

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Test schopností klientů s mentální retardací se
zaměřením na základní technické vybavení
v domácnostech a v sociálních institucích**

Bakalářská práce

Autor práce: Magdalena Kaspříková
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory
Vedoucí práce: doc. MUDr. Jiří Šimek CSc.
Datum odevzdání práce: 3.5.2013

Abstrakt

Již několik let se snaží sociální pracovníci začlenit své klienty do většinové společnosti formou chráněného bydlení a chráněného pracovního místa. Pomáhá jim při tom léčebná diagnostika, nebo vlastní zkušenost s klienty. Sporné je, že sociální pracovníci nemají potřebný relevantní prostředek k přesnému a objektivnímu zjištění schopností klienta pracovat s technickým vybavením v domácnosti. Problematice jevu, konkrétně způsobilosti klientů a osob s mentální retardací ovládat potřebná domácí zařízení, umístěná, jak v chráněném bydlení, tak i na pracovištích při chráněných pracovních místech, nebyla doposud dostatečně věnována pozornost. Z tohoto důvodu byla práce zaměřena na toto téma.

Hlavním cílem kvalifikační práce bylo získat data a srovnat schopnosti klientů obsluhovat běžné domácí přístroje, jako například chladnička, mikrovlnná trouba, elektrický sporák, varná konvice, pračka, telefon a počítač. Dílčím cílem pak bylo navrhnout jednoduchý metodický nástroj (test) pro hodnocení úrovně způsobilosti klientů obsluhovat běžné vybavení domácnosti.

V metodách výzkumu bylo použito pozorování klientů během práce autorky na psychiatrii a pozorování chování a aktivity zaměstnanců s klienty v dalších sociálních zařízeních a institucích během fakultní praxe.

Dále byly provedeny rozhovory (interview) se sociálními pracovníky v sociálních službách a s asistentem sociální péče, kteří se starají o svěřené klienty. Předběžnými otázkami bylo zjištěno, jaké druhy domácích spotřebičů mají v domovech a sociálních institucích a podle nich byl vytvořen test obsluhy běžných domácích spotřebičů. Dotazování zaměstnanců bylo objektivizováno a zpracováno. Podle ověřených skutečností dotazováním zaměstnanců bylo zjištěno, že se zpravidla nezabývají tím, jestli klient ovládá nejen sebeobsluhu a některé aktivity, ale i technické zařízení v domácnosti. Z rozhovorů rovněž vyplývá, že se zaměstnanci uvedených zařízení domnívají, že vytvořený test na bodování toho, jak klienti s mentální retardací zacházejí s domácími spotřebiči, by mohl přispět k lepšímu zařazení do samostatného bydlení.

Za tímto účelem byl vypracován jednoduchý zkušební test na znalosti technického vybavení domácnosti jako vhodný nástroj pro níže uvedené hodnocení. Test byl založen na základě rozhovorů se zaměstnanci domovů pro osoby se zdravotním postižením v denním a týdenním stacionáři, kde byl problém mapován s ohledem na vybavenost daných sociálních zařízení běžnými domácími spotřebiči. Test byl nejprve zkoušen na malém vzorku respondentů pro větší objektivizaci a doplnění výzkumu, následně byl na základě zkušebních výsledků upraven s ohledem na jeho vypovídající hodnotu.

Test obsluhy spotřebičů prokázal, že je možné jej použít jako prostředek pro hodnocení možnosti klientů pracovat s výše uvedenými přístroji. Výsledky a získaná data umožnily stanovit minimum dovedností pro zvládnutí obsluhy běžných domácích technických nástrojů klienty v sociálních institucích. Přínos této práce pak spočívá především v tom, že problémem, zda klienti s MR ovládají nezbytná domácí zařízení chráněných domovů a chráněného pracovního místa se dříve nikdo nezabýval a tyto záležitosti neřešil. Proto byla uskutečněna tato analýza. Z provedeného výzkumu a následné analýzy vyplývá, že pro klienty s mentální retardací by bylo vhodné větší zaměření výuky na ovládání domácích spotřebičů, pokud je u nich alespoň částečný předpoklad pro to, zvládat je. Tento předpoklad je možné měřit pomocí navrženého testu. Zkoumání samotného jevu má kladný dopad na umístování klientů převážně do samostatného a chráněného bydlení, pro pracovní příležitosti klientů s MR. Předcházení traumatům z následného nezvládnutí samostatnosti v chráněném bydlení nebo při zařazení do chráněného pracovního místa a případnému návratu do ústavní péče.

Získaná data mohou sloužit jako základ pro to, jak dalece je ještě třeba pracovat na celoživotní edukaci klientů s mentální retardací. Dalším přínosem práce je poskytnutí nástroje sociálním pracovníkům pro lepší orientaci a rozhodování, kterému klientovi je vhodné doporučit chráněné bydlení a chráněné pracovní místo, a pro kterého je vhodnější celoživotní péče asistenta sociální péče nebo pečovatele.

Abstract

Social workers are trying to integrate all of their clients to the mainstream society by using sheltered housing and sheltered employment for several years. Social workers use the special diagnostics or their own experience. The problem is that there is not any tool which would be able to define the client's abilities to work with household appliance. The phenomenon of abilities of persons with mental retardation to use the common household appliance placed in sheltered houses or in sheltered workshops has not been researched enough.

The aim of the thesis was get the data for comparison of abilities of clients to use common household appliances as a fridge, microwave oven, cooker, boiling kettle, washing machine, telephone and computer. Next objective was to design simple methodical tool (test) for evaluation of the level of abilities of clients (persons with mental retardation in sanitary facilities) to use the common household appliance.

There was used method of observation of clients during the author's work at psychiatry and observation of behavior and activity of employee of sanitary facilities with their clients during the faculty training.

Also, there were made interviews with social workers and with an assistant of social care who take care about clients. There was researched what household appliance is used in sanitary facilities by preliminary questions. Then the test was designed according to the given answers. The questions for the employee of sanitary facilities were standardized and objective. Then these answers were analyzed. The result from interviews is those employees do not care about the clients abilities to use household appliance. On the other hand, the employee considered the test to be useful tool for evaluation of clients' abilities and for their integration to the self-dependent living.

There was developed suitable tool for evaluation of clients' abilities represented by the simple test in knowledge of using of household appliances. The test is based on the interviews with the employees of sanitary facilities where the research was made regard to the appliance of these institutions. Test was tried for the small group of respondents

at first. Then the test was adjusted according to the obtained data to get the most objective data.

Obtained data was used to set up the needed minimum for using common household appliances in the social institutions.

The data will be the basis for the ways as far it is needed to work on lifelong education of clients with mental retardation. Next contribution of the thesis will be the instrument for better understanding and decision-making of social workers, which client should be placed to sheltered housing and sheltered employment, and for who it is more suitable lifelong care of social assistant or worker.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne: 3.5.2013

.....

Magdalena Kaspříková

Poděkování

Především bych chtěla poděkovat vedoucímu mé kvalifikační práce doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi CSc. za cenné rady, které přispěly významnou měrou ke zpracování mé závěrečné bakalářské práce. Dále poděkování všem, kteří se zúčastnili mého výzkumu a pomohli tak tuto práci dokončit.

Obsah

Seznam použitých zkratk	8
Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Klasifikace mentální retardace.....	10
1.1.1 Sociální aspekty osob s mentální retardací.....	12
1.1.2 Terapie a edukace osob s mentální retardací.....	14
1.1.3 Socializace osob s mentální retardací.....	17
1.2 Život dospělého s mentální retardací.....	18
1.2.1 Rodina a instituce.....	18
1.2.2 Dospělý s mentální retardací.....	20
1.2.3 Chráněné bydlení.....	21
1.2.4 Chráněné pracovní místo.....	21
1.3 Technický rozvoj.....	22
1.3.1 Vymezení pojmu technický rozvoj.....	22
1.3.2 Technika v domácnosti.....	23
1.3.3 Vliv techniky na život lidí s mentální retardací.....	23
1.4 Etická problematika technického rozvoje.....	24
1.4.1 Vlášda techniků.....	24
1.4.2 Přístup k odlišnostem (strach z jiného?).....	25
1.4.3 Etické normy.....	27
2 Cíl práce a výzkumné otázky	28
2.1 Cíle práce.....	28
2.1.1 Využití nástroje sociálním pracovníkem.....	28
2.2 Výzkumné otázky.....	29
3 Metodika	31
3.1 Použité metody.....	31
3.2 Kvalitativní výzkum.....	31

3.3	Rozhovory s pracovníky sociálních zařízení.....	32
3.4	Vytvoření hodnotících testů.....	33
3.5	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	33
4	Výsledky.....	35
4.1	Interpretace a analýza.....	35
4.2	Shrnutí rozhovorů.....	38
4.3	Vytvoření testu.....	40
4.4	Použití hodnotících testů.....	41
4.5	Souvislé vyhodnocení testů.....	41
5	Diskuse.....	44
6	Závěr.....	47
7	Seznam použitých zdrojů.....	48
8	Klíčová slova.....	51
9	Přílohy.....	52

Seznam použitých zkratk

- AAMR - Americká asociace pro mentálně retardované
- ADL - Barthelův test základních denních činností
- FIM - funkční míra nezávislosti
- IADL - test instrumentálních denních činností
- IQ - inteligenční kvocient
- MKF - mezinárodní klasifikace funkcí
- MKN - mezinárodní klasifikace nemocí
- MR - mentální retardace
- RHB - rehabilitace
- WHO - Světová zdravotnická organizace

Úvod

Toto téma jsem si vybrala, protože jsem pracovala na dětské psychiatrii, kde jsem zažila „na vlastní kůži“, co je to být jiný než většina populace.

Praxi v rámci vysoké školy jsem proto absolvovala v různých zařízeních odlišných od psychiatrické léčebny, abych mohla sledovat a porovnat aktivity klientů a vztah personálu ke klientům a mezi sebou navzájem. Pracovala jsem ve stacionáři, v domově pro osoby se zdravotním postižením, v dětském domově a v stacionáři s aktivizačním programem pro děti a dospělé. Snažila jsem se promyslet výzkum, který by mohl osobám převážně s mentální retardací, ale i jiným lidem, ulehčit jejich začlenění do společnosti. Zajímala jsem se také o problematiku chráněného bydlení a možnosti klientů být do chráněného bydlení umístěni. Podle předpisu zákona číslo 108/2006 Sb. je sociální péče u nás na vysoké úrovni a ústavní péče je doplněna i o jiné formy bydlení a také o možnost včleňování lidí s mentálním handicapem do společnosti.

Mentální retardace je lékařská diagnóza. Otázkou je, jak správně začlenit člověka s mentální retardací, když dlouhé roky předtím byli tito lidé segregováni do „ústavů“, stranou společnosti. Tento problém nevyřeší pouze jeden zákon, ale vztahová síť celé společnosti, kultura a myšlení ve společnosti. Je to také záležitost pro vědecké obory, které se touto problematikou zabývají.

Ve společnosti s určitou kulturou si lidé vytvářejí prostředky a podmínky pro to, aby mohli být do společnosti zařazováni. Proto jsem si vybrala téma práce na vytvoření nástroje, který by usnadnil a předešel problémům při začleňování klientů do chráněného bydlení a chráněného pracovního místa. Vytvořeným testem by mohla být zjišťována schopnost klientů různých domovů obsluhovat technické vybavení domácností.

Pro výzkum jsem si vybrala několik zařízení, kde jsem mohla vyzkoušet testy, jako prostředek začlenění a samostatného bydlení hlavně pro klienty s mentální retardací.

Práce je rozdělena na teoretickou část, která se zabývá vlivem technického vybavení na člověka, a výzkumnou praktickou část.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Klasifikace mentální retardace

Osoby s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi lidmi s různým postižením a jejich počet stále stoupá. Vzestup lidí s mentálním postižením se dá vysvětlit jako důsledek lepší péče pediatrů, díky němuž klesá porodní, novorozenecká a kojenecká úmrtnost. Z důvodu kvalitnější péče dnes přežívá daleko víc dětí než dříve. (Fischer, Škoda, 2008).

