

Univerzita Hradec Králové
Filozofická fakulta

Bakalářská práce

2023

Adéla Matějková

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Aktivizační činnosti jako možnost socializace pro mentálně postižené klienty

Bakalářská práce

Autor: Adéla Matějková

Studijní program: B0923P240001 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce v preventivních službách

Forma studia: Prezenční

Vedoucí práce PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Hradec Králové

2023



Zadání bakalářské práce

Autor:	Adéla Matějková
Studium:	F20BP0138
Studijní program:	B0923P240001 Sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce v preventivních službách
Název bakalářské práce:	Aktivizační činnosti jako možnost socializace pro mentálně postižené klienty
Název bakalářské práce AJ:	Activation activities as a possibility of socialization for mentally handicapped clients

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude věnovat oblasti aktivizačních činností, které jsou velmi důležité v životě osob s mentálním postižením. Práce bude popisovat a analyzovat aktivizační činnosti, které by mohly přispět k socializaci osob s mentálním postižením. Výzkumné šetření bude situované do prostředí denního stacionáře. Výzkum bude realizován kvalitativní metodou, technikou polostrukturovaných rozhovorů.

VALENTA, M. Mentální postižení. Praha : Grada, 2012. SOLOVSKÁ, V. a kol. Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením Praha : Portál, 2013 KREJČÍŘOVÁ, O. Profesionální příprava a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2013.

Zadávací pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.
Oponent:	Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	15.6.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Ve Vystrkově dne

.....

Adéla Matějková

Poděkování

Zde chci poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Lence Neubauerové, PhD., za vedení mé práce, připomínky a rady. Dále bych chtěla poděkovat celé organizaci Domov Jeřábina Pelhřimov za umožnění výzkumu a skvělého přístupu zaměstnanců. A na závěr děkuji mé rodině za nekonečnou trpělivost a podporu.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá vlivem aktivizačních činností na socializaci mentálně postižených klientů.

Teoretická část práce se zaměřuje na mentální postižení, příznaky, vznik, stupně a psychologickou charakteristiku, dále se zabývá socializací a socializací mentálně postižených osob. V poslední řadě sociálními službami, které ovlivňují socializaci mentálně postižených osob. Teoretická část má za cíl seznámit čtenáře s problematikou – charakteristikou mentálně postižených, možnostmi, jak klienta socializovat nebo odbourávat překážky v socializaci.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit jakým způsobem přispívají aktivizační činnosti k socializaci mentálně postižených klientů. Přičemž cíle bude dosahováno pomocí kvalitativního šetření, metodou polostrukturovaných rozhovorů. V závěru budou výsledky shrnuty a zhodnoceny.

Klíčová slova: mentální postižení, socializace, denní stacionář, aktivizační pracovnice, aktivizační činnosti

Annotation

Annotation This Bachelor's thesis deals with the influence of activation activity on the socialization of mentally disabled clients.

The theoretical part of the work focuses on the mental disability, symptoms, creation of the disability, degrees, psychological characteristics, and last but not least the social services which manipulate socialization of the mentally disabled people. The theoretical part has the task of introducing the reader to the problematic character of mentally disabled people, their choices of how a client should be socialized, or how the client's obstacles with socialization can be broken down.

The main goal of this Bachelor thesis is to find out in which way the activation activities contribute to the socialization of mentally disabled clients. Whereas the goal will be reached with a qualitative investigation of semi-structured conversations. In the end, the results will be summarized and evaluated.

The key words: mental disability, socialization, daycare center, activation worker, activation activity

Obsah

1	Mentální postižení	13
1.1	Definice.....	13
1.2	Etiologie.....	14
1.3	Psychologické zvláštnosti mentálně postižených osob.....	15
1.4	Klasifikace mentálního postižení.....	16
1.4.1	Lehké mentální postižení.....	17
1.4.2	Středně těžké mentální postižení.....	18
1.4.3	Těžké mentální postižení.....	19
1.4.4	Hluboké mentální postižení.....	19
1.5	Onemocnění pojící se s mentálním postižením.....	20
1.5.1	Autismus.....	20
1.5.2	Downův syndrom.....	22
1.6	Stigmatizace a postoje společnosti k mentálně postiženým osobám.....	23
2	Socializace.....	25
2.1	Definice základních pojmů – socializace, integrace, inkluze.....	25
2.2	Socializace osob s mentálním postižením.....	26
2.3	Problémy v socializaci osob s mentálním postižením.....	26
2.4	Aktivizační činnosti a terapeutické přístupy.....	27
2.4.1	Arteterapie.....	28
2.4.2	Muzikoterapie.....	29
2.4.1	Ergoterapie a rehabilitace.....	29
2.4.3	Animoterapie.....	31
2.4.2	Dramaterapie.....	32
2.4.3	Snoezelen.....	33
2.5	Nácvik sociálních dovedností.....	33
2.6	Lidé s mentálním postižením na trhu práce.....	34
3	Sociální služby.....	36
3.1	Denní stacionáře.....	36
3.2	Sociálně terapeutické dílny.....	38
3.3	Chráněné bydlení.....	38
4	Shrnutí teoretické části.....	41
5	Metodická část.....	43
5.1	Formulace hlavního výzkumného cíle a dílčích cílů.....	43

5.1.1	Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek.....	43
	Tabulka č. 2: Transformační tabulka.....	43
5.2	Charakteristika výzkumného souboru	45
5.3	Volba výzkumné strategie a metody šetření	46
5.4	Realizace výzkumného šetření.....	47
5.4.1	Domov Jeřabina Pelhřimov, p.o.	48
5.5	Výzkumná rizika	48
5.6	Způsob zpracování získaných údajů	49
5.7	Popis a interpretace dosažených výsledků	49
5.7.1	Kazuistiky klientů	49
5.7.2	DVC 1: Zjistit, jak práce v dílnách denního stacionáře přispívá k vytvoření pracovních návyků.	52
5.7.3	DC2: Zjistit, jak interakce s ostatními v denním stacionáři přispívá k rozvoji komunikace	53
5.7.4	DC3: Zjistit, jak aktivity v denním stacionáři přispívají k vytvoření sociálních vztahů	54
5.7.5	DC4: Zjistit, jak mohou aktivity v denním stacionáři přispět k dalšímu rozvoji klienta do budoucna	56
5.8	Shrnutí výzkumné části.....	58

Seznam použitých zkratk

DS	Denní stacionář
MKN-10	10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
SP	sociální pracovnice
STD	sociálně terapeutická dílna
CHB	chráněné bydlení
DC	dílčí cíl
TO	tazatelská otázka
PSS	pracovník v sociálních službách

Úvod

Mentálně postižení lidé jsou často veřejností vylučováni a nepřijímáni, tím pádem také ohroženi sociální izolací. Proto jsou zřizovány služby, které by nejen tomuto problému měly předcházet a zabraňovat.

Má práce se zabývá aktivizačními činnostmi jako možností socializace pro mentálně postižené klienty. Pro toto téma jsem se rozhodla po vlastní zkušenosti s chodem denního stacionáře. Zprvu jsem vnímala denní stacionář pouze jako možnost pro zlepšení motorických schopností klientů a jako náplň času. Avšak po čase jsem začala vnímat přínos ve větším rozsahu v méně na první pohled zjevných složkách. Do denního stacionáře docházím již delší dobu, tudíž jsem měla možnost pozorovat rozvoj některých klientů, kteří nastoupili v téměř tu stejnou dobu, jako jsem začala docházet do DS já. Během školního roku jsem do stacionáře chodila jednou za čas a byla příjemně překvapena pokroky klientů. Během praxe u sociální pracovnice se mi naskytl zase jiný pohled na přínos aktivizace na klienty. Proto jsem se rozhodla využít bakalářskou práci jako možnost představení potřebnosti denních stacionářů i v těch na první pohled méně viditelných oblastech. Také jsem chtěla ověřit své úsudky o pokroku klientů a porovnat je s výpovědí mých respondentek.

