní, pracovní a pedagogická.

Výzkumné šetření bylo doplněno třemi případovými studii dospělých mužů s mentálním postižením, kteří žijí na Kutnohorsku. Jedná se o muže s různým stupněm mentální retardace využívající některé stejné ale také odlišné služby. Každý z nich se nachází ve specifické životní situaci a řeší odlišné otázky běžného dne. Podle toho je s nimi navázána spolupráce, která se odvíjí od jejich schopností a momentálních potřeb. Na těchto třech studiích jsou představeny některé služby ze systému péče, který je na Kutnohorsku dostupný.

Poslední částí výzkumu byl dotazník, který byl určen rodinám lidí s mentálním postižením, opatrovníkům, sociálním pracovníkům, učitelům a dalším, kteří se znají či zajímají o tuto cílovou skupinu. Otázky dotazníku byly formulovány tak, aby zjistily, jaký přehled mají respondenti o systému péče na Kutnohorsku, jak jsou se sítí služeb spokojeni a co by popřípadě uvítali pro své rodinné příslušníky či známé s mentálním postižením.

4.1 Analýza odborných pramenů

K analýze byly pro účely empirické části diplomové práce vybrány organizace, které se nachází na Kutnohorsku a svou pomoc nabízejí dospělým osobám s mentálním postižením. Byly využity převážně webové stránky daných organizací, ale také jejich zveřejněné výroční zprávy a jiné propagační materiály.

4.1.1 Základní škola a Praktická škola Kutná Hora

Ti, kteří absolvovali povinnou školní docházku, se mohou dále vzdělávat na praktické škole dvouleté, která je součástí Základní školy a Praktické školy Kutná Hora. Jedná se o příspěvkovou organizaci, jejímž zřizovatelem je Středočeský kraj. Praktická škola dvouletá má kapacitu dvacet studentů. Ve dvou ročnících vyučují tři pedagogové, kteří mají k dispozici dva asistenty pedagoga. Cílem praktické školy

dvouleté je doplnit a rozšířit vzdělání absolvované povinnou školní docházkou, osvojit si znalosti a především manuální dovednosti potřebné pro různé oblasti praktického každodenního i pracovního života (<http://www.zsaprskh.cz/>).

Výuka praktické školy dvouleté probíhá na základě Školního vzdělávacího programu Pastelka 3, který vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělávání praktická škola dvouletá. Umožňuje získat střední vzdělání žákům s těžkým či středně těžkým mentálním postižením či lehkým mentálním postižením v kombinaci s dalším zdravotním postižením. Tento program zahrnuje využití podpůrných opatření, která zohledňují speciální vzdělávací potřeby žáků a dle jejich specifik lze obsah vzdělávání rozložit do více ročníků, přizpůsobit délku vyučovací hodiny či vzdělávat dle individuálního vzdělávacího plánu.

Školní vzdělávací program zahrnuje předmět český jazyk a literatura, anglický jazyk, matematika, informatika, základy společenských věd, základy přírodních věd, estetická výchova, výchova ke zdraví, tělesná výchova a z odborných činností je to poté rodinná výchova, výživa a příprava pokrmů a praktické činnosti. Tyto předměty jsou společné pro první i druhý ročník praktické školy dvouleté (Školní vzdělávací program PASTELKA 3, 2012).

4.1.2 Euroinstitut

Převážně uživatelé pobytových sociálních služeb využívají vzdělávání ve školách Euroinstitutu. Jedná se o partnerské speciální školy, které jsou samostatně zřízené pro dospělé osoby se zdravotním postižením. Studenty jsou tedy uživatelé domovů pro osoby se zdravotním postižením, domovů se zvláštním režimem či chráněných bydlení. Na Kutnohorsku se jedná o uživatele Domova Barbora Kutná Hora. Ti využívají služeb Euroinstitutu Středočeský kraj – Střední škola Euroinstitut. Jeho pracovníci dojíždí do Domova Barbora dvakrát týdně, a to v pondělí a ve středu.

Studenti jsou do vzdělávání zařazeni na základě doporučení speciálně pedagogického centra, které je zřízeno přímo při Střední škole Euroinstitut. Příjímací zkoušky se nekonají, avšak zájemci absolvují přijímací pohovor. Dále musí splnit podmínku zdravotní způsobilosti pro daný obor, mít vyjádření školského poradenského zařízení a vyjádřit zájem o zvolený obor.

Školní rok je organizován stejně jako na běžných školách a začíná v září, končí v červnu a je rozdělen na dvě pololetí. Vzdělávání je pro všechny studenty bezplatné a nabízí studium v oborech provozní služby zaměřené na úklid a výpomoc,

praktická škola jednoletá, praktická škola dvouletá a pečovatelské služby. Studenti jsou učeni hlavně praktickým dovednostem, díky kterým pro ně bude jednodušší zvládat záležitosti běžných dní a také najít uplatnění na otevřeném či chráněném trhu práce (<http://www.euroinstitut.cz/>).

4.1.3 Domov Barbora Kutná Hora

Domov Barbora je největším poskytovatelem sociálních služeb na Kutnohorsku. Nachází se téměř v centru Kutné Hory. Jedná se o příspěvkovou organizaci, jejímž zřizovatelem je Středočeský kraj. V tuto dobu poskytuje šest druhů sociálních služeb, z čehož čtyři jsou pobytové a dvě ambulantní. Toto zařízení má celkem kapacitu pro cca 200 uživatelů. Pro dospělé osoby s mentálním postižením je určen domov pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionář, denní stacionář, chráněné bydlení a sociální rehabilitace.

Jestliže mají uživatelé Domova Barbora Kutná Hora zájem a zdravotní stav jim to umožní, mohou se věnovat pracovním či zájmovým činnostem. Pracovní činnosti mají dvojí povahu. Jedná se o práci nutnou k sebeobsluze a tu, která souvisí s jejich zájmy. Za tyto činnosti nejsou finančně odměňováni a odvíjí se od jejich schopností a dovedností. Zájmovými činnostmi je například práce v keramické či dřevomodelářské dílně, tkaní koberců, odlévání svíček, návštěva města, divadel, kina či koncertů, práce na počítačích, jízda na koních, plavání, různé rekreace a mnoho dalších aktivit.

Druhým typem pracovních činností je práce vykonávaná na základě pracovněprávního vztahu. V tomto případě může být uživatel služby zároveň zaměstnancem Domova. Nejčastěji se jedná o pomocné práce, za které je odměňován v souladu s pracovní smlouvou. Zájemci o práci nepracují pouze jako zaměstnanci Domova Barbora, ale někteří jsou zaměstnáni v neziskové organizaci Rytmus Střední Čechy o.p.s., se kterou úzce spolupracují. Zde jsou v tuto dobu zaměstnáni tři muži jako poradci pro snadné čtení. Možnost pracovat ale mají také na otevřeném trhu práce a takovou zkušenost mají např. v kutnohorském zahradnictví.

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Domov pro osoby se zdravotním postižením je určen dospělým osobám s mentálním a kombinovaným postižením, které potřebují pomoc další osoby, a z jakéhokoliv důvodu jim není možné potřebnou péči zajistit v domácím prostředí. Kapacita služby

činí 81 osob. Uživatelé využívají domov po celý rok. Cílem této služby je poskytnout lidem pomoc a podporovat jejich důstojný a co nejvíce samostatný život.

Uživatelům je poskytováno ubytování, strava, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu a péče o zdraví, pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti a také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Dále se Domov Barbora snaží vést uživatele k co největší samostatnosti, a to prostřednictvím zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, při zařizování běžných záležitostí a při uplatňování práv a vlastních zájmů. To vše jsou oblasti činností, které jsou poskytovány dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb.

Uživatelé Domova se také do konce školního roku 2017 mohli vzdělávat v Základní škole a Praktické škole v Kutné Hoře, kde absolvovali kurz na doplnění základů vzdělání. V červnu roku 2017 byl však tento kurz ukončen a studenti nadále navštěvují už jen obor praktická škola dvouletá. Od září uživatelé využívají služeb Euroinstitutu, jehož pracovníci dojíždí do Kutné Hory dvakrát týdně a vzdělávají dospělé v různých oborech, jako je praktická škola jednoletá, praktická škola dvouletá, provozní služby a pečovatelské služby.

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení v Domově Barbora Kutná Hora je pobytová sociální služba, která je poskytována osobám s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením a chronickým duševním onemocněním, které jsou však schopny za určité podpory žít v samostatném prostředí. Uživatelé chráněného bydlení zde žijí v běžných bytech v centru Kutné Hory. Byty se nacházejí na dvou samostatných adresách a jsou vzdálené od hlavní budovy Domova Barbora Kutná Hora. Jedná se o skupinové bydlení pro celkem 14 osob.

Aby fungovalo skupinové soužití více lidí, dohodli se společně na pravidlech, které musí dodržovat. Ty zahrnují rozdělení prací, které jsou spojené s chodem běžné domácnosti, jako je nakupování, vaření, uklízení apod., přičemž každý má zodpovědnost za svůj vlastní pokoj.

Týdenní stacionář

Týdenní stacionář je pobytová sociální služba pro osoby s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením a chronickým duševním onemocněním. Využívají ji ti, kteří potřebují po většinu času pomoc druhé fyzické osoby, kterou není možné zajistit po celou dobu v domácím prostředí. Služba je poskytována od pondělí do pátku. Týdenní stacionář je tedy svými službami velmi podoben domovu pro osoby se zdravotním postižením a liší se pouze tím, že víkendy uživatelé tráví zpravidla se svoji rodinou. V tuto dobu ho využívají pouze dva uživatelé.

Denní stacionář

Stejně cílové skupině, jako předešlé pobytové služby, je určen denní stacionář. Uživatelé denního stacionáře však do Domova Barbora Kutná Hora docházejí každý den a odpoledne odcházejí domů. Jedná se tedy o ambulantní formu poskytovanou od pondělí do pátku. Mohou využívat stejné pracovní a zájmové činnosti jako uživatelé předešlých služeb. Denní stacionář je v tuto dobu určen pro osm lidí.

Sociální rehabilitace

Téže cílové skupině je poskytována sociální rehabilitace, která má v Domově Barbora Kutná Hora kapacitu 14 osob. Jejím cílem je naučit uživatele této služby žít co nejvíce samostatně se svým zdravotním postižením a snížit tak riziko sociálního vyloučení. K tomu je nutné posilovat a vybavovat lidi s postižením schopnostmi, dovednostmi a návyky, které jsou nutné pro zvládnání každodenních situací v životě každého člověka. Uživatelé sociální rehabilitace v Domově Barbora Kutná Hora např. dochází do kutnohorské Kavárničky U Bartoloměje, kde se učí obsluhovat běžné zákazníky a prodávají zde své výrobky (<http://www.domov-barbora.cz/>).

4.1.4 Domov Iváň

Domov Iváň je dalším poskytovatelem sociálních služeb na Kutnohorsku. Leží nedaleko Městýse Rataje nad Sázavou a je obklopen lesy a řekou Sázava. Jedná se také o státní zařízení, jehož zřizovatelem je Středočeský kraj. V tuto dobu Domov Iváň poskytuje dvě služby pro dospělé osoby s mentálním postižením, a to domov pro osoby se zdravotním postižením a službu podpora samostatného bydlení. Kapacita zařízení činí 60 uživatelů.

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Domov pro osoby se zdravotním postižením je určen pro dospělé jedince s mentálním či kombinovaným postižením nebo s chronickým duševním onemocněním. Je to pobytová sociální služba, jejímž cílem je poskytovat uživatelům ubytování, stravu, 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. Opět jsou tyto činnosti poskytovány dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb.

Uživatelé Domova se vzdělávají v učebně, která se zde nachází. Někteří zájemci dojíždí do nedalekých Uhlířských Janovic, kde mají možnost navštěvovat Základní školu Uhlířské Janovice a doplnit si tak základní vzdělání v rámci speciálního kurzu.

Podpora samostatného bydlení

Tato služba je Domovem Iván poskytována od počátku roku 2013. Je určena pro stejnou cílovou skupinu jako domov pro osoby se zdravotním postižením. Jedná se o terénní službu lidem, kteří žijí ve vlastním či pronajatém bytě. Jejím cílem je posílit maximální soběstačnost uživatele a zodpovědnost, a tím podporovat aktivní začlenění do společnosti. Služba se snaží rozvíjet jeho praktické dovednosti a schopnosti, aby mohl být co nejsamostatnější. Rozsah a forma služby je ryze individuální a liší se u každého uživatele dle jeho osobní potřeby a požadavků. Vše je dohodnuto na základě smlouvy a individuálního plánu, který je sestaven. Tato služba je uživateli zpoplatněna.

Pomoc a podporu uživatelům služby poskytuje pracovník v sociálních službách, který je zaměstnancem Domova Iván. V tomto zařízení funguje podpora samostatného bydlení především tak, že je poskytována těm lidem, kteří zprvu využívali domov pro osoby se zdravotním postižením v Domově Iván a povedlo se snížit jejich podporu na minimum, takže jsou schopni samostatného života. V tuto dobu je služba poskytována ve městě Kutná Hora a ve Zruči nad Sázavou (<http://www.domov-ivan.cz/>).

4.1.5 Rytmus Střední Čechy, o.p.s.

Rytmus Střední Čechy je nezisková organizace ve formě obecně prospěšné společnosti se sídlem v Benešově. Pobočka v Kutné Hoře byla založena v roce 2008. Jedná se o poskytovatele sociálních služeb, který poskytuje sociální rehabilitaci a podporu samostatného bydlení. V rámci sociální rehabilitace provozují službu podporované zaměstnávání, tranzitní program a pro zájemce organizují různé kurzy, jako je např. kurz samostatného cestování, práce s počítačem, hospodaření s penězi apod.

Služby jsou poskytovány osobám od 16 do 64 let téměř všem cílovým skupinám osob se zdravotním postižením. Jejich posláním je podporovat jedince se zdravotním postižením, aktivně je zapojovat do společnosti, a to prostřednictvím pracovního uplatnění, samostatného bydlení a vzdělávání.

Rytmus Střední Čechy nabízí svým zájemcům službu sociální rehabilitace, podpora samostatného bydlení, podporované zaměstnávání a také tranzitní program. Vše je poskytováno dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb.

Kurzy

Pro dospělé osoby s mentálním postižením jsou touto neziskovou organizací nabízeny kurzy na zvyšování dovedností, rekvalifikační kurz a vzdělávací kurz. Mezi kurzy na zvyšování dovedností patří již výše zmíněný Kurz samostatného cestování, Kurz hospodaření s penězi, Kurz práce s počítačem a Kurz vaření. Jejich cílem je vybavit člověka s mentálním postižením praktickými dovednostmi, které jsou potřebné pro běžný život a které mu usnadní aktivně se zapojit do společnosti. Každý kurz může mít tři až pět účastníků, aby se mohl lektor individuálně věnovat každému z nich. Probíhá nejčastěji jednou týdně.

Rytmus Střední Čechy nabízí pro zájemce kurz s názvem Obsluha osobního počítače. Jedná se o rekvalifikační kurz akreditovaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením a ti, kteří jsou znevýhodněni na trhu práce. Na konci kurzu by měl být účastník schopen ovládat osobní počítač, pracovat v programu Microsoft Word, zvládnout jednoduché úkony v programu Microsoft Excel a využívat internet a elektronickou poštu. Časová dotace kurzu je 80 hodin a je naplněna dvěma setkáními v týdnu po třech vyučovacích hodinách.

Specifickým kurzem je Vzdělávací kurz pro osoby pečující o osobu blízkou. Specifický je tím, že není určen přímo osobám s mentálním postižením, avšak těm, kteří se o tuto osobu starají. Konkrétně je určen těm, kteří jsou pečovateli osob se zdravotním postižením pobírající příspěvek na péči. Cílem tohoto kurzu není jen zvýšit informovanost pečujících osob a vzdělávat je, nýbrž také zprostředkovat kontakt s lidmi s podobnými zkušenostmi. Tím vším chce Rytmus Střední Čechy zvýšit kvalitu života osob se zdravotním postižením a jejich blízkých.

Kurz se skládá z deseti témat, mezi která patří např. síť sociálních služeb, dávky pro osoby se zdravotním postižením, otázka svéprávnosti a opatrovnictví, kompenzační a rehabilitační pomůcky, formy komunikace apod. Je určen pro maximálně deset účastníků a časová dotace činí 60 hodin. Setkávání probíhají jednou týdně v šesti vyučovacích hodinách (<http://www.rytmusbenesov.cz/>).

4.1.6 Oblastní charita Kutná Hora

Oblastní charita Kutná Hora je humanitární zařízení, které je zřízeno římskokatolickou církví. Jedná se o nestátní neziskovou organizaci, která byla založena v roce 1994. Je velkým poskytovatelem služeb v Kutné Hoře a blízkém okolí. Poskytuje sociální a další služby v osmi střediscích různým cílovým skupinám. Cílem Oblastní charity je pomoci lidem, kteří nejsou schopni uspokojit své tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby. Oblastní charita také pomáhá těm, kteří se ocitli v nouzi, jsou sociálně vyloučení nebo jsou sociálním vyloučením ohroženi.