Jednotná formulace nebo definice pro osoby s MR neexistuje, ale nejvýstižněji ji popisuje Americká asociace pro mentálně retardované (AAMR), a ta používá vymezení: Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu, které se vyznačuje podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením nejméně dvou z následujících adaptačních schopností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb, sebeurčení, školní výkony, bezpečnost a péče o zdraví, trávení volného času a zaměstnání. Z tohoto vyplývá, že mentální retardace je pojem, který zahrnuje širokou škálu potíží a poruch, v nichž se jednotliví jedinci liší. (Matoušek, 2005).

Lidé s mentální retardací (MR) se odlišují v myšlení, učení, řeči a porozumění obecných věcí. Také nápadnost chování je poměrně veliká, protože nejsou schopni porozumět obecně platným normám. (Fischer, Škoda, 2008).

Podle poslední revize MKN 10 je MR zařazena mezi poruchy duševní a poruchy chování a označena jako F70-F79. Mentální retardace je stav zpomaleného nebo zastaveného vývoje člověka s poruchou dovedností v daném stupni vývoje, který přispívá k celkové inteligenci. Je to řeč, poznávání, pohyb a sociální schopnosti. Obecná inteligence se měří většinou psychologickými standardizovanými testy, jako Stanford-Binet testy, Wechsler Scales nebo Gessellova vývojová škála a Bayley Scales.

Nejpoužívanější a nejznámější posudkem úrovně inteligence je inteligenční kvocient zavedený Spearmanem a Sternem (1904). Vyjadřují vztah mezi dosaženým stanoveným výkonem v určitém vývojovém stádiu a mezi chronologickým věkem. Kvantitativní

hodnocení inteligence poskytuje pouhý odhad schopností určující postavení člověka s mentálním postižením k populační normě. (Fischer, Škoda, 2008).

Výsledky měření se nazývají inteligenční kvocient, zkratka IQ. Hodnota IQ-70 byla stanovena jako horní hranice mentální retardace. Stanovená MR může v průběhu vývoje v různých vývojových stádiích kolísat v závislosti na zdravotním a sociálním prostředí. Pokud ale začne na počátku školního věku (podle MKN-9 to bylo po druhém roce života) ubývat mentálních schopností, nejedná se o MR, ale o demenci.

Příčinou MR je hereditární, prenatální, perinatální a postnatální poškození nebo také sociální důvody - málo podnětné prostředí, deprivace a návykové látky. Mezi tyto mentální retardace s vedlejší příčinou patří také primární MR, kde není zjištěn žádný jiný symptom, pouze vada intelektu. (Raboch, Zvolský, 2001).

Dále je MR rozdělena na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou. Těmito různými stupni onemocnění trpí asi 3% lidské populace.

Lehká mentální retardace označená F70

Vypočítané IQ pro tuto nemoc je rozmezí mezi 50-69. Řeč se u lehké MR vyvíjí opožděně, ale naučí se konverzovat. Osoby s lehkou MR jsou nezávislé v sebeobsluze a hygieně i v ostatních praktických dovednostech. Děti s lehkou MR jsou vzdělavatelné, ale mohou mít potíže při teoretické práci ve škole. Přidružené poruchy způsobují zpomalení při vývoji. Do této skupiny patří 85% lidí ze všech MR.

Středně těžká mentální retardace označená F71

IQ je mezi 35-49. Vnímání a řeč se rozvíjí velmi pomalu. Někteří se naučí zvládat sebeobsluhu a jednodušší práce samostatně a jiní potřebují dohled při určité činnosti nebo u všech vykonávaných aktivit. Jsou částečně vzdělavatelné. V této skupině jsou značné rozdíly v dílčích schopnostech a senzorio-motorických dovednostech. Její velikost je 10-12% lidí s MR.

Těžká mentální retardace označená F72

Těžká mentální retardace je IQ 20-34. Postižení se podobá lehké mentální retardaci, ale snížená úroveň schopností je hlubší. Většina osob trpí přidruženými poruchami. Děti nejsou vzdělavatelné, jen se při správném výchovném vedení naučí zvládat základní návyky. Těžkou mentální retardací trpí asi 3-5% z jedinců postižených MR.

Hluboká mentální retardace označená F73

Hluboká mentální retardace je IQ pod 20. Tito lidé jsou velmi omezeni ve vnímání a porozumění mluvenému slovu. Bývají imobilní, inkontinentní a jsou schopni jen rudimentální nebo nonverbální komunikace. Nezvládají ani sebeobsluhu a potřebují trvalý dohled a pomoc. Skupina zahrnuje jen asi 2% lidí s MR. (Raboch, Zvolský, 2001).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí jsou ještě uvedeny dvě blíže nespecifikované mentální retardace, jimiž jsou „Jiná mentální retardace F78“ a „Neurčená mentální retardace F79“.

Důležité je také, že u všech stupňů MR jsou časté přidružené tělesné a psychické poruchy; autistický syndrom, sebepoškozování, agresivita, stereotypní pohyby, poruchy zraku, sluchu, epileptické záchvaty, pika a pod.

1.1.1 Sociální aspekty osob s mentální retardací

Sociální problematika při narození nebo zjištění poškození u dítěte je jedna z nejdůležitějších a je jí věnován dostatek pozornosti. Také dala sociální práce a problematika vzniknout mnohým institucím, např. ranná péče, sociální poradenství, stacionáře denní či týdenní, podle zákona 108/2006 Sb., převážně vedené občanskými sdruženími, obecně prospěšnými společnostmi, nadacemi a nadačními fondy.

V tradiční společnosti se určuje etická norma, podle které vše, co se vymyká tomuto zákonu, není vždy přijímáno všemi osobami v konkrétní společnosti. Společnost žije a vyvíjí se podle obecných norem, kulturních pravidel, která se předávají po dlouhé generace. Tato pravidla, vytvořená po staletí, jsou hluboko zakořeněná. Lidé mají předsudky týkající se osob s mentálním postižením, které vedou k podvědomému odsouvání těchto lidí na okraj nebo stranou společnosti, do ústavů a jiných zařízení. Snad proto, aby společnost, která tuto izolaci vytváří, nebyla považována za oslabenou, neboť se stydí za to, že nemá moc vyléčit všechny neduhy. Někteří lidé stále ještě udělají vše proto, aby se s člověkem s mentálním nebo i jiným postižením raději nesetkali. Proto se i rodina těžko vyrovnává s takovým handicapem.

Narození dítěte s postižením, jeho odmítání, deprese zúčastněných nejlépe popsala jako fáze vyrovnávání se s traumatem E.Kübler-Ross. První stádium je šok a popření, následně agrese a hněv, pak smlouvání, dále deprese a nakonec akceptace nebo-li přijetí, vyrovnání se s okolnostmi. Člověk vždy nemusí projít všemi úseky ani nemusí prožít všechny vyjmenované emoce najednou, ale nejméně dvě nebo tři z vyjmenovaných etap pocitů prožije. (Jankovský, 2006).

Matka, které se narodí dítě s nějakým handicapem, se většinou musí vzdát zaměstnání a věnovat se nemocnému dítěti nepřetržitě dvacet čtyři hodin denně, sedm dní v týdnu. Většina rodičů si už na počátku vytváří také ambivalentní vztah k dítěti s MR, v matce i otci se mísí pozitivní i negativní city k dítěti. Najdou se i matky nebo otcové, kteří naopak svojí hyperprotektivitou a přehnanou péčí, která vzniká z výčitek, dítěti a ostatním členům rodiny vlastně ubližují. Zanedbávají péči o sourozence dítěte s postižením a tím dochází k deprivaci těchto dětí.

Často také jeden z rodičů tento problém neunes a odejde od rodiny, většinou to bývá otec. Velikou podporou rodině jsou finanční příspěvky od státu a využívání různých sociálních zařízení, převážně denní a týdenní stacionáře, chráněné bydlení a chráněné pracovní místo. Jsou tu proto, aby rodiče nemuseli přestat chodit do zaměstnání a neztratili kontakt s okolím.

Také častý a nesprávný přístup rodičů je rezignace na výchovu dítěte. Rodiče se zaměří pouze na základní potřeby dítěte nebo mají na dítě neúměrné nároky proto, aby

se co nejméně lišilo od ostatních vrstevníků. U dítěte i u rodičů potom dochází k neurotizaci, úzkostným poruchám, apod.. Neschůdnější přístup je brát dítě takové jaké je. (Fischer, Škoda, 2008).

Pro mladého člověka s mentálním postižením, který potřebuje totéž, co jiný v jeho věku, příležitost ke vzdělání, kontakty s opačným pohlavím, příležitost získat práci nebo sebeuplatnění a samostatnost, prostředí ústavní péče nedávalo vůbec nebo jen částečně. Ale ani denní stacionář, pokud není přizpůsoben klientovým potřebám, nemusí být adekvátní formou péče. (Matoušek, 2005).

Klient sociálních služeb může být také zachycen do pevných sítí rodičovské lásky a starostlivosti. Taková láska mu může sociální prostředí oddálit, a proto by sociální služby měly toto prostředí přiblížit. (Matoušek, 2005).

Potom je třeba také myslet na dobu, kdy osoba s MR nebude mít oporu v rodičích, ale bude se muset spoléhat více na blízké okolí, vrstevníky, osobní asistenty. Chráněné bydlení je v tomto případě ideálním řešením, ovšem za předpokladu, že klient má předpoklady pro samostatné bydlení, které slouží jako podpora k samostatnosti jen s občasnou pomocí asistenta sociální péče a s něčím, co nemohou sami zvládnout. Je to správný krok k inkluzi a zahrnutí osob s postižením do většinové společnosti. Pro pocit užitečnosti a sebeuplatnění slouží chráněné pracovní místo, které slouží všem osobám s postižením a též i pro osoby s mentálním postižením.

1.1.2 Terapie a edukace osob s mentální retardací

Možnosti terapie u lidí s MR jsou různorodé, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie a další, ale ne všechny jsou vhodné pro všechny osoby s MR, protože k diagnóze těchto lidí zároveň působí vrozený temperament a získaný charakter, sociální prostředí ve kterém vyrůstají a žijí, také kombinovaná postižení, která se často u lidí s MR vyskytují, a mnoho jiných vlivů.

Například Leo Kanner ve své studii z roku 1973 uvádí, že většina mladých lidí s autismem dosáhli nejvíce pokroků, jen díky svým nutkavým zájmům. Jejich zájem o

hudbu, memorování dat a matematiku vedl k rozvoji pracovních dovedností, nezbytných k zařazení do zaměstnání nebo k zlepšení jejich sociálních vztahů. (Howlin, 1997).

Proto k léčení, kromě psychofarmak, látek na ovlivnění psychiky a potlačení nežádoucího jednání, a tím i zdravotních potíží, nejlépe slouží arteterapeutický přístup a z psychoterapie behaviorální přístupy odměn a pozitivního posilování, který je zaměřen na potlačení nežádoucího chování a podpoření správných návyků a schopností. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

Tyto přístupy spolu se speciální pedagogikou vedou k celoživotnímu vzdělávání a výchově lidí s mentálním postižením.

Pedagogika je věda o výchově, která se při formování osobnosti snaží pozitivně ovlivňovat nejen myšlení člověka a jeho city, ale i chování a jednání ve společnosti. Jejím cílem je vychovat z člověka osobnost, která bude schopna přizpůsobit se měnícím podmínkám. (Hollá, 2009).