První část práce bude věnována teoretickým východiskům. V první kapitole bude čtenář seznámen s tím, co je to mentální postižení a proč a kdy může vzniknout. Jaké psychologické zvláštnosti ho doprovázejí. Dále budou blíže popsány stupně mentálního postižení, přičemž bude větší pozornost věnována lehkému a střednímu postižení, neboť se v těchto pásmech pohybují zkoumaní klienti. Budou rozebrána postižení pojící se s omezením mentálních schopností, což pro naši práci znamená autismus a Downův syndrom. Na závěr první kapitoly bude uvedeno, jak intaktní společnost stigmatizuje mentálně postižené a jak se k nim staví.

Druhá kapitola bude věnována socializaci. Na úvod budou vysvětleny základní pojmy – co je to socializace, integrace a inkluze. Bude rozebrána socializace u mentálně postižených osob a jaké v ní mají problémy. Podstatná část kapitoly bude věnována aktivizačním a terapeutickým přístupům, které umožňují klientům socializovat se, nebo pomoci s překážkami bránícími v socializaci. Kromě těchto přístupů mohou být klienti do společnosti snáze začleněni po nácviu sociálních dovedností. Zjistíme možnosti

začleňování mentálně postižených na trhu práce. V poslední kapitole teoretické části se budeme věnovat službám, které využívají klienti z výzkumné části a přispívají k jejich socializaci.

Hlavním cílem této práce je zjistit jakým způsobem přispívají aktivizační činnosti k socializaci mentálně postižených klientů. Hlavního cíle bude dosahováno pomocí dalších dílčích cílů, které budou transformovány do tazatelských otázek pro informanty. Jako informantky byly zvoleny aktivizační pracovnice denního stacionáře a sociální pracovnice. Vzhledem k tomu, že pro výzkum je zvolena metoda kvalitativní, jsou vybrány pro zkoumání takové oblasti socializace, aby se daly generalizovat i na jiná zařízení se stejnou klientelou. Aby čtenář lépe pochopil vliv aktivizačních činností na klienta, je důležité znát klientovu situaci před nástupem do služby, proto bude výzkumná část doplněna o kazuistiku. Na závěr budou dosažené výsledky ze zkoumání shrnuty.

1 Mentální postižení

Mentálně postižené osoby jsou lidé stejně jako osoby intaktní, dokáží nám den zlepšit, rozesmát nás, rozplakat, ale i rozzlobit. V České republice je okolo 300 000 lidí s mentálním postižením, což jsou 3% procenta naší populace. Přistupujme k nim se stejným respektem jako k ostatním a také jako sobě rovným.

1.1 Definice

Cílovou skupinou pro tuto práci jsou mentálně postižené osoby, proto jim bude věnována následující kapitola.

Valenta v publikaci *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně – právním kontextu* hovoří o nejasnostech a etických dilematech doprovázejících používání odborné terminologie u pomáhajících profesí. Proto než se došlo ke korektním termínu „mentální postižení“ muselo odborné názvosloví projít dlouhou cestou. (Valenta, 2012)

Konkrétní vymezení termínu může znít takto: „*Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně – sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru*“. (Valenta, 2012, s. 30)

Pro porovnání zde uvedeme formulaci ze starší publikace *Slovník sociální práce*, neboť jsou na ní dobře vidět vlastnosti provázející mentální postižení, které sťažují socializaci postiženého. Matoušek říká, že s mentálním postižením (retardací) se člověk rodí a nedá se nijak vyléčit. Mentální postižení je charakteristické snížením kognitivních schopností, nízkou schopností přizpůsobit své chování určité situaci, potřeba přijetí od druhých, přeceňováním či podceňováním vlastních schopností, problémy v komunikaci, neschopností abstraktního myšlení, jednoduchou ovlivnitelností jedince atd. (Matoušek, 2008)

Mentálně postižený člověk se těžko přizpůsobuje svému okolí i proto, že ho nechápe. Je tedy hůře adaptovatelný na běžný život. (Vágnerová, 2012)

Laická veřejnost často mylně prezentuje mentálně postižené jedince jako „velké děti“. U mentálně postiženého člověka dochází jak k opožděnému duševnímu vývoji, tak k strukturální vývojové změně. (Valenta, Müller; 2013)

1.2 Etiologie

Etiologie se zabývá příčinami vzniku mentálního postižení. Je třeba na začátek upozornit, že věda je schopna u většiny mentálního postižení určit příčinu, ale stále je zde část, kde se to ještě nepodařilo. (Michalík a kol., 2011)

Příčiny vzniku mentálního postižení mohou být rozděleny podle různých znaků. Například rozdělit na endogenní a příčiny exogenní. O endogenních, tedy vnitřních příčinách můžeme smýšlet jako o genetických vadách. Vznikají již v pohlavních buňkách. Exogenní příčiny jsou jakékoliv vnější vlivy působící od početí po porod a období krátce po porodu. (Švarcová-Slabinová, 2011)

Etiologie zná ještě dělení na vrozené a získané. Nejfrekventovaněji se dělí podle časového aspektu do tří kategorií – prenatalní, perinatální a postnatální. (Michalík a kol., 2011)

V období prenatalním je dítě ovlivňováno dědičnými faktory, tedy predispozice pro onemocnění od matky a otce a jejich předků. Dále pak také předpoklady pro vlohy určitých činností. Mluvíme zde podle Michalíka o „...*inteligenci jazykové, hudební, logicko-matematické, prostorové, tělesně – pohybové, inter a intrapersonální (tvůřící základ tzv. emocionální inteligence)*.“ (Michalík a kol., 2011, s.117)

Řadíme sem dále genetické příčiny, kdy dochází k různým mutacím genů, odchylky a změny počtu chromozomů, (což je mimo jiné i nejčastější příčina mentálního postižení) – například Downův syndrom, recesivně podmíněné poruchy, včetně dědičných poruch metabolismu. (Michalík a kol., 2011)

Michalík v rámci prenatalních příčin hovoří o environmentálních příčinách. Řadí se sem „*onemocnění matky zarděnkami, kongenitální syfilis, toxoplazmózu, otravy olovem a přímou intoxikací embrya či plodu, ozáření dělohy, nedostatečnou výživu matky a její zneužívání návykových látek.*“ (Michalík a kol., 2011, s. 117)

Pokud je matka nakažena v počátcích těhotenství, jsou následky na dítěti fatálnější. Mimo jiné se také diskutuje o vlivu silné odmítavosti těhotenství na negativní vliv vývoje plodu. (Michalík a kol., 2011)

Jedním z dalších vlivů, které mohou ovlivnit mentální kondici dítěte, je jeho předčasné narození. Kromě behaviorálních problémů mohou být předčasně narozené děti postiženy poruchami autistického spektra. (Michálková Grézlová, Marková, Ptáček et al., 2016)

Perinatální příčiny vychází z poškození mozku, ať už z organický příčin (například Dětská mozková obrna) nebo z mechanického poškození při porodu. Vliv může mít také nedostatek kyslíku při porodu, předčasný porod spojený s nízkou váhou novorozence nebo těžká žloutenka, kdy pomocí bilirubinu dochází k poškození nervové soustavy. (Michalík a kol., 2011)

Posledním časovým obdobím je postnatální. Příčinami zde mohou být živočichové, jež způsobují záněty mozku, úrazy hlavy či onkologická onemocnění. Neměli bychom opomíjet také sociální deprivaci a zanedbání péče. Tento původ je však specifický tím, že pokud dojde naplnění deficitů v deprivaci včasnou pomocí, dá se stav mentálního postižení napravit. (Michalík a kol., 2011)

1.3 Psychologické zvláštnosti mentálně postižených osob

Na začátek je třeba říci, že mentálně postižený člověk je jedinečný. Každý má své kladné a stinné stránky, stejně tak postižení. Kromě toho musíme také přihlížet ke stupni postižení a doprovázejícím onemocněním. Švarcová-Slabinová (2006) tvrdí, že se nedá zcela přesně tvrdit, že veškeré psychologické zvláštnosti se dají generalizovat na veškerou populaci mentálně postižených lidí. Švarcová-Slabinová (2006) vymezila několik společných rysů.

