

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM

2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zuzana Šustová

Speciálně pedagogické poradenství pro osoby s mentálním
postížením

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce:
PaedDr. Viola Rašínová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR FULL-TIME STUDIES

2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Zuzana Šustová

Special education counseling for people with mental disabilities

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor:
PaedDr. Viola Rašínová

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 14. 3. 2013

Zuzana Šustová

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PaedDr. Viole Rašínové za vedení bakalářské práce, odbornou pomoc a rady při jejím zpracování.

Anotace

Tato bakalářská práce se zaměřuje na jedince s mentálním postižením. Je popsána historie, péče o jedince a jejich začlenění do běžného života. Dále se věnuje poradenství, komunikaci osob s mentálním postižením v poradenství, vzdělávání a jejich uplatnění v budoucnosti, rodině a dítěti s mentálním postižením. V práci také nejsou opomenuty typy poradenských zařízení, principy a metody v poradenské práci. Cílem práce je nastínit problematiku speciálně pedagogického poradenství pro osoby s mentálním postižením, jak s nimi komunikovat a pracovat, získat si důvěru klienta a najít společné řešení. Praktická část se formou dotazníkového šetření zaměřuje na zjištění postoje veřejnosti k soužití, začlenění a účelné pomoci osobám s mentálním postižením s tím výsledkem, že pohled na handicapované osoby, jejich začlenění do běžného života a soužití v moderní společnosti nepostrádá míru tolerance a pomoci.

Klíčové pojmy

Diagnostika, handicap, jedinec, klient, komunikace, mentální postižení, poradenství, poradny, společnost, uplatnění, vzdělávání.

Annotation

This thesis focuses on individuals with mental disabilities. Describes the history, care for individuals and their integration into daily life. It also discusses counseling, communication of persons with mental disabilities in counseling, education and their application in the future, family and child with mental disabilities. You also can not forget the types of counseling services, principles and methods in counseling work. The aim is to provide an overview of special education counseling for people with mental disabilities, how to communicate with them and work to gain customer confidence and find a common solution. The practical part of the questionnaire investigation focuses on finding public attitudes toward coexistence, integration and appropriate assistance to persons with mental disabilities, with the result that the sight of people with disabilities and their integration into normal life and coexistence in modern society devoid of tolerance and support.

Key words

Advice, client, communication, counselling, diagnosis, education, handicap, individual, mental disability, society, use.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	10
1. 1 Historie - péče o jedince s mentálním postižením	10
1. 2 Příčiny vzniku mentální retardace	13
1. 3 Diagnostika	15
1. 4 Porovnání definic mentálního postižení z pohledu autorů.....	16
1. 5 Klasifikace mentálního postižení.....	17
1. 6 Rodina a dítě s mentálním postižením.....	21
1. 7 Vzdělávání mentálně postižených	23
1. 8 Ústavní péče o lidi s mentálním postižením	30
2. PORADENSTVÍ	34
2. 1 Historie poradenství.....	34
2. 2 Poradenství definice z pohledu několika autorů	35
2. 3 Komunikace v poradenství	36
2. 4 Metody a principy v poradenské práci.....	36
2. 5 Poradce, poradenské prostředí, klient	37
3. PORADENSTVÍ PRO MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ OSOBY	39
3. 1 Speciálně pedagogická centra.....	39
3. 2 Pedagogicko psychologické poradny.....	40
3. 3 Komunikace osob s mentálním postižením	41
PRAKTICKÁ ČÁST	
4. DOTAZNÍKOVÝ PRŮZKUM	43
ZÁVĚR	58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
PŘÍLOHA A.....	63

ÚVOD

Motto: „, Starající se o štěstí druhých nacházíme své vlastní.“ Platón

Bakalářská práce se zabývá speciálně pedagogickým poradenstvím pro osoby s mentálním postižením. Autor práce se rozhodl zpracovat námět, který je významný pro společnost a neměl by se opomíjet. Jak se rodí děti zdravé, tak se rodí i děti s nějakou vadou, postižením. Postoj společnosti k mentálnímu postižení je rozdílný, stejně tak, jako tomu bylo v historii. V jednotlivých vývojových etapách se společnost stavěla k lidem s nějakým postižením různě. Lidé s handicapem chtějí být stejní, jako všichni ostatní, chtějí se plně začlenit do naší společnosti i přes své znevýhodnění. Proč se na jedince s mentálním postižením dívat skrz prsty, oni nemohou za to, že se tak narodili a nebo se jim tělesná vada stala následkem úrazu. V průběhu života se může stát každému cokoliv. Jsme různí, nejsme všichni stejní, odlišný je i názor a postoj na mentálně postižené. Handicapovaní jsou živé bytosti, jako každý jiný mají své pocity, myšlenky, názory, cítí bolest, dokáží se radovat, být smutní, chtějí žít jako všichni ostatní. Osoby s mentálním postižením nemají rády soucit, chtějí být přijímány společností jako ostatní lidé. I mentálně postižený člověk přes svůj handicap dokáže žít a užívat si života, i když jeho životní cesta je mnohdy velmi trnitá. Je vhodné zapojit jedince s postižením do pracovního procesu. Snaží se svoji práci vykonávat svědomitě a řádně. Vědomí, že jsou pro ostatní užiteční, mají za něco zodpovědnost, mají pro co žít, znamená pro tyto lidi velkou míru uspokojení a naději. Není mnoho literatury, jenž by se zabývala speciálně pedagogickým poradenstvím pro mentálně postižené. Je potřeba, aby se veřejnost měla možnost seznámit s problematikou mentálního postižení – příčinami vzniku, diagnostikou, historií, vzděláváním. Přístup společnosti se v průběhu dějin velice měnil. Teoretická část se skládá ze třech hlavních kapitol.

První kapitola se zaměřuje na mentální postižení, historie péče o mentálně postižené, ustavní péče o jedince s mentálním postižením, jejich vzdělávání, rodina a mentálně postižené dítě.

Druhá kapitola se zaměřuje na poradenství, komunikaci v poradenství, metody a principy v poradenské práci.

Třetí kapitola se zaměřuje na poradenství pro mentálně postižené, jak komunikovat s jedinci, kteří jsou mentálně postižení, speciálně pedagogická centra a pedagogicko psychologické poradny.

Cílem práce je poukázat na problematiku speciálně pedagogického poradenství pro jedince s mentálním postižením, jak s nimi komunikovat a pracovat, získat si důvěru klienta a najít společné řešení. Praktická část je zpracována formou dotazníkového šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

1. 1 Historie - péče o jedince s mentálním postižením

Významná osobnost této doby je Hippokrates, který: „*dokázal, že mentální onemocnění vzniká z poruch mozku*“ (Valenta, Müller str. 20) Již v dávné době se objevovali jedinci s handicapem, určitým typem nějakého postižení. V minulosti byly různé pohledy na jedince s postižením. Již v pravěku se objevuje péče o jedince s určitým typem postižení, handicapem. Ve starověku se zbavovali nemocných a handicapovaných jedinců (př. házeli nemocné a postižené jedince do různých propastí, dávali je jako potravu zvířatům apod.). Ve starověké společnosti převažovalo magické myšlení, to znamená, že byli přesvědčeni o působení nadpřirozených sil a posedlostí ďáblem. Způsob léčby bylo vyhánění ducha. Ve starověku vznikají dva pohledy na postižené, jedním je převládající rodinná péče, druhým je vyhánění ze společnosti, což znamenalo pro postižené jistou smrt. V Řecku byly vybudovány Askleptiony (léčebné ústavy), kde o jedince pečovali lékaři a kněží. V raném středověku jsou zakládány klášterní hospitaly, nebo-li útulky pro staré a duševně nemocné a nemohoucí jedince (první založen roku 520 v Lyonu). Zde poskytoval péči mnich s určitou medicínskou přípravou. V období renesance dochází k vyloučení mentálně postižených osob ze společnosti. Také začínají vědecká poznání péče o handicapované jedince (např. se začínají rozlišovat jednotlivé druhy postižení), začínají se zakládat instituce, které pomáhali a pečovali o postižené jedince. Pro toto období jsou typické lodě bláznů, které izolovaly postižené ze společnosti (Pipeková, 2006, Pipeková, 1998, Černá 2008).

Významná osobnost tohoto období je *J.A. Komenský*: „*Ve svých dílech hájil nutnost vzdělávat všechny děti bez ohledu na typ a stupeň jejich postižení. Ve svém díle*

„Didaktika veliká“ se zabýval jakousi první speciálně pedagogickou klasifikací žáků z hlediska jejich typologie. Z šesti skupin Komenského systému je zajímavá skupina čtvrtá a pátá, u nichž dává autor popis a metodické pokyny, jak postupovat. Řečeno dnešní terminologií, čtvrtá skupina obsahovala kategorii žáků s lehkou mentální retardací, u nichž je třeba postupovat s výukou pomalu, názorně, silně motivačně, s redukcí učiva s individuálním speciálně pedagogickým přístupem. Do páté skupiny zařadil „učitel národů“ žáky s hlubším stupněm mentální retardace spíše torpidního typu, u nichž je vzdělávání velmi obtížné, a to zvláště v případě, kdy se postižení kombinuje s poruchou chování. Komenský aplikoval na edukaci žáků s mentálním postižením pedagogické principy, které jsou funkční i v dnešní době (hlavně princip individuálního přístupu, přiměřenosti, názornosti a konkrétnosti) a tím, že do středu zájmu učitel nepostavil učivo, nýbrž žáka, předběhl o čtvrt tisíciletí vývoj pedagogického myšlení a přiblížil se tak pedocentrickým pozicím reformních pedagogů dvacátého století“ (Valenta, Müller, 2003, str. 23-24).

V období osvícenství vznikají velké špitály, ale nebyly lékařskou institucí, nýbrž polosoudní. Jednali zde s mentálně postiženými jako s vězni. John Locke považoval za nesprávné, aby vychovatel žáky učil nebo konal činnosti, které jsou v rozporu z jejich nadáním a povahou. Philipp Pinel měl jiný pohled na mentálně postižené jedince, snažil se o humanizování péče ve velkých špitálech. Počátek 19. století je obdobím vzniku specializovaných ústavních zařízení, vznikají nově profilované instituce - nemocnice, trestnice, polepšovny. Hephata byl první ústav pro slabomyslné, jenž nesl původní název „ústav idiotů“, jehož roku 1898 přejmenovali na Ernestium. Původním zřizovatelem byl Spolek paní sv. Anny, který ho založil roku 1871. Funkci ředitele zde od počátku zastával lékař Karel Slavoj Amerling (Monatová, 1998, Černá, 2008, Pipelová, 1998). Zde Amerling postižené vyučoval základnímu vzdělání, řemeslným a zemědělským pracím, manuálními činnostem, vychovával je, dále zkoumal dědičné znaky a rodinné zázemí. Amerling měl manželku, která měla na starosti administrativní činnosti v Ernestinu a po smrti svého manžela se ujala pedagogického vedení ústavu. Tento ústav řídila 3 roky. Na Amerlingovou činnost navázal lékař Karel Herfort, který byl zakladatelem dětské psychiatrie. Roku 1900 se stal ředitelem Ernestia. Herfort. Založil v této léčebně chorobopisy, dále individuální listy, do kterých zakládal informace o daném jedinci, či antropometrická měření tzn. soubor technik měření

lidského těla. (Monatová 1998, Pipeková 1998, Krejčířová In. Renotiérová, Ludvíková, 2004).

Valenta, Miller (2003, str. 31) udávají: „Herfort v ústavu prosadil individuální přístup k chovancům prohloubil jejich výuku včetně tělesné i pracovní a zavedl chorobopisy vycházející z vědeckých (jak lékařských, tak i „speciálně pedagogických“) diagnostických metod. Byl spoluzakladatelem prvního odborného časopisu Úchylná mládež“.

Další osobnost je František Čada, který byl v roce 1910 spoluzakladatelem Pedagogického ústavu v Praze. Mezi další aktivní činnosti Čady patří péče o handicapovanou mládež. Jako první v republice začal prosazovat systematické zkoumání dětí a využíval moderní metody k výchově dětí. Aktivně se účastnil různých shromáždění a sjezdů o dětech a mládeži, které i sám pořádal. Program těchto sjezdů se převážně týkal mentálně handicapované mládeže. Další významnou osobností je Josef Zeman, který byl zakladatelem časopisu úchylná mládež. V roce 1928 vyšly první učební osnovy pro handicapované, kterých byl spoluautorem. Dále se spolupodílel na prvním zákonu o pomocných školách v ČSR. V zahraničí patřil mezi významné osobnosti francouzský psycholog Alfréd Binet vymyslel inteligenční testy. Cílem jeho práce bylo odlišit normální děti od dětí defektivních (Monetová, 1998).

Monetová (1998, str. 49 - 50) uvádí: „V roce 1905 zpracoval Binet společně s Théophilem Simonem stupnici pro měření inteligence, aby mohl zjišťovat rozdíl mezi věkem chronologickým – tj. fyzickým a věkem mentálním. Stanovil diferenciální diagnózu intelektového stupně dětí od 3 do 5 let a pokusil se takto určit jejich případnou mentální retardaci. Pro každý rok vybral několik úkolů. Za opožděné či psychicky postižené považoval takové dítě, které nesplnilo dvě nebo více ze šesti činností pro daný chronologický věk. Z podnětu Alfréda Bineta a Théko Simona byly v roce 1900 vytvořeny speciální třídy pro děti, které nestačily v běžné výuce. Výzkumy Philippa Pinela a Edouarda Seguina přispěly k oddělení těchto jedinců od psychicky chorých.“

John Dewey zjistil, že je u dětí a mládeže mentálně postižené potřeba formulovat zájmy a dostupné činnosti, tímž se mohou rozvíjet další oblasti. Na tomto systému se dají začleňovat osoby handicapované do společnosti. (Monatová, 1998).

Legislativní úpravy po 2. světové válce - které se týkaly speciální pedagogiky (Valenta, Müller, 2003) je Zákon o jednotném školství z roku 1948 (95/48 Sb. Školský

zákon z roku 1953 (31/53 Sb.), který upravuje vznik zvláštního učňovského školství. Zákon z roku 1960 (188/60 Sb.) Po sametové revoluci v roce 1989 se demokratické změny promítly do českého speciálního školství a psychopedie jakožto oboru.

Valenta, Müller (2003, str. 34) uvádí: „nastal značný rozvoj pomocných škol, vznikají auti-třídy pro žáky s pervazivními vývojovými poruchami (upravuje vyhláška MŠMT ČR č. 127/1997 Sb. o speciálních školách a speciálních mateřských školách), inkluze postižených (i mentálně) se stal realitou, vznikají nejrůznější občanská sdružení podporující zkvalitnění života osob s mentálním postižením (např. chráněné dílny, zaměstnávání, apod.), rozšířil se ambulantní a diagnostický servis pro klienty a jejich rodiny (SPC), dochází k atomizaci (ústavy rodinného typu), normalizaci a humanizaci ústavní péče, rozvíjí se alternativní a augmentativní komunikace, rozšiřuje se, zkvalitňuje a diferencuje příprava psychopedů“.

1. 2 Příčiny vzniku mentální retardace

Příčiny vzniku mentální retardace dělí se do několika faktorů první je: endogenní (do níž patří genetické a dědičné vlivy) a exogenní (vnější, vznikají vlivem působení prostředí), druhé dělení je podle časového faktoru: prenatální (účinkující od početí do narození), perinatální (účinkující úzce pře porodem a úzce účinkující po porodu), postnatální (účinkující po narození). Endogenní příčiny jsou zašifrované v soustavách pohlavních buněk, prostřednictvím nich se zrodí nový člověk. Mentální retardace může být vrozená, ale i během života získaná (Popelová In. Vítková, 2004, Krejčířová In. Renotiérová, Ludvíková 2004).

Srovnáním názorů několika autorů, jaký mají pohled na příčiny vzniku mentální retardace:

Bazalová In. Pipeková (2010, str. 291) uvádí: „Mentální retardace může vzniknout v období prenatálním (před narozením dítěte) – jedná se především o infekční onemocnění matky během těhotenství, špatnou výživou, působení toxických látek a záření, úrazy matky, perinatálním

(v období porodu a bezprostředně po něm) – hypoxie (nedostatek kyslíku) plodu, porod může být protahovaný (dlouhotrvající), postnatálním (po porodu do 2 let věku dítěte) –

infekce novorozeněte, záněty mozku, úrazy, špatná výživa“. (citováno z knihy Pipeková kapitoly ze speciální pedagogiky, kapitola psychopedie)

Pipeková In. Vítková (2004, str. 295) uvádí: *„Dále se v odborné literatuře uvádí dělení mentální retardace na: „Vrozenou mentální retardaci – spojena s určitým poškozením, odchylnou strukturou nebo odchylným vývojem nervového systému v obdobím prenatalním, perinatálním nebo postnatálním zhruba do dvou let života dítěte. Získanou mentální retardaci – demenci, jde o proces zastavení, rozpadu mentálního vývoje, který je zapříčiněn pozdější poruchou, nemocí, úrazem mozku. Nejčastější příčina se uvádí zánět mozku (encephalitis), zánět mozkových blan (meningitis), úrazy mozku, poruchy metabolismu, onemocnění mozku apod. Demence způsobuje převážně nervový úbytek intelektových schopností. Dětské demence se projevují zastavením psychického vývoje, zpomalením psychických procesů, ztráta intelektových schopností. Sociálně podmíněnou mentální retardaci – pseudooligofrenii (starší termín sociální debilita, která vzniká nejčastěji v důsledku působení vnějšího prostředí. Není způsobená poškozením CNS, ale nedostatečnou stimulací prostředí dítěte. Sociálně podmíněná mentální retardace se projevuje výrazným opožděním vývoje řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace.*

Slowík (2007, str. 46-47) uvádí: *„Klasifikaci příčin vzniku vad a poruch takto: Exogenní (vnější faktory) do níž řadíme prenatalní, perinatální, postnatální období. Prenatální – všechny faktory negativně ovlivňující vývoj jedince v období od početí do porodu, zejména vlivy: fyzikální (např. škodlivé záření), chemické (působení drog), nutriční (nesprávná výživa), biologické (virová a bakteriální infekce), psychické a sociální (stres). Perinatální – všechny negativní a rizikové okolnosti probíhající při porodu nebo v období krátce po narození- mezi nejčastější patří: mechanické poškození plodu, nedostatek kyslíku, infekce, jiné komplikace. Postnatální – všechny reálně možné příčiny vzniku vad a poruch v období po narození – jde o stejně negativní vlivy jako v prenatalním období, které však už působí na organismus jedince přímo (nikoli skrze organismus matky). Endogenní (vnitřní) faktory patří sem genetické a ostatní. Genetické – chromozomální aberace (poškození chromozomální výbavy nezávislé na dědičných vlivech řadíme sem např. Downův syndrom). Genové mutace (dědičně přenosná změna genetických informací). Ostatní – dispozice (většinou dědičné, projeví se však pouze při výskytu určitého spouštěcího vlivu). Změněná realita (změna citlivosti jedince na běžné*

podměty – např. alergie, astma). Problémy imunity (celkově snížená obranyschopnost organismu).

1. 3 Diagnostika

Diagnostika je déletrvající proces, beroucí v úvahu všechny systémy, jež ovlivňují vývoj dítěte. Pro stanovení diagnózy mentální retardace je potřeba vyšetření neurologické, psychiatrické a dále trvající pozorování dítěte v jeho přirozených podmínkách jeho vlastního vývoje. Na diagnostice spolupracuje celá řada odborníků (např. lékaři, speciální pedagogové, psycholog a další), jako další kdo se na diagnostice podílí jsou rodiče. Do psychologického vyšetření z větší části patří IQ testy (Švarcová, 2011).