U dětí s hlubší mentální retardací jsou možnosti výuky omezené se uplatňuje převážně behaviorální přístup s cílem si osvojit základní a běžné dovednosti, oblékání, hygiena, stolování, přijímání potravy, sebeobsluhu a sociální komunikace. (Raboch, Zvolský, 2001)

Vzdělávání a výchovu je třeba chápat jako celoživotní proces. Může se realizovat v rodinách, ústavech, institucích i ve vzdělávacích zařízeních, speciálních školách. Učení je také nejlepší terapií. (Fischer, Škoda, 2008).

Z tohoto vyplývá, že mnohé způsoby intervence je třeba provádět po značně dlouhou dobu nebo musí být založeny na značné proměnnosti a pružnosti vztahů mezi lidmi s MR a těmi, kdo jim poskytují oporu. Takový požadavek obsahuje výzvu pro lepší uspořádání sociální a výchovné podpory. Tato výzva nás nutí, jak přinést udržitelné změny ve způsobech jednání a komunikaci s lidmi, kteří jsou mentálně či intelektuálně postiženi. (Emerson, 2008).

Nesnažíme se učit osoby s MR mnoho věcí najednou zvládat. I výuka ve škole by byla vhodnější a potřebnější více zaměřená také na praktické věci, dovednosti a nejen

základní sebeobsluhu, než se snažit o teoretické vzdělání, na které osoby s MR většinou nestačí.

Specializace školství se dělí podle jednotlivých druhů postižení. Pro jedince s MR je určena psychopedie, která se zabývá dětmi a dospělými s duševním a mentálním poškozením. Do edukace v oboru psychopedie je zařazeno mnoho klientů, protože osoby s mentální retardací tvoří nejpočetnější skupinu. Velký význam má vymezení pojmu MR, klasifikace znaků stavu poškození a také přesná terminologie přispívá ke stanovení odborné speciálně pedagogické péče. MR je jev velice široký vzhledem k faktorům, kterými může být determinována. (Renotiérová, Ludíková, et al., 2004).

Naopak terapie sociální pedagogiky by se měla zabývat působením různých součástí společnosti na život člověka, který má problém s přizpůsobením se okolí. Podle O. Baláže je sociální pedagogika pedagogický obor, který na základě exaktních poznatků řeší vztahy mezi výchovou a společností, podílí se na stanovení cílů výchovy, zkoumá výchovné aspekty socializačního procesu a přispívá k rozvoji osobnosti ve výchovně vzdělávacím procesu v rodině, škole a ve volném čase. (Kraus, Poláčková, 2001).

Přístup v edukaci je také u nás dnes zaměřen na integraci nebo přímo na inkluzi do většinové společnosti osob s postižením. Patří sem i postižení mentální. Integrace by neměla být radikální změnou, neboť nekompromisní řešení může způsobit řadu problémů.

Ve Spojených státech, Austrálii a mnoha zemích Evropy byla provedena právní úprava ve prospěch integrovaného vzdělávání. Požadavek na integraci všech dětí do základních škol vedl k uzavření speciálních škol. Povinnost umístit každé dítě „do prostředí, které ho co nejméně omezuje, bez ohledu na rozsah jeho postižení“, mělo například ve Spojených státech dramatický dopad na kvalitu vzdělávání a výuky. Podobné účinky se objevily v celé řadě dalších zemí. V Anglii byl tento školský zákon, kdy se většina dětí se speciálními potřebami musí vzdělávat v běžných základních školách, přijat v roce 1981. Pozdější novela z roku 1993 ukládá za povinnost školským úřadům zajistit všem dětem možnost vzdělávání v integrovaných školách. Zákon také

zavádí nový kodex hodnocení speciálních vzdělávacích potřeb, proto musí všechny školy vytvořit a zveřejnit svou politiku speciální edukace. (Howlin, 1997).

1.1.3 Socializace osob s mentální retardací

Každé sociální a kulturní prostředí do něhož se rodíme a v němž vyrůstáme, má takový vliv na naše chování, že si můžeme připadat zbaveni vlastní individuality nebo jakékoli samostatné volby. Vypadá to, že jsme vléváni do připravených forem sociálních rolí. Skutečnost, že vstupujeme do interakcí s jinými má opravdu vliv na naši osobnost nebo hodnoty, které máme a také na naše chování. V průběhu socializace každý dospívá k sebeuvědomění a učí se samostatně myslet a jednat. (Giddens, 2000).

U osob s MR také dochází k socializaci, ale mohou mít narušené sebeuvědomění a samostatné myšlení. U těchto lidí je pomoc k začlenění, socializaci a pochopení většinové společnosti nezbytná a velice žádoucí.

V podstatě je to proces učení. Uskutečňuje se od raného věku, nejprve učením od rodičů při interakci a komunikaci s rodiči. Následuje sbírání a využívání získaných zkušeností. Je ovlivňováno danou konstitucí, jeho specificky lidskými, druhovými vlastnostmi a dědičností. V tomto smyslu člověk nepřichází na svět jako „tabula rasa (nepopsaná deska)“ a není utvářen při vývoji jen svojí individuální zkušeností. Přináší si s sebou na svět systém vrozených sklonů, na jehož podkladě se proces socializace odehrává. (Nakonečný, 2009).

V interakci s jinými lidmi dochází k různým způsobům učení, které Bandura dělí na následující:

Diferenciální zpevňování, při němž je chování kontrolováno svými důsledky, pozitivní chování je odměňováno a od negativního je upuštěno.

Zástupné zpevňování učení je modifikováno na základě pozorování odměn a trestů, cizího chování nebo chování jiných lidí.

Verbální vedení chování dětí i dospělých je upevňováno na podkladě slovních a řečových pokynů a instrukcí, které jsou kontrolovány. Síla sankcí je utužována verbální konkretizací odměn a trestů.

Učení na základě modelu je pozorováním živých nebo symbolických modelů, učení je založeno na pozorování chování. Jedinec se však tímto může naučit vyhýbavému chování, to znamená vyhýbat se nežádoucímu chování nebo toto obranné chování může být utlumeno. V případě, pokud je člověk vystaven pozorování potrestání chování jiných, například trest za afektivní chování.

K uvedeným modelům Bandura upozorňuje, že sociální chování je nejrychleji získáváno kombinováním těchto diferenciatálních, zástupných zpevňováních, verbálního vedení a učení na základě vzorů. (Nakonečný, 2009).

K socializaci dochází v dětství a dospívání, ale i během života může dojít k socializaci nebo resocializaci. V případech resocializace je to při přechodu z jiného kulturního, institucionálního nebo jiného prostředí do zcela lišícího se společenství.

Za určitých okolností může docházet k resocializaci. Ta je charakterizována rozpadem do té doby získaných hodnot a vzorců chování. Potom následuje přijetí extrémně nových a odlišných hodnot a vzorců chování. K tomu může dojít násilným a nechtěným vstupem do jakékoli instituce, vězení, psychiatrické léčebny apod. nebo výstupem z těchto zařízení. (Giddens, 2000).

Proces socializace o osob s mentální retardací je velice pomalý a zdlouhavý. Proto pokus o resocializaci se nemusí podařit nebo dochází k velikým komplikacím v podobě psychických potíží, autoagresi, sebezraňování a agresi vztahující se k okolí. Lidé s MR mají kolem sebe rádi neměnné prostředí a svoje každodenní rituály.

1.2 Život dospělého s mentální retardací

1.2.1 Rodina a instituce

Rodina je pro člověka elementárním a nenahraditelným sociálním primárním prvkem, kde by mělo mít dítě splněny všechny základní životní potřeby. Maslow je seřadil podle hierarchie a nutnosti od základních potřeb pro přežití, až po potřeby pro sebenaplnění a sebeuplatnění a vytvořil tak komplexní teorii motivace.

Slovo „potřeba“ Maslow používá jako pohon nebo motivaci k činnostem. Člověk má některé schopnosti, které se nenalézají u jiných druhů živočichů. Potřeba seberealizace k nim bezesporu patří, a je proto na nejvyšší úrovni Maslowovi pyramidy potřeb. (Plháková, 2005).

Základní potřeby fyziologické, bezpečí a lásky i uznání většinou rodiče splňují dokonale. Ovšem pokud se týká potřeby seberealizace, někdy z lásky nebo strachu o potomka nedovolí mu uplatnit se ve všem. Bojí se, aby se při určitých aktivitách nezranil nebo aby si určitou činností nezapříčinil nehodu. Neví také, co je vhodné pro jejich dítě a co ne. Sociální poradny a hlavně ranná péče vyplňují mezeru, kterou mají rodiče při péči o dítě s postižením. Zde se děti a klienti s MR mohou učit interakci a komunikaci s ostatními. I rodiče se naučí různé techniky práce se svými dětmi a vzájemnou spoluprací se mohou i podpořit v těžkých situacích nebo v životě a výchově jejich potomka.

Instituce většinu základních lidských potřeb také splňuje a je zde veliká možnost seberealizace, ale lásku a bezpečí dobře zajistit neumí. Proto mezi rodiči dítěte a jejich kooperací s jakoukoliv institucí nebo docházením do sociálního zařízení by měla být určitá vyrovnanost, pokud to lze.

Howlin ve své knize uvádí několik doporučení, která mají být nápomocná při přechodu mentálně postiženého člověka z domova do nového prostředí, aby nedocházelo k velkým komplikacím:

1. Co nejdříve začít s plánováním dospělosti, začít by se mělo tak kolem desátého věku dítěte. S respitní odlehčovací péčí je třeba začít už od ranného věku, která umožňuje dítěti s MR zvykat na odloučení od rodiny již od časného věku.
2. Nespoléhat se na to, že po smrti rodičů převezmou péči příbuzní. I když jsou třeba dnes ochotní, mohou časem změnit názor nebo se změni okolnosti péče o osobu s postižením.
3. Informovat o všem od ranného věku dítěte sociální instituce o jeho potencionálních potřebách v budoucnosti.
4. Je nezbytné vytvořit podpůrnou síť. Paradoxní je, že nejobtížnější je zabezpečit pomoc těm lidem, kteří mají nejmenší handicap. Sociální instituce by měly být informovány dřív, než se problém objeví. Je třeba mít dobře nastavenou sociální síť. Neboť žijí-li takto handicapovaní sami, je riziko depresivních poruch a osamělosti. Je důležité podpořit činnosti a zájmy také mimo domov. (Howlin, 1997).

1.2.2 Dospělý s mentální retardací

Dětem s MR je věnována veliká pozornost. Výuka ve školách je přizpůsobena jejich mentálním dovednostem, jsou pro ně připravovány individuální plány při učení nové látky a také většina z nich má ještě rodiče, kteří jim věnují obzvláště velikou péči s pomocí pedagogů, sociálního poradenství a různých neziskových a občanských organizací. Bohužel naopak dospělým lidem s MR se nevěnuje taková pozornost při učení nových věcí. Pro osoby s takovým postižením inteligence je totiž velikou zátěží jakákoli změna v jejich životě a dlouhou dobu jim trvá, než nějakou činnost dokáží zvládnout samostatně. (Howlin, 1997).

Naštěstí máme institut chráněného bydlení, chráněná pracovní místa a osobní asistenty, kteří obětavě podávají těmto lidem pomocnou ruku. Ale jak jsem již naznačila, každý klient je jiný, jinak zvládá stanovené úkoly a zaměstnancům chráněného bydlení, stacionářů a chráněných dílen chybí nástroj, kterým by mohli

zhodnotit schopnosti jednotlivých klientů zvládat nejen sebeobsluhu, ale i obsluhu jednotlivých, pro personál běžných přístrojů. A nejen těch nejjednodušších manuálních nástrojů, které pomáhají lidem, a zastupují tak lidskou sílu v určitých situacích.

1.2.3 Chráněné bydlení

Podle zákona o sociálních službách je chráněné bydlení pobytová služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového nebo individuálního bydlení. Služba obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb.)-soc. služba

1.2.4 Chráněné pracovní místo

Podle paragrafu 75 zákona o zaměstnanosti je chráněné pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením a to na základě písemné dohody s Úřadem práce. Na zřízení chráněného pracovního místa poskytuje Úřad práce zaměstnavateli finanční příspěvek. Chráněné pracovní místo musí být obsazené nejméně tři roky. Dostává subvenci na zřízení místa a na podporu zaměstnávání a na úhradu provozních nákladů. (Zákon č. 435/2004).