Mezi cílové skupiny patří děti, které jsou sociálně i zdravotně znevýhodněné, dále jsou to rodiny s dětmi, lidé sociálně vyloučení a lidé, kteří žijí v prostředí s nízkou sociokulturní úrovní a jsou tedy ohroženi sociálním vyloučením. Pomoc je poskytována také lidem, kteří potřebují pomoc při vstupu na pracovní trh, tedy těm, kteří jsou dlouhodobě nezaměstnaní a lidem, kteří jsou tzv. obtížně zaměstnatelní.

Pozornost je také věnována romskému etniku, seniorům a zdravotně postiženým. V neposlední řadě do cílové skupiny patří lidé bez domova nebo ti, kteří se ocitli v přechodné nebo dlouhodobé krizi. Pro dospělé osoby s mentálním postižením zde funguje sociálně terapeutická dílna, sociální rehabilitace, různé aktivizační služby a charitní pečovatelská služba.

Středisko A+D

Toto středisko je určeno právě pro dospělé osoby s mentálním postižením či duševním onemocněním popřípadě jiným zdravotním postižením. Poskytuje sociální rehabilitaci, sociálně aktivizační služby a provozuje sociálně terapeutickou dílnu. V dílně se uživatelé služby nejen zdokonalují v pracovních schopnostech, ale je to také prostředek pro setkávání, navazování nových kontaktů a rozvíjení sociálních dovedností. Lidé se zde věnují rukodělným a výtvarným technikám, nacvičují úkony péče o vlastní osobu, o domácnost, získávají základy vaření apod. Dále pod tuto službu spadá zajišťování chodu charitního obchůdku v Kutné Hoře, kde se prodávají různé předměty vyrobené v dílně.

Duhové atrium

Duhové atrium také poskytuje pomoc dospělým osobám s mentálním postižením či duševním onemocněním, avšak velmi početnou skupinou jsou také senioři, lidé bez domova či osoby ohrožené sociálním vyloučením. Provozuje nízkoprahové denní centrum, různé terénní programy, noclehárnu pro muže a sociální rehabilitaci. Kromě toho zajišťují charitní pečovatelskou službu, aktivizační služby, služby sociálního automobilu a zapůjčují zdravotní pomůcky (<http://kh.charita.cz/>).

4.1.7 Pečovatelská služba Kutná Hora

Pečovatelská služba v Kutné Hoře je příspěvkovou organizací Města Kutná Hora, které je jejím zřizovatelem. Posláním organizace je pomáhat a podporovat ty, kteří se dostali do nepříznivé situace z důvodu věku nebo svého zdravotního stavu. Prostřednictvím úkonů péče se pracovníci snaží kompenzovat snížené možnosti uživatele, aby se mohl maximálně zapojit do společnosti ve svém přirozeném prostředí a přitom byla podporována jeho samostatnost.

Pečovatelská služba poskytuje terénní a ambulantní sociální služby dle Zákona o sociálních službách a provozuje tzv. centrum denních služeb. Cílovou skupinou jsou lidé od 19 ti let věku se zdravotním postižením a poté senioři. Uživateli služeb je věkově i zdravotně různorodá skupina obyvatel Kutné Hory a blízkého okolí.

Pečovatelská služba v Kutné Hoře poskytuje uživatelům základní a fakultativní sociální služby. Základní úkony jsou vymezeny v zákoně a jedná se např. o pomoc při oblékání a svlékání, při pohybu, při přesunech, při úkonech osobní hygieny, v zajištění stravy, zajištění úklidu a údržby domácnosti, nákupů apod.

Kromě těchto základních činností si uživatel může vybrat mezi tzv. fakultativními službami, které jsou volitelné a doplňkové. Sem se řadí dohled nad domácnostmi, nad požíváním léků a jejich příprava, pedikúra, dovoz vozidlem k lékaři či na různé pochůzky.

Služby mohou být poskytovány ambulantně či v přirozeném prostředí uživatele. Ambulantní služby jsou poskytovány ve třech střediscích osobní hygieny a kapacita je 500 uživatelů. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí osoby a kapacita činí 800 uživatelů. Centrum denních služeb je určeno těm osobám, kteří potřebují pomoc v době, ve které se o ně nemůže starat rodina či jiná blízká osoba a jeho kapacita je 25 lidí. Během této doby jsou zájemcům poskytovány základní či fakultativní služby a kromě nich se jim věnuje sociální pracovník, který pro ně připravuje různé aktivizační činnosti.

Služby jsou poskytovány v domácnostech lidí, v Centru denních služeb a ve střediscích osobní hygieny. Dále je pečovatelská služba zajišťována v Domech pro seniory, které se v Kutné Hoře nacházejí na dvou adresách. Uživatelům je pomoc a podpora poskytována v širokém spektru úkonů, které jsou vymezeny ve Smlouvě o poskytování sociálních služeb. Všechny úkony péče jsou zpoplatněny. Kromě pečovatelských služeb je také možno zájemcům zapůjčit kompenzační pomůcky na potřebnou dobu, a to bezplatně.

Pečovatelská služba v Kutné Hoře poskytuje své služby také v Domově pro seniory (dřívější název Dům s pečovatelskou službou). Jelikož se však jedná o městské byty, které jsou určeny pro osoby seniorského věku, nemohou je využívat dospělé osoby s mentálním postižením, které tohoto věku ještě nedosáhly (<http://pecovatelskasluzbakh.cz/>).

4.1.8 Pečovatelská služba Uhlířské Janovice

Stejně služby poskytuje pečovatelská služba zřizovaná Městem Uhlířské Janovice, které taky patří do regionu Kutnohorska. Toto město má cca 3 000 obyvatel a leží zhruba 20 kilometrů od Kutné Hory. Uhlířskojanovická pečovatelská služba je však na rozdíl od té kutnohorské poskytována lidem až od 27 let.

Stejně jako v Kutné Hoře jsou úkony péče poskytovány také v Domě s pečovatelskou službou, ve kterém je momentálně k dispozici 19 bytů. Některé z nich jsou pro páry, avšak většinou se jedná o garsonky pro jednotlivce. Tyto byty mají však širší cílovou skupinu a kromě seniorů jsou určeny také osobám se zdravot-

ním postižením. Tito lidé však musí být invalidní ve třetím stupni a zároveň mít nárok na výplatu důchodu. Byty jsou však určeny pro ty, jejichž zdravotní stav nevyžaduje celodenní péči a jsou schopni žít samostatně jen s určitou podporou, jako je například dovoz obědů, úklid, dohled nad užíváním léků, pomoc s hygienou apod. (<http://www.uhlirskejanovice.cz/pecovatelska-sluzba/d-122269>).

4.1.9 Pečovatelská služba Zruč nad Sázavou

Také Zruč nad Sázavou s cca 4 000 obyvatel provozuje pečovatelskou službu, která je určena lidem od 27 let. Je poskytována pouze terénně v domácnostech uživatelů, v Domě s pečovatelskou službou a v Domě s podporovaným bydlením. Oba druhy Domovů jsou určeny nejen pro seniory, ale také pro ostatní jedince se zdravotním postižením, kteří pobírají invalidní důchod a jejichž zdravotní stav jim umožňuje samostatnější bydlení (<http://www.mesto-zruc.cz/radnice-1/organizacni-struktura/odbor-vnitrich-veci/pecovatelska-sluzba/>).

4.1.10 Odbor sociálních věcí a zdravotnictví

Další institucí, která pomáhá dospělým lidem s mentálním postižením, je odbor sociálních věcí a zdravotnictví Městského úřadu Kutná Hora. Odbor je složen ze tří oddělení, z nichž dvě pracují s touto cílovou skupinou. Jedná se o oddělení sociální prevence a oddělení sociálních služeb, péče o seniory a zdravotně postižené občany.

Oddělení sociální prevence

Oddělení sociální prevence vyhledává a pracuje se dvěma skupinami lidí. Jednou, velmi početnou skupinou, jsou právě dospělí s mentálním postižením či jinou duševní chorobou, kterým Město Kutná Hora vykonává opatrovníka. Sociální pracovníci jsou pověřenými osobami, které tyto osoby zastupují a pomáhají jim v každodenním životě. Celkem se jedná o cca 60 opatrovanců.

Tito lidé mohou, ale nemusí být soudem omezeni ve svéprávnosti, avšak všichni mají veřejného opatrovníka, jelikož v jejich rodině ani okolí není jiná fyzická osoba, která by o ně projevovala upřímný a dlouhodobý zájem. Početná skupina těchto lidí žije v různých pobytových službách, ať je to již domov pro osoby se zdravotním postižením, domov se zvláštním režimem, chráněné bydlení nebo jsou dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrické nemocnici. Část skupiny bydlí samostatně ve vlastních bytech, v rodinných domech či v ubytovacích zařízeních.

Pracovnice tohoto oddělení zastupují své opatrovance v těch úkonech, ve kterých se vyskytuje riziko, že by mohli být ohroženi společností a mohla by jim vzniknout škoda, újma nebo ohrožení na vlastní osobě. O těchto oblastech rozhoduje příslušný soud ve spolupráci se soudním znalcem z oboru psychiatrie. Samozřejmě však nelze striktně oddělovat, ve kterých životních oblastech je těmto osobám poskytována pomoc a podpora a ve kterých již nikoliv. Opatrovník se zajímá o svého opatrovance téměř ve všech záležitostech a řeší s ním mnohem širší spektrum potíží. Intenzivnější práce je pochopitelně s těmi, kteří nevyužívají pobytové sociální služby. Ti, kteří bydlí v některých výše zmíněných službách, mají pomoc a podporu v běžných činnostech zajišťovanou zaměstnanci konkrétní služby.

Druhou, taktéž početnou skupinou jsou lidé, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, jsou sociálně vyloučení nebo jsou sociálním vyloučením ohroženi. Jedná se o příslušníky národnostních menšin, imigranty, osoby závislé na návykových látkách, osoby propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody apod.

Oddělení sociálních služeb, péče o seniory a zdravotně postižené osoby

Jedná se o druhé oddělení, jehož cílovou skupinou jsou dospělí lidé s mentálním postižením. Kromě lidí se sníženými rozumovými schopnostmi to jsou však i ostatní se zdravotním postižením a senioři, kterým pracovnice poskytují svoji péči. Kromě základního i odborného poradenství se toto oddělení zabývá vyhledáváním osob, které potřebují pomoc, zprostředkovává kontakt se sociálním prostředím, pomáhá ve sjednávání dalších služeb, úzce spolupracuje s různými sociálními službami apod. (<http://mu.kutnahora.cz/mu/odbor-socialnich-veci-a-zdravotnictvi>).

4.1.11 Dítě a kůň

Dospělí lidé s mentálním postižením mohou využívat služby zapsaného spolku Dítě a kůň v obci Miskovice, která leží cca čtyři kilometry od Kutné Hory. Kromě hipoterapie pro děti se zdravotním postižením a jezdeckého sportu nabízí svým zájemcům službu sociální rehabilitace a sociálně aktivizační služby pro dospělé osoby se zdravotním postižením a seniory.

Sociální rehabilitace v Dítě a kůň je poskytována dle Zákona o sociálních službách a jeho prováděcí vyhlášky. Je nabízena dospělým od 19 let s různým zdravotním postižením či osobám ohroženým sociálním vyloučením. Sociální rehabilitace je poskytována terénní i ambulantní formou. Ambulantně probíhá přímo v prostorách spolku v Miskovicích a také na jedné adrese v Kutné Hoře poblíž

městské ubytovny. Terénní forma je naplňována v přirozeném prostředí uživatelů a dle jejich aktuální potřeby. Celková kapacita sociální rehabilitace je 90 osob.

Kromě sociální rehabilitace využívají dospělí s mentálním postižením sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotní postižením, které nese v tomto spolku název SAS Dítě a kůň. Služby jsou opět poskytovány dle Zákona o sociálních službách a spadají pod služby sociální prevence. Jsou poskytovány ambulantně v prostorách spolku v Miskovicích a celková kapacita činí 30 osob (<http://www.diteakun.cz/>).

4.1.12 Centrum pro zdravotně postižené a seniory Středočeského kraje

Centrum je obecně prospěšnou společností, které poskytuje sociální služby v osmi regionech Středočeského kraje a jedna z poboček se nachází také v Kutné Hoře. Své služby nabízí všem cílovým skupinám osob se zdravotním postižením jakéhokoliv věku, seniorům a jejich rodinám. Ta kutnohorská poskytuje svým zájemcům odborné poradenství, půjčování kompenzačních pomůcek a sociálně aktivizační služby. V rámci aktivizačních služeb provozuje kutnohorská pobočka Kavárničku, kde se zhruba jednou za měsíc pořádají různá společenská a kulturní setkávání. Také se zde konají výukové kurzy či rukodělné činnosti (<http://www.czpstredoceskykraj.cz/>).

4.1.13 LCC domácí péče

Zdravotních i sociálních služeb mohou dospělí s mentálním postižením využít také prostřednictvím LCC domácí péče. Jedná se o organizaci v Kutné Hoře, která své služby nabízí jak osobám se zdravotním postižením, tak seniorům a jinak chronicky nemocným obyvatelům. Nabízí pečovatelské služby, osobní asistenci, sociální poradenství, domácí zdravotní péči a prodej či půjčování zdravotních potřeb a pomůcek.

Zdravotní péče je uživatelům poskytována v jejich domácím prostředí v průběhu celého dne každý den v roce. Tuto péči indikuje ošetřující nebo praktický lékař a v takovém případě je hrazena ze zdravotního pojištění. Pokud však není předepsána lékařem a zájemce si ji i přesto přeje, hradí si ji sám. Úkony zdravotní péče jsou zabezpečovány všeobecnými sestrami (<http://www.lccdpcz.cz/>).

4.1.14 SC domácí péče

Podobně zaměřená jako předešlá LCC domácí péče je také tzv. SC domácí péče sídlící v Přítokách, které leží cca kilometr od Kutné Hory. Jedná se o obecně prospěšnou společnost, která nabízí své služby stejné cílové skupině jako výše zmíněná společnost. Kromě pečovatelské služby, osobní asistence, odborného sociálního poradenství, domácí ošetrovatelské péče, prodeje a zapůjčování zdravotnických a rehabilitačních pomůcek nabízí také terénní hospicovou péči.

Terénní hospicová péče je poskytována nemocnému a jeho rodině v konečné fázi nemoci, kdy již nelze uplatit léčbu kurativní. Je zaměřena na tišení bolesti a psychickou podporu nemocnému i jeho blízkým. Pokud je hospicová péče doporučena lékařem, je hrazena ze zdravotního pojištění (<http://www.scdomacipece-kh.com/>).

4.2 Případové studie

Následující tři případové studie ukazují využití systému péče o dospělé osoby s mentálním postižením v Kutné Hoře a blízkém okolí. Popisují, v jaké sociální situaci se nacházejí představení muži, jaké využívají služby a jakou podporu jejich stav vyžaduje.

4.2.1 Marek

Marek je čtyřicetiletý muž, který žije v domově pro osoby se zdravotním postižením. Má lehkou mentální retardaci a degenerativní onemocnění CMT (Charcot – Marie – Tooth). Jedná se o dědičné postižení nejprve dolních a poté i horních končetin, v důsledku kterého dochází ke zhoršení hybnosti. Příčinou je poškození periferních nervů (<http://www.c-m-t.cz/charcot-marie-tooth/>).

Ihned po narození byl umístěn do kojeneckého ústavu a celý svůj život tráví v pobytových sociálních službách. Od dětství se potýká s poruchami chování, kvůli kterým byl opakovaně hospitalizován v psychiatrických léčebnách.

Osobní anamnéza

Marek pochází ze sedmi sourozenců a byl nejmladším dítětem. Dva jeho sourozenci byli dáni do adopce a ostatní vyrůstali v dětském domově. On byl ihned po narození umístěn do kojeneckého ústavu. Ve svých třech letech byl dvakrát svěřen do péče pěstounům, avšak začaly se objevovat první projevy poruch chování a ani jedna náhradní rodinná péče nebyla úspěšná.

Ve třech letech byl umístěn do dětského domova. Již v tomto věku byl hospitalizován na pedopsychiatrickém oddělení v nemocnici v Moravské Třebové. Ve čtyřech letech byl poprvé hospitalizován na dětském oddělení Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod pro hyperkinetickou poruchu chování. Pro jeho chování byl charakteristický neklid, nesoustředěnost, polykání cizích předmětů a motorická neobratnost. K ostatním dětem byl zlomyslný. Stále vyžadoval pozornost druhé osoby, jedině poté byl podstatně klidnější, avšak ani přesto u žádné z činností nevydržel. O rok později byl hospitalizován v Dětské psychiatrické nemocnici Opařany.

Svoji školní docházku plnil v dřívější zvláštní škole (pozn. dnes základní škola praktická), poté byl přemístěn do školy pomocné (pozn. dnes základní škola speciální). V devíti letech byl však osvobozen od povinné školní docházky, a tím jeho vzdělávání skončilo. Absolvoval pouze čtyři třídy základní školy.

V období dospívání, konkrétně v sedmnácti letech, byl znovu hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. V této době již žil v dřívějším Ústavu sociální péče Slatiňany (pozn. dnes Domov sociálních služeb Slatiňany). Do psychiatrické nemocnice byl odeslán ambulantním psychiatrem, neboť byl velmi vznětlivý, agresivní a fyzicky napadal ostatní mládež a zaměstnance. Své jednání omlouval tím, že ho navádí hlasy, které stále slyší. Tato hospitalizace trvala tři roky a v následujících dvou letech se do Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod vrátil ještě dvakrát, a to vždy pro fyzickou i slovní agresivitu a halucinace. Napadal ostatní uživatele služeb nožem, škrtil je.