Organizace, které se věnují speciálně pedagogickému diagnostování mentálně nebo jiné duševní postižení dítěte. A jsou to organizace speciálně pedagogická centra (SPC) a pedagogicko psychologické poradny (PPP) nebo speciální školy, které jsou zaměřené primárně na vzdělání. (Valenta, Müller, 2003).

Mentálně postižený jedinci mají problém se podrobit novým podmínkám, které jsou pro ně neznámé. Lidé s tímto typem daného postižení potřebují mít daný řád na který jsou zvyklí a jsou neradi, kdyby se měl měnit aniž by to dopředu věděli. Ze změnou se těžko vypořádají, ale na konec po delším opakování nové věci si na novou změnu zvyknou. Mají rádi stereotyp a nemají rádi změny, které mohou nastat. Úroveň rozumových schopností se provádí v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP) dále ve speciálně pedagogických centrech (SPC), pracují zde psychologové, speciální pedagogové, kteří mají psychopedická zaměření (Švarcová, 2011).

Švarcová (2011, s. 35) uvádí: „*Diferenciální diagnostika mentální retardace má za úkol odlišit mentální retardaci od jiných příčin opožděného vývoje. Velký význam má při jejím provádění důkladná anamnéza spočívající v zjištění, v jakém prostředí se dítě od narození vyvíjelo, jaká péče mu byla poskytována apod.*“.

Podle Rentiérové In. Slowík (2004, str. 51) „*Speciálně pedagogická diagnostika se zabývá rozpoznáním podmínek, prostředků i efektivity výchovy, vzdělávání, celkového rozvoje osobnosti, a také enkulturace klientů – tedy osob s postižením*“.

Slowík (2007, s. 51) uvádí: „ Diagnostika handicapovaných osob (jejich schopností, vědomostí apod.) by měla být vždy orientována pozitivně, měla by tedy vyhledávat schopnosti, dovednosti a kompenzace, tj. všechny využitelné možnosti dalšího rozvoje, ze kterých lze vycházet při vytváření individuálních vzdělávacích plánů apod.

„ Diagnostické metody podle Slowíka (2007, s. 52): anamnéza, pozorování, rozhovor, dotazníky, testy, metody ověřování vědomostí a dovedností, analýza výsledku činnosti, postojové metody“.

Slowík (2007, s. 52) uvádí: „ Speciálně pedagogické odborné vyšetření, prováděné nejčastěji v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP) nebo speciálně pedagogických centrech. Zaměření na diagnostiku následujících oblastí: motorika, percepce, komunikace, rozumové schopnosti, lateralita, prostorová a časová orientace, sociální faktory, tělesné a psychické charakteristiky, chování, úroveň schopností a dovedností.

1. 4 Porovnání definic mentálního postižení z pohledu autorů

Švarcová (2011, str. 28-30) uvádí: „ Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež, dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám adaptačních schopností. Mentální retardace je důsledkem organického poškození mozku, které vzniká na základě strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku“.

Valenta In. Michalík (2011, str. 115) uvádí: „Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností“

Slowík (2007, str.110) uvádí: „Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrném obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace

jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální nepřizpůsobivosti“.

Bendová (2011, str. 9) uvádí: *„Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je mentální retardace definována jako „stav zastaveného či neúplného vývoje, který je charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností.“.*

Valenta, Müller (2003, str. 14) uvádějí: *„Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií“.*

1. 5 Klasifikace mentálního postižení

F 70 Lehká mentální retardace (IQ 69-50)

U lehké mentální retardace je nepatrné opoždění, či psychomotorický vývoj je pomalejší a toto se děje do 3 let věku dítěte (Bazalová In Pipeková, 2010). Z toho plyne, že do 3 let věku dítěte se jeho vývoj opoždí a jen nepatrně se odklání od normy „zdravého“ dítěte.

Během 3. a 6. roku začíná být viditelně opožděno a to tak, že se objevuje nedostatečná slovní zásoba na daný věk. Dítě je v tomto období opožděno v řeči a komunikaci, nemá zájem o běžné věci, není zvědavé a je celkově opožděné oproti běžnému vývoji „zdravého“ dítěte. Když dosáhne dítě školního věku začínají se u něj projevovat především tyto viditelné problémy: horší paměť, problémy jak s jemnou motorikou, tak i s hrubou a to zejména v jejím opožděném vývoji apod. U jedinců s lehkou mentální retardací se zpomaluje rozvoj sociálních dovedností. Co se týče emoční oblasti, tak ta se u dítěte s lehkou mentální retardací projevuje, jak impulsivním jednáním tak úzkostí. Aby byla socializace dítěte úspěšná, je zapotřebí hlavně rodinné prostředí a také výchovné působení. Jejich vzdělání probíhá na základě přiměřeného vzdělávacího programu. Děti s lehkou mentální retardací se vzdělávají v běžné základní škole, ale musejí být splněny určené podmínky integrace (používání

speciálních pomůcek pro vyučování, vytvoření potřebných podmínek). Dalším následujícím vzděláním, kterého mohou dosáhnout, jsou odborná učiliště, či praktické školy. V dospělosti jsou jedinci s lehkou mentální retardací schopni pracovního uplatnění a začlenění do společnosti. Jedinec s lehkým mentálním postižením dokáže udržet a vést komunikaci a to i přes opožděný vývoj řeči a tím se dokáže zapojit do běžného života a začlenit se do běžné společnosti. Dokáží se o sebe postarat – vést samostatný život ve všech oblastech (př. dokáží se mýt, sami oblékat, dodržují pravidla správné hygieny, dojíti si na úřad, vyřídit si běžné věci, dojíti k lékaři apod.) U jedinců s lehkým mentálním postižením je jejich duševní období zhruba na vývojové stupni 10-11 let. (Bazalová In. Pipeková, 2006, Švarcová 2011, Zikl, 2011)

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

U středně těžké mentální retardace nápadně opožděný vývoj řeči a myšlení toto opoždění převažuje až do dospělosti. Jedinci mají způsobilost základní rozhovoru, který je verbální, či pomocí alternativní a augmentativní komunikace ale může se stát, že se u dítěte se středně těžkým mentálním postižením nemusí řeč vyvinout vůbec. Jedinci mají malou slovní zásobu, věty i slovní spojení jsou velice snadně složené. Nemají způsobilost vykonat jemné úkoly, neobratnost, jemná i hrubá motorika je zpožděná. Jejich vzdělání probíhá na základě přiměřeného vzdělávacího programu. Děti se středně těžkou mentální retardací se vzdělávají v základní škole speciální. Ale mohou se také začlenit do běžné školy, ale musí splnit stanovené podmínky integrace. Další vzdělání, na které mohou navázat v praktické škole. Když dosáhnou dospělosti mohou se začlenit do pracovního procesu, kde pracují pod dohledem vyškolené osoby - pracovního asistenta, či v chráněných dílnách a na chráněných pracovištích. V zaměstnání tyto jedinci mohou vykonávat základní manuální práci. U jedinců se středně těžkým mentálním postižením je jejich duševní období zhruba na vývojovém stupni 4-8 let (Bazalová In Pipeková, 2006, Zikl 2011, Švarcová, 2011).

F 72 Těžká mentální retardace (IQ 34-20)

U těžké mentální retardace je velmi malý vývoj komunikačních schopností, prostá slova atd. Už v předškolním vývojovém období je psychomotorický vývoj dítěte nápadně opožděn. Jejich vzdělání probíhá na základě přiměřeného vzdělávacího programu. Děti s těžkou mentální retardací se vzdělávají v základní škole speciální. Mnohdy se u těchto jedinců může objevit přítomnost tělesného postižení, neurologická onemocnění,

psychiatrické onemocnění. U jedinců s těžkým mentálním postižením je jejich duševní období zhruba na vývojovém stupni 18 měsíců, či 3,5 roku. O jedince s těžkou mentální retardací je nutná osobní péče. Dále je důležitá práce s nimi v oblasti rehabilitace, ve výchovně a v dalších oblastech přiměřeně k jejich postižení a chápání. (Bazalová In. Pipeková, 2006, Švarcová, 2011).

F 73 Hluboká mentální retardace (IQ 19 a níže)

Hluboká mentální retardace bývá spojována s dalšími typy postižení (např. postižení zraku, sluchu). Zpravidla jsou tito jedinci s tímto typem postižení nezpůsobilý sebeobsluhy. Jejich komunikační schopnost je vyjadřována zpravidla – výkřiky, gesty atd., které jsou vyjadřovány bez významu. Obvykle se jedinci s hlubokou mentální retardací vyjadřují pomocí neverbální komunikace (př. úsměv, radost). Mají výrazně omezenou schopnost pochopit řeč v komunikaci, nedokáží pochopit pokyny, které jsou jim dávány. Jsou závislí na pomoci druhých. Je důležité podporovat rozvoj v oblasti motoriky, komunikace. U jedinců s hlubokým mentálním postižením je jejich duševní období zhruba na vývojovém stupni menší než 18 měsíců. (Bazalová In. Pipeková, 2006, Švarcová, 2011).

Rozdíly mezi „zdravými“ a mentálně postiženými dětmi a dospělými

Prenatální vývoj v tomto období se mohou vyskytovat k vývojovým defektům, jenž mohou vést ke vzniku mentálního postižení dítěte, které mohou být zděděné po rodičích nebo po rodinných předcích. Dále se na vzniku mentálního postižení podílí neobvyklý počet chromozomů, chromozonální rozdíly. Na nenarozené dítě mohou dále záporně působit fyzikální, biologické, či chemikálií vlivy, které se mohou také podílet na vzniku mentálního postižení dítěte. (Pipeková, 2006)

Novorozenecké období je vývojové období, které je dlouhé jeden měsíc. Narozené dítě si zvyká na nové neznámé prostředí. Možnosti dítěte ve vývoji je odlišné a nápadné podle toho jaký stupeň postižení se u dítěte vyskytuje. Dítě se začíná vyvíjet později a pomaleji. Mentální postižení může být způsobeno buď z prenatálního vývojového období, či může vzniknout při porodu dítěte (poškození mozku během porodu, nedostatek kyslíku a další). V novorozeneckém období jsou už možnosti rozpoznání rozdílů ve vývoji jedince. (Pipeková, 2006)

Kojenecký věk je vývojové období, který je od konce prvního měsíce do doby jednoho roku věku dítěte. V tomto období se dítě všemi směry rozvíjí. Mentální

postížení se u dítěte v tomto období rozpozná a je totiž nápadné opoždění ve vývoji duševním i tělesném. Velikost opoždění záleží na stupni postížení. U dětí, které mají těžkou formu mentálního postížení je možno tento stupeň mentálního postížení rozpoznat již v kojeneckém vývojovém období (Pipeková, 2006).

Batolecí věk je vývojové období, který zahrnuje druhý a třetí rok věku dítěte. Děti s lehkou mentálním postížením se opoždují ve vývoji o jeden rok až o rok a půl. Děti se středně těžkou mentální retardací se opoždují ve vývoji nápadněji, viditelněji (Pipeková, 2006).

Předškolní věk je vývojové období, které je od tří let do šesti let u „zdravých“ dětí. Ve vývoji u mentálně postížených se věková hranice posouvá o čtyři až pět let zpět. Důležité je rozpoznání a dále zjišťování odlišnosti mentálního postížení u dítěte a hlavní je nastin dalšího vývoje dítěte. Dále je důležitá rada, spolupráce s odborníky (psychologové, speciální pedagogové, lékaři a další). Důležitá je péče ze strany rodiny o jedince. Neméně důležité je poradenství pro rodiče v oblasti školství, jaké druhy školských zařízení jsou přiměřené k typu a stupni postížení (Pipeková, 2006).

Školní věk je vývojové období ve věkové hranici od šesti let v případě odkladu od sedmi let do patnácti let, tato věková hranice je u „zdravých“ dětí. U dětí s mentálním postížením se věková hranice posunuje podle stupně a závažnosti postížení dítěte. Pro toto období je důležitá povinná školní docházka, která je devítiletá a u dětí, kteří mají těžší stupeň mentálního postížení je možnost školní docházku o jeden rok protáhnout. Děti s mentálním postížením potřebují pomoc ze strany rodičů i dalších odborníků, jejich schopnost je snížena podle stupně mentálního postížení, jsou zcela vázaní na pomoci v oblasti péče o jejich osobu. Mají velmi silnou citovou vazbu k rodičům a to i v období dospívání. Děti s těžším stupněm mentálního postížení se neumějí začlenit do společnosti vzniká z jejich strany sociální izolace (Pipeková, 2006).

Vývojové období adolescence u „zdravých“ jedinců je věková hranice od 15 let do 21 let. U jedinců s mentálním postížením se věková hranice posunuje podle jejich stupně mentálního postížení jako v ostatních obdobích. Důležité je pro toto věkové období začlenění do společnosti, být přijímaný společností i přes postížení jedince. U jedinců, kteří mají lehký stupeň mentálního postížení a mají možnost se vzdělávat na odborných učilištích, kde při jejich úspěšném ukončení získávají výuční list a tak se tito jedinci mohou uplatnit na trhu práce. Nemají velký problém se začlenit do společnosti.

Složitější to mají jedinci s těžší formou mentálního postižení, kteří mohou být zaměstnání v podporovaném zaměstnání, chráněných dílnách potřebují neustálý dohled a pomoc (Pipeková, 2006).

Dospělost – typickým jevem je pro toto vývojové období u „zdravých“ jedinců např. manželství, získání zaměstnání, mít rodinu, plánovat budoucnost. U jedinců s mentálním postižením je nezbytností povzbuzení a vedení, ve směru pro jejich začlenění a přizpůsobení do běžného plnohodnotného života. Je důležité, aby se jich život podobal životu běžné populace např. zaměstnání, napomáhat k samostatnosti a s tím i spojené chráněné bydlení a další. V tomto vývojovém období je důležité vést jedince s mentálním postižením k plnohodnotnému životu (Pipeková, 2006).

Staří jedinci s mentálním postižením stárnou o 5 až 10 let dříve než běžná populace starých lidí ve společnosti. K mentálnímu postižení, které jedinec má během života ať už od narození a nebo během života získaným, se ve staří přidávají další defekty, nemoci, duševní poruchy. Jedinec, který stárne, tak se u něj projevují změny psychické, fyzické, mění se vzhled – stárne v oblasti obličeje, těmito změnami prochází „zdravý“ stárnoucí jedinec, tak také i jedinec s různým stupněm mentálního postižení (Pipeková, 2006).

1. 6 Rodina a dítě s mentálním postižením

Zjistí-li rodina, že se jim má narodit mentálně postižené dítě mají stresovou zátěž, či utrpí šok. Narozením mentálně postiženého dítě se náhle mění rodinný život, plány do budoucna. Rodina a rodinný příslušníci mají výjimečnou, jinou a neznámou zátěž se, kterou se musejí vypořádat. Rodina v první etapě prožívá šok a popírá, že by se jim postižená dítě mohlo narodit, nevěří danému stanovení mentálního postižení jejich dítěte. Nejdůležitější je nabídnout rodičům velké množství uspokojivých informací (Švarcová, 2011, Slowík, 2007).

V současné době díky vyspělému lékařství již v prenatálním období, kdy je rodině sděleno narození mentálně postiženého dítěte, si může rodina volit zda chce, aby se dítě narodilo. Není to jednoduché rozhodnutí. Záleží, také na sociální oblasti, finanční oblasti atd. Rodina se v další a to druhé etapě začíná smiřovat s danou situací,

ale hledá, kde se mohla stát chyba, že se jim má narodit mentálně postižené dítě a chtějí najít viníka a tak hledají genetické podněty, který příbuzný v rodině měl jaké nemoci a geneticky děditelné nemoci. Toto a další obviňování může vést i k rozpadu a nebo rozvodu partnerů. Nejhlavnější je, aby si rodina vyhledala odbornou pomoc u lékařů, psychologů atd..Důležitá je podpora rodinných příslušníků, příbuzných atd. Rodina ve třetí etapě se smiřuje s danou realitou a přijímá jí. Když se rodina dostane do této třetí etapy, tak to znamená, že daný stav úspěšně zvládli. Pro rodinu, které se má narodit mentálně postižené dítě je velmi složité zvolit ideální způsob výchovy. Každá rodina je jiná a má i jiné nesprávné přístupy na tuto skutečnost. Prvním nesprávným přístupem je, když se rodina nesmíří s tím, že se jim má narodit postižené dítě. Většinou dítě dají do ústavu sociální péče a všechny kontakty s dítětem ukončí. Pro dítě tento typ rozhodnutí není přízniví, dítě v nejranějším věku svého vývoje vyžaduje mateřskou péči, potřebuje rodinné prostřední, chce někomu patřit, dítě potřebuje trpělivost ve výchovném řízení. Může být i rodina, kde je postižené dítě odmítáno jen jedním rodičem (odmítání se vyskytuje obvykle více ze strany otců než u matek) může se stát, že se rodina rozpadne. Dítě je vychováváno jen jedním rodičem (většinou tedy matkou) což není jednoduchý úkol. Péče a trable jsou velmi náročné a je to velmi těžký úkol, který vyžaduje oba rodiče. Další ze způsobů, jak se rodina může postavit k narození mentálně postiženého dítěte je ochránářský postoj, kdy rodina dítě chrání a úplně jej může izolovat od společnosti, což je negativní. Další nepříznivý postoj je vychovat dítě, takovým způsobem, aby se nelišilo od svých vrstevníků. Nejlepší přístup je, aby postižené dítě měli rodiče rádi a dokázali přijmout dítě s postižením, takové jaké se narodilo. Když dítě dosáhne předškolního věku může navštěvovat mateřskou školu, což je pro dítě velmi příznivá zkušenost. Pro mentálně postižené děti ve školním věku je velmi důležité rodinné prostředí, potřebují pomoc při vzdělání atd. Znalosti a zdatnosti se u dětí s mentálním postižením tvoří velmi těžce, postižené děti potřebují pomáhat v různých činnostech nejsou soběstačné. Postižené dítě, které se naučí nějaké nové znalosti nebo zdatnosti a zvládá je, se velmi cenní a vede k jeho soběstačnosti. Aby se dítě s postižením stalo samostatným mělo by ovládat základy sebeobsluhy. Mělo by být způsobilé ke komunikaci s ostatními osobami ve společnosti atd. Děti, které jsou těžce mentálně postižené se učí zručnostem pod dohledem daných pracovníků např. v keramických dílnách, kde pracují s keramickou hlinou, pletou, atd. Mentálně

postižené dítě ve školním věku dochází do školy, kde se o jedince starají. Rodiče po dobu kdy dítě chodí do školy mohou docházet do zaměstnání. Děti s mentálním postižením docházejí do školy, kde se věnují vzdělání podle jejich možností. Lehce mentálně postižený jedinci v dospělém věku se začleňují lépe a to až do profesního uplatnění. Těžce mentálně postižení jedinci, když mají štěstí, tak získají zaměstnání v tzv. chráněných dílnách. Dospělí postižení jedinci, kterým už nemohou rodiče dávat péči např. z důvodu stáří, tak jsou umístěny v ústavech sociální péče, kde je jim poskytována odborná péče. Ústavy sociální péče jsou denní a týdenní stacionáře nebo celoroční. Každá rodina, které se narodí handicapované dítě potřebuje finanční podporu, protože péče o postižené dítě je velmi nákladná. Rodiče, které mají handicapované dítě mohou využít sociální pomoci a podpory. Rodiny, jenž mají handicapované dítě se scházejí a předávají si zkušenosti a informace a vzájemně se podporují (Švarcová, 2011, Slowík, 2007).