Dříve bývaly „chráněné dílny“, ale dnes již zákon s tímto právním institutem nepočítá, což ale neznamená, že zanikly. Příspěvek je na jedno chráněné pracovní místo a dílna může, pokud splňuje požadavky zákona, fungovat dále. Tento zákon přispívá k větší inkluzi osob s zdravotním postižením.

McCaughrin a kolegové (1993) analyzovali náklady projektů podporovaného zaměstnání a dospěli k závěru, že zaručují lepší kvalitu života mladých lidí s autismem a všem účastným přináší ekonomický přínos. Zjistili, že i když vstupní náklady jsou vyšší, pokud vzali do úvahy mzdy a podpory v nezaměstnanosti, vložené finanční prostředky se vrátí do pěti let. (Howlin, 1997).

I když se tento výzkum týkal jen lidí s autismem, je podporované zaměstnání také velkým přínosem pro osoby s jakýmkoliv mentálním postižením. Člověk, který pracuje, má větší sebedůvěru, pocit potřebnosti a také vyplní část volného dne a někdy se činností i zmírní jeho problémové nebo sebezraňující chování, jak popisuje Erik Emerson ve své knize: „Problémové chování u lidí s mentální retardací“.

1.3 Technický rozvoj

1.3.1 Vymezení pojmu technický rozvoj

Stroj, řecky nazývaný mechané a latinsky machina, je zařízení zhotovené člověkem, určené konat technicky nutnou a užitečnou práci. Z jednoduchých strojů se skládají stroje složité. Stroje se dají dělit různě, a to z hlediska využití, podle technologie, způsobu fungování nebo z hlediska fyzikálního. Poslední jmenovaný způsob fyzikální zahrnuje i elektrický proces, který je ve stroji využíván a stává se z něho přístroj elektrický. (Hozák, 2013).

„Technika“ řecky označuje řemeslo, což je lidská činnost, která může tvořit celé systémy. Technické systémy představují ve vývoji člověka velkou sílu, která rozhodující mírou pomáhala působit při vzestupu naší civilizace. Člověk ve své výjimečnosti, dané intelektem, je stvořil a dále rozvíjel, aby svojí zpětnou silou znásobily síly člověka, vykonávaly za něho těžké úkony, kterých nebyl sám schopen. A tak mu pomáhaly vystoupat na současný stupeň jeho duchovní a materiální úrovně. (Zeithammer, 2008).

1.3.2 Technika v domácnosti

Technikou v domácnosti se rozumí stroje a přístroje, které nám pomáhají při běžných denních úkonech v domácnosti, při hygieně, čištění, praní a vaření.

V tomto století technické systémy dosáhly dominantního postavení a vznikla obrovská závislost mezi lidmi a technickým zařízením. Člověk je současně výrobcem i uživatelem těchto výrobků v domácnosti.

V současnosti většinu činností za člověka vykonávají stroje. V této moderní době je mnoho strojů, přístrojů a zařízení v prostředí, ve kterém se snadno pohybujeme, a to je v domácnosti i v zaměstnání. Je běžné otevřít chladnici, ohřát si jídlo v mikrovlnné troubě, zalít si kávu z varné konvice a dát vyprat prádlo do pračky. Chceme-li být s někým v kontaktu nebo potřebujeme pomoc, máme při ruce mobilní telefon a zavolat můžeme kdykoliv se nám zlíbí. Pomocí počítače zvládneme lehce všechny administrativní úkony a můžeme jím také komunikovat.

Výrobci nám stále nabízejí inovované a snadněji obsluhovatelné produkty pro pomoc v domácnosti. Nazývají je inteligentní výrobky a mají nahradit inteligenci lidskou. Při stále snadněji ovladatelných automatizovaných přístrojích není potřeba vysoký inteligenční kvocient, ale určité technické a abstraktní znalosti zapotřebí jsou.

1.3.3 Vliv techniky na život lidí s mentální retardací

Je všeobecně známo, že lidé s mentální retardací se špatně adaptují na nové podmínky. Mají rádi věci neměnné a stálé. Jsou jim bližší každodenní rituály a stereotypní pohyby. Setrvávají v neměnicích se činnostech po celý svůj život.

Myšlení je u člověka racionální zpracování vjemů a ukládání do paměťových stop, za účasti ostatních psychických funkcí, včetně emocí. Předpokladem je tedy bdělost, pozornost a paměť. Myšlení souvisí přímo s inteligencí. Inteligence je lidská schopnost orientovat se, adaptovat na nové situace, získat a udržet si znalosti a vědomosti. Měří se

pomocí výkonnostních testů, například Ravenův nebo Wechslerův test, jimi je stanoven inteligenční kvocient - IQ. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

Proto nejen změna prostředí, ale i vývoj techniky může mít negativní vliv na osoby s MR. Stále se měnící vzhled a také funkčnost jednotlivých domácích spotřebičů může působit velké problémy nejen lidem s MR. Vzdělávání v této oblasti je soustavné a vyžaduje mnoho trpělivosti.

Porozumění v sociálním prostředí se netýká jen toho jak si umíme poradit v životě, ale převážně toho jak je náš život propojen s jinými, aniž si to uvědomujeme. (Bauman, 2010).

1.4 Etická problematika technického rozvoje

1.4.1 Vlášda techniků

Člověku s průměrnou a vyšší inteligencí nečiní žádný problém pracovat s telefonem, pračkou, chladničkou, mikrovlnnou troubou, sporákem nebo počítačem, ale jak si s těmito přístroji má poradit člověk, který díky svému mentálnímu postižení někdy těžko zvládá i jednoduché nástroje denního použití? Nebo je schopen se naučit ovládat tyto přístroje mnohem lépe než si myslíme?

Dříve se nekladl takový důraz na vlastnění a používání těchto zařízení, člověku stačilo mnohem méně nástrojů denní potřeby, většinou ručních, s jednoduchým ovládáním. Pro domácnost, na vaření, stolování, či praní a uklízení nebo také psaní a komunikaci. Ale moderní doba přinesla také převratný technokraticismus, který si vyžaduje odborníky na všech úrovních. A v důsledku socio-ekonomického tlaku na populaci, také zkušenosti s technickým zařízením i v malých dílnách a domácnostech vyžadují důraz na technické vzdělání.

Nejen na technické vzdělání, ale také na užívání, vlastnění a ovládání těchto výrobků, které má určitý sociologický a symbolický význam. Určuje konkrétní životní styl a módu. Fenomén módy podporuje tržní aktivitu. Věci se odkládají ne proto, že

nejsou užitečné, ale proto, že vyšly z módy. Lidé, kteří nemají moderní zboží, nemají ani vysoký status, který určuje společnost. To znamená, že musí nakupovat nejmodernější výrobky. Platí to pouze do té doby, než toto udělá většina jiných spotřebitelů. Módní věc se stane nemoderní a musí být nahrazena něčím novým. Koloběh se opakuje.(Bauman, 2010).

1.4.2 Přístup k odlišnostem (strach z jiného)

Alfred Schutz v studii „Stranger“ z roku 1962 píše o hlubokém vhledu do procesů, kterými prochází člověk, který se musí zařadit do kulturní skupiny, třebaže patří k jiné kultuře. Schulz mluví o emigrantech. Ale cizincem může být každý, kdo musí změnit prostředí, například člověk z vesnice přicházející do města nebo hospitalizovaný pacient, vězeň opouštějící nápravné zařízení nebo jinou instituci, ve které se cítil v bezpečí. (Disman, 2002).

Je přirozené, že se člověk bojí všeho neznámého. V cizím prostředí má pocit stísněnosti a strachu z cizích lidí, které nezná nebo se chovají jinak, než se v dané společnosti očekává. Má strach z neznámého, kterému se říká xenofobie. Člověk ale ze strachu dělá také nepředvídané věci, chová se agresivně, protože agrese není nic jiného než obranná reakce.

Podle Baumana lidé, kteří byli pouze cizí, nebyli vysloveně předmětem rasové politiky, ale u nich se uplatňovalo staré osvědčené tradiční pravidlo, že cizince je třeba držet za přísně střeženými hranicemi. Lidé tělesně a duševně handicapovaní představovali složitější případ, který si vyžadoval nový přístup. Tyto lidi nebylo možné vyhnat nebo odsunout, protože nenáleželi k „cizí rase“, ale také nemohli vstoupit do tisícileté říše. (Bauman, 2010).

Všichni známe z historie a udivuje nás ochota německých lékařů realizovat tzv. norimberské zákony, které nařizovaly usmrcení lidí s těžkým mentálním postižením nebo jejich sterilizaci. Tato ochota byla do značné míry dána jejich pozitivistickým světovým názorem, redukcujícím fenomén člověka na jeho biologickou složku. V době

krize a válečného konfliktu mnoho lékařů, biologů, sociologů a politologů na celém světě věřilo, že by bylo dobré a užitečné pečovat o kvalitu lidského druhu podobně jako o jiné živočišné druhy: nekvalitní jedince k reprodukci nepřipustit, a naopak úspěšné jedince a nositele kvalitní genetické vybavenosti přimět a směřovat je k tomu, mít co největší rodinu. (Šimek, 2003).

Zneužití myšlenek Sigmunda Freuda a Friedricha Nietzscheho pro politické důvody, s odůvodněním, že osoby s mentálním postižením zatěžují sociální systém, bylo nejen v nedávné historii, ale i v historii mnohem vzdálenější dnešku. (NOLL, TRENT, 2004). Označení osob s MR za zátěž sociálního systému je neetické, nesmyslné a nesmí se opakovat.

Páchání nemorálních činů je naopak s každým kouskem sociální vzdálenosti snazší. Má-li Mommsen pravdu, když jako „antropologickou dimenzi“ ze zkušenosti holocaustu vyděluje „pro dnešní průmyslovou společnost inherentní nebezpečí, že člověk přivykne postupně morální lhostejnosti ve vztahu k jednání, které není bezprostředně spojeno se sférou jeho vlastní zkušenosti“, pak je třeba původ nebezpečí, před kterým varuje, vidět ve schopnosti oné dnešní průmyslové společnosti prodlužovat vzdálenost mezi lidmi až tam, kde už není hlas morální odpovědnosti a morálních zábran slyšet. (Bauman, 2010).

Dnes se stále více přihlíží k ekonomickému a technokratickému pohledu na život lidí bez náhledu na sociální a kulturní život lidské společnosti. Zdá se, že právě sociální stát je přítěží dnešní společnosti! Lidé se stále odcizují a vzdalují čím více by měli být spolu a chránit slabší. Tomu se říká humanita. Technika musí být jen pomocníkem člověku a ničím jiným.

Sociální vzdálenost mezi lidmi vzniká i umístěním do jakéhokoliv sociálního zařízení, domova nebo ústavu. Proto myšlenka zřizování chráněného bydlení zajistí lidem s MR začlenění do společnosti. Ta jim vytváří příležitost k navazování společenských kontaktů a komunikaci. Jen kontakt ale nestačí, proto je třeba lidem s intelektuálním postižením třeba nabídnout výukový program. Ale stejně tak důležitý je osvětové působení na většinovou společnost, informace o možnostech těchto lidí a v čem je jim třeba pomoci, a co můžou zvládnout sami. Cílem této osvěty je změnit

pohled na lidi s postižením tak, aby je společnost přijala jako spoluobčany. (Matoušek, 2005).

1.4.3 Etické normy

Pro všechny osoby s postižením platí Listina základních práv a svobod, ve které jsou zakotvena práva pro každého jedince, jako osobnost, individualitu mající právo nejen na život, ale i na lidskou důstojnost, svobodné rozhodnutí a přiměřený život jeho schopnostem a možnostem. A pokud jedinec není schopen se sám zaopatřit, je morální povinností každého, kdo může, tedy musí poskytnout pomoc.