Další pobyt absolvoval po deseti letech ve věku 31 let, a to pro sebevražedné tendence oběsit se. Dalšími důvody hospitalizací bylo například přesvědčení, že je tibetský mnich či že má nadpřirozené léčitelské schopnosti.

Ve svých osmnácti letech byl omezen ve způsobilosti k právním úkonům, a to tak, že není schopen činit právní úkony přesahující částku 1.000,- Kč. Opatrovníkem byl vždy ustanoven pracovník zařízení, ve kterém Marek zrovna žil. Během svého života prošel cca osmi pobytovými sociálními službami. V těchto zařízeních byl také několikrát zaměstnán na dohodu o provedení práce, a to jako pomocný dělník nebo pomocná síla. Pracoval například v prádelně či jako pomocná síla na úklid.

V Markových 34 letech mu bylo okresním soudem uloženo ochranné sexuologické léčení prostřednictvím tlumících hormonálních léků. Podstoupil vyšetření penilní pletysmografie (PPG), při kterém se měří změna objemu penisu při

erekci, která je vyvolána prohlížením obrázků, na nichž jsou nazí lidé různého pohlavní a věku. Toto vyšetření potvrdilo, že pokud se jedná o dospělé jedince, Marek preferuje dospělé ženy. Test však prokázal zvýšenou pedofilní reaktivitu, která byla zaměřena také na chlapce.

Rodinná anamnéza

Rodiče pana Marka již nežijí. Jeho matka byla psychiatricky léčena. Byla závislá na alkoholu, léčila se s tuberkulózou a v důsledku alkoholismu trpěla cirhózou jater. Ve svých 36 letech, když byly Markovi tři roky, spáchala sebevraždu oběšením. Jeho otec pracoval na železničních drahách. Taktéž jako jeho žena velmi holdoval alkoholu, byl velmi agresivní a několikrát trestně souzený. Ze zdravotních důvodů (diabetes a embolie) mu byly amputovány obě nohy a získal invalidní důchod. Zemřel v podobnou dobu jako Markova matka.

Aktuální stav

V tuto dobu Marek žije již pět let v domově pro osoby se zdravotním postižením. Jedná se o domov, který je určený pro lidi s mentálním či kombinovaným postižením starší 19 let. Bydlí na jednolůžkovém pokoji. Marek je omezen ve svéprávnosti a byl mu ustanoven veřejný opatrovník z obce. Okresní soud omezil Marka především na právní jednání, která se dotýkají uzavírání jakýkoliv smluv, a která se týkají hospodaření s jeho finančními prostředky přesahující částku 1.000,- Kč.

Během celé doby, co zde Marek žije, využívá různé sociální služby, účastní se kurzů a vzdělávacích možností. Je jedním z nejvíce aktivních uživatelů domova. Potřebuje, aby se kolem něho něco neustále dělo a řešilo. Pokud má však několik různých aktivit najednou, nemá to příznivý vliv na jeho psychiku a začne se to neblaze projevovat na jeho chování. V takovém případě bývá negativistický, vyvolává konflikty, zneužívá slabší jedince a neustále vymýšlí nové problémy, které by měli řešit zaměstnanci domova a jeho opatrovník.

Markovou stálou aktivitou je stolní tenis. Je skutečně dobrým hráčem a pravidelně se účastní Národních turnajů, Speciální olympiády a dalších celorepublikových soutěží, odkud si přivezl již několik medailí. Stolnímu tenisu se věnuje pravidelně a trénuje několikrát týdně v tělocvičně domova. Mezi jeho další dlouhodobější činnosti patří zaměstnání v neziskové organizaci Rytmus Střední Čechy, o.p.s. Zde je Marek zaměstnán jako poradce pro snadné čtení. Zde společně

s dalšími zaměstnanci zpracovávají běžné texty a zjednodušují jejich formu i obsah tak, aby byly dostupné i pro jedince s mentálním postižením.

Jelikož Marek umí číst i psát, ovládá základní práci s počítačem a oproti svým vrstevníkům má všeobecný přehled, je pro něho tato práce optimální. Je stále velmi zvědavý, rád se učí a dozvídá nové informace z různých oblastí, jako je historie, sport, politická situace apod. S novými poznatky se poté rád pochlubí pracovníkům v domově nebo opatrovníkovi.

Marek dále absolvoval Kurz samostatného cestování taktéž v organizaci Rytmus Střední Čechy. Tento kurz probíhal několik měsíců a cílem bylo nacvičit samostatné cestování na jím zvolené místo. Marek si určil, že se chce naučit sám jezdit vlakem do obce, kde se nachází jeden z jeho minulých domovů, aby mohl navštěvovat své přátele. Ten úspěšně dokončil.

Poslední dva roky Marek navštěvoval základní školu praktickou, kde absolvoval rok z Kurzu na doplnění základů vzdělání. Do školy docházel jednou týdně a velmi ho to bavilo. Měl zde základní předměty, jako byl český jazyk, matematika, dějepis, práce na počítačích apod. Velmi často se přicházel pochlubit s nově nabytými vědomostmi. Jelikož došlo k legislativním změnám ve Školském zákoně, byl tento kurz již ukončen, což Marka velmi mrzelo.

Popis potíží

Marek patří mezi ty více spolehlivé a samostatné uživatele sociálních služeb, se kterými se neřeší tak vážné problémy. Přesto jsou v jeho životě situace, které vyžadují zvýšenou pozornost a péči. Psychická kondice Marka bývá poměrně proměnlivá. Jeho nálada a spolupráce se odvíjí především od toho, zda jsou naplněny jeho momentální přání a požadavky. To bývá nejčastější příčinou konfliktů s pracovníky sociálních služeb či opatrovníkem.

Markovou velkou zálibou je například nakupování, což souvisí s velkými finančními výdaji. Jak již bylo zmíněno, Marek je omezen v nakládání s finančními prostředky, které přesahují částku 1.000,- Kč. V domově Marek dostává pravidelně peníze, ze kterých si může nakoupit, cokoli potřebuje. Jeho měsíční příjem je tvořen invalidním důchodem a příspěvkem na péči, ze kterého je však hrazena péče, která mu je v domově poskytována. Z důchodu je hrazeno ubytování a strava Marka. Státní pobytové sociální služby mají povinnost ponechávat uživatelům 15 % z jejich příjmů pro jejich vlastní potřebu.

Marek každý den chodí do města, navštěvuje výstavy, účastní se místních akcí a hlavně se věnuje svým oblíbeným nákupům. V takovém případě dochází k nákupu zbytečných věcí nebo věcí ve velkém počtu. Poté je nutná spolupráce se sociálními pracovníky, klíčovou pracovnící a dalšími zaměstnanci domova, kdy je Markovi vysvětlována jeho finanční situace a je učen lepšímu hospodaření s penězi.

K nezřízeným nákupům dochází i na internetových stránkách. Marek velmi dobře ovládá práci na počítači, má vlastní účty na sociálních sítích a je aktivní v mnoha diskuzních fórech. V této oblasti je Marek učen, jak se bezpečně pohybovat na internetu, aby neohrožoval své soukromí. Mnohdy však trvá i několik měsíců, než tyto rady Marek využije. Často jsou tato doporučení příčinou jeho negativismu a uzavření se do sebe. Dalším následkem je zvýšená agresivita, kterou míří proti pracovníkům.

Naštěstí jsou Markovy sklony k agresivnímu chování potlačovány vhodnou medikací a je v pravidelném kontaktu se svým ambulantním psychiatrem. Vždy po nějakém záchvatu či nežádoucím projevu chce sám vyhledat pomoc psychiatra a vzniklou situaci řešit. Své chování si uvědomuje, lituje ho a chce ho napravit.

Návrh řešení

Jak vyplývá z popisu Markových obtíží, problémové chování se objevuje ve chvíli, kdy nejsou splněny jeho momentální požadavky a přání, je přehlcn svými aktivitami nebo naopak má aktivit málo a nemá co dělat. V takovém případě přemýšlí nad zbytečnými otázkami, vymýšlí nové potíže a hledá jakékoliv důvody, aby se kolem něho něco řešilo. K takovým situacím docházelo například během letních prázdnin, kdy Marek nechodil do školy a měl více volného času. V tu dobu byl v kontaktu se svým opatrovníkem téměř dvakrát až třikrát týdně a neustále se řešily jeho nové žádosti.

Bylo to období, kdy Markovi nestačilo, aby mu jedna věc byla vysvětlena jednou nebo dvakrát, ale jedním tématem se zabýval několik týdnů. Své aktuální problémy nebo otázky neřešil však pouze se sociálními pracovníky a opatrovníkem, ale své dotazy adresoval také pracovníkům a soudcům okresního soudu. Ti se samozřejmě jeho podáními musejí zabývat, takže poté bylo nutné podávat vysvětlení, proč se na ně obrací přímo opatrovanec.

V tomto případě je důležité, aby fungovala vzájemná spolupráce mezi Markem, sociálními pracovníky, opatrovníkem a organizacemi, jejichž služeb právě

využívá. Jedině tak je možné, aby bylo pro Marka zvoleno správné množství vhodných aktivit, které ho budou rozvíjet a zároveň naplňovat. Jakmile někdo pozná, že je chování Marka nežádoucí, měl by na to neprodleně upozornit ostatní. Dotyčný by si o tom měl nejprve promluvit s Markem a zjistit přímo od něho, proč se takto chová a co je příčinou. Marek je v tomto ohledu otevřený a dokáže o svých obavách mluvit, jeho snížený intelekt zde není překážkou.

Pokud poté nedojde k odstranění příčin negativního chování, měli by být přizváni další účastníci. Je ověřené, že tyto společné schůzky jsou efektivní a vedou k očekávanému závěru. Těchto schůzek se účastní Marek, vedoucí sociální pracovnice domova, jeho klíčová pracovnice, opatrovník a popřípadě také zástupce z některé neziskové organizace či zdravotník. Složení se odvíjí podle toho, jaká témata se probírají. První čtyři jmenovaní jsou však přítomni vždycky.

Na začátku těchto sezení zpravidla vedoucí sociální pracovnice sdělí, proč se setkání svolalo a co je předmětem této schůzky. Poté dostává slovo Marek a sdělí svůj názor, postoj ke vzniklé situaci a návrh řešení. Poté se vyjadřují ostatní zúčastnění a doplňují k tomu své postřehy. Je podstatné, aby na konci jednání bylo shrnuto, co je společným cílem a jak bude naplněn. Každý má svůj úkol. Poté je také Marek požádán, aby i on zkusil zopakovat, k jaké změně by mělo dojít.

Jelikož byl zrušen Kurz na doplnění základů vzdělání, který Marek navštěvoval po dobu jednoho roku, cílem bylo najít jinou alternativu vzdělávání. Marek do školy chodil rád, poctivě se sám připravoval a skutečně projevoval o studium zájem. A jelikož podával ze třídy nejlepší výsledky, kterými se rád chlubil, měla škola pozitivní vliv na jeho psychický stav.

Bylo domluveno s domovem, že bude Marek přihlášen do kurzu Euroinstitutu, který organizuje vzdělávání lidí se zdravotním postižením, především však s mentálním postižením. Marek již absolvoval orientační zkoušky, na základě kterých byl zařazen do oboru s názvem Pečovatelské služby. Jedná se o tříletý učební obor, po jehož absolvování žák získá výuční list. Je určen především pro jedince s lehkým mentálním postižením. Výuka probíhá dvakrát týdně a vyučovací hodina trvá jeden a půl hodiny. Během této doby se Marek vzdělává v různých předmětech, jako je český jazyk, matematika ale také poznávání svého těla a další předměty.

Je zásadní, aby s navrženým řešením Marek sám souhlasil. Není efektivní, pokud je mu nakázáno něco, s čím on nesouhlasí. Je důležité, aby si skutečně uvědomil, že ve svém chování pochybil a sám to chtěl napravit. V případě, že k tomu

nedojde, nedojde k pozitivní změně a Marek se naopak více uzavře a vznikají nové konflikty.

Důležitá je tedy úzká součinnost mezi poskytovatelem sociálních služeb a opatrovníkem, při které si předávají nové postřehy a sdělují všechny změny a plány. V tomto je spolupráce na velmi dobré úrovni a díky otevřené komunikaci a častým setkáváním dosahuje Marek pokroků, na kterých si on sám velmi zakládá.

4.2.2 Lukáš

Lukášovi je dvacet let a tři roky žije v domově pro osoby se zdravotním postižením. Je postižen více vadami. Má Downův syndrom, těžkou mentální retardaci s autistickými rysy v chování, svalovou hypotonií horních i dolních končetin a nadměrnou pohyblivost v kloubech. Již od narození žije v ústavních zařízeních. Ze své rodiny je v kontaktu pouze se svoji babičkou, která ho v domově pravidelně navštěvuje.

Osobní anamnéza

Lukáš se narodil z prvního těhotenství své matce ve 37. týdnu. Po porodu byl křišen a několik týdnů byl na jednotce intenzivní péče pro novorozence, odkud byl převezen přímo do kojeneckého ústavu. Ve svých třech letech byl přijat do domova pro osoby se zdravotním postižením v Praze.

Jelikož je těžce zdravotně postižený, byl mu speciálně pedagogickým centrem navržen odklad povinné školní docházky. Další rok se odklad opakoval. V osmi letech nastoupil do základní školy speciální, kde byl vyučován podle rehabilitačního plánu základní školy speciální.

V roce 2014 bylo zahájeno řízení o omezení jeho svéprávnosti a opatrovnictví. Jelikož však nebylo možné provést ani základní somatická vyšetření pro agresivitu a jeho nespolupráci, byl na počátku roku hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Sem byl přijat nedobrovolně, avšak se souhlasem jeho babičky, která byla v tuto dobu jeho poručnící. Hospitalizaci doporučila jeho lékařka, jelikož Lukáš odmítal jakékoliv zacházení. Při jakékoliv manipulaci byl velmi neklidný, nesmělo se na něho sáhnout a dokonce poznal léky při podávání v jakékoliv podobě, čímž ohrožoval své zdraví. Během tohoto týdenního pobytu byl vyšetřen jak po tělesné tak duševní stránce.

Na základě tohoto problémového chování pro něj pracovníci s jeho babičkou hledali nové a vhodnější zařízení. V roce 2014 byl přijat do domova pro osoby se zdravotním postižením, kde žije dosud.

Rodinná anamnéza

O rodině Lukáše nejsou téměř žádné informace. Již po jeho narození o něho nejevila zájem a on byl umístěn do kojeneckého ústavu. Jediná, kdo se o Lukáše i v tuto dobu zajímá, je jeho babička. Ta byla v jeho devíti letech ustanovena jeho poručnicí. Když bylo zahájeno jednání o omezení svéprávnosti, požádala soud, aby nebyla jmenována opatrovníkem, jelikož je již v důchodovém věku a zastupování Lukáše v právních jednáních by pro ni bylo obtížné. Nebydlí ani v jeho okolí a veškeré zařizování bylo o to náročnější.

Přesto se snaží ho navštěvovat zhruba jednou za měsíc. Nosí mu různé dobroty, oblečení a jiné dárky. Někdy jej bere na vycházky. Dříve si ho brala i na víkendy či prázdniny, ale s přibývajícím věkem vykonává návštěvy jen v domově. Mají k sobě velmi blízký vztah, jsou spolu rádi. Když Lukáš babičku vidí, reaguje na ní vždy pozitivně, směje se, mne si ruce.

Aktuální stav

Lukáš žije od roku 2014 v domově pro osoby se zdravotním postižením. Jeho zdravotní stav je v tuto dobu stabilizovaný a podařilo se také usměrnit jeho problémové projevy v chování.

V létě tohoto roku došlo k prodloužení omezení jeho svéprávnosti a opatrovnictví. Lukáš zůstal omezen v právních jednáních a jeho opatrovníkem zůstala obec, jelikož se nenašla jiná fyzická osoba z jeho rodiny nebo okolí, která by o něho projevovala dlouhodobý a skutečný zájem. Lukášovy příjmy jsou tvořeny invalidním důchodem třetího stupně a příspěvkem na péči čtvrtého stupně, ze kterého je však hrazena péče o jeho osobu v domově.

Vzhledem k autistickým rysům Lukáš lpí na přísném dodržování denních stereotypů. Pokud dojde k jejich vychýlení, zneklidní a je agresivní. Opomene-li si např. vyčistit zuby při cestě z koupelny, už není možné, aby se tam vrátil a zuby si dočistil. Je také velmi fixovaný na pracovníci přímé péče, která s ním tráví během dne nejvíce času. Na ostatní lidi nereaguje a nechce s nimi spolupracovat.

Lukáš navštěvuje praktickou školu dvouletou. Nyní absoluuje druhý ročník. Stejně jako první ročník je i druhý ročník na doporučení speciálně pedagogického

centra rozložen do dvou let. Nyní tedy absolvuje druhý ročník podruhé. Na tuto praktickou školu dvouletou nastoupil po splnění 10. ročníku školní docházky v rehabilitační třídě základní školy speciální na téže škole.