1. 7 Vzdělávání mentálně postižených

Předškolní období

Do tohoto období patří střediska ranné péče, která je poskytována dětem po narození v prvních letech v rozmezí od 0-3 let. Střediska ranné péče spadají do sociální péče. Když má dítě těžší formu postižení, tak je mu tato péče poskytována , až do doby nástupu do školy. Střediska ranná péče nabízí služby dětem i jejich rodinám, tyto služby jsou terénní (tzn. že pracovníci ze středisek ranné péče dojíždějí do domácnosti), dále může středisko ranné péče nabízet i ambulantní službu, kam jedinec docházejí na terapii. Hlavním cílem je přímá práce s dítětem (př. rozvíjení komunikace) a poradenství. Sociální služby dále poskytují osobní asistenci, která je nabízena postiženému dítěti. Jeho rodina tuto službu může použít především, když dítě navštěvuje mateřskou školu. Další služba, kterou nabízejí sociální služby je denní stacionář, který je poskytován, jako mimořádné řešení pro děti, které nemají šanci navštěvovat mateřskou školu. Další možnost, kterou denní stacionář nabízí, jsou jesle pro děti do 3 let věku (Zikl, 2011).

Müller, Valenta (2003, str. 253) uvádějí: „*Služby a programy ranné péče o MP děti (či o děti s kombinovaným postižením) by měly zahrnovat: včasnou diagnostiku dítěte, včasnou rehabilitaci a stimulaci dítěte, poradenství a vzdělávání pro rodiče, půjčování pomůcek a odborné literatury, terénní práci v rodině, zapojení rodičů do systému ucelené rehabilitace, respitní pomoc rodinám, instruktáže a zácvik dalších pracovníků pomáhajících profesí, tranzit dítěte do výchovně-vzdělávacího systému*“.

Další instituce, jenž spadá do oblasti školství je mateřská škola a speciální mateřské školy, kterou navštěvují děti ve věku od 3 let do 6 let případně odkladu do 7 let. Hlavním úkolem předškolní vzdělávání povzbuzovat tělesný vývoj, podporovat dětskou osobnost, podporovat dítě, aby mohlo existovat v naší společnosti, ale i ve společnosti jiných a aby uměli respektovat normy a hodnoty dané společností. Děti v předškolní výchově se učí samostatnosti, jak mají komunikovat a pomáhat ostatní dítětem. Dítě by se mělo podbízet k poznávání a učení. V mateřské škole a mateřské škole speciální je důležité uznávání individuálních potřeb a schopností dítěte. Děti, které mají lehký stupeň mentálního postižení, jsou začleňovány do běžných mateřských škol. Do speciálních mateřských škol jsou začleňovány děti s těžším mentálním postižením. Ve speciálních mateřských školách je narozdíl od běžných mateřských škol menší počet dětí ve třídě. Děti s postižením tedy mohou být začleněny, jak do běžných mateřských škol, či do speciálních mateřských škol. Do speciálního předškolního zařízení se začleňují děti s postižením, ale mohou do toho typu školství být zařazeny i děti bez postižení, tento typ speciální mateřské školy se nachází v Praze 8, už od svého začátku zde byly začleňovány děti s postižením i děti bez postižení (Zíkl, 2001, Švarcová, 2011, Popelová, 2006).

Povinná školní docházka pro žáky s mentálním postižením

Žáci s mentálním postižením se vzdělávají v základní škole praktické, základní škola speciální (Švarcová, 2011).

Základní škola praktická (předchozí název zvláštní škola)

Tato škola je pro žáky s lehkým mentálním postižením. Ve třídách je zmenšený počet žáků. Žáci v základní škole speciální plní devítiletou povinnou školní docházku. Základní škola praktická se dělí na dva stupně 1. stupeň řadíme sem: 1. - 5. ročník, 2. stupeň řadíme sem: 6. - 9. ročník Na základní škole praktické se vyučuje podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělání vzdělávání s dodatky, který

upravuje vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Vzdělávání se uskutečňuje na základě vzdělávacího programu, který je vypracován v souladu s Rámcovým vzdělávacím programem pro základní vzdělávání včetně dodatku upravujícího vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. (Švarcová, 2011, Zíkl, 2011, Valenta, 20112).

Švarcová (2011, str. 88) uvádí: „*Vzdělávací oblasti jsou tvořeny buď jedním vzdělávacím oborem, nebo více obsahově blízkými vzdělávacími obory: jazyk a jazyková komunikace (Český jazyk a literatura, Cizí jazyk), matematika a její aplikace, informační a komunikační technologie, Člověk a jeho svět, Člověk a společnost (Dějepis, Výchova k občanství), Člověk a příroda (Fyzika, Chemie, Přírodopis, Zeměpis), umění a kultura (Hudební výchova, Výtvarná výchova), Člověk a zdraví (Výchova ke zdraví, Tělesná výchova), Člověk a svět práce“.*

Základní škola speciální (předchozí název pomocná škola)

Tato škola žáky učí zvládat a rozšiřovat odpovídajícím pracovním schopnostem, rozšiřování komunikačních dovedností, učení samostatnosti atd. Do této školy docházejí žáci se středním až těžkým mentálním postižením. Ve třídách je menší počet žáků, mají speciální učebnice, třídy jsou uzpůsobené potřebám žáků atd. Na základní škole speciální se vyučuje podle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní školy speciální. Žák se začleňuje do základní školy speciální na základě rozhodnutí ředitele a doporučení školského poradenského zařízení se souhlasem rodičů žáka. V základních školách speciálních žáci plní desetiletou školní docházku, z nichž je devět let povinná školní docházka a desátý rok, který není povinný, je organickou součástí vzdělávání s těžkou formou mentálního postižení. Dbá se na připravenost žáků na další vzdělání. Žáci, kteří úspěšně ukončili základní školu speciální mohou navázat na vzdělávání v praktické škole dosáhnou způsobilosti k vykonávání základních pracovních činností. Tento typ školní docházky se dělí na dva stupně: první stupeň je 1. – 6. stupeň a druhý stupeň je od 7. – 10 ročníku. Hlavním cílem základní školy speciální je dát žákům znalosti, návyky, které jim pomohou začlenit se do společnosti atd. (Švarcová, 2011).

Švarcová (2011, str. 92) uvádí: „*Rámcový vzdělávací program základní školy speciální se skládá ze 2 dílů:*

Díl I.: Vzdělávání žáků se středně těžkým a těžkým mentálním postižením

Díl II.: Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a postižením více vadami.

I. díl Rámcového vzdělávacího programu základní školy speciální je rozdělen do devíti vzdělávacích oblastí: jazyková komunikace (Čtení, Psaní, Řečová výchova), matematika a její aplikace, informační a komunikační technologie, člověk a jeho svět, člověk a společnost, člověk a příroda, umění a kultura (Hudební výchova, Výtvarná výchova), člověk a zdraví (Výchova ke zdraví, Tělesná výchova, Zdravotní tělesná výchova, člověk a svět práce.

II. díl Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální se vztahuje ke vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a postižením více vadami, tento rámcový program je určen pro žáky, kteří mají těžkou formu mentálního postižení a také pro žáky, kteří mají postižení s více vadami. Vzdělávací obsah základního vzdělávání těchto žáků je rozdělen do pěti vzdělávacích oblastí: člověk a komunikace (Rozumová výchova, Řečová výchova), člověk a jeho svět (Smyslová výchova), umění a kultura (Hudební výchova, Výtvarná výchova), člověk a zdraví (Pohybová výchova, Zdravotní tělesná výchova nebo Rehabilitační výchova), člověk a svět práce (Pracovní výchova)“.

V základní škole speciální se žáci klasifikují slovně. Vzdělávání se uskutečňuje v souladu s Rámcovým vzdělávacím programem pro vzdělávání žáků v základní škole speciální (Valenta, 2012).

Další navazující vzdělání pro žáky s mentálním postižením po základních školách praktických nebo základních školách speciálních jsou učební obory (odborné učiliště) a praktické školy, které se dělí na praktickou školu dvouletou a praktickou školu jednoletou (Švarcová 2011, Zikl 2011, Valenta, Müller 2003).

Učební obory (odborná učiliště)

Učební obory (odborná učiliště) jsou určena pro studenty, kteří úspěšně ukončili základní školu praktickou. Učební obory se dále dělí na střední odborná učiliště a odborné učiliště, oba tyto obory poskytují rozsáhlé příležitost pracovních oblastí. Vzdělávání zde pokračuje ve vzdělávacím programu základní školy praktické. Učivo, které získali na již zmiňované základní škole praktické se zde zdokonalují, rozvíjejí. Hlavním cílem je studenti rozvíjet, tak aby se uměli pracovně prosadit. Tento cíl by měl studentům umožnit praktické zručnosti, které v praxi využijí. Odborné učiliště spadají do speciálních škol. Předpoklad pro přijetí studentů s mentálním postižením musí mít

ukončenou devítiletou povinnou školní docházkou, dále by si měli zvolit obor, který odpovídá jejich zdravotní způsobilosti. Výuka se dělí na praktickou a teoretickou. Studenti se vzdělávají v učebních oborech po dobu dva či tři roky, záleží jak je obtížný učební obor, který si studenti zvolili. Po úspěšném absolvování studia obdrží výuční list (Švarcová, 2011).

Praktické školy, které se dělí na praktické školy dvouleté a jednoleté. Podle Rámcového vzdělávacího programu se v praktických školách dvouletých mohou vzdělávat studenti, kteří mají středně těžké mentální postižení, mohou se zde vzdělávat i studenti, kteří mají lehké mentální postižení, ale musejí mít lehké mentální postižení spojené s jiným postižením a z tohoto důvodu se nemohou vzdělávat v ostatních středních školách. V praktické škole dvouleté se studenti zdokonalují a rozšiřují vzdělání, které získali během povinné školní docházky. Tento typ školní docházky je, jak pro dívky, tak pro chlapecké pohlaví. Po úspěšném absolvování dvouleté docházky do praktické školy studenti skládají závěrečnou zkoušku. Závěrečná zkouška se dělí na dvě zkoušky, první je ústní teoretická zkouška z odborných předmětů a druhá je praktická zkouška taktéž z odborných předmětů. Poté co studenti prospějí ze závěrečných zkoušek a splní všechny požadavky, tak studenti obdrží střední vzdělání. Studenti, kteří úspěšně ukončí praktickou školu dvouletou mohou pracovat v méně náročných profesních činnostech, eventuálně se mohou dále vzdělávat.

Podle Rámcového vzdělávacího programu se v praktických školách jednoletých mohou vzdělávat studenti, kteří mají těžké mentální postižení nebo paralelním postižením několika vadami a autismem. Tyto studenti, aby se mohli vzdělávat v praktické škole jednoleté, musejí mít úspěšně ukončené základní vzdělání v základní škole speciální. Na praktické škole jednoleté si studenti zdokonalují, zvyšují a rozšiřují znalosti, které získali během povinné školní docházky, jenž jsou teoretické i praktické. Studenti se v praktické škole jednoleté učí manuálním schopnostem a běžným činnostem, které používají v praxi. Hlavním cílem v praktických školách jednoletých je připravit studenty, tak aby se uměli prosadit odpovídajícím prostředkem v manuálních činnostech na chráněných pracovištích. Vzdělávají se zde studenti po dobu jednoho roku v podobě denního studia. Tento typ školní docházky je, jak pro dívky, tak pro chlapecké pohlaví. Po úspěšném absolvování studia je zapotřebí, aby studenti vykonali

závěrečnou zkoušku, když student tuto zkoušku vykoná dostává vysvědčení o závěrečné zkoušce (Švarcová, 2011).

Dále mohou jedinci s mentálním postižením získat vzdělání v podobě kurzů. Kurzy slouží k doplnění vzdělání. Kurz je určen pro dospělé jedince, kteří mají mentální postižení. Kurzy jsou nabízeny speciální a praktickou základní školou. Mnohdy na kurzy docházejí i jedinci, kteří jsou umístěny v ústavech sociální péče. Tyto kurzy nabízejí základní školy speciální a to jedincům s mentálním postižením, kteří si nejenom dodělávají vzdělání, které už začali, ale i nabízejí vzdělání mentálně postiženým jedincům, kteří ještě se vzděláním nezačali, vzdělávají se ve speciálních základních školách (Švarcová, 2011).

Mezi další kurzy, které poskytují vzdělání pro mentálně postižené jedince je kurz pro získání základního vzdělání a kurz k získání základů vzdělání. Kurz pro získání základního vzdělání mohou pořádat školy základní a to, jak obvyklé základní školy, tak i základní školy praktické nebo střední. Studenti mohou v kurzu studovat v podobě denního nebo dálkového studia. Mentálně postižení jedinci navštěvují kurz po dobu jednoho školního roku. Závěr studia je zakončen závěrečnou zkouškou (Zikl, 2011).

Kurz k získání základu vzdělání pořádají zcela základní školy speciální. Minimální doba trvání kurzu je jeden rok. Studenti s mentálním postižením mohou studovat v podobě denního studia to znamená, že docházejí přímo denně do základní školy speciální nebo se jedná o individuální výuku. Tato individuální výuka se přímo uskuteční v bydlišti žáka, či v zařízeních sociálních služeb. Kurz k získání základů vzdělání je stanoven pro osoby se středně těžkým postižením dále pro jedince s těžkým mentálním postižením nebo pro jedince, kteří mají postižení spojené s více vadami či autismem, kteří zanechali výuky v nižším ročníku (Zikl 2011).

Pracovní uplatnění mentálně postižených

Pracovní uplatnění je pro mentálně postižené velmi důležité, mohou se zdokonalovat a prohlubovat své znalosti a dovednosti, které získali v praxi. Mentálně postižení dospělí jedinci vykonávají takovou pracovní činnost v zaměstnání, která odpovídá jejich stupni mentálního postižení. Mentálně postižení jedinci vykonávají pracovní činnost v zaměstnání, která odpovídá jejich zdatnosti a způsobilosti vykonávat danou činnost. V zaměstnání, které mentálně postižení jedinci navštěvují a vykonávají danou pracovní

činnost si vydělávají finanční prostředky, které se mohou šetřit a nebo s nimi nakládat podle svého uvážení. Dále jedinci s mentálním postižením, kteří žijí v ústavní péči mohou za ušetřené finanční prostředky jezdit na společnou dovolenou do zahraničí nebo na výlety, které jsou jim ústavní péčí nabízeny. Zaměstnání je pro jedince s mentálním postižením velmi důležité, protože si prohlubují a zdokonalují svojí zručnost a způsobilost. Mají potěšení, že jsou významní pro společnost svojí prací, kterou dělají, dále jsou rádi, že pracují jako „zdraví“ lidé. Je pro ně velmi významné, že jsou začleněny do běžného života. Jsou šťastní, že jejich pracovní činnost je pro společnost důležitá. Hlavně je pro jedince s mentálním postižením zaměstnání důležité, protože je učí samostatnosti, dodržování pravidel a odpovědnosti. Mohou být, tak dostatečně osamostatněni, že mohou bydlet v tzv. chráněných bytech, kde žijí např. po dvou a více klientech. Většinou zde má každý jedinec - klient svůj pokoj a tím i soukromý. Bydlí i sami v bytech například v panelovém domě, kde ostatní nájemníci jsou „normální lidé“. Jedinci, kteří jsou středně mentálně postižení, či těžce mentálně postižení je jim nabízené zaměstnání na tzv. chráněných pracovištích, kde se na jejich práci dohlíží. V chráněných pracovištích se jedinci učí málo obtížným pracovním činnostem, mají možnost pracovat např. jako pomocné síly v kuchyni nebo jako pomocné síly ve zdravotnictví atd. Na jedince s těžkým mentálním postižením musejí dohlížet odpovědné osoby. Další zaměstnání, které je nabízeno mentálně postižením jedincům je tzv. podporované zaměstnávání. Dále mohou být mentálně postižení dospělí jedinci zaměstnání v chráněných dílnách, které mohou být v areálu ústavní péče nebo to mohou být dílny zřízené ve stacionářích (Pipeková, 2006, Zámečnicková In. Vítková, 2004, Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Chráněná pracoviště

Chráněné pracoviště jsou určeny pro mentálně postižené jedince, kteří vlivem svého mentálního postižení nemají možnost se prosadit na volném trhu práce. Je to pracoviště, které je vytvořené zaměstnavatelem pro jedince se zdravotním postižením na základě písemné smlouvy s úřadem práce. Pracovní místo je uzpůsobeno jedincům s mentálním postižením. V chráněných dílnách musí být minimálně zaměstnáno 60% jedinců s postižením. V chráněných pracovištích se musí zaměstnavatel řídit podle individuálního plánu mentálně postiženého jedince. Na vznik chráněného pracoviště dostává zaměstnavatel finanční prostředek od úřadu práce, jenž její částka je nejvíce

100 000 Kč na jedno pracovní místo, dále se zaměstnavatel zaváže, že musí být chráněné pracovní místo provozováno po dobu minimálně dvou let a to od doby podepsání dohody (Pipeková, 2006, Zámečnicková In. Vítková, 2004, Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Podporované zaměstnání

Podporované zaměstnávání je stanovené pro jedince, kteří jsou z nějakého důvodu znevýhodněni na trhu práce (např. patří sem jedinci, kterým byl uznán invalidní důchod, jak částečný, tak i plný). Plán podporovaného zaměstnání je intenzivně začlenit jedince s mentálním postižením na trh práce, dále jde o kompenzaci možností pro to, aby byli pracovníčně použiti jedinci, kteří se nemohou vlivem svého zdravotního postižení uplatnit na otevřeném trhu práce. Podporované zaměstnání znamená integrovat jedince se zdravotním postižením mezi lidi, kteří zdravotní postižení nemají. Mají možnost využít nabídky na volném trhu práce. Aby jedinec mohl získat pracovní místo musí mít vzdělání a dále si osvojit zručnost, kterou poté použije na pracovním místě. Ale u podporovaného zaměstnání je tomu naopak. U podporovaného zaměstnání dochází ke cviku pracovních zručností rovnou v první řadě, už po nástupu do zaměstnání. Do podporovaného zaměstnání řadíme pracovní asistenci, která zajišťuje fyzickou pomoc na daném pracovišti podle individuálních potřeb jedince. Hlavním posláním pracovního asistenta je podporovat jedince během dosahování pracovních a sociálních zručností a to za účelem, aby byl jedinec samostatný (Pipeková, 2006, Zámečnicková In. Vítková, 2004, Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

1. 8 Ústavní péče o lidi s mentálním postižením

Rodičům, kterým se v minulé době narodilo dítě s mentálním postižením, tak ho dali do ústavu sociální péče. Ale současný pohled rodičů, kterým se narodí dítě s mentálním postižením, se změnil. Nyní si je převážně nechávají a starají se o ně sami a to i za pomoci odborných pracovníků. (Švarcová, 2011).

Švarcová (2011, s. 169) uvádí: „*Ústavy sociální péče jsou podle vyhlášky č. 182/1998 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, určený pro občany postižené mentálním postižením těžšího stupně a pro občany postižené vedle mentálního*

postižení těžšího stupně též tělesnou nebo smyslovou vadou, kteří potřebují ústavní péči“.