Lidé, jedinci a osoby s postižením, v dnešní době se používá toto pojmenování, aby se zdůraznila skutečnost, že takový člověk je především lidská bytost. (Matoušek, 2005).

Termín mentální retardace byl zaveden Americkou asociací pro mentálně retardované. (Koluchová, 1989).

Mnoho pojmů v dějinách definují a nahrazují označení mentální retardace jako oligofrenie, duševní opoždění, duševní postižení, duševní úchylnost, duševní defekt, duševní abnormalita, děti se sníženou rozumovou schopností, rozumové postižení, rozumová zaostalost, intelektová úchylnost, intelektová abnormalita, slabomyslnost, mentální defekt, mentální abnormalita, a jiné, kterých podle naší odborné literatury se v letech 1952 – 1989 vyskytovalo nejméně dvacet. (Bajo, Vašek, 1994).

Prezident USA Barack Obama v roce 2010 podepsal zákon, který nařizuje odstranění názvu „mentální retardace“ používané ve zdravotnictví, školství, právu, apod., a nahrazuje je termínem „intelektuální postižení“. (Boston children's hospital's pediatric health blog, 2010).

Konečně mělo by být jedno, jak a koho nazýváme. Jména a názvy se s generacemi mění. Zásadní je, aby se naučila naše dnešní civilizace vnímat jinakost jako vlastní a zákonitý úhel pohledu.

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cílem kvalifikační práce bylo vytvořit jednoduchý nástroj, který by pomohl v odhadu, co všechno klient s MR umí, a zda a jak dalece je možné jej socializovat (dopřát chráněné bydlení, chráněné zaměstnání apod.).

Pro přehlednější výzkum a zpracování jsem si rozdělila hlavní cíl na několik jednotlivých dílčích cílů.

Dílčími cíly v této práci byly:

1. Vyhledat domovy a zařízení, kde žijí klienti s lehkou a středně těžkou MR
2. Rozhovory s jejich osobními asistenty a ošetřovateli prověřit jejich náhled na zkoumaný problém
3. Ověřit získané poznatky prakticky vytvořeným testem dovedností
4. Analyticky zpracovat výsledky
5. Pokusit se vnést do praxe nástroj, který by zjednodušil výběr klientů vhodných pro samostatné bydlení a zařazení na chráněné pracovní místo

2.1.1 Využití nástroje sociálním pracovníkem

Sociální pracovník pomáhá vytvářet prostředí k začleňování jedinců s MR a toto prostředí tvoří také přístroje a spotřebiče pro domácí využití. Již několik let vznikají u nás chráněná bydlení a sociální pracovník je klíčovou osobou při rozhodování, jakého klienta umístit v tomto bydlení, kterému klientovi dát přednost před jiným klientem. Rozhodnutí někdy nemusí být lehké. Také se naskytá otázka, čím zařídit chráněné bydlení, aby bylo praktické, užitečné a bezpečné. Základní technické vybavení domácnosti může být nebezpečné při nesprávném použití. Také nákladné a složité spotřebiče např. v chráněném bydlení nemohou klienti dobře využít, pokud je neumí dostatečně používat.

Testové nástroje jsou nejčastěji používaným hodnotícím nástrojem v různých vědeckých i nevědeckých oborech. Z toho důvodu jsem přišla na myšlenku vytvořit nástroj, kterým může být hodnocena technická dovednost klientů sociálních služeb. Zejména týkající se klientů s MR, sníženou inteligencí a špatným začleňováním se do společnosti.

Proto vytvořením testů v mé kvalifikační práci získá sociální pracovník nástroj pro racionálnější umístění klientů v chráněném bydlení, nebo pro doporučení klienta na chráněné pracovní místo.

2.2 Výzkumné otázky

Chráněný byt je využíván pro plné pobytové služby, jen v případě, že stacionář navštěvují klienti, kteří mají určitou samostatnost. Pro chráněné pracovní místo to platí samozřejmě také.

Tato samostatnost a funkční nezávislost se posuzuje celou řadou diagnostických testů. Například mezinárodně uznávaný FIM - Functional Independence Measure, v překladu je to funkční míra nezávislosti a diagnostické posouzení míry nezávislosti osob s MR, mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF, kterou vydala Světová zdravotnická organizace – WHO. Tyto formy hodnocení používají pouze lékaři pro stanovení rozsahu zdravotního postižení vzhledem k dalším terapeutickým postupům, RHB a stanovení stupně invalidity.

Proto byly vyvinuty i jiné řady testů na posouzení schopností a sebeobsluhu osob s funkčním postižením. Jsou to například ADL a IADL testy zvládnání denních činností a instrumentálních denních činností, které ve své práci využívá sociální pracovník nebo ošetřovatel s patřičným vzděláním pro hodnocení osob zejména ve vyšším věku s degenerativním onemocněním.

Také psychologové používají testy paměti pro dospělé např. Wechslerovu škálu, testy technických, uměleckých a verbálních schopností, osobnostní testy-nejznámější

Rorschachův test, Hand test nebo grafické projektivní metody-kresba stromu, postavy. (Svoboda, 2010).

Pro zhodnocení míry soběstačnosti u dětí nebo lépe dosaženého stupně socializačního rozvoje je používána „Vinelandská škála sociální zralosti“. Její velikou nevýhodou je jistá zastaralost, ale naopak je podle ní výhodné kombinovat pozorování dítěte s hodnocením jeho rodičů, kteří ho dobře znají a ví, jak se projevuje ve známém prostředí. Dále Svoboda, Krejčířová a Vágnerová uvádí i jiné vývojové škály, inteligenční testy a testy speciálních znalostí a dovedností – testy sluchové a zrakové percepce, verbální paměti, mezipaměti a řada dalších hodnocení schopností dětí v daném věku. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Je mnoho testů a nástrojů, kterými mohou být analyzovány výkony a schopnosti dětí a uvedené nástroje pro dospělé, ale jaký vztah mají lidé s intelektuálním postižením k technickým zařízením v domácnosti se ještě nikdo nezabýval.

Proto jsem se ve výzkumu ptala: Zvládají lidé s diagnózou MR nejen sebeobsluhu, ale také činnosti spojené s chodem domácnosti?

Mohou mít dva jedinci se stejnou diagnózou různé výsledky? Dokážeme změřit tyto schopnosti?

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Pozorováním jsou sledovány jevy přímo dostupné smyslům a ty, které nebyly vyvolány zásahem výzkumníka v průběhu pozorování. (Jeřábek, 1993).

Metoda zúčastněného i nezúčastněného pozorování je nejčastěji používaná při zkoumání toho, zda výzkumná otázka může být položena. Při práci s klienty s mentální retardací jsem používala nejčastěji metodu skrytého a zúčastněného pozorování.

Za další jsem použila metodu polostrukturovaného a strukturovaného rozhovoru pro získání potřebných informací o kategoriích domácích spotřebičů, které uvedené domovy vlastní, a o možnostech klientů ve vybraných zařízeních používat dané domácí přístroje. Také rámcové rozhovory, které se týkají jednotlivých přístrojů, jenž mohou klienti s MR používat.

Jako poslední byly vytvořené testy vyzkoušeny na malém vzorku respondentů.

3.2 Kvalitativní výzkum

Pro kvalitativní výzkum určitých jevů a problémů v přirozeném prostředí s cílem získat ucelený obraz těchto jevů, který je založený na datech a specifickém vztahu mezi výzkumníkem a probandem, to jest účastníkem výzkumu. (Hendl, 2005).

Podrobně se kvalitativní výzkum zabývá sociálními vztahy mezi lidmi a v tomto případě i vztahem člověka k dnešní technické dokonalosti v domácnosti.

Oproti kvantitativnímu výzkumu, který se opírá o přírodovědný a pozitivistický pohled na řešení problémů, hledá větší hloubku zkoumané otázky, ale ta musí být vyvážena ztrátou objektivity badatele při vztahu s účastníkem studie. Pro porozumění osobním zkušenostem jedinců nebo skupiny účastníků. Pro primární seznámení se s novou nebo složitou oblastí. (Hendl, 2005).

3.3 Rozhovory s pracovníky sociálních zařízení

Cílem je testovat srozumitelnost a jednoznačnost otázek, protože předvýzkum je testem nástrojů, které hodláme při výzkumu použít. Měl by být nezbytnou součástí studie. (Disman, 2002).

Prvotními rozhovory se sociálními nebo vedoucími pracovníky v uvedených domovech jsem zjišťovala, zda mají nebo plánují chráněné bydlení, jaké používají technické vybavení domácnosti a jaký vztah ke spotřebičům mají klienti. Musela jsem nejprve zjistit, ke kterým přístrojům mají klienti s MR přístup. Zda se vůbec reálně s nimi setkají. Kladla jsem otázky typu:

1. Máte chráněné bydlení nebo chcete v nejbližší době chráněné bydlení zřídit?
2. Jaké domácí spotřebiče (přístroje) máte v chráněném bydlení nebo v domově?
3. Mají u vás klienti s mentální retardací přístup k běžnému technickému vybavení domácností?

Těmito otázkami jsem zjistila, zda v uvedených domovech lze vůbec výzkum provádět a výsledkem rozhovorů v dotazovaných zařízeních je seznam domácích přístrojů ve vytvořeném testu.

Při seskupování otázek mě především zajímalo, zda-li klienti s MR mají obavy z technického vybavení, jestli jsou schopni je používat nebo ovládají jen některé spotřebiče. A také co zaměstnanci udělali pro to, aby je klienti s MR dokázali obsluhovat a mají-li návrh pro zlepšení situace. Za další jsem kladla otázky týkající se přímo jednotlivých spotřebičů, uvedených v testu, kterými by se potvrdily schopnosti klientů ovládat je samostatně.

Výsledkem těchto rozhovorů je seznam přístrojů zpracovaný do přehledné tabulky a použitý jako test schopností u klientů s mentální retardací.

3.4 Vytvoření hodnotících testů

Při vytváření testů jsem vycházela z vlastních zkušeností při práci s klienty a také jsem se nechala inspirovat řadou instrumentálních testů denních aktivit (IADL) a testů základních denních činností (ADL) na hodnocení sebeobsluhy a soběstačnosti, které jsou pro tuto klasifikaci nejvhodnější.

Při sestavení testu bylo důležité seřadit přístroje do tabulky podle obtížnosti a náročnosti obsluhy, samozřejmě také od jednodušších domácích spotřebičů na přemýšlení a paměť, až po komplikovanější, vyžadující více kombinací a mentálních schopností.

Výběr druhů domácích přístrojů není náhodný. Vybrala jsem ty přístroje, které jsou pro dnešní život a naši společnost nejpoužívanější a jsou umístěny v každém chráněném bydlení a ve většině domovů. Jsou důležitější než například televize, kterou jsem vynechala. Upravila jsem škálu těchto dovednostních zkoušek do záznamové tabulky, ve které je daný druh domácího elektrického přístroje, poté funkce, kterou je třeba vykonat a následuje písemné bodové vyhodnocení. Pro každou položku zvlášť jsem vytvořila škálu pro bodové hodnocení. Ta je rozdělena do čtyř stupňů, kdy klient zvládne zadání činnosti zcela sám, zvládne část úkolu, zvládne s pomocí asistenta sociální péče a poslední stupeň stanový, že úkol nezvládne vůbec. Bodové hodnocení je od nuly do tří kreditů. Tři body je nejvyšší hodnocení pro to, jak klient s MR umí zvládnout sám bez pomoci celou funkci v testu uvedenou, kterou se většinou přístroj navolí, zapne a vypne nebo jej vypne klient sám.

Pro ověření testů jsem si vybrala respondenty s lehkou a středně těžkou MR bez většího motorického postižení, důvody jsou uvedeny v teoretické části práce.