Jedná se o zpomalené chápání a samotný úsudek. Pokud vyjadřují názor je jednoduchý nebo ho přejímají od jiné osoby. Proto je jednoduché takovým osobám vnutit svůj názor a přimět je, aby se s ním ztotožnili.

Pozornost některých může být velmi roztěkaná. Například pokud jsou klienty v chráněných dílnách, často odchází od rozdělané práce na jedné dílně a začínají s novou na druhé.

Slovní zásoba je chudá, nové výrazy často vyslovují nesprávně a komolí je. Cizí výrazy, jako jsou například jména oblíbených interpretů, herců či jiných idolů jim činí největší problémy.

Jejich chování může být výrazně zpomalené, nebo se může jednat o opačný extrém a je až hyperaktivní. Klient, u něhož pozorujeme zpomalené chování, může při správné motivaci otočit a zrychlit.

Pozorujeme zde problémy se schopností adaptovat se na společenské požadavky a normy. Ku příkladu, osoby postižené nevidí problém v hlasitém pokřikování a rozebírání intimních otázek na veřejnosti.

Mentálně postižení lidé se hůře orientují v novém a neznámém prostředí, to zapříčiňuje pomalé tempo vnímání. Vidí detaily daného prostředí, avšak již nejsou schopni tyto jednotlivé detaily pospojovat v ucelený celek. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012)

1.4 Klasifikace mentálního postižení

V České republice se určuje mentální postižení podle Světové zdravotnické organizace MKN-10, která dělí stupně postižení následovně:

Tabulka 1: Mentální retardace MKN-10 (MKN-10, 2021)

Stupeň mentálního postižení	kód	IQ	Mentální věk	Patří sem
Lehká mentální retardace	F70	50-69	9-12 let	Lehká slabomyslnost (oligofrenie) Lehká mentální subnormalita
Střední mentální retardace	F71	35-49	6-9 let	Střední slabomyslnost (oligofrenie) imbecilita
Těžká mentální retardace	F72	20-34	3-6 let	Těžká mentální subnormalita idioimbecilita
Hluboká mentální retardace	F73	Nejvýše 20	Pod 3 roky	Hluboká slabomyslnost (oligofrenie) Idiocie
Jiná mentální retardace	F78			

Neurčená retardace	mentální	F79			Mentální deficit NS Mentální subnormalita NS
-----------------------	----------	-----	--	--	---

Přidružená onemocnění mají své specifické kódy – Pervazivní vývojové poruchy F84.0 – F84.9 nebo Downův syndrom Q90.0-Q90.9 (mkn10.uzis.cz, F80-F89 -Poruchy psychického vývoje, Q90-Q99 – Abnormality chromozomů nezařazené jinde)

Podkapitola se zabývá stupni mentálního postižení od lehkého po jiné a nespecifikovatelné postižení. Pro tuto práci jsou však stěžejní první dva stupně, tedy lehké a střední. Je jim věnováno více prostoru, neboť klienti, kteří jsou předmětem zkoumání v praktické části, spadají právě do těchto kategorií.

Mentální postižení je doprovázeno snížením rozumových schopností. K tomu může sloužit nejznámější inteligenční kvocient od W. Sterna. Na základě tohoto vyjádření inteligence vypracovala Světová zdravotnická organizace 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí klasifikaci mentálního postižení dle šestistupňové kategorie. (Švarcová, 2012)

Kromě klasických testů inteligence může být stupeň mentálního postižení zařazen pomocí škály, jež určují míru schopnosti adaptovat se ve specifickém prostředí. Avšak škálové určení stupně postižení není zcela přesné, jedná se o přibližné určení. (mkn10.uzis.cz, F70-F79 – Mentální retardace, 2021)

K posouzení stupně mentálního postižení se zabýváme čtyřmi složkami. Jedná se dle Valenty o „*posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptability (adaptačního chování), orientačně taktéž inteligenčním kvocientem a mírou zvládnutí obvyklých sociálně-kulturních nároků na jedince.*“ (Valenta, Michalík, Lečbých a kolektiv, 2012, str.31)

1.4.1 Lehké mentální postižení

Lidé s lehkou mentální retardací mají IQ v rozmezí 50–69, což by odpovídalo úrovni věku 9–12 let. (mkn10.uzis.cz, F70-F79 – Mentální retardace)

Jedná se o stupeň s nejčtenějším výskytem osob, neboť sem dle Čadilové spadá okolo 85 % mentálně postižených osob. (Čadilová, 2007)

Co se týká uvažování, jsou takto postižení schopni dodržovat základy logiky. Chybí jim schopnost myslet abstraktně, což se projevuje konkretizovaným myšlením a následovně i slovním projevem. (Vágnerová, 2012)

Jsou schopni se dorozumět na úrovni běžné potřeby, tedy být schopen konverzovat s ostatními říká Švarcová (2012). Je třeba však dodat, že nejsou schopni užívat dlouhá rozvitá souvětí. Často se stává, že slova komolí a se složitějšími výrazy bojují při výslovnosti. (Vágnerová, 2012)

Díky tomu, že mají naučené určité řečové stereotypy, naučené věty a sousloví, nepůsobí tito lidé dojemem, že by byli postižení. Problém nastává v situaci, kdy jsou uvedeni do nepředvídatelné situace a jejich naučené vzorce komunikace nedávají poté smysl. (Lechta, 2011)

Po stránce osobní obsluhy a péči o vlastní osobu – příprava jídla, dodržování hygieny, oblékání, starost o domácnost – jsou schopni fungovat samostatně. (Švarcová, 2012)

Švarcová říká, že většina lidí s lehkým mentálním postižením je schopna žít poměrně samostatný život. Osoby, které mají postižení definované při horní hranici pásma nacházejí uplatnění v odvětvích vyžadující praktické dovednosti. Lidé s IQ u dolní hranice vyžadují organizované zaměstnání a podporu, tudíž je pro ně vhodnější uplatnění na pracovištích, která jsou chráněná. (Švarcová, 2012)

V osobním životě mohou mít problémy se situacemi vyžadujícími zralost, například rodičovství a výchova dětí, manželství, získat a udržet zaměstnání, bydlení a dodržení norem a tradicí týkajících se těchto okruhů. (Švarcová, 2012)

1.4.2 Středně těžké mentální postižení

Jedinec se středním mentálním postižením má IQ v pásmu od 35 po 49, což odpovídá věku 6 až 9 let. (mkn10.uzis.cz, F70-F79 – Mentální retardace)

Dle Vágnerové (2012, s. 302) myšlení u takto postižených mnohdy postrádá logická pravidla. Při učení je třeba trpělivosti, neboť k upevnění dovednosti je třeba úkon vícekrát zopakovat. (Vágnerová, 2012)

Základy psaní, čtení a počítání jsou schopni zvládnout se správným pedagogickým přístupem. Do trhu práce se dají zapojit v rámci jednoduché manuální práce s odborným dohledem a jasně danou strukturou. Díky tomu, že většina nemá problém s mobilitou a jsou schopni komunikační interakce, jsou schopni se vyvíjet v oblasti navazování vztahů. (Švarcová, 2012)

Tento stupeň postižení bývá doprovázen dalšími poruchami, ať už se jedná o autismus či o ostatní vývojové poruchy, jako je například epilepsie, tělesné či psychiatrické postižení. (Švarcová, 2012)

1.4.3 Těžké mentální postižení

Mezinárodní klasifikace nemocí zařazuje těžké mentální postižení do pásma inteligence od 20 do 34. To se shoduje s věkem 3–6 let. (mkn10.uzis.cz, F70-F79 – Mentální retardace)