Lukáš zde pracuje podle svého individuálního vzdělávacího plánu. Cítí se bezpečně pouze v situaci, které rozumí, poté je ochoten spolupracovat, i když je nutné respektovat jeho aktuální náladu a vhodně jej motivovat pomocí činností, které má rád. Upřednostňuje zpěv lidových písní a říkadla, kladně posiluje jeho chování sladkostí. Rád také cvičí. Lukáš komunikuje neverbálně pomocí gest a referenčních předmětů. Ve škole také využívá komunikační lišty. Denní program je nutné mít přísně strukturovaný, každá změna jej vyvede z rovnováhy a potom odmítá pracovat.

Nyní je Lukáš schopen plnit úkoly podle piktogramů. Dokáže k nim přiřadit reálné předměty a umí řadit předměty dle barev. S malou pomocí odliší i stranově obrácené tvary a písmena. Jeho velkou motivací k většině činností je poslouchání písniček. Ve škole se však snaží omezit jejich poslouchání na minimum. Když je dobře naladěný, při zpívání hraje na tělo nebo jednoduché Orffovy nástroje. S pomocí pedagoga tancuje na své oblíbené písni.

V sebeobsluze je téměř samostatný, jen občas potřebuje pomoc asistenta. Avšak k návštěvě WC je nutné jej vyzvat, jinak se pomočí. Lukáš se dlouho také potýkal se stereotypní onanií před každým močením, což vedlo ke zdravotním potížím v podobě hematurie (krev v moči). Pomočení bylo také v jednu dobu projevem jeho nesouhlasu a vzdoru. Při stolování je schopen připravit si prostírání i příbory na stůl a na vyžádání si po sobě odnese talíř na okénko. Svléká a obléká se prakticky sám.

V případě, že je motivován, ujde krátkou trasu. Silnou motivací pro něho bývá například škola nebo jeho babička, se kterou rád chodí na krátké procházky. Do školy a ze školy je však s dalšími studenty dovážen autem. Zvládl absolvovat také školu v přírodě a velmi rád chodil na procházky do lesa. V tomto případě zvládl ujít i delší trasy bez vynucování si písniček. V běžné dny využívá písničky již jen na rozejtí, pak už je schopen jít bez nich. V poslední době se zapojuje do her s míčem, kdy dokáže chytit letící míč.

Popis potíží

Lukášovy potíže souvisí nejčastěji s agresivitou, vzdorovitostí a lpěním na stereotypních zvycích, které jsou způsobené autistickými rysy v jeho chování.

V tuto dobu lze Lukášův stav označit jako za stabilizovaný bez větších výkyvů. Ty přicházejí ve chvíli, kdy se kolem něho dějí neočekávané změny, na které není připraven. Takové období bylo např. v době, kdy se před třemi lety přestěhoval z pražské pobytové sociální služby na Kutnohorsko. Vše tu pro něho bylo nové, neznámé a od toho se odvíjela jeho nespokojenost s okolím.

Odmítal stravu, léky, nezapojoval se do žádných aktivit a byl agresivní k pracovníkům v sociálních službách a dalším zaměstnancům domova. Měl období, kdy svůj vzdor a nespokojenost prezentoval rozmazáváním stolice a jiných tělních tekutin po místnosti. Jediným člověkem, se kterým spolupracoval, byla jeho babička, na kterou byl a stále je velmi fixovaný.

Když si Lukáš již v novém prostředí začínal zvykat a jeho potíže se zmírnily, proběhly v domově organizační změny. Domov pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém Lukáš žil, se sloučil s jiným zařízením a všichni uživatelé se museli přestěhovat do jiné části města. Tyto změny proběhly v létě roku 2016 a u Lukáše vyvolaly další vlnu nespokojenosti.

Návrh řešení

Jak již bylo zmíněno výše, v tuto dobu je Lukášovo chování poměrně klidné. Samozřejmě se však vyskytují okamžiky, kdy je nervózní a spolupráce s ním je obtížnější, ale problémy již nejsou tak intenzivní a dlouhodobé. Stejně jako byl Lukáš dříve fixovaný na svoji babičku, se kterou nejvíce spolupracoval, je nyní vázaný na konkrétní pracovníci přímé péče, se kterou má užší vztah. Ta se již spolehlivě orientuje v jeho náladách a aktuálních stavech a ví, jak ho motivovat k různým činnostem. On jí důvěřuje a dá na její pokyny.

V popisu aktuálního stavu bylo vylíčeno, že Lukáš navštěvuje praktickou školu dvouletou, přičemž každý ročník má rozložený do dvou let. Tak se dohodla jeho třídní učitelka po konzultaci se speciálně pedagogickým centrem, sociální pracovníci z domova a opatrovníkem Lukáše. Bylo to jediné řešení, jak Lukášovi umožnit co nejdelší školní docházku. Právě školní výuku má velmi rád a díky ní dělá jasné pokroky. Velmi negativně prožívá, jakmile je školní docházka přerušena prázdninami nebo svátky, což je také důsledek jeho ulpívání na denním harmonogramu.

S tím souvisí také možná otázka dalšího vzdělávání poté, co příští rok Lukáš zakončí své studium na praktické škole dvouleté. Je pravděpodobné, že bude

zakončení školní docházky špatně snášet a bude to pro něho nežádoucí změna. Může to opět vyvolat jeho problémové chování a celkové zhoršení psychického stavu. V případě, že se nenajdou jiné aktivity, které by byly pro Lukáše vhodné, jako je například sociální rehabilitace, rukodělná dílna apod., mohl by využít nabídku Euroinstitutu, jako jiní uživatelé domova.

V tomto případě by samozřejmě záleželo na jeho zájmu o další studium a také na doporučení speciálně pedagogického centra. Ostatní strany, jako je sociální pracovnice, Lukášova klíčová pracovnice či opatrovník by jistě nebyly proti.

4.2.3 Jaromír

Jaromír je 45letý muž se středně těžkou mentální retardací a poruchou osobnosti. V tuto chvíli nevyužívá žádnou službu pro osoby se zdravotním postižením, avšak téměř celý svůj život žil v pobytových sociálních službách. Jeho situace se od předešlých dvou případových studií liší tím, že v tuto chvíli se nedaří využít dostupných možností systému péče o dospělé osoby s mentálním postižením tak, aby se úspěšně začlenil do společnosti.

Osobní anamnéza

Jaromír se narodil svým rodičům jako druhý ze třech dětí. Po porodu byl asfyktický a jeho vývoj byl opožděný. Zhruba po roce a půl se začaly objevovat záchvaty vzteku, které byly doprovázeny krátkou ztrátou vědomí. Od jeho sedmi let pravidelně navštěvoval dřívější ústav sociální péče, do kterého ho vozil jeho otec. Ve svých devíti letech byl zproštěn povinné školní docházky. Nikdy se nenaučil číst, psát ani počítat.

Byl zbaven způsobilosti k právním úkonům (pozn. dnes omezení svéprávnosti) a jeho opatrovníkem byl ustanoven jeho otec. Již v době dospívání se u Jaromíra projevovaly poruchy chování, kvůli kterým byl již v šestnácti letech hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy. V tomto věku se jednalo např. o pokus o znásilnění. Během svého života byl hospitalizován v různých psychiatrických nemocnicích a celkový počet činí více než čtyřicet pobytů. Pro většinu z nich byl důvodem alkoholismus, agresivita, delikvence a opakované útěky.

Během svého života prošel několika domovy pro osoby se zdravotním postižením. Kolektivní soužití s ostatními uživateli služeb však s sebou přinášelo konflikty, a proto jeho poslední službou byla podpora samostatného bydlení. Jaromír

žil v pronajatém bytě poslední rok a půl, ve kterém mu byla poskytována podpora sociálních pracovníků. Ti ho pravidelně navštěvovali, stejně jako on je v domově pro osoby se zdravotním postižením, který službu podpora samostatného bydlení poskytuje. Jelikož mu však byla smlouva vypovězena, v tuto dobu nevyužívá žádnou podporu či pomoc sociálních služeb.

Rodinná anamnéza

Jaromír pochází ze třech dětí. Jeho mladší bratr žije s jejich matkou a se svoji rodinou v rodinném domku, ze kterého všichni pochází. Starší sestra žije na ubytovně a se svoji rodinou kromě Jaromíra se nestýká. Jejich otec zemřel před pěti lety. Z Jaromírova vyprávění vyplývá, že právě s ním si nejvíce rozuměl. Oba rodiče absolvovali dřívější zvláštní školu. Z různých dostupných zpráv je zřejmé, že celá rodina se potýká s nadužíváním alkoholu, má finanční potíže a neobvyklá u nich není ani trestná činnost.

Aktuální stav

V tuto chvíli se Jaromír nachází ve složitém období, které započalo vypovězením smlouvy o poskytování sociální služby podpora samostatného bydlení. Ta mu byla ukončena ze strany poskytovatele sociálních služeb, jelikož nastaly jisté rozpory mezi ním a veřejným opatrovníkem. Jaromír je od svých osmnácti let omezen ve svéprávnosti a v tuto chvíli je zastupován opatrovníkem z obce, jelikož z rodiny se nenašel nikdo, kdo by mohl a chtěl tuto funkci zastávat.

Jelikož však došlo k několika nedorozumění mezi opatrovníkem a poskytovatelem sociální služby, kterou Jaromír využíval, musel opustit byt ve kterém žil a ve kterém mu byla služba poskytována. Od té doby má Jaromírův opatrovník na starost nejen jeho právní jednání, ale také jeho bytovou a zdravotní situaci.

V krátké době se pro něj podařilo najít ubytování a Jaromír se nastěhoval do ubytovacího zařízení, kde sdílel pokoj se starším mužem. Několikrát v týdnu byl v kontaktu s opatrovníkem z městského úřadu, jelikož to byl jediný člověk, který mu pomáhal s jeho veškerými starostmi. Z počátku vše fungovalo a Jaromír vypadal spokojeně. Pravidelně se stýkal s opatrovníkem, docházel ke svému psychiatrovi do ordinace a také každý týden jezdil za svoji rodinou. Toto cestování je Jaromírovým největším koníčkem. Přestože má středně těžkou mentální retardaci, neumí číst ani psát, nezná hodiny a nezná hodnotu peněz, je schopný cestovat vlakem

a zvládá několik přestupů. Jaromír je velmi výřečný a velmi rád a snadno navazuje kontakty s cizími lidmi. To je pro něho užitečné právě pro potřeby cestování, avšak často se kvůli své houževnatosti dostává do nepříjemných situací.

V tuto chvíli je s Jaromírem zahájeno trestné řízení. Opatrovník a sociální pracovníci téměř každý týden řeší novou problémovou situaci, do které se Jaromír dostal. Nejčastěji se jedná o nevhodné chování na veřejnosti, které je spojeno s konzumací alkoholu.

Popis potíží

Jaromír má středně těžkou mentální retardaci s poruchami chování, pro které po svůj celý život využívá různých služeb pro osoby se zdravotním postižením. Prošel několika pobytovými službami, avšak nikde se nedokázal socializovat natolik, aby tam zůstal natrvalo. Porucha chování a časté porušování vnitřních řádů a pravidel byl také oficiální důvod, který poslední poskytovatel uvedl pro ukončení spolupráce.

Když se Jaromírovo chování začalo ještě více zhoršovat a bylo evidentní, že samostatný život v ubytovacím zařízení nebude zvládat, hledal opatrovník různé možnosti. Jednou z nich byla sociální pobytová služba domov pro osoby se zdravotním postižením či domov se zvláštním režimem. Jelikož však Jaromír za svůj život prošel již několika domovy, které vždy musel opustit pro své chování, všechny žádosti mu byly zamítnuty.

Další možností, která taktéž nebyla úspěšná, bylo nalezení bytu ideálně s podporou nějaké neziskové organizace či pečovatelské služby. V danou dobu však v Kutné Hoře nebyly vhodné byty k dispozici. Kromě toho bylo zřejmé, že Jaroslava předchází jeho špatná pověst a nikdo nechtěl mít s jeho osobou nic společného. Další komplikací je to, že se na Jaromíra nelze spolehnout v dodržování termínů a času schůzek. Nevlastní mobilní telefon a neorientuje se v čase. Proto je s ním jakékoliv plánování a domlouvání náročné.

Jeho chování je velice proměnlivé a odvíjí se především od toho, zda požil alkohol či nikoliv. Pokud přichází střízlivý, bývá čistě oblečen a v rámci možností upraven, je velmi komunikativní a houževnatý. Dožaduje se kávy a je schopný hodinu vyprávět o svých kamarádech, zážitcích či plánech do budoucna. Často jeho konverzace ulpívá na stále stejných tématech a chce znát odpovědi na tytéž otázky. V těchto situacích slibuje, že se ve svém chování polepší, že už nebude pít alkohol a nebude narušovat veřejný pořádek.

Stále častěji se však stává, že přichází pod vlivem alkoholu. S tím pak souvisí jeho vzhled a úprava. Snaží se utajit, že přespává venku, holduje alkoholu a má opakované problémy s policií. Jelikož je však Jaromír v okolí známou osobou, ví se o jeho přestupcích ještě dříve, než sám dorazí za opatrovníkem. V takových situacích přichází negativně naladěný, je agresivní a vyhrožuje fyzickým násilím. Jakékoliv domlouvání či vysvětlování nemá v Jaromírově případě pozitivní účinky. Ve chvíli, kdy je snaha se s ním domluvit na vzájemném respektování pravidel nebo jsme naopak více autoritativní, vyvolá to v něm ještě větší agresi.

Jelikož slovní a fyzickou agresi nelze brát na lehkou váhu, je navázána úzká spolupráce s psychiatrem, ke kterému Jaromír pravidelně dochází jednou za týden nebo dvakrát do měsíce. V době, kdy žil v pobytové sociální službě, byl na medikaci, aby byl schopen vyjít s ostatními uživateli. Avšak poté, co začal žít sám, mu lékař léky vysadil. Sdělil, že užívání léků v tomto případě není nutné a Jaroslav k němu dochází pouze na běžné kontroly.

Jak již bylo zmíněno, Jaromír byl během svého života více než čtyřicetkrát hospitalizovaný v různých psychiatrických nemocnicích. Cílem těchto pobytů bylo stabilizovat jeho chování. Jelikož však žádný z nich nebyl nařízen soudem a Jaromír projevoval vážný nesouhlas s hospitalizací, byl zpravidla po měsíci propuštěn nebo z nemocnice sám utekl. Ani v současné době nepovažuje jeho psychiatr hospitalizaci nebo souvisejší psychiatrickou péči za přínosné řešení.

Situace se však možná změní, jelikož v tuto dobu je s Jaromírem zahájeno trestní řízení. Byl mu ustanoven obhájce a byl přizván znalec z oboru sexuologie, který bude mít za úkol vyšetřit ho a vypracovat znalecký posudek pro účely trestního jednání. Na základě toho pak soud stanoví další opatření.

Návrh řešení

Je evidentní, že jedním z důvodů Jaromírových problémů je fakt, že nemá svůj domov a zázemí, kde by se cítil bezpečně a kam by se mohl vždy vrátit. Celý svůj život žije převážně na cestách a nikde nezůstává natrvalo. Jelikož je u své rodiny a u svého okolí vnímán negativně, nikdo mu nechce dlouhodoběji pomáhat. Je to však začarovaný kruh, jelikož do této situace se Jaroslav dostal svými neustálými potížemi. Je nutné, aby měl Jaromír své místo, které by bylo skutečně jeho. Měl by zde své věci a mohl se tam kdykoliv navrátit a za rodinou a svými známými by jezdil spíše nárazově.