Druhy a charakteristika ústavů pro mentálně postižené

Řadí se sem:

- Denní stacionář
- Týdenní stacionář
- Ústavy sociální péče
- Chráněná bydlení

Denní stacionář zde je nabízena péče pro děti, mládež a dospělé. Klienti dojíždějí do denního stacionáře od pondělí do pátku, to znamená např., že klienti přijíždějí do stacionáře v pondělí ráno a týž den během odpoledne nebo dle dohody a doporučení odjíždějí domů, takto probíhá každý den, až do pátku. Denní stacionář takto pomáhá klientům, kteří nemohou z důvodu svého postižení být sami doma, potřebují celodenní péči a pomoc. Klienti zde dostávají denní péči, která se zaměřuje na výchovně- vzdělávací aktivity, rehabilitační, kulturní a zájmové aktivity. Je tu velmi důležité, že klient je v neustálém kontaktu s rodinou a je v rodinném prostředí (Pipeková 2006, Švarcová 2011).

Týdenní stacionář klienti jsou zde od pondělí do pátku a to znamená, že v pondělí přijedou do ústavu sociální péče a zůstávají tu, až do pátku a na víkend jedou domů za svojí rodinou. Klienti jsou ubytováni přímo v ústavu sociální péče. Programy se sestavují podle individuality každého klienta. Děti mládež a dospělí, kteří jsou umístěny v týdenním stacionáři docházejí např. do speciální školy a dospělí jedinci mohou s některým typem mentálního postižení pracovat. Ti jedinci, kteří zůstanou v ústavu sociální péče a nechodí do práce ani do školy, protože je jejich mentální postižení těžšího stupně a díky tomu nemohou docházet do zaměstnání, zůstávají v ústavu sociální péče a mají výchovně-vzdělávací, kulturní a zájmové aktivity, rehabilitační i zdravotní péči. Zde mohou také klienti navštěvovat terapeutické dílny, pokud jsou v ústavu sociální péče. V terapeutických dílnách se nacházejí např. keramické dílny do, kterých klienti docházejí podle denního plánu. V keramických dílnách si klienti rozvíjejí a cvičí motoriku a při tom vyrábějí různé výrobky. Klienti se zde učí samostatnosti. U týdenního stacionáře je, kombinace ústavní péče, tak i

rodinného zázemí, které je pro jedince důležité. Klienti na víkend jezdí domů, kde se o ně starají rodiče (Pipeková 2006, Švarcová 2011).

Ústavy sociální péče s celoročním provozem sloužící také jako domovy pro osoby se zdravotním postižením. Zde jsou osoby ubytovány celoročně a k rodině jezdí jen výjimečně nebo dle zájmu. Klienti zde mají různý program, kdy mohou třeba během dopolední doby navštěvovat podle dané nabídky aktivit ústavu sociální péče např. šicí, keramickou nebo výtvarnou dílnu a další. Klienti, kteří jsou manuálně zruční a schopní vykonávat pracovní činnosti, docházejí do zaměstnání. Po skončení pracovní doby docházejí zpět do ústavu sociálních služeb. Během odpoledne, také mohou klienti navštěvovat různé nabídky ústavu sociální péče nebo se věnovat tomu co je zajímavé a baví. Ústavy sociální péče jsou různé, ale všechny se snaží vybudovat rodinné prostředí. Některé ústavy sociální péče jsou členěné na domácnosti, kde má každá domácnost různý počet klientů na pokoji a pak se setkávají s ostatními domácnostmi ve společném prostoru, tzv. v „obývacím pokoji“. Každý ústav sociální péče má různý počet klientů na jednom pokoji. Klienti mají v domácnostech různá pravidla a denní režimy, které se musí dodržovat. Jsou hodně podobná, jako pravidla a režimy v rodině. Klienti si uklízí své pokoje, uklízí společné prostory, prostě se starají o celou domácnost a s ní spojené činnosti.

Chráněné bydlení je samostatné bydlení. Klienti v chráněném bydlení jsou ubytováni v objektu v různém počtu, což především záleží na velikosti bytu nebo domů. Do tohoto typu bydlení dochází klíčový pracovník, který může klientům pomoci uvařit, dohlédne na uklidit, nákup atd. Klienti vše co je spojené s domácností vykonávají sami např. žehlení, nákupy, úklid a další činnosti. Během dopoledne klienti z chráněného bydlení odcházejí do zaměstnání. Klienti žijí, jako „zdraví“ lidé a plnohodnotně se začleňují do společnosti. Každý klient odpoledne tráví podle sebe. Klienti v chráněném bydlení by k sobě měli mít vzájemnou úctu, měli by si v domácích činnostech pomáhat. Každý z klientů – osoby mentálně postižené (který byl zbaven soudem svéprávnosti) má soudem určeného opatrovníka, který činí důležitá rozhodnutí za klienta – osobu mentálně postiženou (Pipeková, 2006, Švarcová 2011).

Služby pro jedince s mentálním postižením

- Osobní asistence
- Odlehčovací služby

- Sociálně terapeutická dílna

Uzlová (2010, s. 23) uvádí: „ *Osobní asistence bývá definována jako komplex služeb, jejichž cílem je pomoci člověku se zdravotním postižením zvládnout s podporou osobního asistenta ty úkony, které by dělal sám, kdyby mohl. Je to sociální služba poskytuje se bez omezení místa a času. Služby osobní asistence mají uživateli zabezpečit základní životní potřeby, biologické i společenské. Patří mezi ně pomoc při osobní hygieně, stravování, doprovody k lékaři, na úřady a další“.*

Osobní asistence je služba fungující formou dojíždění za klienty domů, do školy, do ústavu sociální péče. Osobní asistent se o klienta stará a podporuje ho při každodenních úkonech např. oblékání, podávání léků, výpomoc při chůzi, výpomoc při mytí a celkové očištění, podpora v oblasti stravy, podpora při starání se o klientovou domácnost apod. Různé organizace zaměstnávají osobní asistenty (Zikl, 2011).

Odlehčovací služby mohou být poskytovány formou dojížděním za klientem domů, ambulantní nebo formou pobytů. Tento typ služby je nabízen rodině, která se stará o své postižené dítě, či dospělého. Pomáhá rodině především jedinci, který se hlavně a denně o postiženého jedince stará. Rodina může nabrat nové síly, vyrazit na dovolenou, odpočinout si od stereotypu. Tato služba je poskytována pro jedince s určitým typem postižení buď přímo v rodině tohoto jedince, či v organizaci, která odlehčovací službu nabízí (Švarcová, 2011).

2. PORADENSTVÍ

2. 1 Historie poradenství

Původ pedagogicko-psychologické poradenské péče je v Anglii. Významná osobnost v poradenství byl Francis Galton, který založil roku 1884 tzv. antropometrickou laboratoř. Galtonův hlavní cíl byl pomoci studia a poznávání osobnosti dítěte dávat doporučení pro rodiny a školy, jak vychovávat dítě. Z této Galtonovy laboratoře vzniká v Londýně na univerzitě první psychologická výchovná laboratoř. Roku 1928 vzniká dětská poradenská klinika (Child Guidance Clinic). Cattell motivoval Witmera, aby roku 1896 vznikla první poradenská klinika v USA. Winter jeden z problémů, kterým se věnoval byla schopnost nápravy poruch pravopisu. Alfred Binet byl psycholog, který založil roku 1905 pedagogickou laboratoř v Paříži. Na podnět Franka Parsonse vzniká poradna pro volbu povolání roku 1908 v Bostonu. Roku 1909 vzniká první vysokoškolská psychotechnická poradna na Harvardské univerzitě. V Čechách 15. 11. 1919 vzniká první poradna pro volbu povolání, a to při českém oboru zemské rady živnostenské v Brně, kde založil psychotechnické oddělení Otakar Chlup. Roku 1920 vzniká první poradna v Praze, při zemské centrále práce. Roku 1921 v Praze byl zřízen Psychotechnický ústav Masarykovy akademie práce, zde se zabývali záležitostmi v oblasti fyziologie a psychologie práce v průmyslu. Prvním ředitelem se stal František Šerecký. Dále se ústav stal samostatným, byl založen jako Ústřední psychotechnický ústav, který se zabýval záležitostmi volby povolání dospělých osob. Dále byly zakládány i speciální poradny studentské, či vojenské. Roku 1935 založil Tardy v Praze, první akademickou (studentskou) poradnu, byla složkou Ústředního psychotechnického ústavu. Akademické (studentské) poradny byly určeny i pro studenty, kteří navštěvovali střední školu. Akademická poradna byla také v Brně, kde byl ředitelem Robert Konečný. Vilém Chmelař se zasloužil o rozšíření poradenství. Poradny spravoval od roku 1931. Dále také řídil zemskou poradnu pro volbu povolání. Vilém Chmelař zřídil kolem 70 poraden. V roce 1928 v Bratislavě byla založena první ústřední poradna povolání, jejím prvním ředitelem byl Josef Stavěl. Od začátku druhé světové války do roku 1957 byl rozvoj poraden pro volbu povolání u nás zastaven. Roku 1958 vznikla první česká poválečná dětská psychologická poradna v Brně. Od

roku 1957 se začínají zakládat dětské psychologické poradny, psychologické výchovné poradny (Kohoutek, 1999).

2. 2 Poradenství definice z pohledu několika autorů

Novosad (2009, s. 99) uvádí: „*Poradenství je základní službou v pomáhajících profesích všude tam, kde se snažíme podpořit člověka k aktivním zacházení s jeho nepříznivou životní situací a v řešení nastalých nesnází*“.

Drapela (1995) In. Novosad (2009, s. 100) uvádí: „*Poradenství jako preventivní proces, který vytváří podmínky pro osobní růst klienta, a jako proces nápravný, který především odstraňuje zábrany osobnostního rozvoje u klienta a pomáhá jim řešit jejich problémy. „Speciální poradenství“ definuje jako komplex poradenských služeb určených specifickým skupinám jedinců, kteří jsou znevýhodněni zdravotně či sociálně, jejichž primární znevýhodnění (nemoc, postižení, porucha apod.) mívá dlouhodobý (chronický) či trvalý charakter jimž hrozí vznik sekundárního handicapu nebo se mohou nacházet ve stavu životní nepohody a sociálního vyloučení*“.

Dryden (2006, s.16-17) uvádí: „*Poradenství probíhá, když poradce přijímá klienta v soukromém a diskrétním prostředí, aby prozkoumal obtíže, jenž klient pocítuje, duševní nepohodu, kterou prožívá, nebo třeba jeho nespokojenost se životem či ztrátou nasměrování a smyslu. Je to vždy na žádost klienta, neboť za normálních okolností nemůže být nikdo do poradenství „poslán“. Hlavním cílem poradenství je pomoci klientům, aby žili plněji, co nejvíce osvobození od omezujícího vlivu citové nepohody*“.

Novosad (2009, s. 101) uvádí: „*Poradenská podpora může nastartovat potřebné změny a tím výrazně pozitivně ovlivnit kvalitu života jakkoliv znevýhodněného člověka – klienta. Naopak nevhodně vedená poradenská strategie, netaktní jednání nebo neaktuální rada může klienta dlouhodobě poškodit (někdy i na celý život) a odradit jej od dalšího vyhledávání pomoci, kterou potřebuje*“.

2. 3 Komunikace v poradenství

Komunikace je předávání informací od jednoho jedince ke druhému jedinci, a nebo skupině. V poradenské praxi je komunikace důležitým prostředkem předáváním určitého problému, osobní bolesti atd. od klienta k poradci. Komunikace je důležitá pro dorozumívání se mezi lidmi. Komunikace je uskutečňována na základě porozumění, vzájemné uznávání, důvěra, rovnocennost. Poradce a klient by měli komunikovat společným a zřetelným jazykem, kterému rozumí obě strany. (Novosad, 2009)

Druhy komunikace: (Novosad, 2009)

- Přímá – komunikace, která se odehrává v osobním kontaktu kdy jsou jedinci v přímo kontaktu tzv. „z očí do očí“
- Nepřímá – komunikace se odehrává pomocí symbolického sociálního kontaktu, prostředníkem v komunikaci je další osoba, či komunikačním nástrojem
- Verbální – komunikace, která se uskutečňuje pomocí slov
- Neverbální – komunikace, která se vyjadřuje gesty, mimikou, pohybem těla

Průběh vedení komunikace: (Novosad, 2006)

1. hlavním objektem je klient
2. další kdo se na komunikaci podílí je poradce určuje cíl, chápání dané problematiky apod.
3. dále je předmět nebo obsah sdělené komunikace atd.
4. prostředky, kterými se sdělení uskutečňuje, prostředky, jak se komunikace sděluje
5. různé ruchy a šumy, které ovlivňují průběh komunikačního sdělení

2. 4 Metody a principy v poradenské práci

Klient do poradenského zařízení přijde obvykle na podkladě své individuální vůle. Může se, ale také stát, že klient přijde k poradci pro poradenskou podporu i jinou osobou (např. lékařem, důvěrnou osobou atd.) Po příchodu do poradenského zařízení klienta poradce poslouchá. Poradce hovor reguluje k vymezení původu daného problému se kterým klient za poradcem přišel. Poradce vyhodnotí klientův stav a to

pomocí toho co mu klient řekl, dále prozkoumá rodinu a také okolí ve kterém se klient nachází např. zaměstnání, škola apod. dále se poradce zaměří na zprávy od dalších odborníků (lékařů, psychologů atd.), které také používá pro svojí práci a prostřednictvím těchto zpráv poradce získává další informace o klientovy. Poradce na základě tohoto prozkoumávání a zjišťování utváří východiska pro řešení problémů, se kterým za poradcem klient přišel. Měl by se také poradce zaměřit na to, jak se klient vyjadřuje a chová během rozhovoru, jakou má gestikulaci tváře. Poradce píše o klientovi záznam, jak probíhá poradenská komunikace, dále zapisuje všechna zjištění o klientovi. Tento písemný záznam neboli tzv. anamnéza je i dokladem jednotlivých sezení, které spolu poradce a klient vedou při poradenských sezeních. Písemný záznam neboli anamnéza je velice důvěrný záznam. Po vzájemné konzultaci jsou poradcem klientovi sdělená řešení do kterého je klient zapojen a musí být stimulován k vlastnímu zájmu k podanému řešení. Znamená to, že poradce sdělí klientovi, jak se dá jeho problém řešit a co je potřeba, aby se tento problém zlepšil. Důležitá je vzájemná spolupráce. Poradcem s klientem musejí spolu navázat kontakt, vzájemné spolu spolupracovat, podstatná je důvěra, pravdomluvnost, pochopení a snažení se pomoci, najít společné řešení. Během poradenství vede poradce a klient rozhovor pro který je důležitý si stanovit dobu po kterou bude rozhovor probíhat, dobu trvání rozhovoru by měl klient vědět. Jde-li o první rozhovor s klientem, tak by měl být veden po dobu maximálně 30 minut, ale je lepší, když se rozhovor skončí dříve.(Novosad 2009, Kopřiva, 2006)

2. 5 Poradce, poradenské prostředí, klient

Poradcem by měla být osobnost, která musí umět navázat s klientem důvěru, umět naslouchat klientovi, měl by se umět ovládat. Naslouchat znamená, že umět člověka poslouchat co říká, co se pokouší sdělit, po dobu naslouchání jedince je důležité, aby poradce neříkal svůj postoj, poznámky a další. Poradenská práce vzniká na základě naslouchání a komunikace. Poradenství by se mělo odehrávat v klidném a příjemném prostředí. Aby se klient dokázal uvolnit a vyprávět o svém problému, se

kterým za poradcem přišel. Klient je osobnost, která přichází za poradcem se svým problémem, který se mu nedaří vyřešit a potřebuje odbornou pomoc (Novosad, 2009, Kopřiva, 2006).

3. PORADENSTVÍ PRO MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ OSOBY

3. 1 Speciálně pedagogická centra

Speciálně pedagogická centra jsou určena pro děti a mládež, u kterých byl zjištěn nějaký typ postižení, ať je to tělesné, pohybové, či mentální. Mohou SPC navštěvovat i jedinci (děti a mládež), kteří mají kombinované postižení. Dále do SPC docházejí i jedinci, jenž mají různé vady řeči. SPC se hlavně zaměřují na děti a mládež, kteří mají specifický stupeň a typ zdravotního postižení. Speciálně pedagogická centra nabízejí určité poradenské služby a to pro školy, dále pro zařízení sociální péče, rodičům, kterým se narodilo dítě s mentálním postižením, pedagogicko-psychologickým poradnám, partnerským dvojicím nebo manželům, kteří mají velké riziko, že se jim narodí postižené dítě, střediskům rané péče apod. SPC dále také půjčují, jak učitelům, tak i rodičům, speciální pomůcky pro jejich děti, různé druhy odborné literatury a dále i speciální učebnice, které dětem s určitým typem postižení napomáhají se lépe učit určitým zručnostem a získávání určitých vědomostí. (Novosad, 2009, Švarcová, 2011, Valenta In. Michalík, 2011).

Rozdíl mezi PPP a SPC pedagogicko-psychologické poradny PPP se zaměřují na ohrožené nebo problémové děti, dále i na děti, které mají specifické poruchy učení apod. v předškolním a školním vývojovém období. SPC se zaměřují na jedince, jenž mají nějaký typ postižení (Novosad, 2009).

Pracovníci SPC: psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, dále se mohou účastnit na péči o jedince ve SPC další odborníci – pediatr, rehabilitační pracovník, logoped apod. (Novosad, 2009, Švarcová 2011).

Speciálně pedagogická centra jejich funkce

Speciálně pedagogická centra se v první řadě zaměřují na vyhledávání žáků, jenž mají zdravotní postižení a jedince různě znevýhodněné, tato funkce se nazývá depistážní. Dále se soustřeďují na souhrnnou diagnostiku jedince (dítěte, mládeže) se zdravotním postižením a znevýhodněním. Jedná se o pedagogickou a psychologickou diagnostiku. Mezi další funkce patří i vytvoření plánu péče jedince, který má zdravotní postižení. V SPC se přímo pracuje s jedincem se zdravotním postižením, patří sem individuální a

skupinová práce. Do SPC se mohou rodiče, školy apod. přijít poradit. Mezi další funkce a činnosti patří zejména: sociálně právní poradenství, pomoc učitelů při vypracování individuálního vzdělávacího plánu, poradenství v oblasti životní dráhy, podporování žáků se zdravotním postižením, půjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. Pomáhá začleňovat děti se zdravotním postižením do mateřské, základní a střední školy. Vypracovává námět individuálního vzdělávacího plánu apod. SPC poskytují speciální činnosti, které jsou nasměrovány hlavně na: učit jedince s mentálním postižením sebeobsluže, rozvoj motoriky, slovní zásobu, logopedickou péči, různá cvičení pro děti v ranném období atd. (Švarcová, 2011, Opekarová, 2010).

3. 2 Pedagogicko psychologické poradny

V pedagogicko psychologické poradně se provádí vyšetření školní zralosti např. zjišťování laterality (zjišťování dominantní ruky) atd. Do školní zralosti patří Jiráskův test školní zralosti, kterým zjišťujeme zda je dítě zralé pro povinnou školní docházku. Jiráskův test školní zralosti obsahuje tři úkoly:

1. Úkol je, že má dítě na předložený papír nakreslit pána, tátu. Mužská postava by měla obsahovat krk, oči, nos, pusu, prsty na ruku, nohy, oblečení a další.
2. Úkol dítě by mělo opsat text, který by měl velikostně odpovídat předloze, nemělo by zapomenou tečku na „i“ a měl by být text opsán čitelně.
3. Další úkol je nakreslit deset teček nebo puntíku podle dané předlohy, musí být stejný počet teček, puntíku na řádce přesně, tak jak je to v předloze.