Právě myšlení na úrovni batolete neumožňuje takto postiženým osobám chápat širší souvislosti a vztahy a je tedy zúžené jen na to základní. Učení je velice limitované, takže ve výsledku je jedinec schopný v oblasti péče o vlastní osobu zvládat jen ty nezákladnější úkony. Kromě toho je tento stupeň doprovázen postižením motoriky a dalšími přidruženými onemocněními, takže je jedinec odkázaný na péči ze strany druhých. (Vágnerová, 2012)

Vzdělání zde cílí na rozšíření možností sebeobsluhy a komunikace a zlepšení motoriky a také orientace v okolí. (Švarcová, 2012)

Komunikace je u tohoto stupně obtížná, neboť postižené osoby se nejsou schopni naučit mluvit. Dokáží komunikovat na nízké úrovni s malou, často komolenou slovní zásobou. V nejtěžších případech dochází k nemluvnosti, jen k neurčitým zvukům. (Lechta, 2011)

1.4.4 Hluboké mentální postižení

Nejvyšší úroveň inteligence u tohoto stupně dosahuje IQ 20, to je srovnatelné s věkem pod 3 roky. (mkn10.uzis.cz, F70-F79 – Mentální retardace)

Hluboké mentální postižení je charakteristické nízkým rozvojem poznávacích schopností, kdy je jedinec schopen reagovat na podněty jemu známe projevy potěšení nebo naopak nevole. Řeč zde není ani na základní úrovni. (Vágnerová, 2012)

Pohybově jsou osoby omezeny, jsou imobilní. Nejsou schopni se o sebe postarat, tudíž vyžadují neustálou péči. Lidé s tímto stupněm postižení bývají často umísťováni do ústavů, kvůli náročnosti jejich péče. (Švarcová, 2012)

1.5 Onemocnění pojící se s mentálním postižením

Mentální postižení je velice často doprovázeno dalšími onemocněními a postiženími. Doprovodná onemocnění mohou zasáhnout všechny stupně mentálního postižení, ale většinou platí, že čím vyšší stupeň postižení, tím větší pravděpodobnost přidruženého onemocnění.

Pro naši práci je nejvíce stěžejní přidružené onemocnění jako je autismus, neboť je to onemocnění, které se týká klienta ve výzkumné části. Dle autorčina názoru je vhodné zde také zmínit Downův syndrom, neboť díky jeho fyzickým příznakům jsou lidé s tímto onemocněním stigmatizováni v podstatě po prvním pohledu. Existuje jich samozřejmě více, ku příkladu můžeme zmínit ještě epilepsii, Dětskou mozkovou obrnu (DMO), Fetální alkoholový syndrom a další pervazivní poruchy jako Rettův a Aspergerův syndrom. Dále se sem mohou řadit poruchy sluchu a zraku, afektivní poruchy, schizofrenie, demence a mnoho dalších.

1.5.1 Autismus

Autismus je postižení, o kterém se v poslední době více hovoří, neboť k tomu přispěl nárůst počtu lidí, a zvláště dětí s poruchami autistického spektra, které chodí do běžných základních škol. (Havlinová, 2018)

Mezinárodní klasifikace nemocí dělí pervazivní vývojové poruchy do osmi kategorií Dětský autismus (F84.0) je charakteristický přítomností celé autistické triády (viz. níže). Je diagnostikován před třetím rokem života dítěte. U dětského autismu je běžná přítomnost dalších obtíží (fobie, agrese, různé poruchy atd.) Atypický autismus (F84.1) nastupuje buď v pozdějším věku než dětský autismus anebo nenaplnuje celou triádu. Je přítomen u jedinců s vyšším stupněm mentálního postižení. Rettův syndrom (F84.2) se vyskytuje pouze u děvčat během prvního půl roku až dvou let. Doposud normálně probíhající vývoj se zastavuje a pozvolna upadá. Obvykle je doprovázen těžkým stupněm mentálního postižení. Podobně jako u Rettova syndromu dochází u jiné Dětské dezintegrační poruše (F84.3) k postupné ztrátě nabytých dovedností a ke stereotypním pohybům. Dále sem MKN řadí Hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a

stereotypními pohyby (F84.4). Aspergerův syndrom má stejně jako autismus poruchu sociálních interakcí a stereotypní zájmy. Odlišností je vysokou nemotorností jedince a není zde porušení kognitivní a komunikativních funkcí. (mkn10.uzis.cz, F80-F89 – Poruchy psychického vývoje)

Thorová také dělí autismus dle funkčnosti, tedy dle míry adaptability. Vysoce funkční autismus se vyznačuje rozumovými schopnostmi v normě. Komunikace není narušena, pokud ano, tak jen lehce. Práce ve skupině jim dělá problémy, stejně jako chápání společenských pravidel. Intaktní společnost by je samotné a jejich chování označila za zvláštní. Autismus středně funkční s sebou nese problémy v řeči i jejímu porozumění. Nejsou schopni navazovat dobře sociální vztahy. Práce ve skupině se projevují stereotypní pohyby. Jedincovy rozumové schopnosti jsou v úrovni lehkého až středně těžkého mentálního postižení. Pokud je klient dobře motivován, spolupráce s sebou nenese příliš velké překážky. Nízkofunkční autismus v sobě nese největší problémy v socializaci. Navazovat vztahy je téměř nemožné, nemají takovou dovednost, nebo jen na velice nízké úrovni. Řeč zde není, komunikují pouze vydáváním zvuků, zřídka použijí slova. Zájmy jsou na nízké úrovni. Nechtějí spolupracovat. Spadají do pásma těžkého mentálního postižení. (Čadilová, Thorová, Žampachová a kol, 2012)

Autismus je postižení, které je neléčitelné a omezující ve všech složkách života. Autismus je doprovázen problémy v komunikaci, takže postižený není schopný ovlivnit situaci kolem sebe. Veškerá interakce s okolím stojí postiženého velkou dávkou energie. Proto je pro jedince jednodušší vytvořit si určité zvyklosti vzorce, které přispívají k organizovanosti a pevnému řádu dne. (Howlin, 2009)

Autismus je charakteristický tzv. autistickou triádou. Autistická triáda jsou tři vývojové složky, ve kterých došlo k poruše. První složkou jsou sociální interakce a chování. Zde dělá jedincům s PAS (poruchám autistického spektra) problémy interakce s vrstevníky, navazování vztahů, neschopnost užívat nonverbální komunikaci, nedostatek empatie atd. Druhou složkou je komunikace, kdy u autistů může dojít k nevyvinutí řeči, která však může být nahrazena alternativní komunikací. Komunikace s druhými působí problémy, neboť postižený jedinec používá svůj specifický slovník nebo neudrží souvislou komunikaci. Poslední složkou jsou způsoby chování, zájmy a aktivity. Jejich zájmy jsou stereotypní a intenzivní. (digifolio.rvp.cz, Popis poruch autistického spektra)

Pokud je denní řád člověka s autistickým spektrem narušen, i třeba jen krátkým zpožděním, u jedince se začne stupňovat nervozita a neklid. Pokud na něčem pracoval, již není schopný dále pokračovat.

Zájmy osob s autistickou poruchou jsou velice zúženy jen na malý okruh zajímavých podnětů. Proto se zaměřují jen na jednu činnost, která je dokáže zabavit na dlouhou dobu. Jedná se například o kolébání se na místě, postávání a jiné monotónní činnosti. Které pokud je nahrazena dostatečně zajímavou a pro autisticky postiženého člověka smysluplnou aktivitu, může dojít k jejich vymizení. V prostorech, kde je příliš stimulů, dochází u postižených osob k sebepoškozujícímu chování – rány do obličeje, stehen, mlácení hlavou do zdi apod. (Gillberg, Peeters, 2008)

Postižení mají problém navázat sociální vztahy, nevědí, jak na to. Vztahy mezi lidmi jsou složité a chaotické pro osoby zdravé, pro osoby vyžadující řád a pravidla se jedná o nadlidský úkol. Mohou si mylně vyložit milé a zdvořilé chování druhé osoby s „pravým přátelstvím“ a postižená osoba začne být svým zarputilým a netaktním chováním značně dotěrná. Druhým extrémem je problém s rozeznáním, kdo postiženému chce ublížit. (Howlin, 2009)

Tyto aspekty pak mohou na okolí působit rušivě, neomaleně a jedinec je tak často nepřijímán. (Howlin, 2009)

Gillberg s Peetersem říkají, že u autismu nemůžeme přesně určit příčinu jeho vzniku, ale může říci, že se jedná o poruchu neurologického charakteru. (Gillberg, Peeters, 2009)

Autismus je velice komplexní postižení, které postihuje a znesnadňuje život ve více směrech. Vzhledem k zaměření práce na problém v socializaci, jsou vybrány a rozebrány takové složky, které nejvíce znesnadňují integraci do společnosti a je zacíleno na osoby s „klasickým autismem“, u kterých je dle Gillberga a Peeterse (2008) IQ pod úrovní 70.