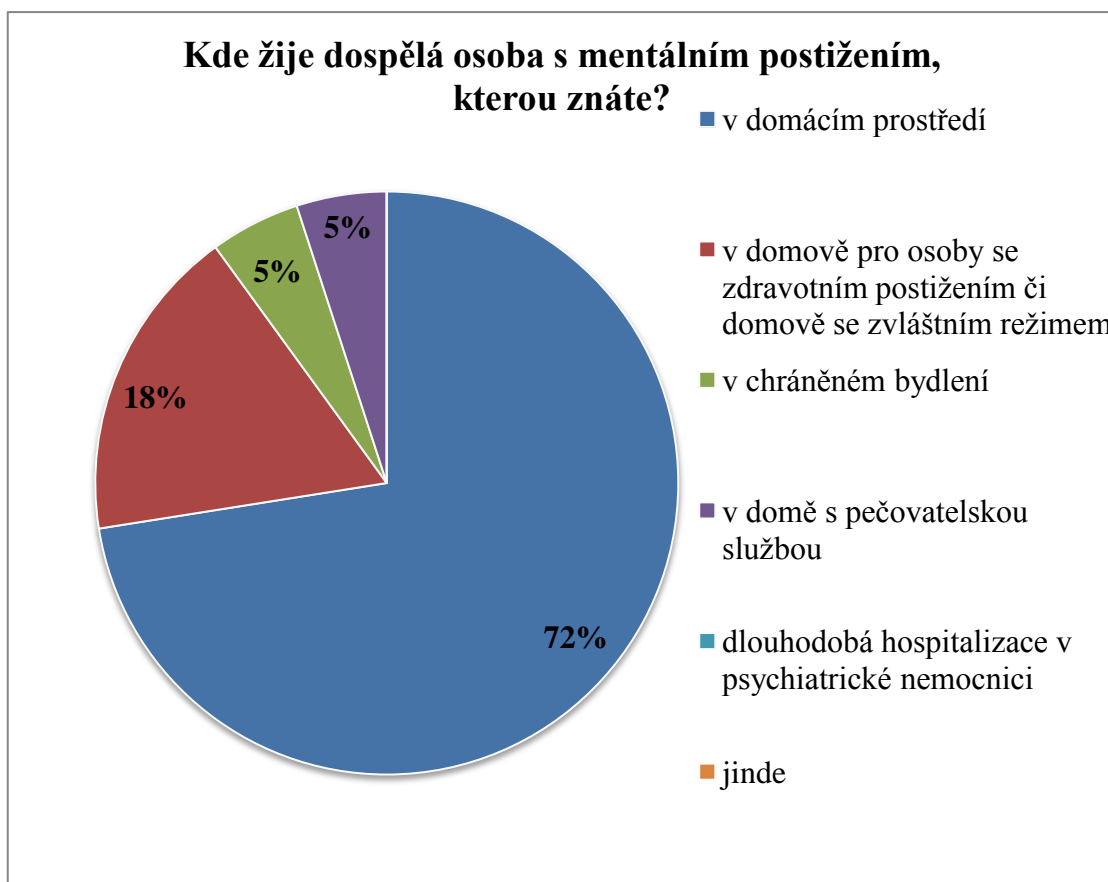
V tom případě je ale nutné, aby měl Jaromír důvod setrvávat v místě svého stálého bydliště. Řešením by mohla být služba, která by mu byla poskytována ideálně během pracovních dní. Mohlo by se jednat o formu denního stacionáře, klubů či jiné služby, která by poskytovala například vzdělávací a aktivizační činnosti. Další variantou by mohlo být zaměstnání. Jaromír je velmi aktivní a poměrně pracovitý člověk. Rád pomáhá manuálními činnostmi sousedům či lidem v okolí. Mohl by být ideálním kandidátem pro chráněnou dílnu. Ta by vyžadovala pravidelnou docházku, která by zároveň zkracovala dobu pro možné páchaní trestné činnosti a celkového problémového chování.

Jaromír má rád společnost, rád navazuje kontakty a povídá si s lidmi. Jistě by pro něho bylo přínosné, kdyby se během zaměstnání a volnočasových aktivit mohl bavit s lidmi s podobným postižením a vytvářet nová přátelství. Tak by získal plnohodnotnou náplň svého volného času.

Zároveň by bylo vhodné znovu nastavit užší spolupráci s psychiatrem, který by měl mít o jeho psychickém stavu větší přehled. Velkým problémem je u Jaromíra jeho popíjení alkoholu, které by bylo potřeba eliminovat, jelikož je příčinou většiny jeho problémů. Vzhledem ke svému intelektu však nezvládne zhodnotit svoji závislost a nemá náhled nad celkovou situací, ve které se nachází. Sám není schopen předvídat důsledky svého počínání, a proto by mu psychiatrická péče mohla pomoci.

4.3 Prezentace dat zjištěných dotazníkovým šetřením

Otázka č. 2



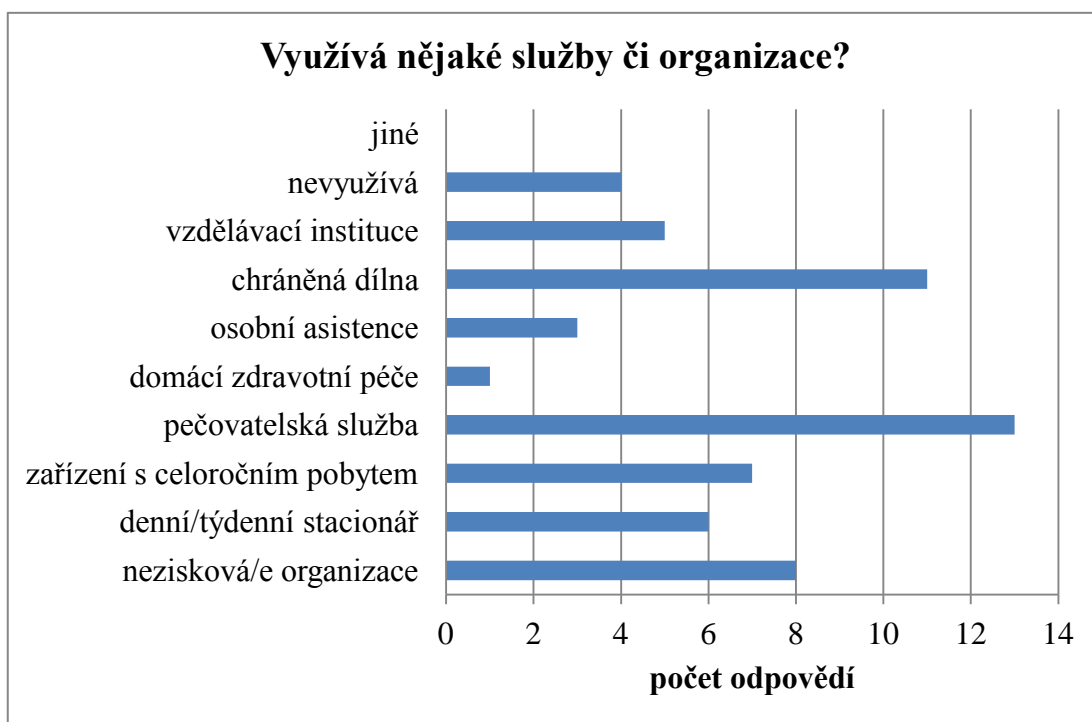
Z analýzy výzkumných dat vyplynulo, že 72 % (29 ze 40) respondentů zná dospělou osobu s mentálním postižením, která žije v domácím prostředí. V domově pro osoby se zdravotním postižením či v domově se zvláštním režimem žije 18 % (7 ze 40) osob. Služby chráněného bydlení využívá celkem 5 % (2 ze 40) uživatelů. V domě s pečovatelskou službou žije taktéž 5 % (2 ze 40) lidí s mentálním postižením. Nabídku dlouhodobé hospitalizace či jiné možnosti ne zvolil žádný z respondentů.

Otázka č. 3



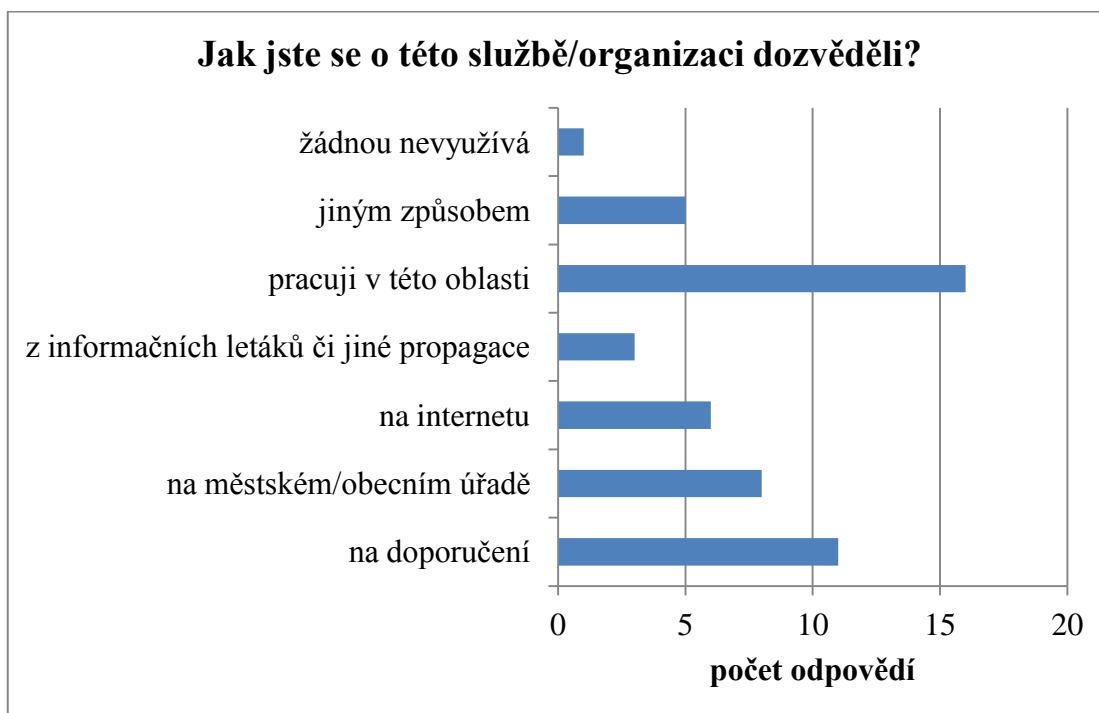
Celkem 97 % (39 ze 40) respondentů uvedlo, že je spokojeno s místem, kde žije jejich známý/známá s mentálním postižením. Pouze 3 % (1 ze 40) uvedli, že s tímto místem spokojeni nejsou. Tento respondent se domnívá, že jeho známé s mentálním postižením zde chybí kontakt s vrstevníky.

Otázka č. 4



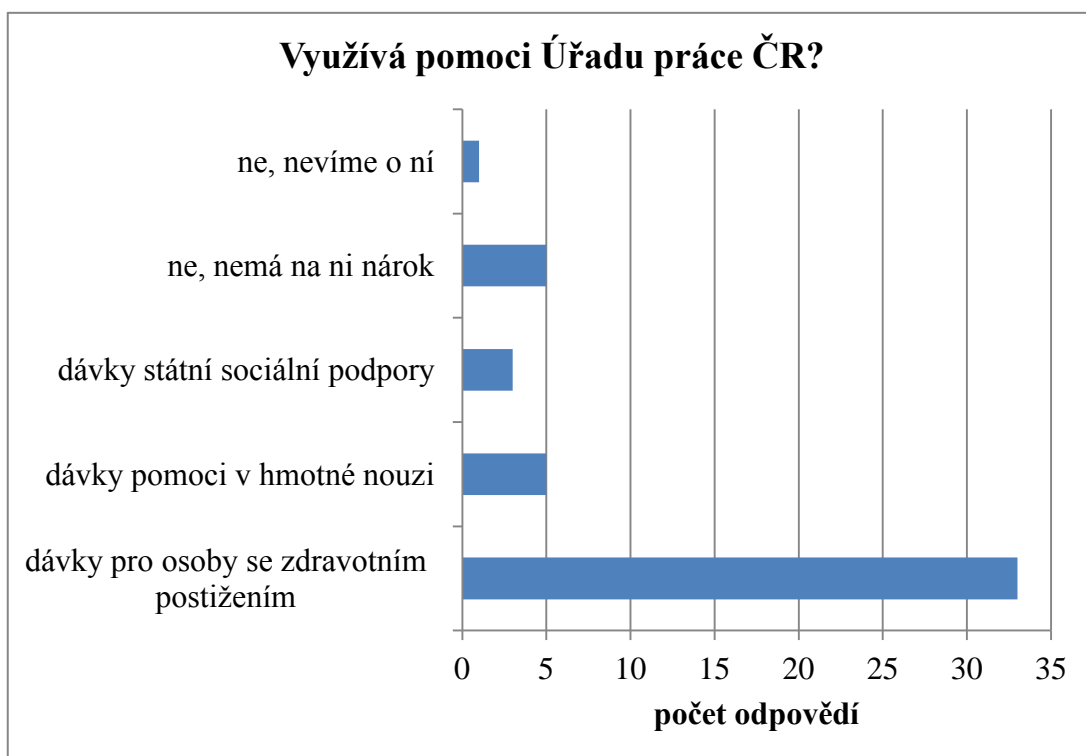
Nejvíce respondentů (13) uvedlo, že jejich známý/známá s mentálním postižením využívá služeb pečovatelské služby. Dále jich 11 odpovědělo, že dochází do chráněné dílny. Neziskovou organizaci označilo 8 respondentů. Zařízení s celoročním pobytem zvolilo 7 lidí. Formu denního či týdenního stacionáře vybralo 7 odpovídajících. Celkem 5 lidí odpovědělo, že jejich známý/známá navštěvuje nějakou vzdělávací instituci. Ve 3 případech uvedli, že ví o využívání osobní asistence. Jen 1 člověk s mentálním postižením dle výsledků dotazníkového šetření využívá služeb domácí zdravotní péče a taktéž 1 člověk odpověděl, že osoba s mentálním postižením nevyužívá žádnou ze služeb či organizace.

Otázka č. 5



Nejvíce respondentů (16) uvedlo, že pracuje v oblasti pomáhajících profesí, a proto se také orientují v nabídce služeb a organizací pro osoby s mentálním postižením. Dále v 11 případech uvedli, že jim byla daná služba či organizace doporučena. Městský či obecní úřad poradil 8 lidem. Internet využilo celkem 6 respondentů. Dále 5 odpovídajících uvedlo, že se o službě či organizaci dozvěděli jiným způsobem, a to ze školní praxe, od sousedů či od pracovníků v psychiatrické nemocnici. Z informačních a propagačních materiálů se o pomoci dozvěděli 3 respondenti. Žádnou službu či organizaci nevyužívá 1 známý/známý respondenta.

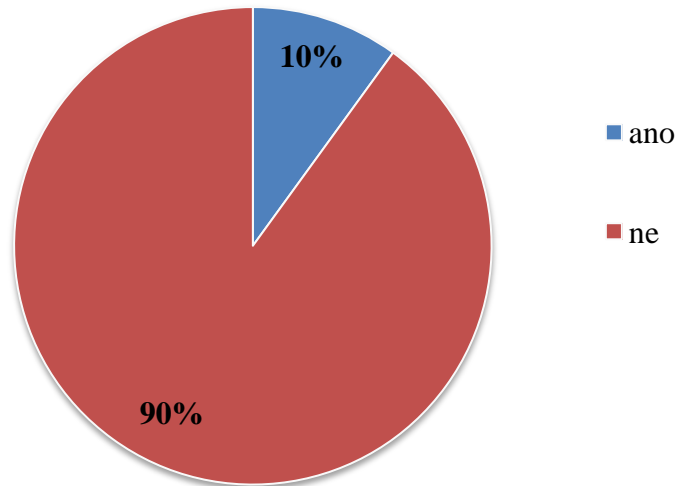
Otázka č. 6



Na tuto otázku odpovědělo 34 respondentů, že jejich známý/známá využívá dávky pro osoby se zdravotním postižením. Také 5 lidí zvolilo možnost dávek pomoci v hmotné nouzi. Stejný počet lidí uvedl, že jejich osoba s mentálním postižením žádné dávky nepobírá, jelikož na ně nemá nárok. Další 3 odpovídající sdělili, že ví o dávkách státní sociální podpory. Pouze 1 člověk odpověděl, že neví o výše zmíněných dávkách.

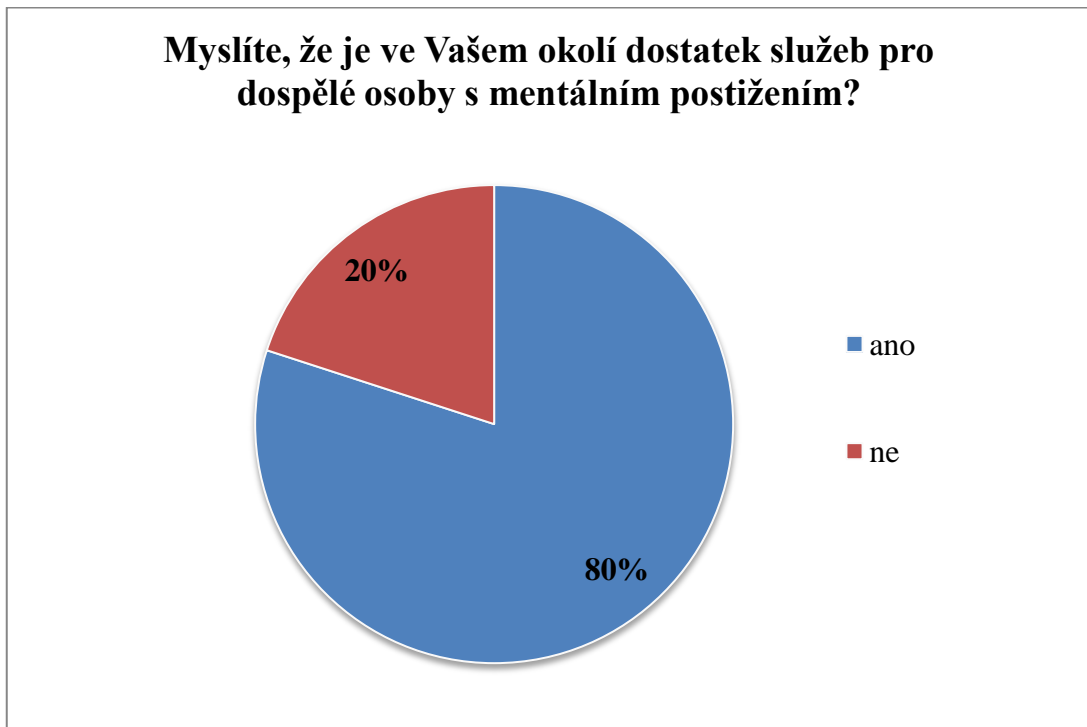
Otázka č. 7

Postrádáte ve Vašem okolí nějakou službu, která by osobě s mentálním postižením pomohla?