3.5 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro svůj výzkum jsem si vybrala několik zařízení, kde žijí klienti s mentálním handicapem. V domovech jsem se setkala s velikou ochotou mi pomoci a spolupracovat

se mnou na výzkumu. Oslovila jsem ředitele a sociální pracovníky ve čtyřech zařízeních pro osoby se zdravotním postižením, a to „Domov pro osoby se zdravotním postižením Kadaň“, kde jsem měla možnost testovat schopnosti tří klientů mužů. Za další „Domov pro osoby se zdravotním postižením Osek“, který je určen pouze pro muže. Zde jsem prověřila dovednosti devíti klientů. V „Domově pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky“ se mnou spolupracovali dva muži a dvě ženy. Dva klienty, muže a jednu ženu, jsem oslovila v „Denním a týdenním stacionáři Duha v Písku“.

Všichni klienti byli v rozmezí 18 – 35 let, 16 mužů a 3 ženy, jejich diagnóza je uvedena jako lehká a středně těžká MR, bez většího senzitivního a motorického poškození. Devět mužů má lehkou MR a sedm mužů středně těžkou MR. Tři ženy, z toho dvě s lehkou MR a jedna se středně těžkou MR a Downovým syndromem.

V několika domovech mají také vybudované chráněné bydlení nebo jednolůžkové pokoje s kompletně vybavenou kuchyní. „Denní a týdenní stacionář Duha“ má nově zřízené chráněné bydlení, „Domov pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky“ jednolůžkový byt s kuchyní a „Domov pro osoby se zdravotním postižením Kadaň“ chráněné bydlení v nedalekých Vejprtech.

4 VÝSLEDKY

4.1 Interpretace a analýza rozhovorů

Interpretace a analýza rozhovorů v Domovech pro osoby se zdravotním postižením Osek, Zběšičky, Kadaň a Denní a týdenní stacionář Duha. Účastníci výzkumu ve čtyřech uvedených domovech, kteří mi poskytli podstatné informace o jejich pohledu na fyzické a mentální schopnosti klientů, kteří se také podíleli výzkumu. Tyto účastníci byli tři sociální pracovníci, tři pracovníci v sociálních službách a jedna asistentka sociální péče. rozhovory s nimi jsem si písemně zaznamenávala, pak přepsala a analyzovala. Uspořádala jsem je podle profesního zařazení v zaměstnání. Jména jsou z etických důvodů pozměněna. Hlavní okruhy otázek, kterých jsem se při dotazování držela jsou:

1. Schopnost používat všechny domácí spotřebiče
2. Schopnost používat jen jednodušší domácí spotřebiče
3. Edukace v užívání technického zařízení v domácnosti
4. Návrhy pro zlepšení
5. Ochota použití testů

Sociální pracovnice Dana, která pracuje v domově pro osoby se zdravotním postižením již dvanáct let uvedla, že vybraní klienti s lehkou mentální retardací zvládají ostatní domácí techniku, kromě počítače a pračky. Zde je klient schopen zapnout pouze hlavní tlačítko, ale nenastaví program praní, vyndat a pověsit prádlo, a u telefonu vyvolá pouze značené hovory. U klientů se středně těžkou MR se nevyžaduje pomoc při činnostech v domově. Výuku ovládání technického zařízení aplikují jen pokud klient projeví zájem a zlepšení dělají pomocí individuálních plánů. Pokud by měli k dispozici jakékoli testy, rádi je použijí.

Se sociální pracovnicí Zorou, která je na této pozici teprve rok, jsem vedla rozhovor v přítomnosti ostatních zaměstnanců, proto tento rozhovor byl zčásti ovlivněn profesním přístupem. Při rozhovoru nejprve uvedla, že klienty v jejich domově nenutí

k aktivitám, které nechtějí vykonávat, ale mají zde rozdělené každodenní úkoly, proto obyvatelé domova dobrovolně chodí pomáhat do prádelny, kde pod dozorem zvládají techniku praní, sušení a žehlení prádla. Mají sušičky, proto vyprané prádlo nemusí věšet, ale naopak dobře ovládají žehličku. Na otázku, zda tyto činnosti vykonávají i klienti se středně těžkou MR, odpověděla sociální pracovnice, že má dojem, že zvládnou pouze otevřít chladnici a vyndat pokrm. V edukaci a při aktivitách, například kreslení, práce s hlínou apod., se snaží zapojovat všechny klienty, jak je to možné. Jako zlepšení v domově považuje Zora zvýšení počtu personálu a finančních prostředků, potom by byl čas věnovat se více výuce a zacvičování klientů. Pro zařazování klientů do chráněného bydlení by uvítali testovací nástroj, ale věří, že klienty znají lépe, protože jsou s nimi každý den.

V domově, kde nemají chráněné bydlení, v nejbližší době mít nemohou, tak alespoň udržují a podporují sociální kontakt s rodinou. Zde pracuje již dva a půl roku sociální pracovnice Iveta, která říká, že klienti se v domově pro osoby se zdravotním postižením cítí lépe než doma, protože někdy nechtějí jít s rodiči, kteří jsou na návštěvě, ani na procházku. Podle zkušeností soudí, že domácí technické zařízení jejich klienti s lehkou MR zvládají a někteří uvaří i jednoduchý pokrm za pomoci asistenta sociální péče. Na počítači spíše hrají jednoduché hry. Klienti se středně těžkou MR zvládnou otevřít chladnici, možná zapnout mikrovlnnou troubu nebo sporák, ale už neví, kdy je mají vypnout, ale s pomocí to určitě budou umět. V domově se snaží naučit klienty, co možná největší samostatnosti a soběstačnosti. Iveta by měla ráda změnu a zkusila něco nového, aby mohla zhodnotit, jestli klient v chráněném bydlení obstojí nebo ne. Testy na zkoušku toho, co je klient schopen vykonat by používali, zatím znají a používají IADL testy.

Od pracovníka v sociálních službách Honzy, který pracuje přímo s klienty, stoluje s nimi, chodí na procházky, provádí hygienu a aktivizace s přidělenými klienty, jsem se dozvěděla, že někteří klienti, kromě práce s počítačem a vaření v kuchyni, zvládnou pod jeho asistencí většinu úkonů, které jsem mu jmenovala. Výuku v technických dovednostech s klienty neprovádí, nemají pro to podmínky, klienty aktivizují podle plánu. Zlepšení by viděl v menším počtu klientů na jednoho pracovníka v sociálních

službách a potom by mohli pracovat s klienty individuálně. Přesto, že se stanoví individuální plán, je těžké ho naplnit. Není si zcela jistý, že by test na průzkum schopností tento problém vyřešil, ale přijal by jej a vyzkoušel.

U pracovníka v sociálních službách Pavla jsem rozhovorem zjistila, že i přes to jak se celý den stará o svěřené klienty, má ještě čas s nimi jít do cvičné kuchyně a uvařit společně něco dobrého. Pro Pavla by výuka a vzdělávání podle individuálního i společného plánu nebyla žádný problém, zatím ji však nedělají, ale s klienty více provozují tvořivou činnost. Věří, že jeho klienti dokáží většinu stanovených činností v testu, a když ne, alespoň se o to pokusí společně. Pavel ví, že pro některé jeho klienty by bylo vhodné chráněné bydlení, byl by tedy rád, kdyby takových možností pro osoby s MR bylo mnohem víc. Testy by rád vyzkoušel, protože je sám zvědavý, jak je jeho svěřenci zvládnou.

Pracovnice v sociálních službách Martina odpověděla na otázku, zda osoby, které jí byly svěřené, zvládnou používat vyjmenované technické vybavení, že všichni určitě ne, jen asi dva klienti by to dokázali. Ostatní jen s její pomocí. Podle stanoveného plánu mají osoby svěřené jí do péče, jako klíčovému pracovníkovi, každý den rozdělené činnosti, které zaberou mnoho času a na výuku u dospělých klientů nemají stanovený plán. Ale pokud by to bylo nezbytné a byla dostatečně instruována, byla by ochotná s klienty pracovat. Přála by si, aby klienti byli více samostatní. V testech také nic negativního nevidí.

Poslední s kým jsem dělala rozhovor byla asistentka sociální péče Ivana. Pracuje s klienty domova již pátým rokem, má velkou zkušenost, pomáhala a stále pomáhá klientům při přechodu z domova do chráněného bydlení. Snaží se je naučit i ovládat domácí techniku, kromě počítače, s kterým ona sama moc nepracuje. Domnívá se, že většina jejích klientů zvládne domácí spotřebiče částečně s její pomocí, u složitější a neznámé pračky si nebudou vědět rady. Zlepšila by ráda schopnosti klientů, aby se jim snáze odcházelo do chráněného bydlení, do kterého se vždy velice těší. Testy s klienty chce vyzkoušet, protože to ještě nikdy nedělala.

Analýza rozhovorů. Pokud zrekapitulujeme všechny rozhovory, zjistíme, že testy chtějí vyzkoušet všichni, kromě jedné sociální pracovnice, která si myslí, že sami zaměstnanci znají klienty dobře a nemusí s nimi dělat žádné testy.

Ve třech případech ze sedmi se dobře věnují edukaci klientů, kterou ovšem zaměňují za aktivizaci, v jednom přístupu rozhodnutí nechávají na klientovi a v ostatních by alespoň byli zaměstnanci ochotní více učit svěřené klienty. Jen dva ze zaměstnanců spíš přecenili možnosti a schopnosti svěřených klientů.

Zlepšení podle rozhovorů se zaměstnanci domovů a stacionáře převládá ve zvýšeném počtu pracovníků pro práci s klienty. U většiny převažuje podpora chráněného bydlení, samostatnosti a individuálních plánů.

4.2 Shrnutí rozhovorů

Shrnutí rozhovorů je srovnávání fenoménů nebo pojmů v rozhovorech a seskupování pojmů, které přísluší stejnému jevu (Strauss, Corbinová, 1999).

Po počátečních rozhovorech týkajících se obecnějších věcí, výuky, zlepšení, ochoty použít test a názor na technické způsobilosti klientů s MR. Rozdělila jsem si otázky pro rozhovory se zaměstnanci sociálních služeb, které se přímo týkaly testovacího nástroje, pro snadnější orientaci podle druhů používaných přístrojů v domácnosti, od nejjednodušší obsluhy spotřebiče až po složitější řízení a obsluhu. Otázky jsou seřazeny do skupin nebo-li výzkumných okruhů také podle druhu spotřebiče.

1. skupina

Chladnička:

Umí klient otevřít chladnici a vezme si svůj pokrm?

Na tato otázky bylo všemi zaměstnanci zodpovězeno kladně.

2. skupina

Varná konvice:

Je váš klient schopen zapnout varnou konev, nalije vodu do hrnku a neopaří se při této činnosti?

Čtyři zaměstnanci odpověděli kladně a ostatní neví.

3. skupina

Mikrovlnná trouba

Dokáže klient s intelektuálním postižením otevřít a zavřít mikrovlnnou troubu, zapne ohřívání určeným tlačítkem a vyndá bez popálení a rozlití pokrm?

Tři zaměstnanci odpověděli ano, jeden ne, ostatní neví.

4. skupina

Elektrický sporák

Umí klient vybrat správné tlačítko, postaví varnou nádobu na sporák, ohřeje si takto pokrm, nebo si uvaří jednoduché jídlo?

Jeden se domnívá, že ano, pět jich uvedlo ne, jeden neví.

5. skupina

Pračka

Roztřídí klient prádlo podle barev do pračky a vloží prací prostředek, nastaví a zapne přístroj, nebo dokáže také vyjmout vyprané prádlo a správně rozložit na sušení nebo žehlení?

Dva zaměstnanci řekli ano, čtyři neví a jeden ne.

6. skupina

Mobilní telefon

Rozliší Váš klient číslice, pokud ano dokáže zavolat na dané číslo?