1.5.2 Downův syndrom

Downův syndrom je postižení, které je vrozené a neléčitelné, jehož příčina je genetické povahy. Jeho výskyt je poměrně častý. Čím je matka starší tím je pravděpodobnost přítomnosti Downova syndromu vyšší. Dá se pomocí genetických testů diagnostikovat ještě v prenatálním období, tedy ještě před porodem. (Černá, 2008)

Symptomy jsou jak tělesného, tak i mentálního charakteru. Mezi na první pohled viditelné fyzické zvláštnosti patří například zešikmený vzhled očí a překrytí řasou, široký krk, absence rýh na dlani, krátkost a širokost končetin a celého trupu. (Selikowitz, 2005)

Mentální postižení, které doprovází Downův syndrom, se pohybuje v rozpětí lehkého až středního mentálního postižení. Postižení jsou schopni odpovídajícího vzdělávání a dále pak pracovního uplatnění. Avšak v dospělosti potřebují vedení od rodičů či jiné pečující osoby. (Matoušek, 2008)

Při správném vedení a motivaci jsou schopni se naučit novým dovednostem. Jedná se sice o složitější proces a je nutná dávka trpělivosti, ale je to obohacující zkušenost i pro pečující osoby. Kromě vzdělání jako je čtení a psaní obohacují svůj volný čas o spoustu koníčků – sporty, hra na hudební nástroj, tanec atd. (downsyndrom.cz – Mýty a realita)

Lidé s Downovým syndromem se mohou potýkat s problémy řeči. Tyto komplikace pak mohou stěžovat navazování dalších vztahů. (Švarcová, 2011)

Lidé s Downovým syndromem jsou povahově přátelští, laskaví a bezprostřední, což jim na jedné straně usnadňuje navazování sociálních vztahů. Na druhou stranu jsou citliví a zranitelní, pokud je někdo jen využívá. Navazují partnerské vztahy. (downsyndrom.cz – Mýty a realita)

Co se týká uplatnění na pracovním trhu, tak jsou lidé s Downovým syndromem zdatní a zaměstnavatelni. Z vlastní zkušenosti se nedá souhlasit s tvrzením z webu downsyndrom.cz, že „...jsou většinou vděční za každou pracovní šanci a pracují ve svých zaměstnáních s nadšením...“ Jsou schopni být velmi pečliví a pracovití, rozhodně však za podmínky, že je práce baví a obklopuje je správný kolektiv. Nejčastěji bývají zaměstnáváni v takových profesích, které se spíše zaměřují na manuální činnost. (downsyndrom.cz – Mýty a realita)

1.6 Stigmatizace a postoje společnosti k mentálně postiženým osobám

Důležitou složkou pro úspěšnou socializaci mentálně postižených osob je jejich přijetí majoritní společností. Za prvé, velkým problémem je zde to, že společnost nenahlíží na lidi s postižením jako na menšinu, která má vlastní specifické potřeby a práva. Z historického hlediska byli lidé s postižením odsouváni na okraj společnosti a „uklizeni“ do ústavů. O

jakékoliv jejich podpoře, snaze o jejich vzdělávání, zařazení do pracovního trhu nebo podpoře rodin postižených se nedalo příliš hovořit. (Michalík a kol., 2011)

V dnešní době se spíše setkáváme se zakořeněnými předsudky a stereotypy vůči lidem s postižením. „*Nyní jde zejména o dlouhodobé nerespektování či neznalost základních a zásadních odlišností, které tuto minoritu občanů definují,*“ říká Michalík v publikaci Zdravotní postižení a pomáhající profese. (Michalík a kol., 2011, s. 46)

Většinou se setkáváme s několika pohledy na mentálně postižené jedince. Buď je společnost vnímá jako „chudáky“, kterým v podstatě vnutí svoji pomoc a často o nich má zkreslený a infantilizovaný pohled. Na druhé straně je zde negativní pohled. Takoví lidé vnímají mentálně postižené osoby jako spodinu společnosti, která do systému nemůže nic přinést. Může pak z jejich strany docházet ke zneužívání postižení nebo jejich sexuálnímu prodávání.

K řešení zlepšování podmínek života postižených je třeba meziresortní spolupráce. Intervenovat by zde kromě Ministerstva práce a sociálních věcí mělo také Ministerstvo zdravotnictví. (Michalík a kol., 2011)

2 Socializace

2.1 Definice základních pojmů – socializace, integrace, inkluze

Socializace je běžnou součástí každodenního života všech lidí, kdy se utváří osobnost daného jedince.

Je to proces, kdy se člověk jako biologický subjekt přerodí na sociálního tvora, jenž je schopný fungovat jako část společnosti. Během socializace se jedinec učí zacházet s normami, které panují ve společnosti a také s hodnotami. Socializace jedince je důležitá pro vzájemné působení s ostatními osobami, budování vztahů, ale i pro utváření jeho vlastní osobnosti. (Petrusek a kol., 1996)

V Matouškově definici se hovoří také o rozdělení socializace na primární a sekundární. Primární socializace probíhá v okruhu blízkých lidí, tedy nejčastěji v rodině. Pokud rodina absentuje, tak se odehrává v institucích nahrazujících rodinu, například v náhradní rodinné péči nebo v ústavní péči. Sekundární socializace probíhá ve všech institucích, v nichž dítě tráví svůj čas. Může se tedy jednat o zařízení vzdělávací, výchovná a další. (Matoušek, 2008)

O sociálním začleňování hovoří i zákon o sociálních službách (zákon č.108/2006 Sb.). Dle něj se může jednat buďto o preventivní přístup u osob ohrožených sociálním vyloučením nebo o přímou intervenci, kdy již sociální vyloučení proběhlo. Má za cíl těmto osobám se reintegrovat do společnosti, jak po stránce sociokulturní, tak i po finanční a navrátit je tak do běžného života. (mpsv.cz, Sociální začleňování)

Integrace dle Matouška cílí o zapojení do společnosti zdravotně postižených a poskytnutí jim možnost pracovního uplatnění. Opakem pro sociální začlenění je sociální vyloučení. Integrace je důležitým procesem ve společnosti, kde mezi postiženými a zdravými jedinci má vzniknout vztah a spolupráce, jež je přínosná a obohacující pro obě strany. (Matoušek, 2008)

Integrace může mít dvě pojetí. Novosad hovoří o tzv. asimilačním směru, kdy by se minorita postižených měla přizpůsobit majoritě bez handicapu. Na druhé straně poté stojí adaptační směr, jehož principem je integrace jako společná záležitost intaktní i

handicapované společnosti. Adaptační směr se dívá na adaptaci jako na partnerství, vzájemné pochopení bez odsouzení. (Novosad, 2009)

Posledním termínem je inkluze, termín, který v poslední době rezonoval společností. Nejvíce byla inkluze skloňována v oblasti školství. Inkluze se snaží zabránit sociálnímu vyloučení, tvoří metody k jejich zabránění a snaží se začlenit již vyloučené osoby. Člověk, ale i celé rodiny nebo skupiny lidí, žijící na okraji společnosti, tedy vyloučení, nemá možnost a nemůže participovat ve společnosti, tak, jak by si přál nebo by mohl. (Matoušek, 2008)