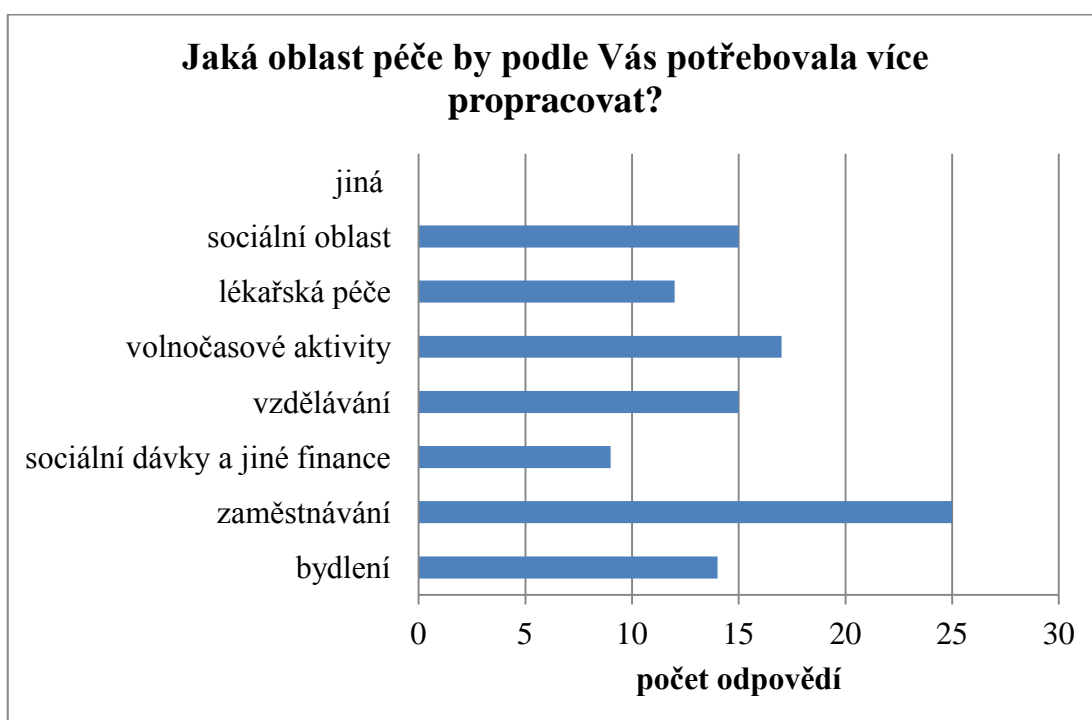
Přesně 90 % respondentů (36 ze 40) uvedlo, že nepostrádají ve svém okolí žádnou další službu, která by mohla osobě s mentálním postižením pomoci. Zbýlých 10 % respondentů (4 ze 40) by uvítalo nějaké další služby. V tomto případě se jedná o domov se zvláštním režimem a odlehčovací služby.

Otázka č. 8



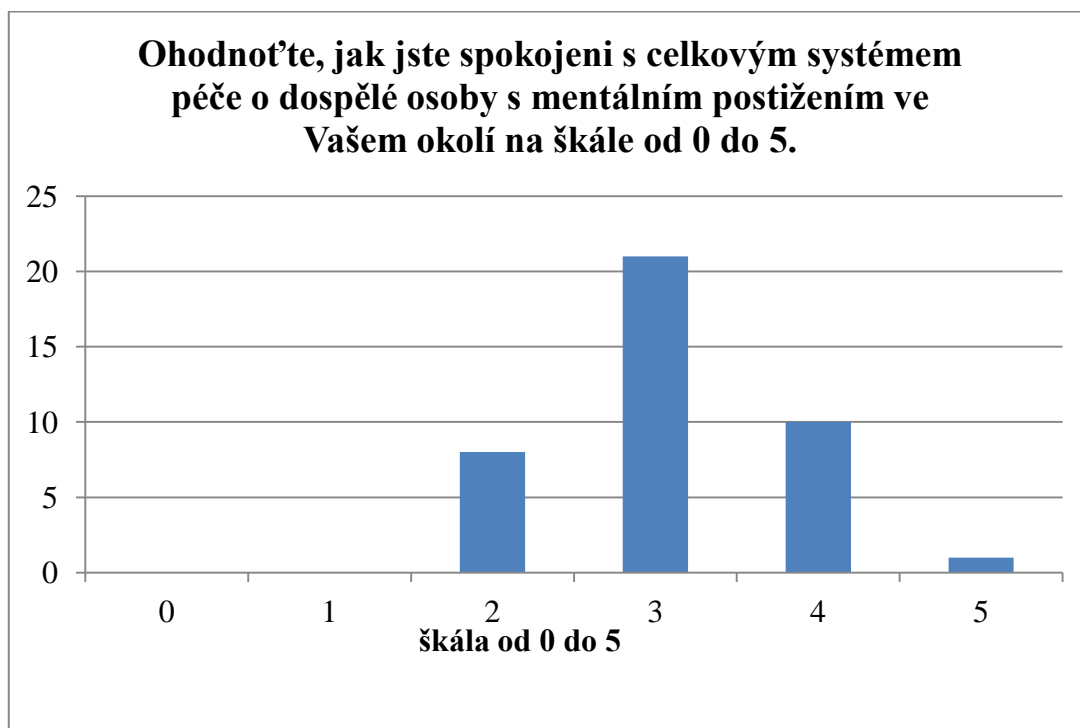
Celkem 80 % respondentů (32 ze 40) souhlasilo, že je v jejich okolí dostatek služeb pro dospělé osoby s mentálním postižením. Zbývajících 20 % respondentů (8 ze 40) uvedlo, že zde není dostatek služeb.

Otázka č. 9



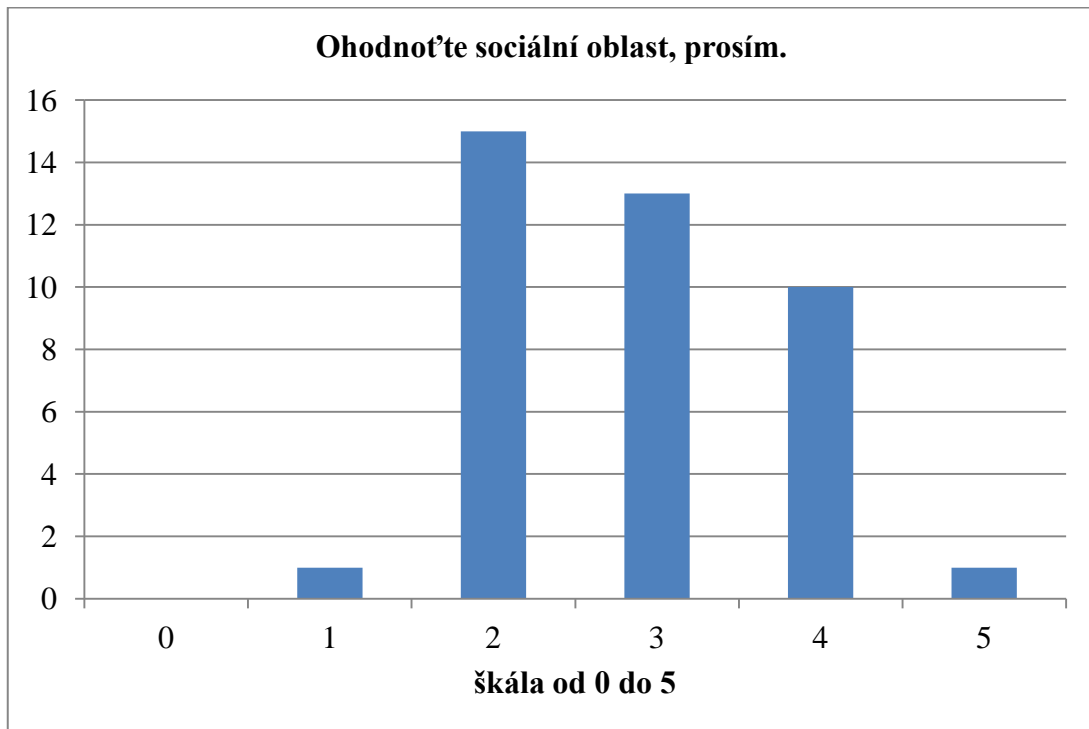
Nejvíce respondentů (25) sdělilo, že je potřeba propracovat oblast zaměstnávání. Dále se často objevovala odpověď volnočasové aktivity, a to celkem v 17 případech. Vzdělávání zvolilo 15 respondentů stejně jako oblast sociální. Potřebu propracovat bydlení shledává 14 osob. Lékařská péče se jeví jako málo propracovaná celkem 12 respondentům. Nejméně se objevovala oblast sociálních dávek a jiných financí, ta byla zvolena v 9 případech.

Otázka č. 10



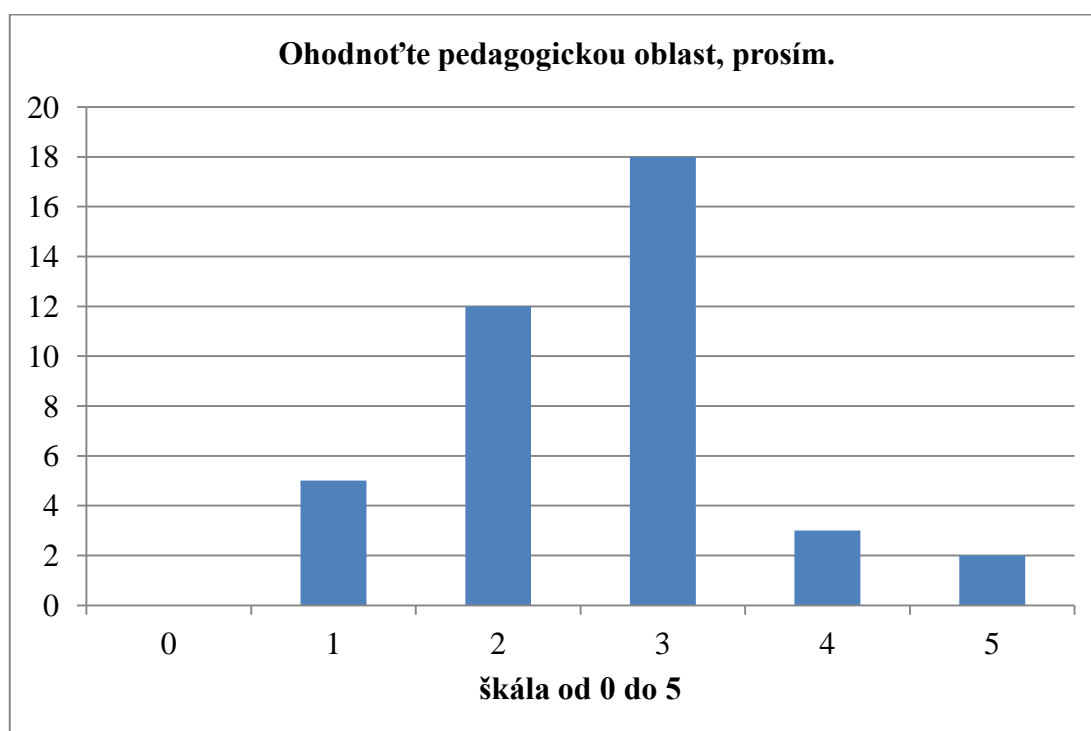
Výzkum ukázal, že respondenti jsou spíše spokojeni s celkovým systémem péče o dospělé osoby s mentálním postižením, a to ve 21 odpovědích. 10 lidí označilo možnost spokojen. Možnost spíše nespokojen zvolilo 8 respondentů. Pouze 1 odpověď získala hodnotu nejvyšší, a to velmi spokojen.

Otázka č. 10.1



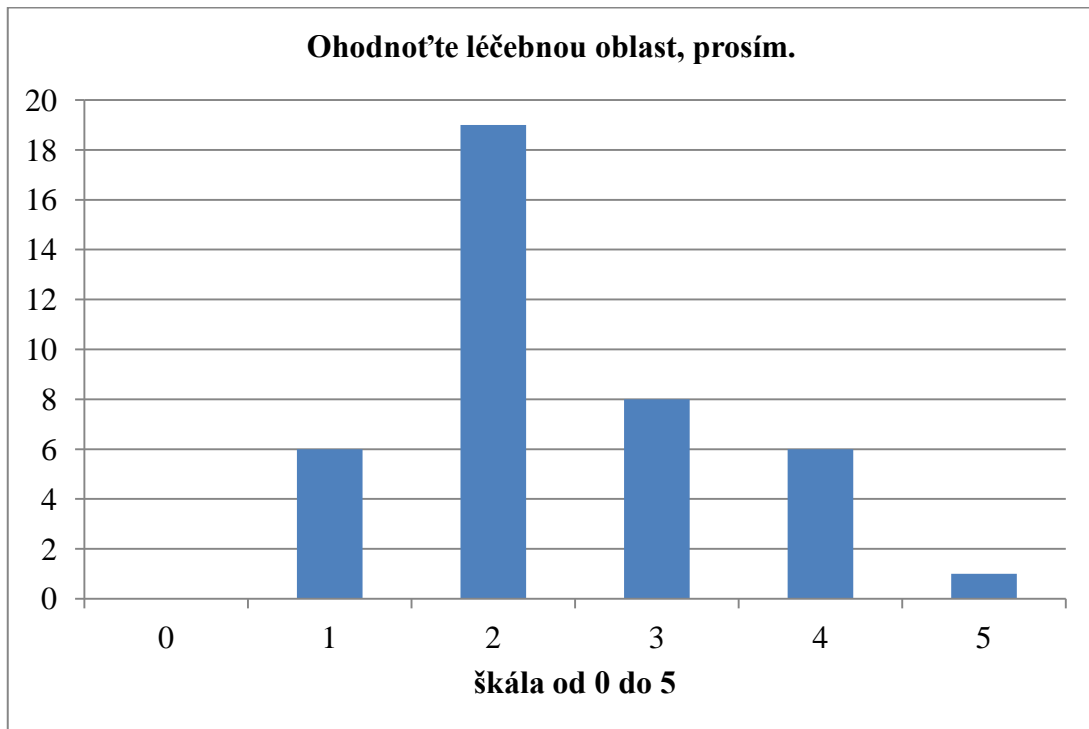
Sociální oblast respondenti nejčastěji označovali hodnotou 2 a jsou tedy spíše nespokojeni, a to v 15 případech. Dalších 13 z nich je spíše spokojeno. Spokojeno je celkem 10 respondentů, kteří zvolili hodnotu 4. Nespokojen je se sociální oblastí 1 člověk a naopak 1 z odpovídajících je velmi spokojen.

Otázka č. 10.2



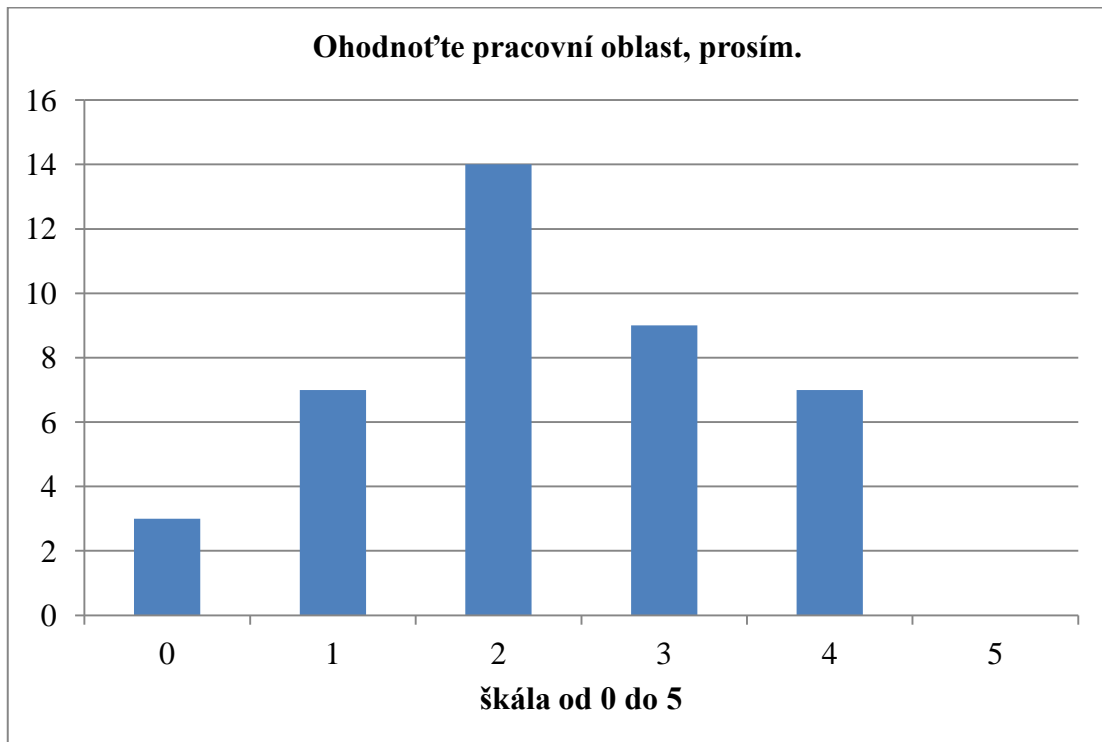
Celkem 18 respondentů uvedlo, že je spokojeno s pedagogickou oblastí v systému ucelené péče o dospělé osoby s mentálním postižením. Dále 12 lidí zvolilo možnost spíše nespokojen. Respondenti v 5 případech odpověděli, že jsou nespokojeni s pedagogickou oblastí. Další 3 sdělili, že jsou naopak spokojeni. Velmi spokojeni se vzdělávacími možnostmi jsou 2 z odpovídajících.