Všichni, kromě jednoho zaměstnance řekli ne.

7. skupina

Osobní počítač

Je klient schopen zapnout a vypnout přístroj, dokáže si vyhledat odkazy na internetu? (u této otázky je samozřejmostí předpokládaná schopnost čtení a psaní).

Na této otázce se shodli všichni zaměstnanci, řekli ne.

Přístroje byly zvoleny od nejjednodušších po ty složitější, podle ovládní jednotlivých funkcí, u kterých musí být předpoklad znalosti barev, čtení, psaní a číslic. V tom případě, že to dovoluje značení ovládacích prvků nebo jejich řídicí jednoduchost a také veliká rozdílnost jednotlivých druhů spotřebičů. Pokud zaměstnanci odpovídali na přímé uzavřené otázky blížili se jejich odpovědi více realitě. U otevřených otázek na schopnosti klientů s MR tomu tak vždy nebylo. Ovšem pro výzkum otázky týkající se budoucnosti jsou spekulativní, proto i tyto otázky slouží pouze pro orientaci činností v sociálních službách.

4.3 Vytvoření testu

Během sestavování testu jsem vyšla z vlastních zkušeností v průběhu mé práce s klienty, kteří trpí intelektuálním postižením a také jsem se nechala motivovat řadou instrumentálních testů denních aktivit a testů základních denních činností na hodnocení sebeobsluhy a soběstačnosti.

Při skládání testu bylo důležité přístroje chronologicky seřadit do tabulky podle obtížnosti a náročnosti obsluhy vybraných druhů domácích spotřebičů, které dané instituce používají a samozřejmě uspořádané od jednodušších domácích spotřebičů na přemýšlení a paměť, až po komplikovanější, požadující více mentálních schopností.

Selekce druhů domácích přístrojů není náhodná. Vybrala jsem ty přístroje, které jsou pro dnešní život a naši společnost nejpoužívanější a jsou umístěny v každém chráněném bydlení a ve většině domovů.

Upravila jsem škálu těchto dovednostních zkoušek do záznamové tabulky, ve které je daný druh domácího elektrického přístroje, poté funkce, kterou je třeba předvést a následuje písemné bodové hodnocení.

Pro každou položku zvlášť jsem vytvořila škálu pro bodové hodnocení. Škála je rozdělena do čtyř stupňů, první stupeň - klient zvládl zadání činnosti zcela sám, druhý stupeň - zvládl část úkolu, třetí stupeň - zvládl s pomocí asistenta sociální péče a poslední stupeň - úkol nezvládá vůbec.

Bodové hodnocení je od nuly do tří kreditů. Tři body je nejvyšší hodnocení pro plnou dovednost klienta s MR zvládnout sám a bez pomoci celou funkci v testu uvedenou, kterou se většinou přístroj navolí, zapne a vypne, nebo jej vypne klient sám.

Pro legalizaci testů jsem si vybrala respondenty s lehkou a středně těžkou MR bez většího motorického postižení z důvodů uvedených v teoretické části práce.

4.4 Použití hodnotících testů

V práci s testem jsem postupovala takto, když nedokázal klient zapnout konvici není předpoklad, že umí něco víc a není potřeba pokračovat dál ve zkušebním testu. Přístroje jsou seřazeny od nejjednodušších ovládnání po složitější. Při výsledném hodnocení v testu byla vybrána tato logická vazba.

Hodnocení testu:

Pokud má klient plný počet bodů - 21 je zcela samostatný a může být ponechán nebo zařazen v chráněném bydlení, samostatném bytě s kuchyní a jiných formách nezávislého bydlení.

Když dosáhne zhruba (přesné vyčíslení je v příloze 1.) poloviční počet bodů je možné dosáhnout za pomoci cílené výchovy i samostatného bydlení.

Výsledek méně než 7 bodů, je nutný k tomu, že klient potřebuje trvalý dozor osobního asistenta nebo pracovníka sociální péče.

4.5 Souvislé vyhodnocení testu

Pro výzkum bylo vybráno devět mužů s lehkou MR a sedm mužů se středně těžkou MR. Ženy byly tři, dvě s lehkou MR a jedna se středně těžkou MR a Downovým syndromem. Testy jsem osobně vyplňovala za přítomnosti zaměstnanců jednotlivých domovů a samozřejmě určených klientů, probandů.

Přístroje byly zvoleny od nejjednodušších po ty složitější, podle ovládání jednotlivých funkcí, u kterých musí být předpoklad znalosti barev, čtení, psaní a číslic. Pokud to dovoluje značení ovládacích prvků nebo jejich řídicí jednoduchost a také veliká rozdílnost jednotlivých druhů spotřebičů.

Ovládání chladničky, to je otevření dveří chladnice a jejich zavření zvládlo všech devatenáct klientů. Pokrm si vyndalo už jen osmnáct klientů, ale mohlo to být ovlivněno, podle názoru zaměstnance, ostychem klienta.

Práci s varnou konvicí, spuštění přístroje a po vypnutí konvice, nalití vody do hrnku, vykonalo patnáct klientů, tři poznali, že je vypnutá, ale báli se nalít horkou vodu. Jeden ji s pomocí nalil.

Mikrovlnnou troubu, umělo zapnout tlačítkem a zvolit danou funkci jen devět klientů, je to i z důvodu, že ji v domově nepoužívají. Po instrukci ji spustili ještě čtyři klienti, s pomocí by to zvládli.

S elektrickým sporákem většina klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením nepřijde do kontaktu, pouze klienti, kteří bydlí doma s rodiči a do stacionáře jen docházejí, znají sporák dobře. U několika klientů jsem se setkala, že spolu s pracovníkem sociální péče uvařili jednoduchý pokrm – pudink. Pro výsledky testu sporák aktivovali a deaktivovali pouze dva klienti. Ostatní pracovali jen s pomocí.

Pračku navolili pro nastavení funkce tlačítka tři klienti. Prádlo z těchto tří pověsil pouze jeden klient. Sedm klientů s pomocí navolili a aktivovali přístroj. Devět jich to nezvládlo vůbec, ale snažili se prádlo pověsit na sušení.

U telefonu nezvládl nikdo z klientů samostatně ovládat přístroj, vybrat správné číslo, zvládnout použití tísňového volání a přivolat pomoc. Jeden účastník výzkumu měl mobilní telefon od maminky označený pro snadné volání, a proto s ní mohl komunikovat. Ostatní se dokázali řídit jen podle instrukcí. Pět klientů to nedokázalo, ani podle instrukcí.

Pro práci s počítačem je předpoklad čtení a psaní, bylo třeba aktivovat přístroj a vyhledávat odkazy na internetu. Sám všechno nezvládl žádný klient, ale s pomocí to uměli dva. Přístroj se podařilo aktivovat šest klientům.

Znamená to, že většina klientů není samostatná a měla by problémy v chráněném bydlení, ale asi u třetiny je možné cílenou edukací a výcvikem docílit samostatnosti, nebo s minimální pomocí asistenta při činnostech v domácnosti chráněného bydlení.

Zjistilo se také, že s aktivací přístroje měli klienti nejmenší problémy, a pokud by se spotřebiče sami vypínaly, jako např. varná konev, vyřešilo by se tím mnoho problémů.

Ukázka testu - viz příloha 1.

5 DISKUZE

Cílem práce bylo zmapovat, zda mají klienti s MR při používání domácích spotřebičů problém, a vytvořit nástroj, kterým by se tento problém dal měřit.

Bylo potřeba vyhledat domovy a zařízení, kde žijí klienti s lehkou a středně těžkou MR, vhodný vzorek pro výzkum. U těžké a hluboké mentální retardace není žádný předpoklad pro používání byť i jednoduchých domácích spotřebičů.

Následně provést rozhovory s jejich osobními asistenty a ošetřovateli, aby se prověřil jejich náhled na zkoumaný problém. Ověřit získané poznatky prakticky vytvořeným testem dovedností a pokusit se analyticky zpracovat výsledky.

Na závěr bylo třeba se pokusit vnést do praxe nástroj, který by zjednodušil výběr klientů vhodných pro samostatné bydlení a zařazení klientů na chráněné pracovní místo.

Pro metodiku práce se nejčastěji používá metoda zúčastněného i nezúčastněného pozorování. Při zkoumání je důležitá pro to, zda otázka této studie vůbec může být položena. Při mé práci s klienty s mentální retardací jsem tuto metodu skrytého a zúčastněného pozorování používala nejčastěji. Proto jsem ji mohla zahrnout do svého výzkumu.

V kvalifikační práci byla dále použita metodika polostrukturovaných a strukturovaných rozhovorů a poté vytvořený testový nástroj, který byl prakticky použit na probandech s lehkou a středně těžkou mentální retardací za asistence pracovníků v sociálních službách. Prvotními rozhovory se sociálními nebo vedoucími pracovníky v uvedených domovech bylo zjištěno, zda mají nebo plánují chráněné bydlení, jaké používají technické vybavení domácnosti a jaký vztah ke spotřebičům mají klienti. Chtěla jsem nejprve zjistit, ke kterým přístrojům mají klienti s MR přístup. Jestli je vůbec reálné, aby se s nimi setkali v praxi v domovech a stacionářích.

Podle těchto prvotních průzkumů byl vytvořen test jako nástroj pro zjištění schopností klientů s MR používat domácí spotřebiče. Při vytváření testů jsem vycházela z vlastních zkušeností při práci s klienty a také jsem se nechala inspirovat řadou instrumentálních testů denních aktivit na hodnocení sebeobsluhy a samostatnosti, které jsou pro tuto klasifikaci vyhovující.

Při sestavení testu bylo důležité seřadit přístroje do tabulky podle obtížnosti a náročnosti obsluhy. Ale také od jednodušších domácích spotřebičů na přemýšlení a paměť, až po komplikovanější, vyžadující více mentálních schopností, jako počítání a znalost písma.

Druhy domácích přístrojů nejsou vybrány náhodně, zvolila jsem ty, které jsou pro dnešní život a naši společnost nejpoužívanější a jsou umístěny ve vybraných domovech pro osoby se zdravotním postižením a v týdenním a denním stacionáři.

Poté byli vybráni klienti s lehkou a středně těžkou mentální retardací v těchto vyhovujících zařízeních. Za další následovaly rozhovory se zaměstnanci určených zařízení týkající se schopností a dovedností klientů zvládat určené domácí přístroje. Z rozhovorů se zaměstnanci vychází, že si většina uvědomuje, že klienti s MR neovládají pracovat se všemi spotřebiči, ale na druhou stranu věří, že klienti s MR svěřeni do jejich péče se mohou naučit ovládat alespoň ty jednodušší domácí přístroje nebo pomůcky. Proto nástroj na zjištění schopností klientů s MR by přijali a používali. Pochopitelně otázky týkající se budoucnosti jsou pro výzkum spekulativní, proto i tyto otázky slouží pouze pro orientaci v této studii. Názory zaměstnanců na schopnosti klientů s MR v jejich péči jsou definovány jenom pro přehled. Z otázek položených zaměstnancům ale jednoznačně vyplynulo, že ve většině případů zaměňují aktivity se vzděláváním.

Z výsledků testů vyplývá, že většina klientů zvládne vzít si pokrm z chladnice a obstojně pracovat s varnou konvicí a mikrovlnnou troubou. Se složitějším nastavováním funkcí tlačítek a ovladačů má potíže. Někteří sociální pracovníci klienty s MR přecenili a jiní nedocenili, proto je vidět, že nástroj ve formě testu je potřebný. Protože pouhý odhad na základě zkušeností nelze používat v praxi. Výsledky výzkumu potvrdily užitečnost nástroje, který jsem vytvořila.

Pokud porovnáme teoretický náhled na problematiku klientů s MR s praktickým použitím testu, zjistíme, že opravdu tito lidé neovládají složité zařízení a jeho obsluhu. Ovšem i to se dá zlepšit upravením a zjednodušením značení těchto domácích spotřebičů.