2.2 Socializace osob s mentálním postižením

Během socializace dochází k bezděčnému sžití se svým okolím, k čemuž je třeba být schopen se adaptovat a být flexibilní. Což lidé s postižením mohou postrádat. Proto je třeba, aby byla socializace v některých oblastech usměrňovaná ze strany další osoby. Lidé s mentálním postižením se hůře adaptují na nové podmínky, nezvyklé situace jsou pro ně obtížněji zpracovatelné. (Švarcová, 2012)

Samotné mentální postižení je pro postižené stigmatizující, čím více je zjevné a viditelné, tím je větší. Socializaci mentálně postižených osob limituje obtížnosti v dorozumívání, neočekávatelné reakce a také nižší úroveň sebeovládání se, z kterých plynou odchylky od norem chování. Dochází i ke snižování jejich sociálních statusů. (Vágnerová, 2012)

Aby docházelo k uspokojivé socializaci, je nutné naplnit několik podmínek ze strany makrosystému. Podpořit společensky rodinu, jejíž člen je mentálně postižený, pokud je zde absence rodiny, tak zajistit adekvátní sociální péči o daného jedince. Umožnit volnočasovou náplň, tak aby byla přínosná pro danou osobu a snažit se o nalezení jejího uplatnění na trhu práce. Pokud si to osoba žádá a je na to psychicky zralá, pak také umožnit osamostatnit se a žít ve vlastní domácnosti. A jako poslední bod, snažit se o odstranění překážek ze strany společnosti, vyvrátit její předsudky a stereotypy. (Valenta, Müller; 2013)

2.3 Problémy v socializaci osob s mentálním postižením

Proces socializace u mentálně postižených klientů podléhá pod dvěma deficity. Deficit primárního charakteru můžeme chápat jako nedostatky v inteligenci nebo působením genetiky. Co se týká sekundárních deficitů uvádí Müller s Valentou tyto příklady:

„výstupy z deprivace a z deficitního učení, zvláštnosti vývoje motivační struktury osobnosti (vzniklé po opakovaných zkušenostech s vlastním únikovým řešením náročných životních situací), typologické osobnostní zvláštnosti apod.“ (Valenta, Müller; 2013; s. 286)

Kvůli postižení – typu a stupni, můžeme vidět u jedinců odlišné sebepojetí či sebehodnocení, což poté vede k neschopnosti řešit banální situace. (Valenta, Müller; 2013)

2.4 Aktivizační činnosti a terapeutické přístupy

Aktivizace je činností, která je zakotvena v zákoně 108/2006 Sb., jako sociální služba. Přesná definice aktivizační činnosti není, ale mohli bychom ji charakterizovat jako souhrn činností, které přispívají k rozproudění aktivit, sociální začlenění a naučení strategií ke zvládnutí náročných situací. (Medlíková, 2011)

Aktivizační činnosti mohou mít rozmanitý charakter. Aktivizační pracovníce a pracovníci mohou s klienty ku příkladu vařit, péct, věnovat se ručním a výtvarným pracím, nácvikům sociálních dovedností, navštěvovat kulturní akce (výstavy, dny otevřených dveří, představení apod.), provozovat pohybové aktivity a další činnosti.

Co se týká zákonného vymezení, je dosti široké a dává poskytovateli volnou ruku. Dle zákona se jedná o „*služby základní činnosti při poskytování sociálních služeb.*“ (108/2006 Sb., o sociálních službách, § 72)

Terapeutické přístupy jsou činnosti, které přímo cílí na odbourání nebo snížení nežádoucích těžkostí, pokud je to možné, tak se snaží také cílit na odstranění jejich příčin. Využívají mnoha různých přístupů, metod, technik, postupů atd. (Valenta, Müller; 2009)

Aktivizační i terapeutické činnosti musí být voleny na základě dvou aspektů. První vychází z klienta – druhu postižení, zvláštností, potřeb. Druhým aspekt vyplývá ze strany poskytovatele, tedy z terapeuta, aktivizačního pracovníka a jeho charakteru, osobnosti, povahy, zručnosti, a také ze zaměření organizace a jejích možností. (Valenta, Müller; 2009)

Kromě toho, jaká bude zvolena konkrétní činnost záleží často na momentálním rozpoložení samotných klientů. Někdy může být naplánovaná klidnější aktivita, ale

klienti nejsou schopni se na ni soustředit, jsou roztěkaní a lze z nich vycítit, že by pro ně v daný okamžik byla vhodná spíše pohybová aktivita a naopak.

Následující podkapitoly věnujeme samostatným známým terapeutickým metodám. Vzhledem k tomu, že množství metod se těší poměrně vysokému číslu, není možné zde každý přístup dopodrobna popsat. Proto jsou zde vyzdvíženy ty nejznámější metody, a i u těch jsou zmíněny pouhé základy, ale je zde ponechán prostor pro oblasti, ve kterých metody intervnují a jsou relevantní pro téma této práce.

2.4.1 Arteterapie

Arteterapie je metoda, která v sobě spojuje umění (lat. „ars“) a léčbu (lat. „therapeineiosi“). Arteterapie se dá pojmovit širším smyslem, kdy se sem řadí veškeré umění – hudba, tanec, divadlo, literatura (próza a poezie) a výtvarné umění. My se však zaměříme na arteterapii v užším smyslu, která se zabývá pouze výtvarným uměním. (Šicková-Fabrici in Müller; 2005)

Arteterapie je vhodná pro takové klienty, kteří mají problémy s komunikací, což mohou být právě mentálně postižení lidé. Pro arteterapii není nutné, aby klient měl výtvarné nadání, to je zde naprosto vedlejší. (Matoušek, 1995)

Tato nonverbální terapie má mezioborové působení, může tedy být využívána ve sféře sociální péče, zdravotnictví nebo také v oboru vzdělání a výchovy. Jako většina terapeutických přístupů existují dvě formy – individuální a skupinové. (arteterapie.cz, Arteterapie)

Tato terapie cílí na pomoc při chápání jevů v širších souvislostech, orientuje se na problémy v komunikaci, osvojování společenských rolí a také pomáhá se získáním vzorců chování, které jsou správné a společností požadované. Také kompenzuje jejich inteligenční nedostatky. (Šicková-Fabrici, 2002)

Mentálně postižení lidé jsou často veřejností vnímáni jako děti v dospělých tělech. Setkáváme se tak se společenským stereotypem, že mentálně postižení lidé jsou naivně dobrosrdeční. Jak je uvedeno v publikaci Základy arteterapie (Šicková-Fabrici, 2002) postižení se často snaží chápat okolní svět pomocí emocí (srdcem) a ne rozumem. A právě s touto záležitostí také pracuje arteterapie, pomůže klientům s vyjádřením jejich pocitů a

emocí, pomáhá pochopit svět, který je obklopuje a také dopomáhá se sebeuvědoměním sebe a svého těla.

2.4.2 Muzikoterapie

Další terapeutickou činností je muzikoterapie. Muzikoterapie, jak vyplývá z názvu, pracuje s hudbou, která je součástí snad každého života, mladých či starých lidí, stejně tak i lidí zdravých či s handicapem.