Otázka č. 10.3



Léčebnou oblast v uceleném systému péče o dospělé osoby s mentálním postižením zhodnotilo 19 respondentů tak, že jsou spíše nespokojeni. O mnoho méně, tedy 8 dalších sdělilo, že jsou spíše spokojeni. Shodný počet 6 lidí uvedlo, že jsou velmi nespokojeni a naopak 6 jiných je spokojeno. Velmi spokojen je dle výsledků 1 respondent.

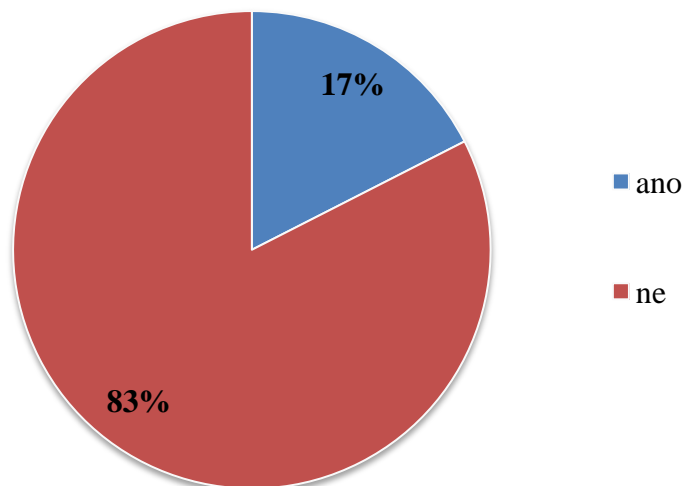
Otázka č. 10.4



Nejvíce respondentů sdělilo, a to ve 14 odpovědích, že jsou spíše nespokojeni s pracovní oblastí ucelené péče o osoby s mentálním postižením. Dalších 9 uvedlo, že jsou spíše spokojeni s pracovní oblastí. Shodný počet, tedy 7 osob zvolilo, že jsou nespokojeni a naopak 7 lidí zvolilo možnost spokojen. V této hodnotící otázce se jako v jediném případě objevila také odpověď extrémně nespokojen, a to ve 3 případech.

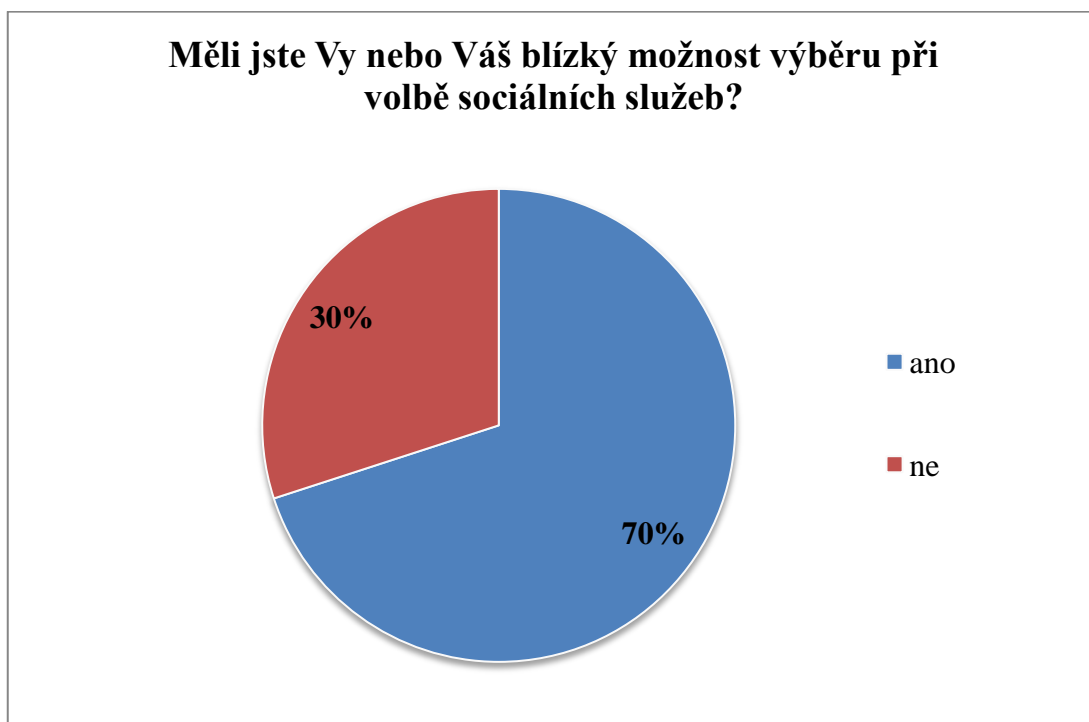
Otázka č. 11

Máte nějakou negativní zkušenost s poskytovateli péče či služeb pro osoby s mentálním postižením?



Z výzkumu vyplynulo, že žádnou negativní zkušenost s poskytovateli péče či služeb nemá 83 % respondentů (33 ze 40). Zbýlých 17 % respondentů (7 ze 40) uvedlo, že nějakou negativní zkušenost mají. V návazné otázce uvedli, že se jednalo především o nedostatečnou kapacitu v pobytových službách, o nespokojenost ve stacionáři a nedostatečnou informovanost zaměstnanců o institutu omezení svéprávnosti a opatrovnictví.

Otázka č. 12



Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 70 % respondentů (28 ze 40) mělo možnost výběru při volbě sociálních služeb. Tuto šanci nemělo zbylých 30 % respondentů (12 ze 40).

Jaké organizace nebo služby, které jsou na Kutnohorsku poskytovány dospělým osobám s mentálním postižením, znáte? Vyjmenujte je, prosím.

Nejčastěji se opakující odpovědi

- Oblastní charita Kutná Hora 30x
- Pečovatelská služba Kutná Hora 26x
- Domov Barbora Kutná Hora 16x
- LCC domácí péče 15x
- Rytmus Střední Čechy 15x
- Digno (osobní asistence) 9x
- Dítě a kůň 8x
- Základní škola a praktická škola Kutná Hora 4x

5 Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz, diskuze

Cílem této diplomové práce bylo popsat a analyzovat systém péče o dospělé osoby s mentálním postižením na Kutnohorsku. Dílčím cílem bylo zjistit, zda je v regionu těmto osobám poskytována dostatečná podpora z řad služeb či organizací a zda se zde nacházejí zástupci všech složek uceleného systému péče. Práce měla také zjistit, zda mají dospělé osoby s mentálním postižením se svými známými, rodinnými příslušníky a ostatními pečujícími osobami možnost výběru mezi jednotlivými nabídkami péče.

S využitím analýzy odborných zdrojů bylo popsáno celkem čtrnáct organizací, které nabízejí svoji pomoc dospělým osobám s mentálním postižením. Z této analýzy vyplynulo, že se na Kutnohorsku nachází poměrně velký počet různých institucí. Většina z nich, konkrétně dvanáct z představených, poskytuje různé sociální služby dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Často provozují služby sociální rehabilitace, pečovatelské služby či služby aktivizační. Další činnosti a služby byly popsány v kapitole 4.1 a jsou shrnuty v tabulce 1.

Kromě sociálních služeb byly s využitím analýzy představeny čtyři organizace, které se zaměřují také na zdravotní péči svých uživatelů. Jedná se o dvě pobytová sociální zařízení, která poskytují komplexní péči včetně té zdravotní a další dvě zprostředkovávají tzv. domácí ošetrovatelskou péči. Díky nim je na Kutnohorsku zajišťována zdravotní péče i jinými subjekty, než jsou tradiční ordinace praktických a odborných lékařů či nemocnice. Dospělí lidé s mentálním postižením jsou často pacienti psychiatrů a jejich ambulancí. Stejně jako je tomu v jiných regionech, je i zde tato lékařská oblast nedostatečně zajištěna, jelikož pro všechny obyvatele Kutné Hory a okolí s mentálním postižením a jinými duševními poruchami jsou k dispozici jen dva odborníci z tohoto oboru.

Ačkoliv z analýzy odborných zdrojů vyplývá, že je složka sociální na Kutnohorsku čteně zajištěna (viz tabulka 1), oblast pedagogická zde má pouze jednoho představitele, kterým je Základní škola a Praktická škola Kutná Hora. V té mají dospělí lidé s mentálním postižením možnost získat potřebný stupeň vzdělání či jen prohloubit své vědomosti a dovednosti. V analýze byla však představena činnost Euroinstitutu, přestože nesídlí v kutnohorském regionu. Je to z toho důvodu, že je nově využíván uživateli pobytových sociálních služeb, kterým nabízí získání

středoškolského vzdělání v několika učebních programech. A jelikož výuka probíhá v jejich přirozeném prostředí, byla tato společnost zahrnuta do diplomové práce.

Podmínkou ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením je provázanost a spolupráce jednotlivých složek péče. To je nezbytné pro dosažení co největší kvality života každého jedince. Na případových studiích bylo názorně ukázáno, že státní i nestátní organizace v regionu Kutné Hory dokážou spolupracovat tak, aby byly co nejvíce uspokojeny potřeby a přání lidí s mentálním postižením a jsou schopny společně hledat řešení v jednotlivých problémových situacích. Současně však jedna případová studie upozornila na to, že pokud tomu tak není a nějaká ze složek uceleného systému nenavazuje na druhou, má to na osobu s mentálním postižením tragický dopad.

Z analýzy odborných zdrojů vyšlo najevo, že je na Kutnohorsku dostatek služeb a organizací pro dospělé osoby s mentálním postižením. To bylo zároveň potvrzeno dotazníkovým šetřením, ve kterém 80 % respondentů uvedlo (32 z celkového počtu 40 odpovědí), že i oni jsou s kvantitou služeb a organizací spokojeni. Pouze 20 % (8) z nich sdělilo, že by ve svém okolí uvítalo ještě jiné služby, které by osobám s mentálním postižením pomohly. Mezi odpovědi se zde řadí např. domov se zvláštním režimem a odlehčovací služby. Rovněž z analýzy je zřejmé, že se tento typ služeb na Kutnohorsku nenachází a je dostupný pouze v okolních regionech. Kromě toho respondenti uvedli, že přestože se jim nabízí dostatek možností v péči o své blízké, častým problémem je plná kapacita pobytových zařízení, ať se již jedná o domov pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionář či chráněné bydlení.

Výzkum také ukázal, že 83 % respondentů (33 z celkového počtu 40 odpovědí) nemá s poskytovateli péče či služeb pro osoby s mentálním postižením žádnou negativní zkušenost a zbylých 17 % (7 respondentů) za nepříjemnou praxi řadí převážně nepřijetí do pobytových zařízení z důvodu nedostatku volných míst. Což jednoznačně nelze považovat za negativní zkušenost v užším slova smyslu.

5.1 Zhodnocení hypotéz

První hypotézou bylo zjišťováno, zda je více než 75 % respondentů (tj. více než 30 z celkového počtu 40 respondentů) spokojeno s celkovým systémem péče, který je dostupný dospělým osobám s mentálním postižením na Kutnohorsku. Tato **hypotéza byla potvrzena.**

Dotazníkové šetření ukázalo, že v součtu 80 % respondentů, tedy 32 lidí, označilo na škále spokojenosti od 0 do 5 číslo 3, 4 a 5. Průměrně jsou tedy respondenti s kutnohorskými službami a organizacemi spokojeni na hodnotu 3,1. Respondenti dále hodnotili jednotlivé oblasti uceleného systému péče. Nejlépe zhodnotili oblast sociální, která je v průměru označena hodnotou 2,9. Oblast pedagogická získala hodnotu 2,6. Oblast léčebná byla celkově ohodnocena na 2,4 a nakonec pracovní s výsledkem 2,3.

Poznámka autorky diplomové práce: *Pokud bychom zprůměrovali výsledné hodnoty jednotlivých oblastí systému péče, zjistíme, že toto číslo odpovídá hodnotě 2,6. Spokojenost s celkovým systémem péče však ukazuje číslo 3,1. Tyto výsledky ukazují, že lidé hodnotí celkový systém péče pozitivněji, nežli následující jednotlivé oblasti zvlášť. To může být způsobeno tím, že se na Kutnohorsku nachází poměrně velký počet služeb a organizací pro dospělé osoby s mentálním postižením. To může u respondentů vyvolávat dojem, že z hlediska kvantity je nabídka dostatečná. Pokud se však více zamyslí nad jednotlivými složkami uceleného systému péče, jejich odpověď a následné hodnocení je již méně příznivé, což je výsledkem osobních zkušeností.*

Druhou hypotézou bylo ověřováno, zda minimálně 50 % respondentů, tedy alespoň 20 lidí, by ocenilo více nabídek ve vzdělávací oblasti pro dospělé osoby s mentálním postižením a shledává tedy tuto složku uceleného systému péče na Kutnohorsku za nedostatečně „pokrytou“. Tato hypotéza nebyla potvrzena, jelikož v otázce na potřebu větší propracovanosti jednotlivých oblastí péče zvolilo oblast vzdělávání 15 respondentů z celkového počtu 40 lidí. Tento počet představuje 38 % všech odpovídajících, a tudíž hypotéza nemohla být potvrzena. Místo toho 25 respondentů považuje za nutné, tedy v 63 %, více propracovat oblast zaměstnávání osob s mentálním postižením.

Poznámka autora diplomové práce: *Přestože nebyla výše zmíněná hypotéza potvrzena, výsledek představil názor lidí na zaměstnávání osob s mentálním postižením. Více než polovina respondentů se shodla na tom, že je nutné pracovat na zařazení těchto osob na trh práce. Jedná se o racionální postoj, který vychází z potřeb dospělého člověka. Pro dospělé lidi je pracovní uplatnění jedním z prostředků seberealizace a známkou dospělosti. Pro osoby s mentálním postižením již nemusí mít vzdělání takovou hodnotu, jako je právě stabilní zaměstnání a s ním spojená ekonomická nezávislost.*

Názor společnosti, že je potřeba zaměstnávat osoby s mentálním postižením, může být také ukazatelem pokroku ve vnímání těchto lidí majoritní společností. Je pozitivní, že osoby se sníženými rozumovými schopnostmi nejsou vnímány tak, že je nutné se o ně po celý život starat a poskytovat jim každodenní péči. To je jistě velký pokrok ve vztahu lidí bez postižení s lidmi s mentálním postižením.

Tabulka 1 - Přehled organizací pro dospělé osoby s mentálním postižením na Kutnohorsku

	Systém péče											
Organizace	Centrum denních služeb	Denní stacionář	Týdenní stacionář	Domov pro osoby se zdravotním postižením	Domov se zvláštním režimem	Chráněné bydlení	Podpora samostatného bydlení	Sociální rehabilitace	Vzdělávání a aktivizační služby	Pečovatelské služby	Zdravotní služby	Poradenství
Domov Barbora Kutná Hora	-	ANO	ANO	ANO	-	ANO	-	ANO	ANO	-	ANO	ANO
Domov Iváň	-	-	-	ANO	-	-	ANO	-	ANO	-	ANO	ANO
Rytmus Střední Čechy, o.p.s.	-	-	-	-	-	-	ANO	ANO	ANO	-	-	ANO
Oblastní charita Kutná Hora	ANO	-	-	-	-	-	-	ANO	ANO	ANO	-	ANO
Pečovatelská služba Kutná Hora	ANO	-	-	-	-	-	-	-	-	ANO	-	ANO
Pečovatelská služba Uhlířské Janovice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ANO	-	ANO
Pečovatelská služba Zruč nad Sázavou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ANO	-	-

	System péče											
Organizace	Centrum denních služeb	Denní stacionář	Týdenní stacionář	Domov pro osoby se zdravotním postižením	Domov se zvláštním režimem	Chráněné bydlení	Podpora samostatného bydlení	Sociální rehabilitace	Vzdělávání či aktivizační služby	Pečovatelské služby	Zdravotní služby	Poradenství
ZŠ a Praktická škola Kutná Hora	-	-	-	-	-	-	-	-	ANO (vzdělávání)	-	-	-
Dítě a kůň	-	-	-	-	-	-	-	ANO	ANO	-	-	ANO
LCC domácí péče	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ANO	ANO	ANO
SC domácí péče	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ANO	ANO	ANO
Centrum pro zdravotně postižené a seniory SK	-	-	-	-	-	-	-	-	ANO	-	-	ANO
Městský úřad Kutná Hora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ANO
Euroinstitut	-	-	-	-	-	-	-	-	ANO (vzdělávání)	-	-	ANO

Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou uceleného systému péče, který je dostupný dospělým osobám s mentálním postižením na Kutnohorsku. První kapitola teoreticky vymezila cílovou skupinu, kterou byli dospělí lidé se sníženými rozumovými schopnostmi. Byla zde definována mentální retardace se svými jednotlivými stupni. Dále byla popsána specifika osob s mentálním postižením.