Dítě se při daných úkolech pozoruje např. jak se soustředí na vykonávání úkolů, jakou rukou kreslí a píše (lateralita), pozornost, atd. Poté se Jiráskův test školní zralosti vyhodnocuje. Školní zralost se u dítěte posuzuje i dalšími rozpoznávacími postupy, testovacími technikami.

PPP dále vede poradenství pro mládež při volbě povolání. PPP stanovuje diagnózu a využívá metody reedukace, což je úprava narušených funkcí u vývojových poruch učení (např. dyslexie, dyskalkulie, dysgrafie atd.), také dává námět, když je potřeba, aby dítě bylo zařazeno do specializované třídy. PPP se dále zabývá poradenstvím v oblasti

poruch chování (př. kriminalita, šikana, drogy), dále i efektivitou komunikace aj. (Novosad, 2009).

PPP má poslání, které se zabývá diagnostikou, poradenskou činností, která se zaměřuje na děti od tří do 15 let, které mají nějaké problémy ve škole, poruchy učení, poruchy chování a další. Pedagogicko-psychologické poradny patří pod resort Ministerstva školství (Valenta In. Michalík 2011).

Pracovníci PPP: výchovný poradce, školní metodik prevence, školní psycholog a školní speciální pedagog, logoped. PPP mohou, také spolupracovat s dalšími odborníky z oblastí např. zdravotnictví, sociálně-právních zařízeních, mohou to být ambulance nebo různé instituce apod. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, Novosad, 2009).

PPP má funkce diagnostickou, což je postup pro rozpoznání nějaké poruchy nebo nemoci. Další funkce je intervence, konzultace a poskytování informací. PPP mají zastoupení v každém okrese (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, Ludvíková 2004).

3. 3 Komunikace osob s mentálním postižením

Jedinci, kteří jsou mentálně postižení mají velmi malou slovní zásobu, také někteří jedinci s mentálním postižením opakuji jen slova, které slyšely, ale nechápou obsah těchto slov (nechápe obsah toho co říkají) co opakují, dělá jim problém výslovnost, některým jedincům není rozumět, není srozumitelné co říkají. Pro komunikaci s mentálně postiženými jedinci je podstatný prozodický systém (také jako formování faktorů řeči). Další je neverbální komunikace, kdy se jedinci snaží vyjadřovat pomocí mimiky a gestikulace. Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) jsou možnosti pro zdokonalování a vyjadřování komunikace, vyjadřování jedinců, kteří mají těžší stupeň mentálního postižení. V alternativní a augmentativní komunikace se používají různé obrázky, znakový systém, který se skládá z gest (př. znak do řeči, Makaton). Pokud se vede komunikace s jedincem nebo jedinci s mentálním postižením, je zapotřebí být tolerantní, empatický, taktní, ohleduplný, trpělivý. Musejí být zachována podstatná pravidla komunikace a diskretnosti. Vedení komunikace s mentálně postiženým jedincem je rozdílná než komunikace se „zdravým“

jedincem. Komunikace by měla probíhat, tak že se opakují otázky, dávají se prosté věty atd. (Valenta In. Michalík, 2011).

Metody, jak komunikovat s mentálně postiženými jedinci mělo by se k jedincům s mentálním postižením přistupovat přiměřeně k jejich věku, postižení. Vždy vést hovor se vsí vážností, osobu – klienta – osobu s mentálním postižením oslovovat titulem, příjmením a vykat. Při komunikaci s mentálně postiženým musíme brát ohled na jejich nesnadné překážky v komunikaci. Vytvořit příjemné prostředí při komunikaci. Při komunikaci nepřerušovat jedince s mentálním postižením, držet oční kontakt. Komunikovat zvolna, výrazně, nepoužívat cizí slova. Důležité je dát jedinci dostačující čas na odpověď. Zaměřit se na gesta, která jedinec během rozhovoru používá, zeptat se zda jedinec rozhovoru rozumí (Valenta In. Michalík 2011).

PRAKTICKÁ ČÁST

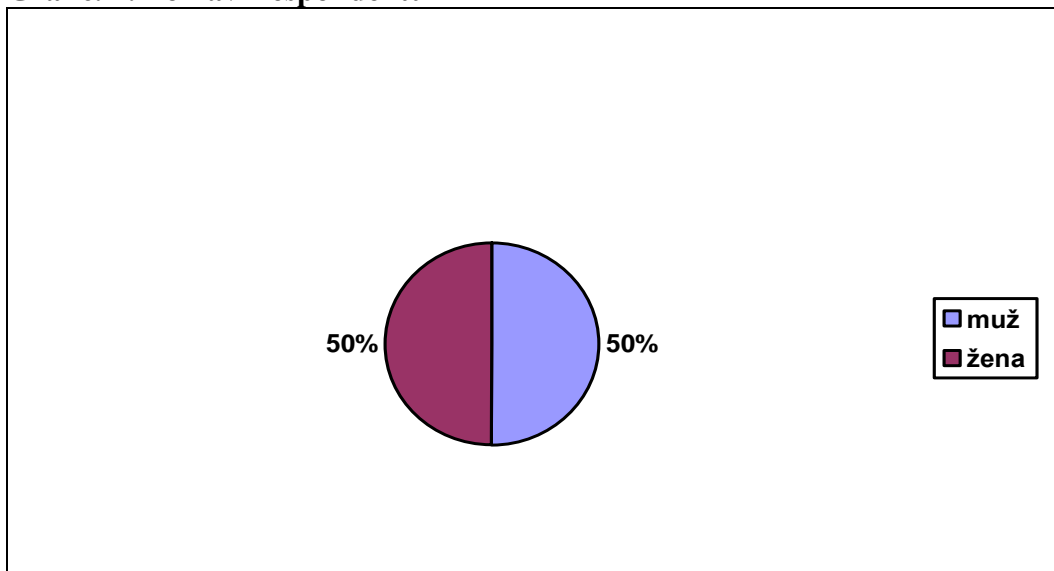
4. DOTAZNÍKOVÝ PRŮZKUM

V praktické části je použita metoda dotazníků. Jejímž cílem je zjištění postoje společnosti k mentálně postiženým jedincům, zda pohled společnosti na mentálně postižené se zlepšuje a zda veřejnost chce, aby se začleňovali do běžného života. a nebo zda je pohled stejný, jako tomu bylo dříve v historii, když se v různých obdobích stavěli k mentálně postiženým kladně. Však byli i období, kdy jedinci byli zabíjeni, či izolovány ze společenského života. Pro dotazníkové šetření bylo náhodně vybraných 100 respondentů z toho všech 100 odpovědělo.

Dotazník je dělen do dvou částí. První část je zaměřená na poznatky o respondentech jako je pohlaví, věk, dosažené vzdělání, bydliště. Druhá část je zaměřená na samostatné otázky v dotazníku. V dotazníku je 18 otázek, na které si může náhodně vybraný respondent vybrat odpověď na otázku ze dvou možností.

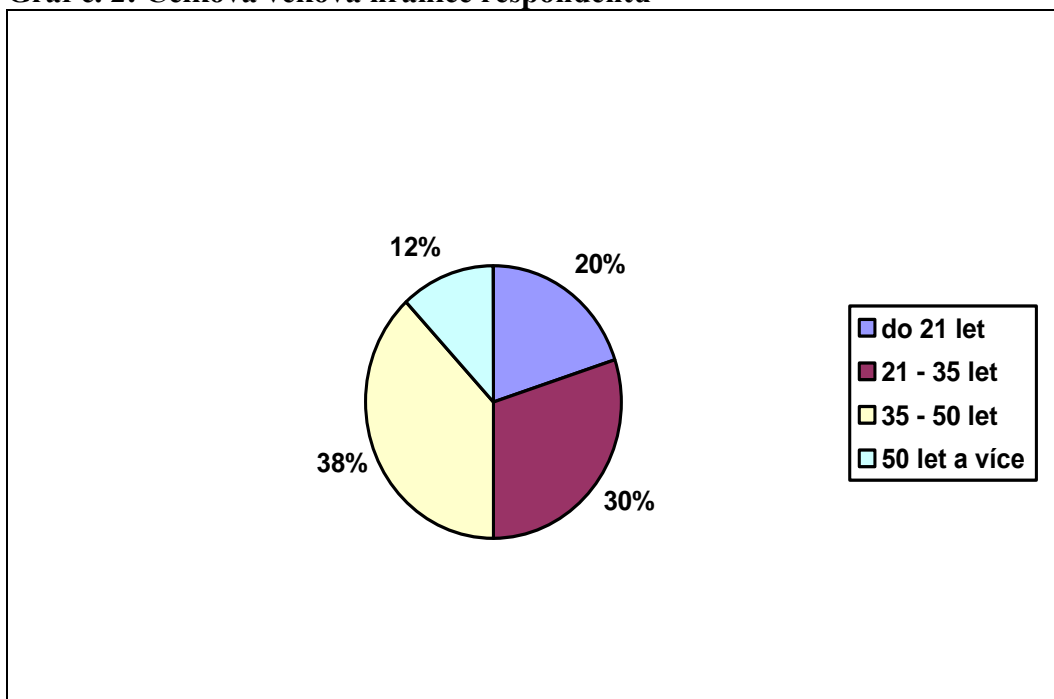
Vyhodnocení dotazníku bude vypracováno pomocí porovnání pohlaví respondentů.

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



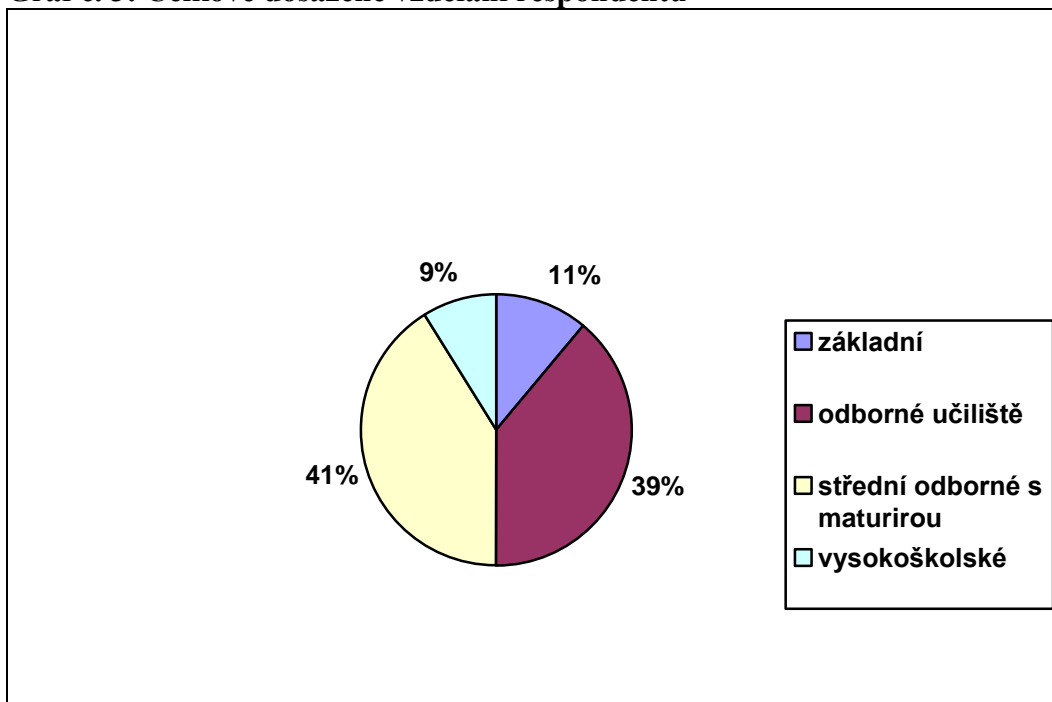
Ze sta dotázaných náhodných respondentů bylo 50% mužů a 50% žen

Graf č. 2: Celková věková hranice respondentů



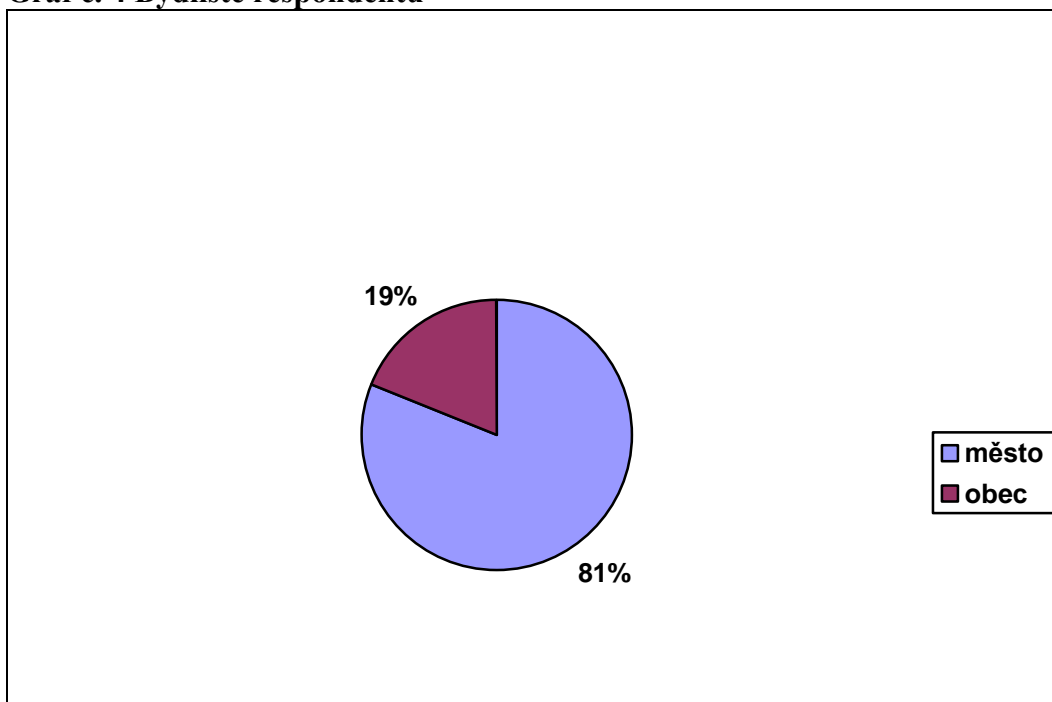
Ze sta dotázaných náhodných respondentů podle věkové kategorie bylo 20% do 21 let věku, 30% v rozmezí věkové hranice 21 – 35 let věku, 38% byla věková hranice v rozmezí 35 – 50 let věku, 12% byla věková hranice v rozmezí 50 let a víc

Graf č. 3: Celkové dosažené vzdělání respondentů



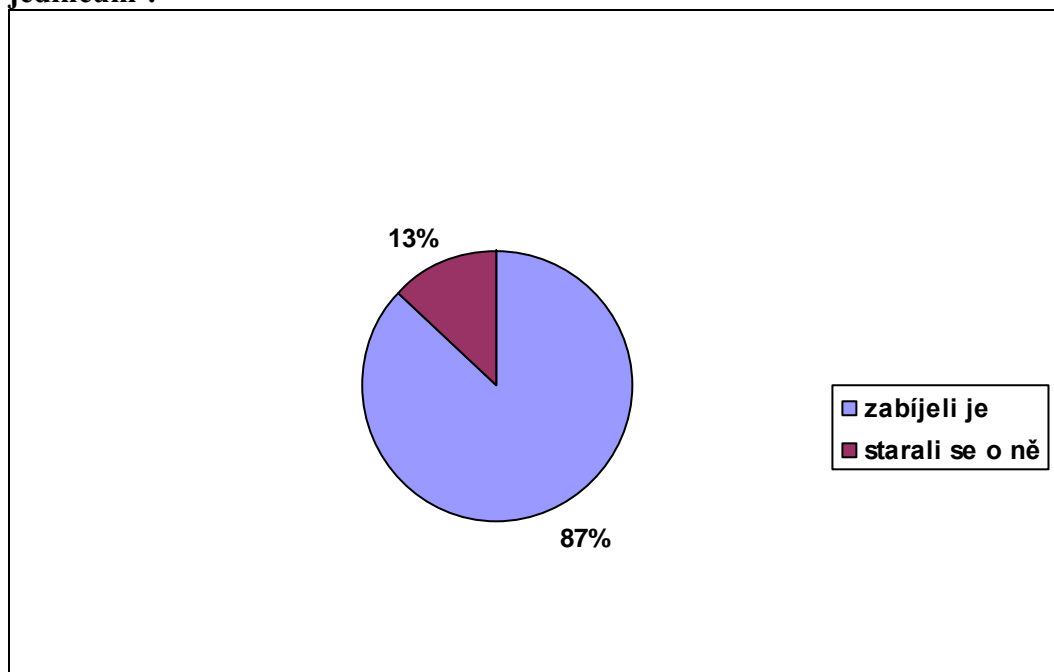
Ze sta dotázaných náhodných respondentů mělo 11% dosažené základní vzdělání, 39% mělo dosažené vzdělání odborné učiliště, 41% mělo dosažené vzdělání střední odborné s maturitou, 9% dosažené vysokoškolské vzdělání

Graf č. 4 Bydliště respondentů



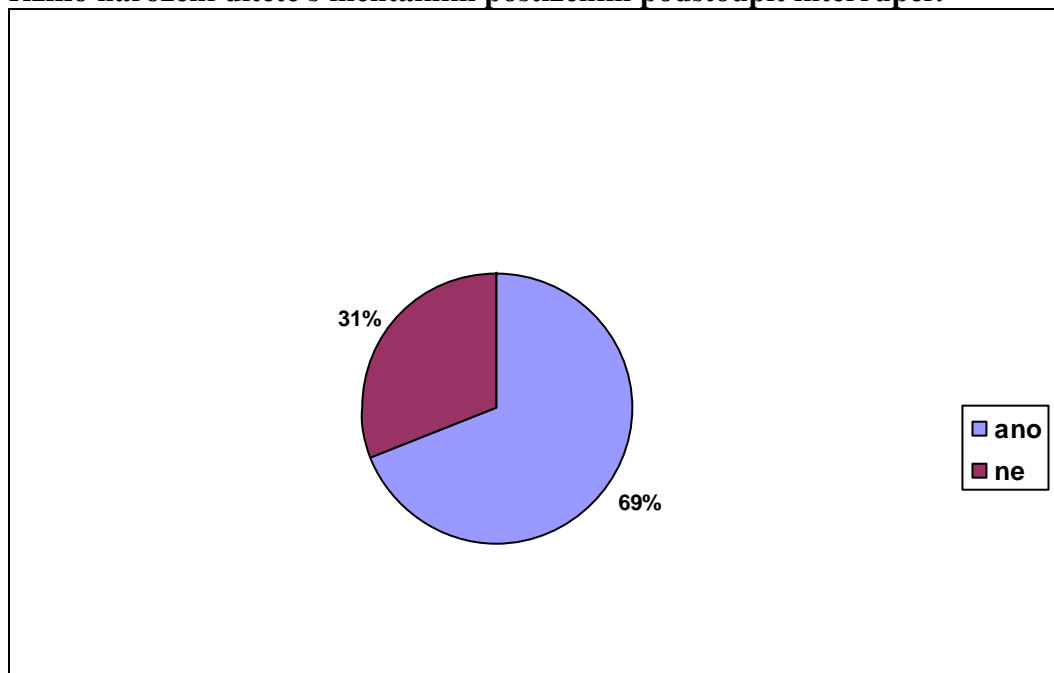
Ze sta dotázaných náhodných respondentů 81% žije ve městě a 19% žije v obci

Graf č.5: 1) Jaký byl postoj společnosti ve starověké Spartě k handicapovaným jedincům ?