Muzikoterapie je expresivní terapie, která bývá zpravidla spíše používaná jako doprovodná terapie k jiným terapiím, jako je například tanečně-pohybová terapie a jiné. Terapie využívá rytmu, melodie, tempa nebo třeba také dynamiky. Při práci s mentálně postiženými osobami je možné použít hudební nástroje a aktivně je zapojit. Působí to nejen jako stmelující prostředek, ale cílí také na motoriku. Postižení procvičují svoji paměť, z autorčiny zkušenosti, klienti rádi vzpomínají a zpívají písničky z dob kdy byli malí. (Mojra.cz, MUZIKOTERAPIE: Když hudba léčí)

Hudba je také jedním z nástrojů pro komunikaci bez nutnosti užívání slov a umožňuje vyjadřovat emoce. (muzikohrani.cz, O MUZIKOTERAPII)

Pro tuto práci nejdůležitější oblastí, na kterou terapie hudbou cílí je socializace. Muzikoterapie se stává prostředkem pro zboření bariér a způsobem hledání cesty k druhému. Hudba jim pomůže vcítiti se do druhých, nebo jim naopak pomůže pochopit sama sebe, jak je vnímán veřejností a jaká jsou vzájemná očekávání. (Gerlichová, 2021)

2.4.1 Ergoterapie a rehabilitace

Ergoterapie patří do systému léčebné rehabilitace. Hlavním cílem je pomocí určitých významných činností, dosáhnout u lidí s disabilitou, co největší samostatnosti a nezávislosti na svém okolí. (Valenta a kol., 2015)

Ergoterapie, nebo také v překladu pracovní terapie, je proces, který pomáhá nabýt ztracené funkce handicapovaného, znovu nabýt sebedůvěry a sebevědomí. (Kubínková, Křížová, 1997)

Pro nás je velmi podstatné, že tato terapie se také zaměřuje na to, aby se klient dokázal sám o sebe postarat, svůj volný čas trávil vhodným a produktivním způsobem. Mnoho našich klientů má mimo mentální postižení, také postižení tělesné, které jim znesnadňuje sebeobsluhu. Ergoterapie učí postižené osoby, jak zvládat běžné úkony. Ku příkladu u

osob s poruchou horních končetin použít při jídle pod talíř protiskluzovou podložku. U klientů, jejichž přidružené onemocnění způsobuje třas končetin učí používat těžší nádobí, ukazuje kompenzační pomůcky nebo nástroje pro co největší usnadnění aktivity pro klienta (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Ergoterapeut s klientem cvičí běžné úkoly. Dle webu ergoterapie.cz se jedná o aktivity „*personálních (např. příjem jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání, přesuny, použití WC) a instrumentálních (především příprava jídla, nakupování, běžný úklid, manipulace s penězi, používání dopravního prostředku) ...*“ (ergoterapie.cz, Co ergoterapeut dělá?)

Pomocí terapeutických činností, což jsou veškeré aktivity jež člověk vykonává, (pracovní, ruční a kreativní, denní běžné aktivity) cílíme na psychickou pohodu, ale i na zlepšování všech složek pracovních dovedností. (Klusoňová, 2011)

S pracovní rehabilitací (ergoterapií) by také mohla být mylně zaměněná pracovní terapie. Pracovní terapie se dá charakterizovat jako účelná manipulace s okolními předměty s cílem přetvořit psychické procesy (myšlení, emoce, chování a další), tak, aby byly přijatelné, jak na společenské, tak na individuální úrovni. Pracovní terapie má taky jako další produkt svého působení určitý výrobek či výsledek klientova snažení. Formami pracovní terapie se stávají manuální činnosti (s látkami, přírodninami, syntetickými materiály), nácvik péče samostatnosti klienta (péče o vlastní osobu, o domácnost, posilování vlastního rozhodování). (Valenta, Müller, 2013)

Ergoterapie patří mezi rehabilitační profese, proto se zde také zmiňujeme o sociální a pracovní rehabilitaci. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Sociální rehabilitace se zabývá zajištěním sociálních oblastí, jež je třeba ošetřit u postižených, aby došlo ke zvýšení životní úrovně klienta. Jedná se také o sociální službu, která je však zmiňována v dalších kapitolách. Ergoterapie cílí v rámci sociální rehabilitace na zachování veškerých schopností, které klient nabyt a předchází takovým změnám, které nejsou pro klienta žádoucí. Vzhledem k cílům ergoterapie, pomáhá postiženému člověku vytvořit si takové dovednosti ve svém životním prostředí, aby byl klient samostatný a nemusel spoléhat na pomoc ostatních. (Klusoňová, 2011)

Pracovní rehabilitace má za úkol vytvářet či udržet pracovní ambice. Vytváří sociální síť různých organizací, úřadů a firem, aby se klient mohl pracovně realizovat. Osoba je pak

resocializovaná a připravena být produktivní v oblasti práce a motivována k práci. Má to na jedince blahodárný účinek, neboť získává větší ekonomickou svobodu a zvyšuje se mu jeho sebevědomí. Naši klienti mají ve většině případů změněnou pracovní schopnost a uplatnění na běžném pracovním trhu nenacházejí. Proto jsou pro ně vytvořena speciální chráněná pracoviště, jako jsou chráněná pracovní místa, která jsou přizpůsobena zdravotnímu stavu klienta. Druhým způsobem, jak se osoby postižené začleňují mezi zaměstnané jsou chráněné dílny provozované v rámci stacionářů nebo sociálních rehabilitací. Zde ale pozor, u těchto služeb nemluvíme o pracovním poměru. Klient je zaměstnáván, ale s cílem jeho aktivizace, socializace a jako vhodná náplň volného času. (Klusoňová, 2011)

2.4.3 Animoterapie

Animoterapie je jedna z terapeutických metod, která k léčbě a pozitivnímu působení na jedince využívá zvířat. Zooterapie cílí na „...*zlepšení paměti, motoriky, komunikace nebo zmírnění stresu*...“ (Velemínský a kolektiv autorů, 2007)

Zooterapie se dá rozdělit podle několika kritérií, nejznámějším je však dělení podle druhu zvířete. Radíme sem canisterapii, která je prováděna za pomoci psa, kočky se stávají koterapeuty při felinoterapii, hipoterapie využívá k terapii koní. Dále se sem řadí lamaterapie, kdy se pracuje s lamami, delfinoterapii s delfíny, ornitoterapie s ptactvem anebo insektoterapie, která využívá hmyz. Krom již zmíněný druhů se využívají zvířata domácí a hospodářská, volně žijící či exotické druhy žijící v zoo. Tato zvířata nemají své specifické označení v terapii a spadají tak do obecné kategorie – zooterapie. (Velemínský a kolektiv autorů, 2007)

Při zvažování využití zooterapie je třeba mít na paměti vztah klientů ke zvířatům. Měli bychom dbát na to, abychom klientům nepřivodili traumatický zážitek nebo nezpůsobili zdravotní potíže. Na druhé straně musíme také dbát na pohodlí zvířecího koterapeuta, neboť někteří klienti mají sklony k ubližování zvířatům, nebo nedopatřením používají více síly, než je nutné. Takže je vždy třeba promyslet, zda je pro daného klienta tento druh terapie vhodný, pokud ano, tak také pečlivě zvolit zvíře.

Nejčastěji se při práci s mentálně postiženými klienty využívá canisterapie. S tou se mohou klienti setkat již v dětském věku v rámci studia na speciálních školkách a školách. A pak dále v denních a týdenních stacionářích, na chráněném bydlení a dalších zařízeních

sociálních služeb. U klientů s lehkým mentálním postižením se cílí na rozvoj sociálních a kognitivních schopností, trénování motoriky (připnutí vodítka, česání srsti apod) a také na možnost vyzkoušet si péči o živého tvora a samozřejmě aktivizaci. Pro středně těžce postižené a těžce mentálně postižené jedince se dá využívat zejména v oblasti komunikace, samoobsluhy, cvičení motoriky, aktivizaci a dosažení pozitivní nálady. (Bicková, 2020)

Nejdůležitějším cílem canisterapie pro nás je dosažení co nejvyššího stupně socializace. Výsledky terapie jsou velmi rozličné a dosahování jich trvá delší dobu než u klientů s jiným druhem postižení. (Velemínský a kolektiv autorů, 2007)

Kočky jako terapeuti u mentálně postižených osob bývají nejčastěji povolány jako celoživotní pomocníci přímo v rodinách postižených. Při výběru správné kočky a řádném proškolení rodiny se felinoterapie ukazuje jako velice přínosná. (Bicková, 2020)

Vzhledem k tomu, že s mentálním postižením se často pojí také fyzický handicap, může být vhodná i hippoterapie za pomoci koně. (Velemínský a kolektiv autorů, 2007)