Jelikož se diplomová práce zaměřuje pouze na dospělé osoby, nesmělo chybět vymezení dospělosti ve svých třech věkových kategoriích a dospělost konkrétně osob s mentální retardací. Tato byla zakončena tématem osoba s mentálním postižením v právních vztazích. Zahrnovala proces omezení svéprávnosti a postavení naší cílové skupiny v rodinně právních a trestně právních vztazích. Prostor byl věnován také zdravotní péči z pohledu právní problematiky u těch jedinců, kteří jsou zastupováni opatrovníkem.

Dalším úkolem teoretické části bylo shrnout a popsat jednotlivé oblasti uceleného systému péče o dospělé osoby s mentálním postižením. Tento systém je tvořen složkou vzdělávací, sociální, léčebnou a pracovní. Dospělých osob se sníženými rozumovými schopnostmi se stále týká vzdělávání základní, jelikož legislativa umožňuje studium základního stupně až do 26 let věku. Poté jedinec může pokračovat vzděláváním středním, které je realizováno nejčastěji v praktických školách jednoletých a dvouletých nebo na odborných učilištích. Další variantou jsou poté tzv. večerní školy, aktivační centra či sebeobhajování, které již naplňují formu celoživotního vzdělávání.

Velký význam v životě dospělých osob s mentálním postižením mají služby a činnosti, které jsou vymezeny Zákonem o sociálních službách, na který bylo v této práci často odkazováno. Byly zde stručně představeny ambulantní, pobytové i terénní služby, které jsou neodmyslitelnou součástí života většiny osob s mentálním postižením. Tato oblast byla zakončena charakteristikou příspěvku na péči, jenž je důležitou finanční pomocí těchto osob. Dále se práce věnovala zdravotní péči, která se mnoho neliší od té, která je využívána majoritní společností, a proto zde byla zmíněna např. psychiatrická péče, domácí zdravotní péče či ergoterapie, jež je také řazena do sektoru zdravotnictví.

Jelikož je v životě mnohých dospělých významnou hodnotou oblast zaměstnávání, byla poslední podkapitola pojmenována jako podpora osob

s mentálním postižením v oblasti pracovního uplatnění, jelikož se zaobírala možností pracovní přípravy a poté profesním uplatněním. Přestože mohou být tito lidé zařazeni na otevřený trh práce, byla zde představena možnost chráněného pracovního místa a chráněné dílny. Lepšímu pracovnímu uplatnění mohou pomoci tzv. tranzitní programy, jejichž charakteristika je v této kapitole také zahrnuta společně s diagnostikou v tranzitním období či s diagnostikou pro volbu povolání.

Cílem empirické části bylo popsat, analyzovat a následně zhodnotit systém dostupné péče pro dospělé jedince s mentálním postižením, kteří žijí v regionu Kutné Hory a blízkém okolí. Výzkum prokázal, že systém péče o dospělé lidi s mentálním postižením je na Kutnohorsku poměrně hojně zajištěn především sociálními službami. Přestože zde jsou oblasti, které by potřebovaly více propracovat, celkově jsou obyvatelé s poskytovanou péčí spokojeni a nemají zásadní výhrady.

Potíže, se kterými se místní nejvíce potýkají, jsou naplněné kapacity poskytovaných služeb, a to především těch pobytových. Z praxe je však známo, že plné stavy a dlouhé pořadníky jsou překážkou i v ostatních regionech České republiky. I přesto téměř tři čtvrtě dotazovaných uvedlo, že mělo možnost výběru při volbě péče o své blízké s mentálním postižením, což je pozitivní výsledek. Mohli tak společně zvážit, jaké možnosti využijí a nemuseli se spokojit s jediným řešením.

Práce také potvrdila, že základem kvalitně poskytované péče o osoby se zdravotním postižením je úzká spolupráce různých subjektů, ať se již jedná o rodinné příslušníky, sociální pracovníky, pedagogy, opatrovníky a další zúčastněné. Pokud jejich společným cílem bude zajistit co nejvyšší kvalitu života osob s mentálním postižením, bude zapojení těchto lidí do společnosti co nejefektivnější. S ohledem na výše prezentované informace lze cíle empiricky orientované části diplomové práce považovat za splněné.

Aby se i nadále systém péče o dospělé osoby s mentálním postižením zkvalitňoval, je nutné rozšiřovat a upevňovat spolupráci jednotlivých subjektů péče ucelené rehabilitace. Velmi důležitá a přínosná je činnost v rámci tzv. komunitního plánování, které je jedním z úkolů obcí a krajů. Tato metoda pomáhá zjistit potřeby lidí se zdravotním postižením a jiných cílových skupin, nedostatky aktuálního systému a tyto chyby odstraňovat. Je to také prostředek pro zapojení okolních obcí, které by měly posilovat soudržnost a vzájemně si pomáhat.

Jelikož jedním ze zjištění empirické části bylo, že společnost shledává nutnost více propracovat systém zaměstnávání lidí s mentálním postižením, měla by

být rozšířena osvěta mezi zaměstnavateli. I v dnešní době je toto stále velkým problémem, který pramení z nedostatku informací. Zaměstnavatelé se brání umožnit osobám s mentálním postižením pracovat v jejich kolektivu, a tak se stále udržují v majoritní společnosti předsudky o pracovních schopnostech lidí se zdravotním postižením.

Seznam odborných pramenů a literatury

BENDOVIÁ, P., DLOUHÁ, J., M. KALIBA a P. KALIBOVA. *Vybrané kapitoly z psychopedie nejen pro speciální pedagogy*. Vyd. 1., Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 137 s. ISBN 978-80-7435-423-6.

ČÁMSKÝ, P., J. SEMBDNER a D. KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. 219 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

DLOUHÁ, Jana. *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální a sociální pedagogiky*. 2., dopl. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 154 s. ISBN 978-80-7435-333-8.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1., Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Vyd. 1., Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Vyd. 2., Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana a Josef DUPLINSKÝ. *Diagnostika: pedagogickopsychologické poradenství II*. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta, 2002. 207 s. ISBN 807290101X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Vyd. 1., Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7368-040-2.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1., Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Vyd. 1., Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Evropská konference sebeohájců " European People First" - Edinburgh 2005*. Speciální pedagogika 2005, roč. 15, č. 4, s. 310-317.

KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Speciální pedagogika mentálně retardovaných*. In. RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ, a kol., *Speciální pedagogika*. Vyd. 2., Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 313 s. ISBN 80-244-0873-2.

Mezinárodní klasifikace nemocí – desátá revize. Ženeva: Světová zdravotnická organizace, 2013. 876 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

MUSILOVÁ, Marcela. *Případová studie jako součást pedagogické praxe*. Vyd. 1., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 36 s. ISBN 80-2398-8934-6.

NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. Vyd. 1., Praha: Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.

Základ škola a Praktická škola Kutná Hora. *PASTELKA 3, Školní vzdělávací program pro obor vzdělávání praktická škola dvouletá*, 2012.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 2., Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. Vyd. 6., Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 208 s. ISBN 978-247-3133-9.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. Vyd. 1., Praha: Portál, 2003. 612 s. ISBN 80-7178-546-6.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2003. 187 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-821-X.

TEPLÁ, Marta a Šárka DOŠKOVÁ a kol. *Vzdělávací program pro vzdělávání žáků s těžkým zdravotním postižením v kurzech aktivačního centra*. Praha: NIDV, 2014. ISBN 978-80-86956-72-5

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. 816 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1., Praha: Karolinum, 2007. 464 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VALENTA, M., J. MICHALÍK a M. LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Vyd. 1., Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, Vyd. 1., Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

Internetové zdroje

Administrativní rozdělení okresu Kutná Hora. *Český statistický úřad, 2008* [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xs/kutna_hora_s_nazvy_obci_barevne

Centrum pro zdravotně postižené a seniory Středočeského kraje. *CZP Kutná Hora* [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: http://www.czpstredoceskykraj.cz/?page_id=34

Česko. Usnesení předsednictva České národní rady č. 2 ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení Listiny základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů České republiky. 1993, částka 1, s. 17-23.* Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2/1993&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Česko. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádí zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 164, s. 7021-7048.* Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=505/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Česko. Vyhláška č. 518 ze dne 23. září 2004, kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 178, s. 9935-9942.* Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=518/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Česko. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1257-1289.* Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Česko. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 131, s. 4730-4801.* Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Česko. Zákon č. 40 ze dne 9. února 2009 trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky. 2009, částka 11, s. 354-464.* Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=40/2009&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Česko. Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 143, s. 8270-8316.* Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=435/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Česko. Zákon č. 561 ze dne 24. září o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 190, s. 10262-10324.* Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=561/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Česko. Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012 občanský zákoník. In: Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 33, s. 1026-1368. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=89/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Česko. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 30, s. 1452-1480. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Dítě a kůň [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <http://www.diteakun.cz/oxidHlwem9iPTAmcj0xMSZsPWoxJmU9JmlkcGFyZW50PTEmaWRwb2xvej02>

Domov Barbora Kutná Hora, poskytovatel sociálních služeb [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <http://www.domov-barbora.cz/>

Domov Iván, poskytovatel sociálních služeb [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <http://www.domov-ivan.cz/>

Euroinstitut, vzdělávání proti handicapu [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <http://www.euroinstitut.cz/>

Koncepce oboru ergoterapie [online]. Česká asociace ergoterapeutů, 2007 [cit. 2017-09-18]. Dostupné z: <https://drive.google.com/drive/folders/0B8b4u9-CKIMNfIV0T2J4bC1iVmRRaDFuU2tWWDNCYmN0OTRvbjQwMEE3SVJEdV9ob2NBWkU>

LCC domácí péče [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <http://www.lccdp.cz/>

Odbor sociálních věcí a zdravotnictví. *Městský úřad Kutná Hora* [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <http://www.mu.kutnahora.cz/mu/odbor-socialnich-veci-a-zdravotnictvi>

Oblastní charita Kutná Hora [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <http://www.kh.charita.cz/>

PAREKH, Ranna. What is Intellectual Disability. *American psychiatric association*, 2017 [online]. [cit. 2017-11-11]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/patients-families/intellectual-disability/what-is-intellectual-disability>

Pečovatelská služba Kutná Hora [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <http://www.pecovatelksasluzbakh.cz/>

Pečovatelská služba Města Uhlířské Janovice [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <http://www.uhlirskejanovice.cz/pecovatelska-sluzba/d-122269>

Pečovatelská služba Zruč nad Sázavou [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <http://www.mesto-zruc.cz/radnice-1/organizacni-struktura/odbor-vnitrnich-veci/pecovatelska-sluzba/>

Rámcový vzdělávací program pro střední praktickou školu dvouletou [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2009 [cit. 2017-02-19]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/file/153>

Rámcový vzdělávací program pro střední praktickou školu jednoletou [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2009 [cit. 2017-02-19]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/file/152/>

Rytmus – od klienta k občanovi, o.p.s. [online]. [cit. 2017-02-19]. Dostupné z: <http://www.rytmus.org/>

SC domácí péče, o.p.s. [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <http://www.scdomacipece-kh.com/>

Sebeobhájci. *Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, z. s.* [online]. [cit. 2017-02-19]. Dostupné z: <http://www.spmPCR.cz/pro-lidi-s-postizenim/sebeobhajci/>

Self-Advocacy. *Inclusion Europe* [online]. [cit. 2017-06-05]. Dostupné z: <http://www.inclusion-europe.eu>

Společnost C-M-T. *Charcot – Marie – Tooth* [online]. [cit. 2017-09-16]. Dostupné z: <http://www.c-m-t.cz/charcot-marie-tooth/>

STUHLÍK, J.; PETIŠKOVÁ, P. *Psychiatrická medikace ve vybraných ústavech sociální péče Středočeského kraje – současná situace, kontexty a trendy* [online]. QUIP, 2007 [cit. 2017-09-21]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/6185773-Psychiatricka-medikace-ve-vybranych-ustavech-socialni-pece-stredoceskeho-kraje-soucasna-situace-kontexty-a-trendy.html>

Základní škola a Praktická škola Kutná Hora [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <http://www.zsaprskh.cz/>

Seznam příloh

Příloha A **Dotazník**

Příloha B **Mapa Kutnohorska**

Přílohy

Příloha A: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Urbanová a jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia vzdělávacího programu Speciální pedagogika Univerzity Hradec Králové. Tento dotazník bude součástí mé diplomové práce na téma Systém péče o dospělé osoby s mentálním postižením na Kutnohorsku.

Tento dotazník se dostal do Vašich rukou, jelikož jste zřejmě v kontaktu s dospělými lidmi s mentálním postižením. Můžete být jejich opatrovníci, příbuzní, známí, učitelé, sociální pracovníci nebo kdokoliv, komu záleží na kvalitě jejich života.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění těchto pár otázek. Dotazník je zcela anonymní, a proto nemusíte uvádět své jméno.

Děkuji Vám za spolupráci

Pozn. Pokud znáte více osob s mentálním postižením, vyberte pouze jednu.

1 V jakém vztahu jste s osobou s mentálním postižením?

- a) člen rodiny
- b) opatrovník
- c) veřejný opatrovník
- d) známý
- e) sociální pracovník
- f) pracovník neziskové organizace
- g) pedagogický pracovník (popřípadě asistent pedagoga)
- h) jiná možnost. Uveďte jaká

2 Kde tato osoba žije?

- a) v domácím prostředí
- b) v domově pro osoby se zdravotním postižením či domově se zvláštním režimem
- c) v chráněném bydlení
- d) v domě s pečovatelskou službou
- e) dlouhodobá hospitalizace v psychiatrické nemocnici
- f) jiná možnost. Uveďte jaká

3 Jste spokojeni s místem, kde nyní žijete?

- a) ano
- b) ne. Uveďte proč.

.....

.....

.....

4 Využívá nějaké služby či organizace? (Můžete označit více odpovědí)

- a) ano
 - a. nezisková/é organizace. Uveďte jaká
 - b. denní nebo týdenní stacionář
 - c. zařízení s celoročním pobytem
 - d. pečovatelská služba
 - e. domácí zdravotní péče
 - f. osobní asistence
 - g. chráněná dílna
 - h. vzdělávací instituce
 - i. jiná možnost. Uveďte jaká.....

- b) ne

5 Jak jste se o této službě/organizaci dozvěděli? (Můžete označit více odpovědí)

- a) na doporučení od známých
- b) na městském/ obecním úřadě
- c) na internetu
- d) z informačních letáků či podobné propagace
- e) pracuji v této oblasti
- f) jiným způsobem.....
- g) nevyužívá žádnou službu/organizaci

6 Využívá pomoci Úřadu práce ČR? (Můžete označit více odpovědí)

- a) ano
 - a. dávky pro osoby se zdravotním postižením (příspěvek na péči, průkaz OZP, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku)
 - b. dávky pomoci v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc)
 - c. dávky státní sociální podpory (příspěvek na bydlení...)

- b) ne. Uveďte proč
 - a. nemá na ně nárok
 - b. nevíme o nich

7 Postrádáte ve Vašem okolí nějakou službu, která by osobě s mentálním postižením pomohla?

- a) ano. Uveďte jakou
.....
.....

- b) ne

8 Myslíte, že je ve Vašem okolí dostatek služeb pro dospělé osoby s mentálním postižením?

- a) ano
- b) ne

9 Jaká oblast péče by podle Vás potřebovala více propracovat? (Můžete označit více odpovědí)

- a) bydlení
- b) zaměstnávání
- c) sociální dávky a jiné finance
- d) vzdělávání
- e) volnočasové aktivity
- f) lékařská péče
- g) sociální oblast (stacionáře, asistence, poradenství,..)
- h) jiná možnost. Uveďte jaká.....

10 Ohodnoťte, jak jste spokojeni s celkovým systémem péče o dospělé osoby s mentálním postižením ve Vašem okolí na škále od 0 do 5.

0 = extrémně nespokojen

1 = nespokojen

2 = spíše nespokojen

3 = spíše spokojen

4 = spokojen

5 = velmi spokojen

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

10.1 Stejným způsobem ohodnoťte jednotlivé oblasti systému péče

sociální oblast (stacionáře, domovy, asistence,...)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

pedagogická oblast (různé typy škol, sebeobhajování,...)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

léčebná oblast (praktičtí lékaři, psychiatrická péče,...)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

pracovní oblast (zaměstnávání, Úřad práce ČR,...)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

11 Máte nějakou negativní zkušenost s poskytovateli péče či služeb pro osoby s mentálním postižením?

a) ano. Uveďte jakou

.....
.....
.....

b) ne

12 Měli jste Vy nebo Váš blízký možnost výběru při volbě sociálních služeb?

a) ano

b) ne, neměli jsme více možností

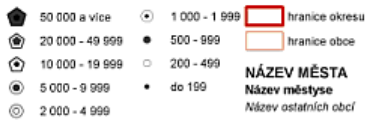
13 Jaké organizace nebo služby, které jsou ve Vašem okolí poskytovány dospělým osobám s mentálním postižením, znáte? Vyjmenujte je, prosím.

.....
.....
.....

Příloha B: Mapa Kutnohorska

ADMINISTRATIVNÍ ROZDĚLENÍ OKRESU KUTNÁ HORA - STAV K 1.1.2008

Počet obyvatel v obci



Správní obvod obce s rozšířenou působností