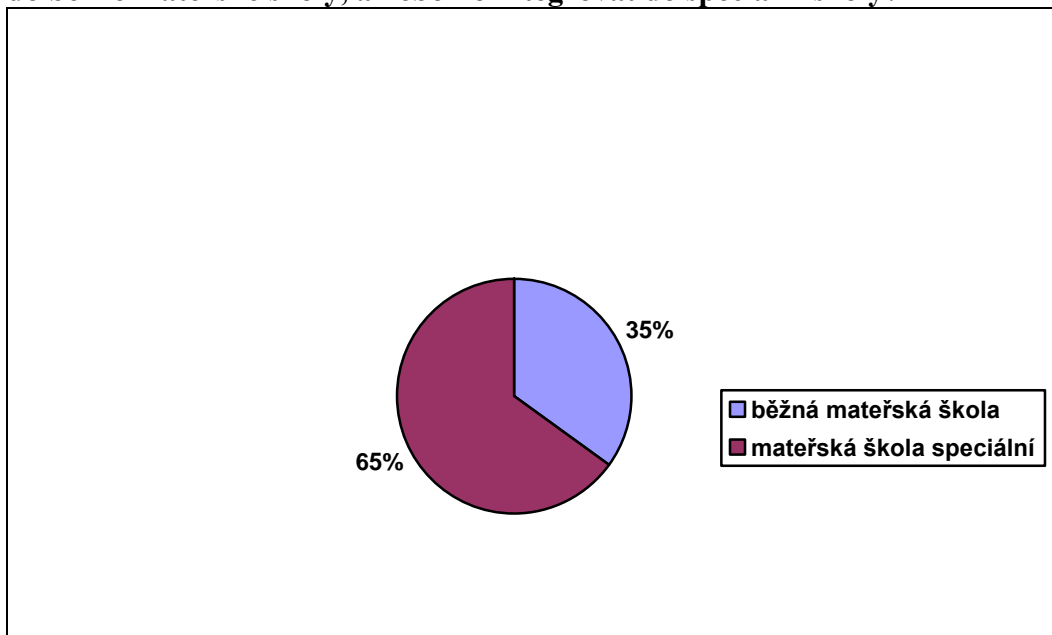
Ze sta náhodně dotázaných respondentů odpovědělo 87% , že se handicapovaní jedinci zabíjeli a 13% odpovědělo, že se o handicapované jedince ve Spartě starali

Graf č. 6: Otázka č. 2 Měla by těhotná žena, u které lékaři zjistí, že má vysoké riziko narození dítěte s mentálním postižením podstoupit interrupci?



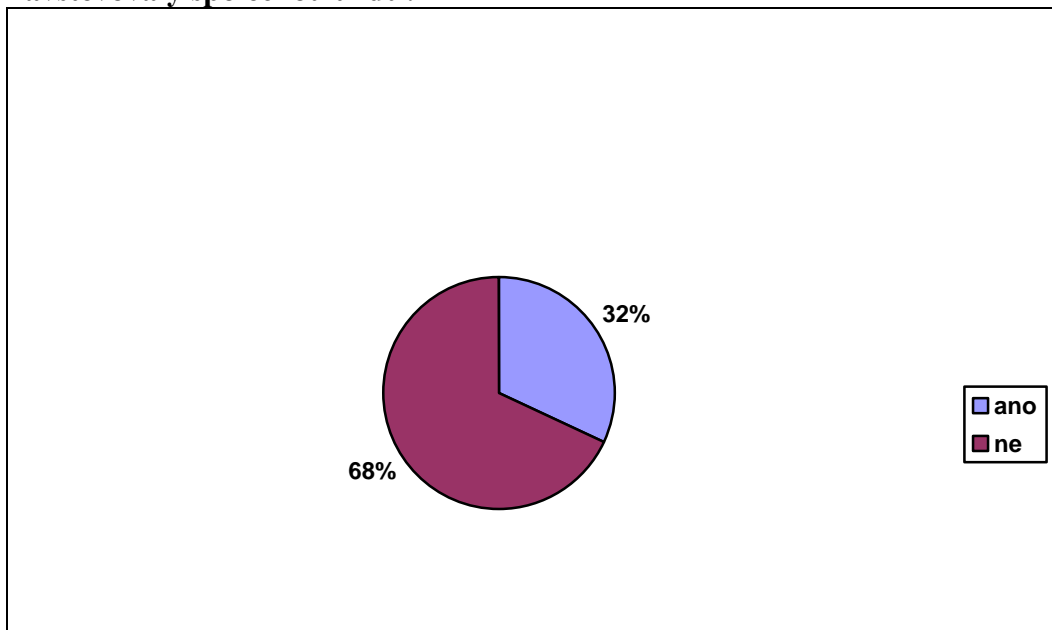
Ze sta dotázaných náhodně respondentů odpovědělo ano 69% a 31% odpověděla ne

Graf č. 7: Otázka č. 3. Myslíte si, že je lepší integrovat dítě s mentálním postižením do běžné mateřské školy, a nebo ho integrovat do speciální školy?



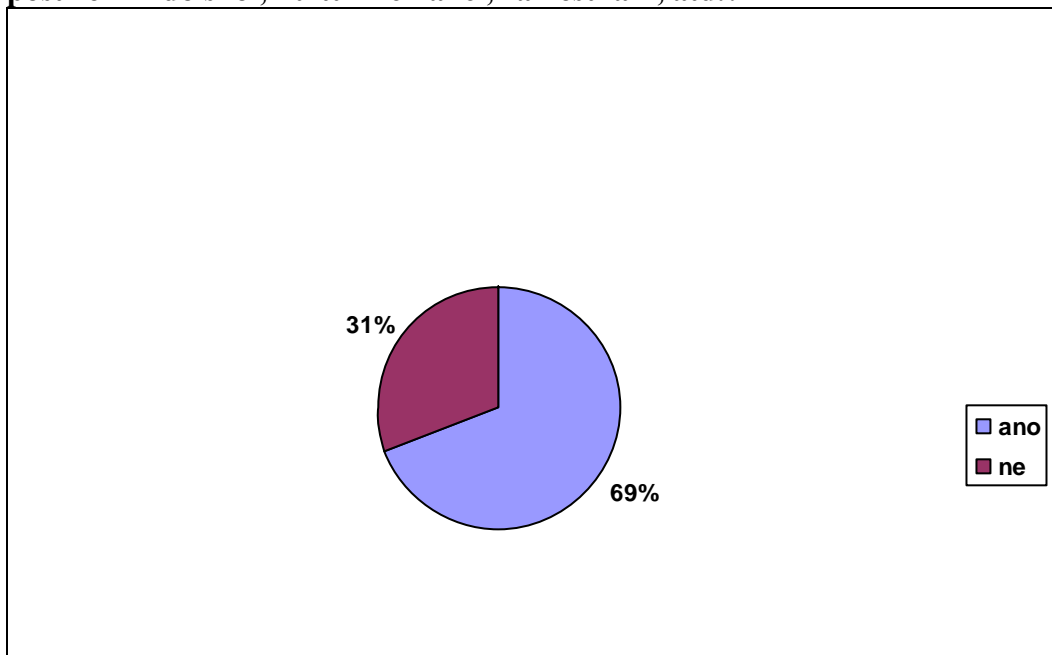
Ze sta náhodně dotázaných odpovědělo 65%, že by se měli děti s mentálním postižením integrovat do mateřské školy speciální a 35% respondentů odpovědělo, že by se děti s mentálním postižením měli integrovat do běžné mateřské školy

Graf č. 8: Otázka č. 4. Souhlasíte s tím, aby mentálně postižené a zdravé děti navštěvovaly společnou třídu?



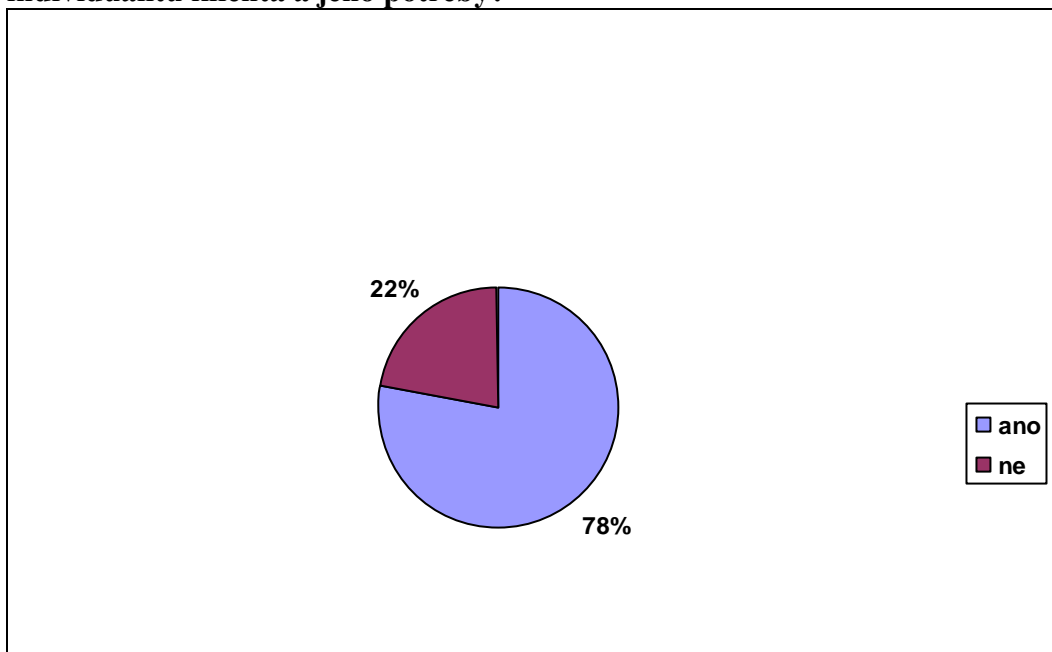
Ze sta náhodně dotázaných respondentů 68% nesouhlasí s tím, že by mentálně postižené děti a zdravé děti měly navštěvovat společnou třídu a 32% respondentů souhlasí, že by mentálně postižené děti a zdravé děti mohli navštěvovat společnou třídu

Graf č. 9: Otázka č. 5. Myslíte si, že by se měly začleňovat osoby s mentálním postižením do škol, kulturních akcí, zaměstnání, atd.?



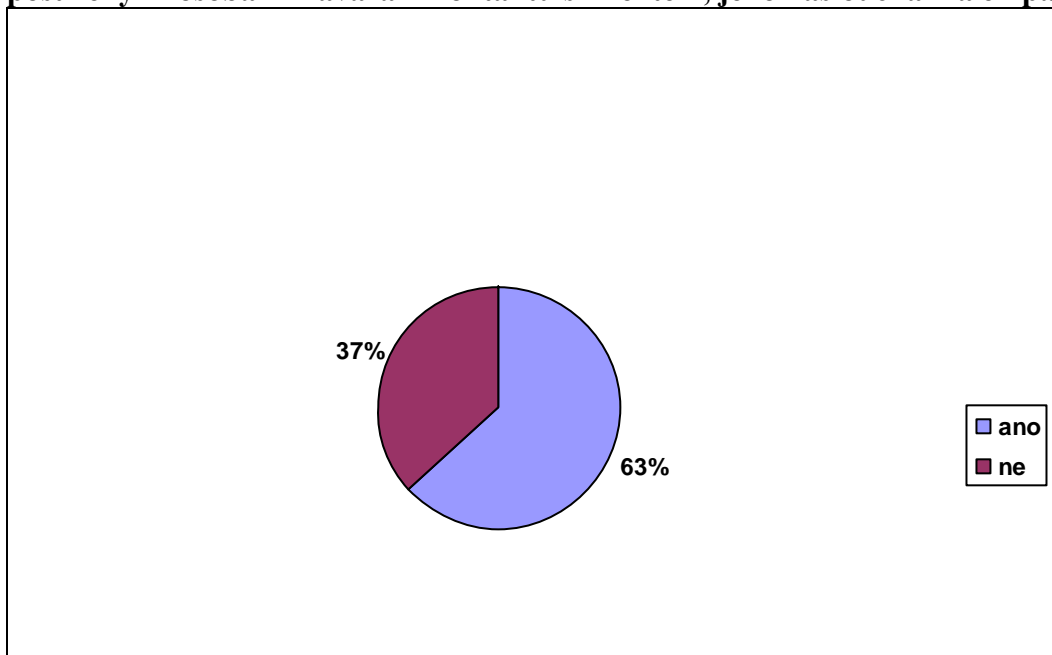
Ze sta náhodně dotázaných jedinců 69% si myslí, že by se jedinci s mentálním postižením měli začleňovat do škol atd. a 31% respondentů se začleňováním nesouhlasí

Graf č. 10: Otázka č. 6. Jste názoru, že speciální poradenství respektuje individualitu klienta a jeho potřeby?



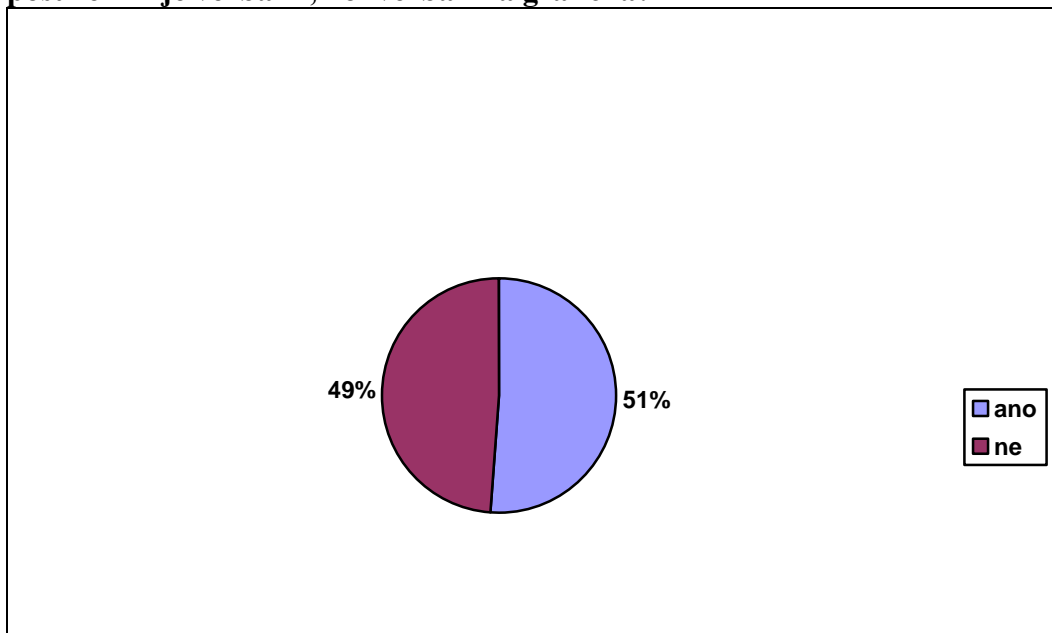
Ze sta náhodně dotázaných respondentů je 78% názoru, že speciální poradenství respektuje individualitu klienta a jeho potřeby a 22% respondentů je opačného názoru

Graf č. 11: Otázka č. 7. Je z Vašeho pohledu komunikace v poradenství s mentálně postiženými osobami navázání kontaktu s klientem, jeho naslouchání a empatie?



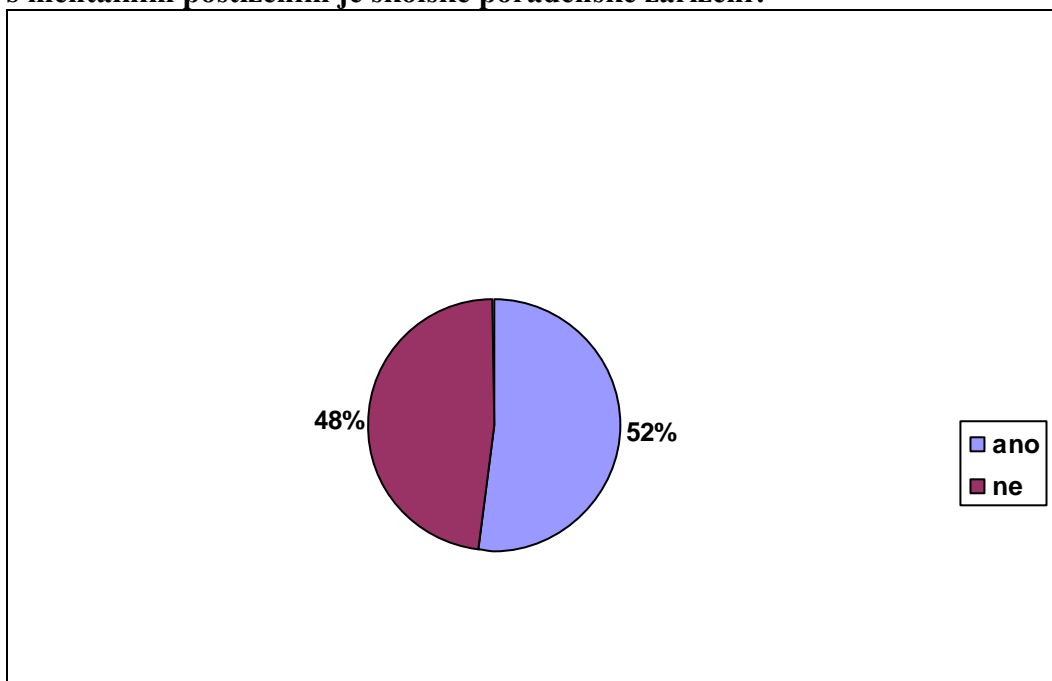
Ze sta náhodně dotázaných respondentů si myslí 63%, že je důležité pro navázání kontaktu s mentálně postiženými osobami důležité naslouchání a empatie a 37% je opačného názoru

Graf č. 12: Otázka č. 8 Myslíte si, že forma komunikace u dětí s mentálním postižením je verbální, nonverbální a grafická?



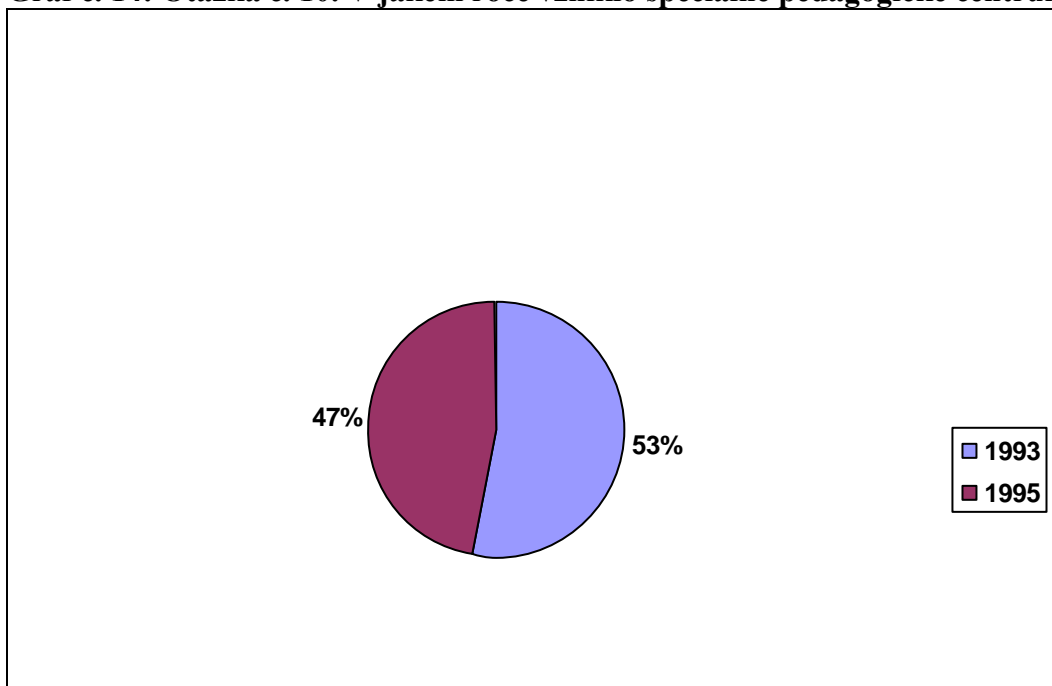
Ze sta náhodně dotázaných respondentů si 51% procent myslí, že jsou formy komunikace verbální, nonverbální a grafická a 49% si to nemyslí

Graf č. 13: Otázka č. 9. Myslíte si, že speciálně pedagogické centrum pro žáky s mentálním postižením je školské poradenské zařízení?