V průběhu celoživotního vzdělávání u klientů s MR umístěných v domovech sociální péče nebo v ústavu sociální péče je možné provést kontrolu pomocí testu, aby bylo možné říci, zda je klient určitého zařízení schopen větší samostatnosti a určité technické zdatnosti. Test je užitečný především sociálním pracovníkům, kteří mají rozhodné slovo při umístění klienta s MR do chráněného bydlení nebo jiného druhu samostatného bydlení.

Také by pomohl lepšímu náhledu zaměstnanců sociální péče na možnosti svých klientů s MR a měl by pomoci ke zkvalitnění sociálních služeb.

V poskytování sociálních služeb se dbá na kvalitu vytváření sítě služeb podle daných standardů ve vyhlášce 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Pro klienta je možnost, podle této vyhlášky, nepřijetí služby, pokud není poskytována podle všeobecně známých standardů kvality služeb.

U výrobků je kvalita zdůrazněna spokojeností všech uživatelů domácích spotřebičů a výrobků. Kvalita výrobků se v tržním hospodářství začne zlepšovat tím, že lidé budou upozorňovat výrobce domácí techniky, jak kvalitní přístroje jim vyhovují, jaké mají mít vlastnosti nebo funkce. Nebo jiná možnost je, že výrobky lidé přestanou kupovat.

Chci tímto také apelovat na výrobce nejběžnějších domácích přístrojů, aby byla jejich výroba domácích elektrických spotřebičů zaměřena na ty výrobky, které se sami vypínají, to znamená, že mají pojistky proti přehřátí a vzniku požáru. Velká ovládací tlačítka a kvalitní značení by měla být samozřejmostí. Inovace těchto výrobků pomůže při každodenních činnostech také osobním asistentům a lidem, kteří se starají o osoby s MR a zajistí větší bezpečnost lidem s intelektuálním postižením.

Značení ovládacích prvků technického vybavení v domácnosti výraznou barvou nebo velikost tlačítek se zdá samozřejmostí, ale není to vždy realizované. Pro běžné vybavení domácnosti by měly být stanovené normy, podle kterých výrobci mohou uvádět na trh své výrobky.

Důležité je také pro klienty s MR, aby zařízení, které se naučili používat, bylo stále na stejném místě – nebylo přemístováno, nebo se zcela nelišil vzhled domácích spotřebičů. Lidé s intelektovým postižením nemají rádi velké změny, proto každý rozdíl vnímají velice citlivě, až úzkostně.

6 ZÁVĚR

Cílem práce bylo vytvořit jednoduchý nástroj, který by pomohl posoudit sociálním pracovníkům, co všechno klient s mentální retardací umí v oblasti obsluhování domácí techniky a zda je možná socializace a začlenění do chráněného bydlení nebo práce v chráněném zaměstnání. Jakým způsobem je možné zjistit, jestli klient s MR obstojí sám bez pomoci nebo s pomocí v novém domově chráněného bydlení.

Z této práce vyplývá že je test použitelný, dosáhne-li klient s MR určitého počtu bodů můžeme si být jisti, že zvládne samostatně používat zařízení uvedené v testu, v době kdy byl test zpracován. V této technikou podmíněné době, kdy je potřeba, aby se každý alespoň částečně orientoval v základním technickém vybavení. Zkouškou testem se také dá zjistit, kde je ještě třeba dalšího vzdělávání v oblasti technické obsluhy domácích spotřebičů. V čem klient vyniká, a kde je třeba klienta naučit samostatnosti a soběstačnosti. Proto opravdu cílenou a individuální výchovou se může většina klientů s intelektuálním postižením dopracovat k určité nebo alespoň částečné nezávislosti ve společnosti.

Nesmíme, ale zapomínat na etickou stránku socializace, začlenění a výchovy. Uvědomovat si jedinečnost každé bytosti. Pomáhat všem, kdo pomoc potřebují a podporovat nerozhodné v jejich snahách a úsilích o zdokonalení se v užitečných činnostech a vzdělávání. Svobodu rozhodnutí a lidská práva chápat jako součást běžného života a předávat si tyto důležité součásti z generace na generaci. Být příkladem ostatním svojí vlastní morálkou a dodržováním zákonů.

Začleňování jedinců s MR je zdlouhavý a těžký proces a musí být pojat celou společností, jinak ho nebude nikdy dosaženo.

Na závěr si dovolím citovat:

„Lidské společenství je na moraliťe doslova neseno – je takové, jaké je jeho morální nastavení. Na tomto nastavení závisí také zdravý rozvoj celého společenství, takto se mravní stav společenství stává součinitelem tvořícím společenské zákonitosti.“
(Šimek, Špalek, 2003, s. 106).

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ČESKO. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
2. ČESKO. Zákon 2/1993 Sb. o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky.
3. ČESKO. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách.
4. ČESKO. Zákon 435/2004 Sb. o zaměstnanosti.
5. BAJO, Ivan, VAŠEK, Štefan. *Pedagogika mentálne postihnutých*. 1. vyd. Bratislava: Sapiientia, 1994. 251 s. ISBN 80-967180-1-0.
6. BAUMAN, Zygmunt. *Modernita a holocaust*. 2. vyd. Praha: Slon, 2010. ISBN 978-80-7419-028-5.
7. BAUMAN, Zygmunt, MAY, Tim. *Myslet sociologicky*. 1. vyd. Praha: Slon, 2010. 239 s. ISBN 978-80-7419-026-1.
8. Boston children's hospital's pediatric health blog. *Obama signs Rosa's Law*. [online]. 2010. [cit. 2013-4-9]. Dostupné z: <http://childrenshospitalblog.org/obama-signs-rosas-law/>
9. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.
10. EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 168 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
11. FISCHER, Slavomír, ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogik: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
12. GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 2000. 596 s. ISBN 80-7203-124-4.
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

14. HOLLÁ, Zuzana et al. *Vybrané pedagogické aspekty rozvoja prosociálnosti u dětí*. Ružomberok: Katolícka univerzita, edičné stredisko Pedagogickej fakulty, 2009. 135 s. ISBN 978-80-8084-450-9.
15. HOWLIN, Patricia. 1st ed. *Autism preparing for adulthood*. London: Routledge, 1997. ISBN 0-203-30695-3.
16. HOZÁK, Jan. Svět strojů. **In:** PETRASOVÁ, Taťána, MACHALÍKOVÁ, Pavla. *Člověk a stroj v české kultuře 19. století: sborník příspěvků z 32. ročníku mezioborového symposia k problematice 19. století*. 1. vyd. Praha: Academia, 2013. s. 7-93. ISBN 978-80-200-2232-5.
17. JEŘÁBEK, Hynek. *Úvod do sociologie výzkumu*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-662-5.
18. KOLOCHOVÁ, Jarmila. *Přehled patopsychologie dítěte*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. 157 s. ISBN ?.
19. KRAUS, Blahoslav, POLÁČKOVÁ, Věra et al. *Člověk - prostředí - výchova: K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
20. MATOUŠEK, Oldřich et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
21. NAKONEČNÝ, Milen. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 2009. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
22. NOLL, Steven, TRENT, James. *Mental retardation in America: a historical leader*. 1st ed. New York: University Press, 2004. ISBN 9780814782484.
23. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1387-3.
24. RABOCH, Jiří, ZVOLSKÝ, Pavel et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-726-214-08.
25. RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel, JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. 4. vyd. Praha: Triton, 2006. 211 s. ISBN 80-7254-746-1.
26. RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše et al. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.

27. STRAUSS, Anselm, CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
28. SVOBODA, Mojmir. *Psychologická diagnostika dospělých*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. 344 s. ISBN 978-50-7367-706-0.
29. SVOBODA, Mojmir, KREČÍŘOVÁ, Dana, VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 792 s. ISBN 80-7178-545-8.
30. ŠIMEK, Jiří, ŠPALEK, Vladimír. *Filozofické základy lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 112 s. ISBN 80-247-0440-4.
31. ZEITHAMMER, Karel. *Vývoj techniky*. Praha: Česká technika, 2008. 316 s. ISBN 978-80-01-02836-0.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

mentální retardace, intelektuální postižení, chráněné bydlení, chráněné pracovní místo, technický rozvoj, domácí technické vybavení, domácí spotřebiče

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: test jako nástroj výzkumu

Test obsluhy běžných spotřebičů

Druh přístroje	Obsluha přístroje	Bodování
Chladnička	Zvládne otevřít a zavřít sám	3 body
	Zvládne pouze otevřít	2 body
	Zvládne otevřít a zavřít s pomocí	1 bod
	Nezvládne	0 bodů
Varná konvice	Zvládne zapnout a nalít vodu sám	3 body
	Zvládne pouze zapnout	2 body
	Zvládne zapnout a nalít vodu s pomocí	1 bod
	Nezvládne	0 bodů
Mikrovlnná trouba	Zvládne nastavení zapnout a vypnout sám	3 body
	Zvládne pouze zapnout	2 body
	Zvládne zapnout a vypnout s pomocí	1 bod
	Nezvládne	0 bodů
Elektrický sporák	Zvládne nastavit správný stupeň teploty sám a vypnout	3 body
	Zvládne nastavit pouze stupeň zapnutí	2 body
	Zvládne nastavit správný stupeň teploty s pomocí	1 bod
	Nezvládne	0 bodů
Pračka	Zvládne nastavit funkci tlačítka, sám zapnout přístroj	3 body
	Zvládne nastavit funkci tlačítka sám	2 body
	Zvládne nastavit funkci tlačítka s pomocí	1 bod
	Nezvládne	0 bodů
Mobilní telefon	Zvládne sám ovládat přístroj, případně volat tísňová čísla	3 body
	Zvládne použít sám označené tlačítko	2 body
	Zvládne s pomocí ovládat přístroj	1 bod
	Nezvládne	0 bod
Osobní počítač	Zvládne sám aktivovat přístroj a vyhledávání odkazů	3 body
	Zvládne s pomocí aktivovat přístroj a vyhledávání odkazů	2 body
	Zvládne s pomocí aktivovat přístroj	1 bod
	Nezvládne žádnou z uvedených činností	0 bodů
Celkem		
Jméno		
Vyhodnocení	19 - 21 bodů - zcela samostatný 7- 18 bodů - částečně samostatný 7 bodů a méně - nesamostatný	

Příloha 2: rozhovor (technika dotazování)

Sociální pracovnice - Dana, Zora, Iveta

Pracovník v sociálních službách - Honza, Pavel, Martina

Osobní asistentka – Ivana

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. skupina | |
| Chladnička: | |
| Umí klient otevřít chladnici? | |
| Vezme si svůj pokrm? | |
| 2. skupina | |
| Varná konvice: | |
| Je váš klient schopen zapnout varnou konev? Nalije vodu do hrnku? Neopaří se při této činnosti? | |
| 3. skupina | |
| Mikrovlnná trouba | |
| Dokáže klient s intelektuálním postižením otevřít a zavřít mikrovlnnou troubu? Zapne ohřívání určeným tlačítkem? Vyndá bez popálení a rozlití pokrm? | |
| 4. skupina | |
| Elektrický sporák | |
| Umí klient vybrat správné tlačítko? Postaví varnou nádobu na sporák? Ohřeje si takto | |
| | pokrm? Nebo uvaří jednoduché jídlo? |
| 5. skupina | |
| Pračka | |
| Roztřídí klient prádlo podle barev do pračky? Vloží prací prostředek? Nastaví a zapne přístroj? Dokáže také vyjmout vyprané prádlo a správně rozložit na sušení? | |
| 6. skupina | |
| Mobilní telefon | |
| Rozliší váš klient číslice? Pokud ano dokáže zavolat na dané číslo? | |
| 7. skupina | |
| Osobní počítač | |
| Je klient schopen zapnout a vypnout přístroj? Dokáže si vyhledat odkazy na internetu? | |