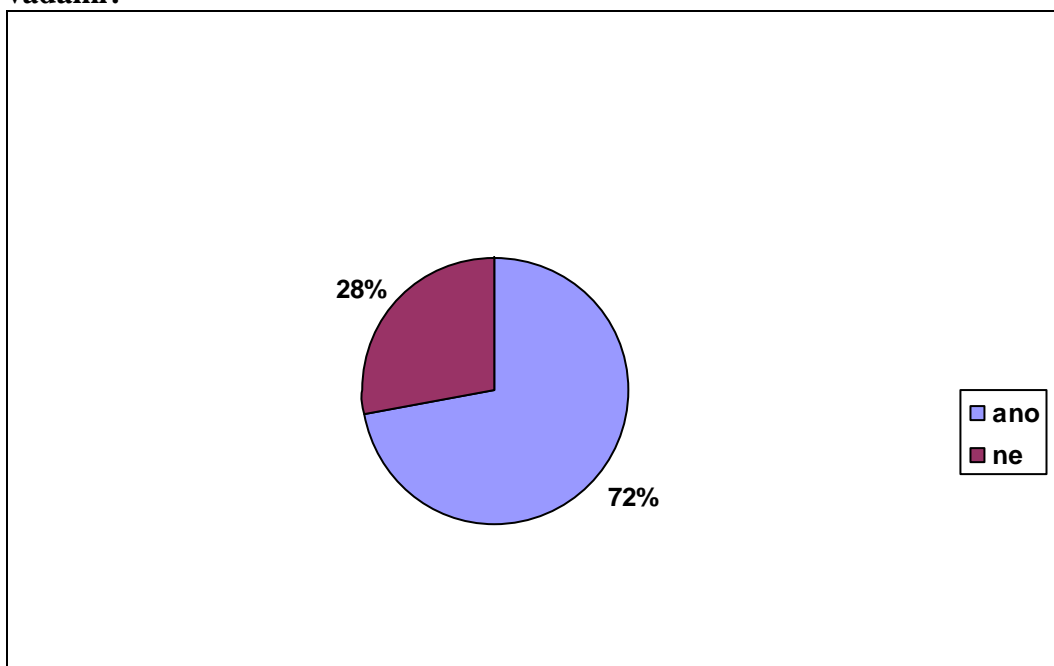
Ze sta náhodně dotázaných respondentů 52% je názoru, že jsou speciálně pedagogická centra pro žáky s mentálním postižením školská zařízení a 48% je opačného názoru

Graf č. 14: Otázka č. 10. V jakém roce vzniklo speciálně pedagogické centrum?



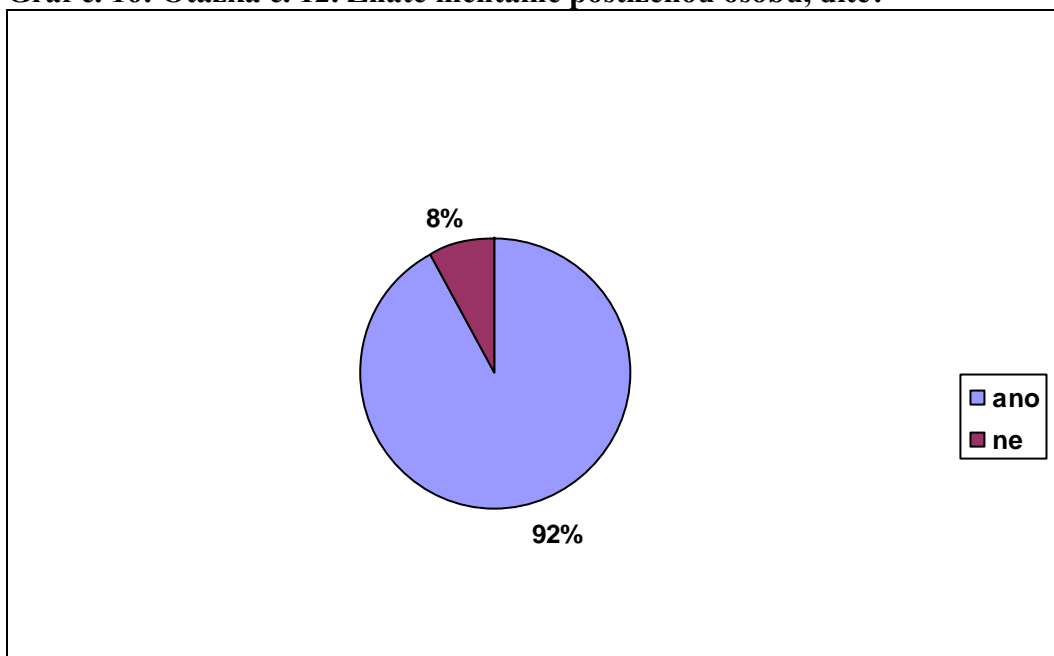
Ze sta náhodně dotazovaných respondentů 53% odpovědělo rok 1993 a 47% odpovědělo 1995

Graf č. 15: Otázka č. 11. Jste názoru, že speciálně pedagogické centrum je určeno pro děti a žáky s mentálním postižením, tělesným postižením a kombinovanými vadami?



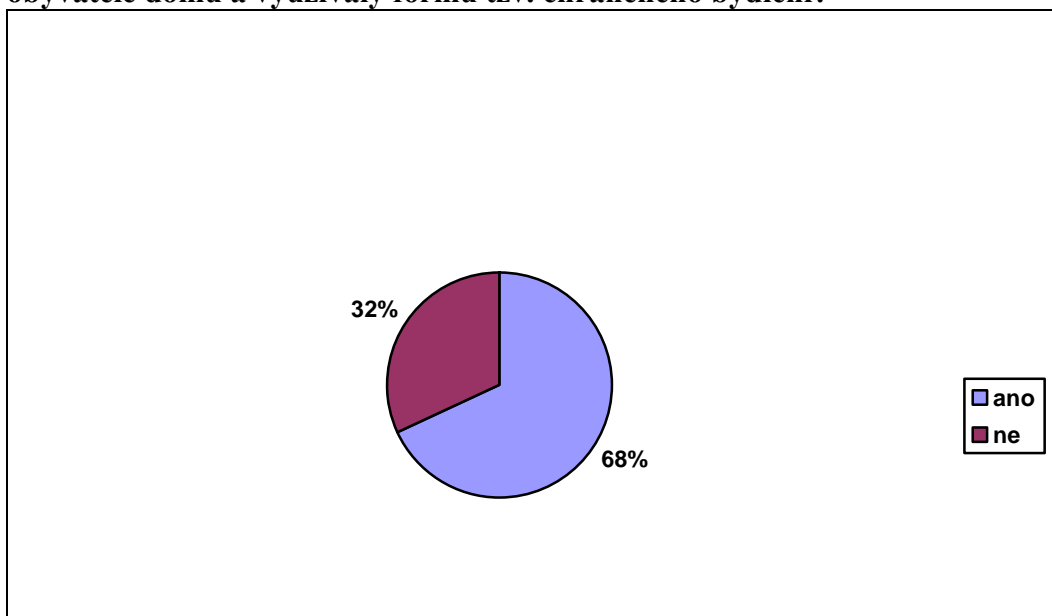
Ze sta náhodně dotazovaných respondentů 72% souhlasí s názorem a 28% nesouhlasí s názorem

Graf č. 16: Otázka č. 12. Znáte mentálně postiženou osobu, dítě?



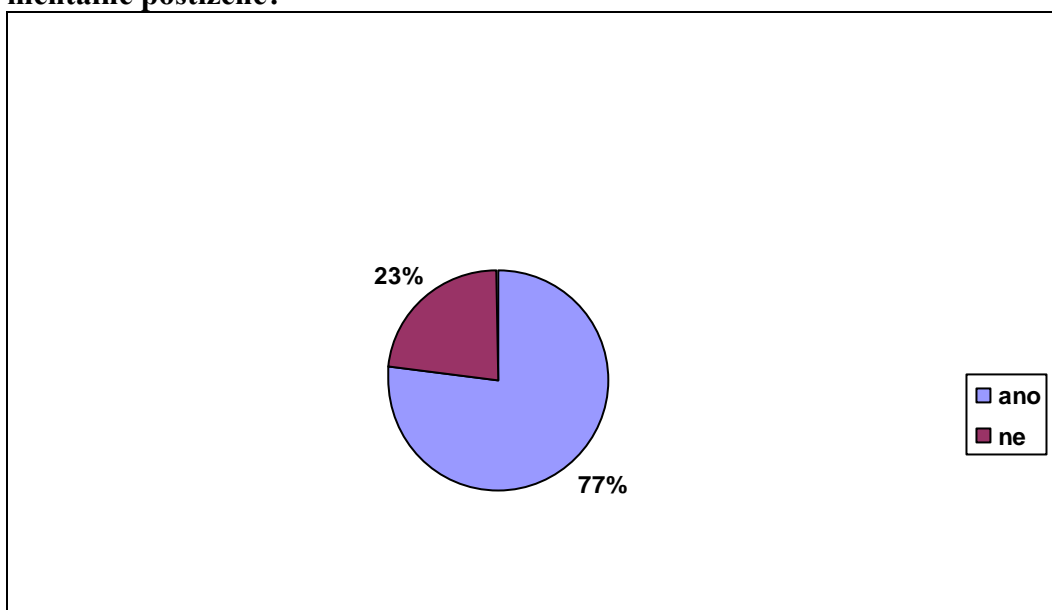
Ze sta náhodně dotazovaných respondentů 92% zná mentálně postiženou osobu, dítě a 8% respondentů nezná postiženou osobu, dítě

Graf č. 17: Otázka č. 13 Souhlasíte s tím, aby osoby s mentálním postižením bydlely samostatně např. v panelových domech ve městech (i s několika osobami s mentálním postižením v jedné domácnosti) a byly začleněny mezi ostatní obyvatele domu a využívaly formu tzv. chráněného bydlení?



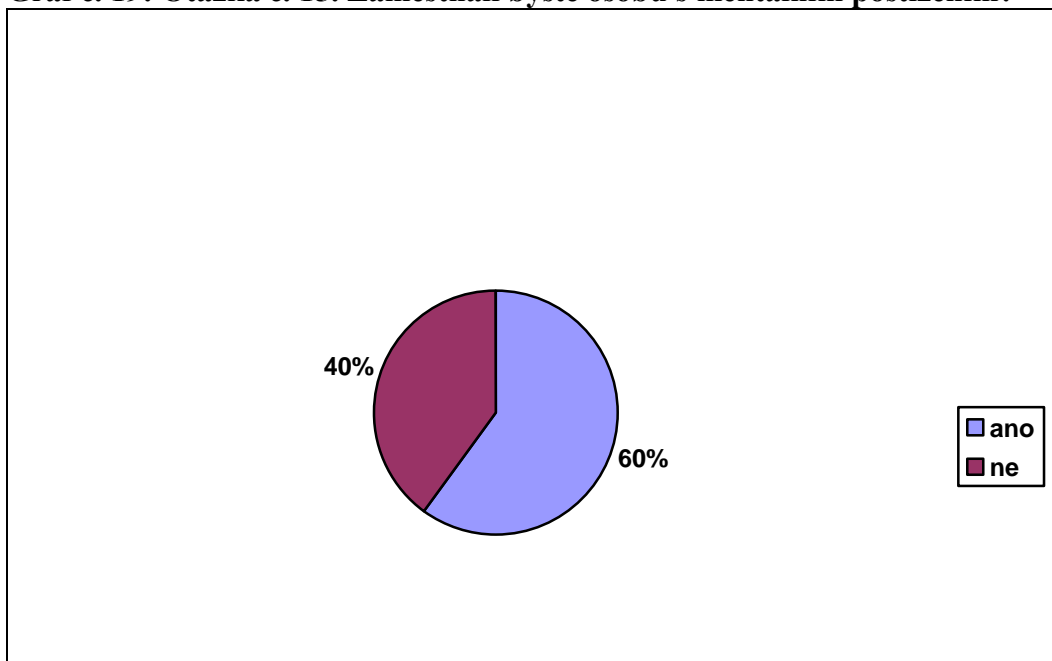
Ze sta náhodně dotazovaných respondentů 68% respondentů souhlasí, aby mentálně postižení bydleli v tzv. chráněných bytech a 32% respondentů nesouhlasí s tzv. chráněnými byty

Graf č. 18: Otázka č. 14. Myslíte si, že je správné, aby vznikaly chráněné dílny pro mentálně postižené?



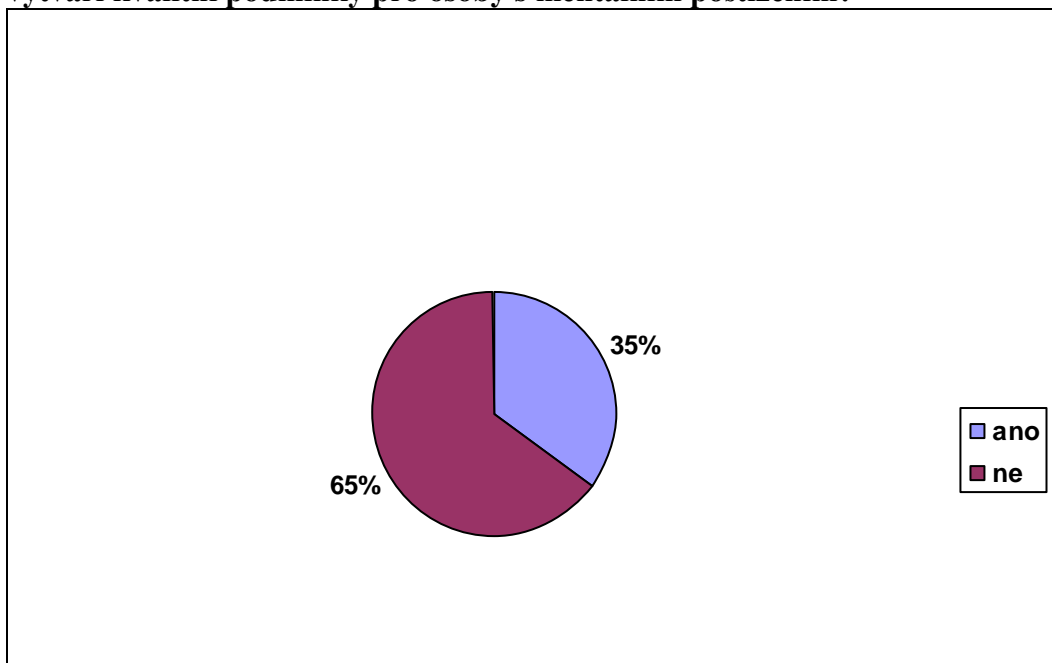
Ze sta náhodně dotazovaných respondentů 77% souhlasí ,aby vznikaly chráněné dílny a 23% nesouhlasí

Graf č. 19: Otázka č. 15. Zaměstnali byste osobu s mentálním postižením?



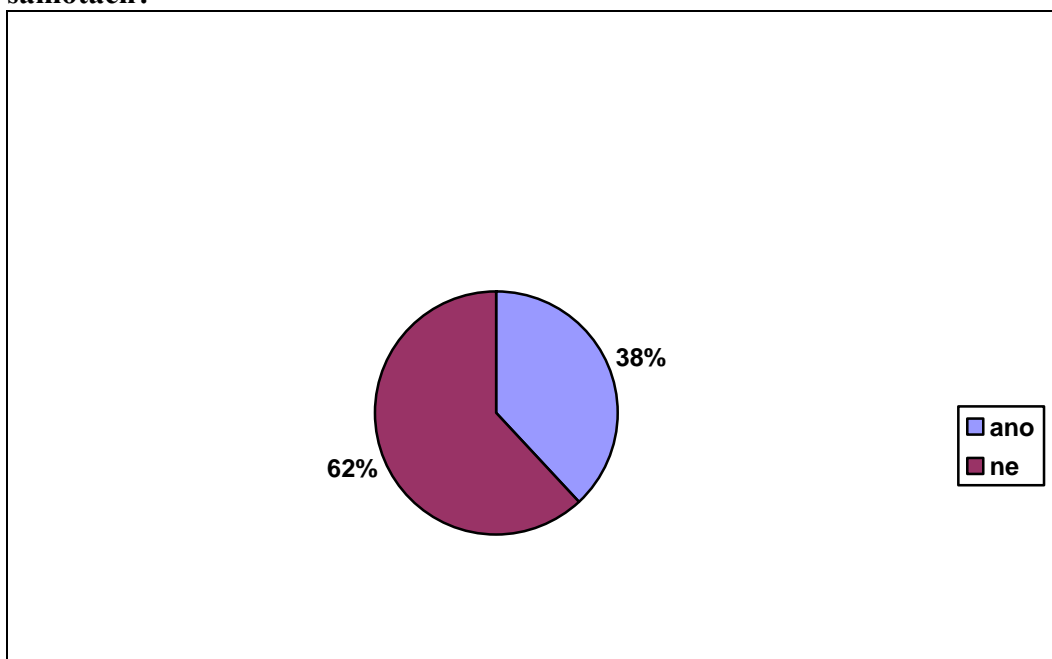
Ze sta náhodně dotazovaných respondentů 60% by zaměstnali osobu s mentálním postižením

Graf č. 20: Otázka č. 16 Myslíte si, že současná společnost dostatečně pečuje a vytváří kvalitní podmínky pro osoby s mentálním postižením?



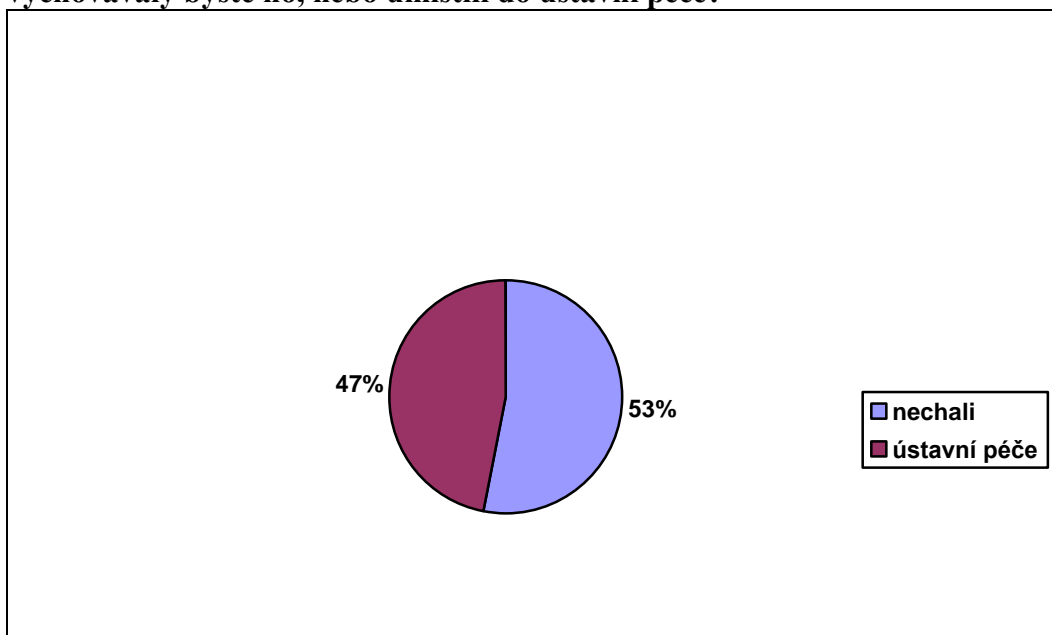
Ze sta náhodně dotazovaných respondentů 65% si nemyslí, že společnost dostatečně pečuje o osoby s mentálním postižením a 35% si myslí, že společnost dostatečně pečuje o osoby s mentálním postižením

Graf č. 21: Otázka č. 17. Souhlasíte s názorem, aby osoby s mentálním postižením byly soustředěny a umístěny v izolovaných jim určených domech někde na samotách?



Ze sta náhodně dotázaných respondentů 62% nesouhlasí, aby byly osoby s mentálním postižením izolovány a 38% souhlasí s názorem

Graf č. 22: Otázka č. 18. Kdyby se Vám narodilo mentálně postižené dítě, vychovávaly byste ho, nebo umístili do ústavní péče?



Ze sta náhodně dotázaných respondentů 53% by narozené mentálně postižené dítě vychovávaly a 47% by dítě s mentálním postižením umístili do ústavní péče

Vyhodnocení dotazníku

Dotazníkové šetření je zjišťováno z hlediska získaného vzdělání, dosaženého věku a pohlaví. Na otázky v dotazníkovém šetření odpovídalo 100 respondentů z toho bylo 50 mužů, což činí 50% a 50 žen což je druhých 50% respondentů (Graf č.1). Podle věkové kategorie byli muži ve věku 5 mužů do 21 let, dále 13 mužů ve věku 21-35 let, poté 20 mužů ve věku 35-50 let a poslední věková kategorie 5 mužů, kteří byli ve věku 50 a více let (Graf č. 2). Ze všech padesáti mužů získali základní vzdělání 4 muži, poté 22 mužů vystudovalo odborné učiliště a 16 mužů získalo střední odborné vzdělání s maturitou a 4 muži získali vysokoškolské vzdělání (Graf č. 3).

Dále na dotazníkové šetření odpovědělo 50% žen. Podle věkové kategorie byly ženy ve věku 15 žen do 21 let, poté 17 žen ve věku 21-35 let, 18 žen ve věku 35-50 let, 7 žen, které byly ve věku 50 a více (Graf č. 2) . Ze všech padesáti žen získalo základní vzdělání 7 žen, 17 žen vystudovalo odborné učiliště, dále 25 žen získalo střední odborné vzdělání s maturitou a 4 ženy dosáhly vysokoškolského vzdělání.

Na otázku jaký byl postoj společnosti ve starověké Spartě k handicapovaným jedincům? (Graf č. 5) Odpovědělo 87% tak, že ve starověké Spartě byl postoj k handicapovaným jedincům takový, že je zabíjeli. Z uvedených 87% bylo 43 mužů a 44 žen. Druhou odpověď, že postoj k handicapovaným jedinců ve starověké Spartě byl takový, že se o ně starali, zvolilo 13% respondentů z toho bylo 7 mužů a 6 žen.

Na otázku, zda by měla těhotná žena, u které lékaři zjistí, že má vysoké riziko narození dítěte s mentálním podstoupit interrupci? (Graf č. 6) Odpovědělo 69% respondentů ANO z toho bylo 29 mužů a 40 žen a 31% respondentů odpovědělo NE z toho 21 mužů a 10 žen.

Na otázku myslíte si, že je lepší integrovat dítě s mentálním postižením do běžné školy a nebo jej integrovat do speciální školy? (Graf č. 7) Odpovědělo 65% respondentů, že je nejvhodnější mateřská škola speciální z toho bylo 30 mužů a 35 žen a 35% respondentů odpovědělo že je lepší běžná mateřská škola, pro tuto odpověď bylo 20 mužů a 15 žen.

Na otázku souhlasíte s tím, aby mentálně postižené a zdravé děti navštěvovaly společnou třídu? (Graf č. 8) odpovědělo 68% respondentů NE z toho bylo 40 mužů a 28 žen a 32% odpovědělo ANO z toho bylo 10 mužů a 22 žen.

Na otázku myslíte si, že by se měly začleňovat osoby s mentálním postižením do škol, kulturních akcí, zaměstnání, atd.? (Graf č. 9) odpovědělo 69% respondentů ANO z toho bylo 25 mužů a 44 žen, NE odpovědělo 31% z toho 25 mužů a 6 žen.

Na otázku, jste názoru, že speciální poradenství respektuje individualitu klienta a jeho potřeby? (Graf č. 10) odpovědělo 78% respondentů ANO z toho bylo 48 mužů a 30 žen, NE odpovědělo 22% z toho bylo 2 muži a 20 žen,

Na otázku zda je z Vašeho pohledu komunikace v poradenství s mentálně postiženými osobami při navázání kontaktu s klientem, jeho naslouchání a empatie? (Graf č. 11) odpovědělo 51% respondentů ANO z toho bylo 30 mužů a 33 žen, NE odpovědělo 37% z toho 20 mužů a 29 žen.

Na otázku myslíte si, že forma komunikace u dětí s mentálním postižením je verbální, nonverbální a grafická? (Graf č. 12) odpovědělo 51% respondentů ANO z toho bylo 21 mužů a 20 žen, NE odpovědělo 49% z toho 30 mužů a 29 žen.

Na otázku myslíte si, že speciálně pedagogické centrum je pro žáky s mentálním postižením, je školské poradenské zařízení? (Graf č. 13) odpovědělo ANO 52% z toho bylo 22 mužů a 40 žen, NE odpovědělo 48% z toho bylo 38 mužů a 10 žen.

Na otázku v jakém roce vzniklo speciálně pedagogické centrum? (Graf č. 14) Odpověď rok 1993 zvolilo 53% z toho 13 mužů a 40 žen a druhou odpověď rok 1995 zvolilo 47% z toho 37 mužů a 10 žen.

Na otázku, jste názoru, že speciálně pedagogické centrum je určeno pro děti a žáky s mentálním postižením, tělesným postižením a kombinovanými vadami? (Graf č. 15) Odpovědělo 72% ANO z toho bylo 32 mužů a 40 žen, NE odpověď zvolilo 20 mužů a 10 žen.

Na otázku znáte mentálně postiženou osobu, dítě? (Graf č. 16) Odpovědělo ANO 92% respondentů z toho bylo 48 mužů a 44 žen NE, odpověděli 2 muži a 6 žen.

Na otázku souhlasíte s tím, aby osoby s mentálním postižením bydleli samostatně např. v panelových domech ve městech a byly začleňovány mezi ostatní obyvatele domu a využívaly formu tzv. chráněného bydlení? (Graf č. 17) Odpověď ANO zvolilo 68% respondentů z toho bylo 35 mužů a 33 žen, NE zvolilo 15 mužů a 17 žen.

Na otázku myslíte si, že je správné, aby vznikaly chráněné dílny pro osoby mentálně postižené? (Graf č. 18) Odpověď ANO zvolilo 77% respondentů z toho bylo 45 mužů a 32 žen, NE odpověď zvolilo 5 mužů a 18 žen.

Na otázku zaměstnali byste osobu s mentálním postižením? (Graf č. 19) Odpovědělo 60% respondentů ANO z toho bylo 33 mužů a 27 žen, NE odpovědělo 17 mužů a 23 žen.

Na otázku myslíte si, že současná společnost dostatečně pečuje a vytváří kvalitní podmínky pro osoby s mentálním postižením? (Graf č. 20) Odpověď ANO zvolilo 35% z toho bylo 21 mužů a 14 žen, NE zvolilo 29 mužů a 36 žen.

Na otázku souhlasíte s názorem, aby osoby s mentálním postižením byly soustředěny a umístěny v izolovaných jim určených domovech někde na samotách (Graf č. 21) Odpověď ANO zvolilo 38% z toho bylo 22 mužů a 16 žen, NE zvolilo 28 mužů a 34 žen.

Na otázku kdyby se Vám narodilo mentálně postižené dítě, vychovávali byste ho nebo umístili do ústavní péče? (Graf č. 22) Odpověď ANO zvolilo 53% z toho bylo 18 mužů a 35 žen, NE zvolilo 32 mužů a 15 žen.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce je upozornit na fakt, že ve společnosti jsou mentálně postižení jedinci, kteří žijí spolu s námi a chtějí být součástí našeho života. Poukazuje na jejich potřeby, zejména o jejich zájem o začlenění do běžného způsobu života a tím i do společnosti. Poukazuje na možnosti, jak jim pomoci formou speciálně pedagogického poradenství a uvádí, jak jim naše společnost pomáhá. Teoretická část obsahuje vymezení pojmu mentálního postižení, historii v péči o jedince s mentálním handicapem, jaká je příčina vzniku mentálního postižení, diagnostiku, poradenství a typy poradenských zařízení pro jedince s mentálním postižením. Praktická část se věnuje dotazníkovému šetření. V dotazníkovém šetření se porovnávají postoje veřejnosti k těmto osobám a jsou členěny podle pohlaví, věku a dosaženého vzdělání. Výsledkem tohoto šetření je stanovisko společnosti k mentálně postiženým. Postoje k těmto osobám se rok od roku mění a lepší. O těchto jedincích dnešní veřejnost ví, ale má na ně různé názory. Osoby s mentálním postižením, které jsou schopny se o sebe starat, by se měli učit samostatnosti, aby se mohli lépe začlenit do společnosti a docházet do zaměstnání. Naš stát a celá naše společnost by se měla o tyto jedince ještě více zajímat, podat jim pomocnou ruku a to zejména těm, kteří mají o pomoc zájem a chtějí se začlenit. Pomoc by zejména měla směřovat ke vzniku tzv. chráněných bydlení a chráněných dílen. Bylo by třeba, aby se vytvářela nová pracovní místa pro osoby postižené a nebyli jen závislí na jediném příjmu a to na invalidním důchodu. Je potřeba, aby vznikali firmy, které by tyto osoby zaměstnávali, vytvářeli pracovní místa a tím jim umožnili rozvoj a výdělek. Ústavy sociální péče by měli tyto osoby vést k samostatnosti, pokud nemají tak závažné mentální postižení, podporovat je v začlenění do společnosti a uplatnění na trhu práce. Více by měla být propagována činnost poradenských center, aby rodiče, kterým se narodí mentálně postižené dítě, nepropadali v nevědomost a zoufalství a věděli, kam se jít poradit s odborníky. Vytvořit pro mentálně postižené příjemné prostředí, aby se ve společnosti cítili dobře i přes svůj handicap. I jedinci s handicapem mají problém v chování, někteří jsou agresivní, jiní neochotní, neaktivní, ale nesmíme je házet tzv. „do jednoho pytle,“ vždyť ani my nejsme všichni stejní. Důležité je pořádat přednášky, semináře, besedy na školách, např. ve výchově ke zdraví a informovat děti, že jsou ve společnosti postižení jedinci, jak

k nim přistupovat, chovat se k nim jako k „normálním lidem.“ V přírodovědě, by se mohly děti – mládež seznámit s tím, jak vzniká mentální postižení, co je příčinou. Je správné, že jsou pro jedince s těžším mentálním postižením speciální školy a mateřské školy, kam docházejí v malém počtu. Speciální pedagogové se jim mohou plně věnovat a vysvětlovat látku dle jejich rozumových možností, ale je nutné mít na paměti jejich nevyčleňování ze společnosti. Oproti tomuto je důležité podporovat ty mentálně postižené osoby, u kterých je to jen trochu možné, v jejich vzdělávání a učení se novým věcem a pokud to půjde, tak je začlenit do normálních školních, pracovních kolektivů. Nesmíme zapomínat na jejich kulturní vyžití, jak v pozici diváků, tak v pozici přímo jako účinkující.

Dotazníkovým šetřením je zjištěno, že informovanost o mentálně postižené jedince narůstá a dnešní společnost si je vědoma, že jsou takoví jedinci mezi námi. Ze šetření vyšlo, že zájem o mentálně postižené narůstá i povědomí o tom, kam mentálně postižení dochází do poradenských zařízení. Porovnáním podle pohlaví bylo zjištěno, že se názory liší, jak vzhledem k pohlaví, tak vzrůstajícím věkem. Informovanost veřejnosti v průřezu celého dotazníku je na dobré úrovni, lidé se o problémy související s handicapovanými osobami zajímají, což je velmi potěšující, tak se jim snaží i pomoci, jak tyto osoby potřebují. Další důležitá věc zjištěna tímto dotazníkem je zároveň potěšující zjištění, nýbrž většina dotázaných by si ponechala mentálně postižené dítě ve své péči v případě jeho narození. Opak byl zjištěn v případě, kdyby bylo včasnou diagnózou zjištěno, že narozené dítě by mělo být mentálně postižené. Zde by většina respondentů volila interrupci. Tento názor se objevil i u mladých dotázaných. Práce ukazuje na to, že se naše společnost vyvíjí, lidé si začínají všimnout i mentálně postižených spoluobčanů. Přestávají na ně pohlížet s despektem, jako na ty, které naši společnost zatěžují, využívají a jen odčerpávají peníze ze státního rozpočtu. Lidé si uvědomují, že tito handicapovaní jedinci vykonávají různé pomocné práce, o které nemají zdraví lidé zájem. Většina mentálně postižených se snaží najít práci a k tomuto by mělo přispět i poradenství, kam by do speciálně pedagogických poraden měli tyto osoby docházet již od předškolního věku. Bylo by potřebné si vybudovat a mít o této osobě přehled a úzce s ní spolupracovat. Pomáhat jí v těžkých životních situacích, a nebo jen tak si s ní pohovořit. Vždyť i obyčejným rozhovorem lze získat informace, které se dají v rámci určitých pravidel dále využít. Mentálně postižené osoby jsou

citlivé na pomoc. Někdy by je mohla i nezištná pomoc urazit. Musíme rozlišovat pomoc a pomoc. Důležité je vzájemné pochopení a tolerance. Touto prací bylo zjištěno, že speciální pedagogika v poradenství je velmi důležitá. Stále se rozvíjející lidská společnost ji bude potřebovat k dalšímu civilizovanému rozvoji a zároveň i k pochopení a neustále se rozšiřující pomoci mentálně postiženým osobám.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7

BAZALOVÁ, B., *Psychopedie* IN: PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0

BENDOVÁ, P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3854-3

ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3

DRYDEN, W. *Poradenství*. Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-371-0

KOHOUTEK, R. *Historie pedagogicko-psychologického poradenství*. Akademie nakladatelství CERM, 1999. ISBN 80-7204-115-0

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6

VALENTA, M. IN. MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3

MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-60-5

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Portál 2009. ISBN 978-80-7367-509-7

OPEKAROVÁ, O. *Kapitoly z výchovného poradenství*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-96-9

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998.
ISBN 80- 85931-65-6

PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006.
ISBN 80-7315-120-0

PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 2010.
ISBN 978-80-7315-198-0

RENOTIÉROVÁ, M., LUDVÍKOVÁ L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc, 2004.
ISBN 80-244-0873-2

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Portál 2011. ISBN 978-80-7367-889-0

UZLOVÁ, I. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. Portál 2010.
ISBN 978-80-7367-764-0

VALENTA, M., Miller, O. *Psychopedie teoretické základy a metodika*. Parta 2003.
ISBN 80-7320-039-2

VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika, integrace školní a sociální*.
Brno 2004. ISBN 80-7315-071-9

ZÁMEČNÍKOVÁ, D. IN. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika, integrace
školní a sociální*. Brno 2004. ISBN 80-7315-071-9

PŘÍLOHA

PŘÍLOHA A – DOTAZNÍKOVÝ PRŮZKUM

DOTAZNÍK Váš názor zakrouškujte

Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

maturitou

Věk:

- a) do 21 let
- b) 21 – 35 let
- c) 35 – 50 let

d) 50 let a více

Dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) odborné učiliště
- c) střední odborné s

d) vysokoškolské

Bydliště:

- a) město
- b) obec

1. Jaký byl postoj společnosti ve starověké Spartě k handicapovaným jedincům?

- a) zabíjeli je
- b) starali se o ně

2. Měla by těhotná žena, u které lékaři zjistí, že má vysoké riziko narození dítěte s mentálním postižením podstoupit interrupci?

- a) ano
- b) ne

3. Myslíte si, že je lepší integrovat dítě s mentálním postižením do běžné mateřské školy, a nebo ho integrovat do speciální mateřské školy?

- a) běžná mateřská škola
- b) mateřská škola speciální

4. Souhlasíte s tím, aby mentálně postižené a zdravé děti navštěvovaly společnou třídu?

- a) ano
- b) ne

5. Myslíte si, že by se měly začleňovat osoby s mentálním postižením do škol, kulturních akcí, zaměstnání, atd.?

- a) ano
- b) ne

6. Jste názoru, že speciální poradenství respektuje individualitu klienta a jeho potřeby?

- a) ano
- b) ne

7. Je z Vašeho pohledu komunikace v poradenství s mentálně postiženými osobami navázání kontaktu s klientem, jeho naslouchání a empatie?

- a) ano
- b) ne

8. Myslíte si, že forma komunikace u dětí s mentálním postižením je verbální, nonverbální a grafická?

- a) ano
- b) ne

9. Myslíte si, že speciálně pedagogické centrum pro žáky s mentálním postižením je školské poradenské zařízení?

- a) ano
- b) ne

10. V jakém roce vzniklo speciálně pedagogické centrum?

- a) 1993
- b) 1995

11. Jste názoru, že speciálně pedagogické centrum je určeno pro děti a žáky s mentálním postižením, tělesným postižením a kombinovanými vadami?

- a) ano
- b) ne

12. Znáte mentálně postiženou osobu, dítě?

- a) ano
- b) ne

13. Souhlasíte s tím, aby osoby s mentálním postižením bydlely samostatně např. v panelových domech ve městech (i po několika osobách s mentálním postižením v jedné domácnosti) a byli začleněny mezi ostatní obyvatele domu a využívali formu tzv. chráněného bydlení ?

- a) ano
- b) ne

14. Myslíte si, že je správné, aby vznikaly chráněné dílny pro osoby mentálně postižené ?

- a) ano
- b) ne

15. Zaměstnali byste osobu s mentálním postižením?

- a) ano
- b) ne

16. Myslíte si, že současná společnost dostatečně pečuje a vytváří kvalitní podmínky pro osoby s mentálním postižením?

- a) ano
- b) ne

17. Souhlasíte s názorem, aby osoby s mentálním postižením byly soustředěny a umístěny v izolovaných jim určených domovech někde na samotách?

- a) ano
- b) ne

18. Kdyby se Vám narodilo mentálně postižené dítě, vychovávali byste ho, nebo umístili do ústavní péče?

- a) nechali
- b) ústavní péče

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Zuzana Šustová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: prezenční

Název práce: Speciálně pedagogické poradenství pro osoby s mentálním postižením

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 57

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů českých použitých zdrojů: 21

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 0

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: PaedDr. Viola Rašínová