2.4.2 Dramaterapie

Dramaterapie je další z expresivních terapií, která je vykonávána v rámci skupiny. Skýtá v sobě prvky vzdělávací a léčebné. (Valenta a kol., 2015)

Dramaterapie užívá divadla a dalších terapeutických přístupů, jako je danceterapie (taneční terapie) nebo muzikoterapie. (Valenta a kol., 2021)

Dle Britské asociace pro Dramaterapii se tato terapie snaží „...*uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem...díky němuž jedinec poznává sám sebe...*“ (The British Association for Dramatherapist in Valenta a kol., 2021, s. 29)

Nejčastěji se užívá u osob s mentálním postižením, kdy jim může pomoci s komunikací, působením na druhé, nakládat se svými emocemi, osvojit si sociální role a chování. (Valenta a kol., 2021)

O tom, jaké techniky budou využity pro dramaterapii, záleží na stupni a druhu postižení a na úrovni komunikačních schopností. Během terapie se klienti učí přijímat role a takové chování, které je pro dané role žádoucí. Také se učí pracovat ve skupině a vzájemně

kooperovat a dojít ke společnému řešení. Dramaterapie také dopomáhá ke snížení strachu z komunikace, rozvíjení důvěry, soustředěnosti, odhadnutí situace a viděním situace z jiného úhlu. (Valenta a kol., 2021)

2.4.3 Snoezelen

Snoezelen je místnost, která osobám s mentálním postižením přináší možnost zrelaxovat se. Nese v sobě také vzdělávací působení. (Valenta a kol., 2015)

Snoezelen má široké pole působnosti a nevztahuje se nutně jen na mentálně postižené lidi, ale na široké spektrum klientely. Snoezelen je místnost, která je vybavena světly různých tvarů (pásky, vodní sloupce, světelné projektory, optická vlákna), aroma lampami, sedacími vaky, vodní postelí, disko koulí, relaxační hudbou a dalšími předměty, které vytváří naprosto snovou atmosféru. Jedná se o prostředek, jak klienta zklidnit, přivést ho do méně rušivého prostředí.

„Snoezelen by měl vždycky vytvářet pohodu. V klidné atmosféře jsou lidé zbaveni strachu, cítí se bezpečně.“ (snoezelen-professional.com, Snoezelen)

Terapie probíhající v rámci snoezelen cílí třemi směry – Relax, zábava, aktivizace. Na tom, který cíl bude zvolen, záleží na klientově potřebě. U mentálně postižených osob se cílí na podněcování rozvoje motorických funkcí, schopnost konkretizovat či zobecňovat, cvičit paměť, pracovat s emocemi a celkově rozvíjet kognitivní funkce. Konkrétní cíl vždy závisí na klientovi (Filatova, 2014)

Stejně jako intaktní jedinci potřebují zpomalit a relaxovat, odpočinout si od lidí, tak mají tuto potřebu i jedinci postižení. Snoezelen jim tuto možnost přináší a oni se pak opět mohou zapojit do aktivní socializace.

2.5 Nácvik sociálních dovedností

Mentálně postižení lidé mají kvůli své snížené inteligenci a dalším faktorům problémy se začleňováním se do společnosti, proces socializace je zde odlišný než u jedinců intaktních. U mentálně postižených osob končí odchodem ze školy, pokud ovšem není dále rozvíjen v navazujících sociálních službách. Nácvik sociálních dovedností je cestou, jak nabyté sociální znalosti a dovednosti upevňovat a nadále rozvíjet. (Solovská, 2013)

Vždy je třeba mít na paměti, aby rozvíjející aktivita byla vhodná pro klienta – vycházíme z jeho dovedností a schopností, byla pro něj přínosná a aby se on sám chtěl v dané oblasti

rozvíjet. Motivace klienta je důležitou součástí, bez ní je proces složitý a nepřínosný. Vycházíme vždy z toho, co klient umí. Zjišťujeme, na jaké úrovni se nachází, aby nedocházelo z naší strany k přepečování či podcenění klienta, což by příliš neposílilo jeho sebevědomí. (Solovská, 2013)

Při nácviku sociálních dovedností se zaměřujeme na oblasti komunikace, logického myšlení, orientaci v časoprostoru, nakupování, cestování, nástrah každodenního života, péče o vlastní osobu, vztahů, společnosti a sebe samotného, práce a volnočasových aktivit atd. (Solovská, 2013)

Autorka má zkušenost s nácvikem sociálních dovedností, kdy si klient přál chodit se svojí přítelkyní do cukrárny. Nejprve si tedy s pracovníci popsali cestu do cukrárny, poté ji v rámci společných procházek cvičili. Nejprve vedla pracovnice, poté klient. Po čase byl klient schopný naprosto bez problému trefit do cukrárny i zpět, dokonce se naučil i více možných cest. Současně s nácvikem orientace po městě probíhal i nácvik s penězi. Klient se učil rozlišovat mince, jejich hodnoty (která má menší a která větší hodnotu), učil se z peněz složit požadovaný obnos, aby dokázal v cukrárně zaplatit a co si za obnos, který má s sebou, může v cukrárně pořídit.

2.6 Lidé s mentálním postižením na trhu práce

Stejně jako intaktní děti, tak i děti mentálně postižené jsou připravovány pro trh práce. Po základním vzdělání si mentálně postižení mohou zvolit ze všech typů středních škol. Mentálně handicapované osoby však zpravidla končí na středních odborných učilištích, které jsou ukončené výučním listem, neboť nedokáží splnit požadavky pro přijetí na maturitní obory. Jedinec se tak může se svojí kvalifikací zapojit do trhu práce, a tedy i navyšovat míru socializace. Jako jinou alternativu si můžeme uvést praktickou školu. Její náročnost je přizpůsobena mentálnímu postižení, je tedy vhodná pro jedince se středně těžkým mentálním postižením nebo pro lehce mentálně postižené osoby s přidruženým postižením. Jednoletá praktická škola připravuje své žáky na praktický život – starost o domácnost, rodinu, řešení běžných záležitostí. Dvouletý obor připravuje pro budoucí pracovní uplatnění podle zaměření daného oboru. (Krejčířová, Kozáková, 2013)

Aby u osob s lehkým a středně těžkým mentálním postižením došlo k co nejvyšší socializaci, je důležité cílit na zaměstnávání mentálně postižených. Společnost by neměla uplatňovat labeling (nálepkování) a naopak by měl pracovní kolektiv (který je o situaci

spolupracovníka informovaný) posilovat sebevědomí postižených osob, tak, aby měli dostatek odvahy v zaměstnání setrvat. (Krejčířová, Kozáková, 2013)

Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. upravuje zaměstnávání osob s handicapem. Mimo jiné hovoří o postupech, kterými hájí osoby zdravotně postižené, jejichž vstup a udržení se na pracovním trhu je značně ztížený. Kromě pracovního uplatnění dbá také na možnost rekvalifikace, profesní přípravu a kroky k pro jejich zaměstnání. (z. č 435/2004 Sb., O zaměstnanosti)

Pro mentálně postižené je také vhodnou možností podporované zaměstnávání. Jedná se dle Matouška o služby, které mají jedince doprovázet a dodávat podporu při hledání práce, v té setrvat a dbát, aby zaměstnavatel dodržoval vše, na co má osoba právo. Tyto sociální služby (sociální rehabilitace) nejsou poskytované jen mentálně postiženým osobám, ale také jeho pracovnímu kolektivu a zaměstnavateli. (Matoušek, 2008)

Pro osoby, jejichž postižení jim neumožňuje se začlenit na běžný pracovní trh, je zde také možnost práce v chráněných dílnách nebo v chráněných pracovištích. Může se jednat o dílny šicí, keramické, floristické apod. (fovy.cz, Kvalita především)

V zákoně již chráněné dílny ukotveny nejsou, nýbrž jsou nahrazeny chráněným pracovním místem. Chráněná pracovní místa jsou zřizována zaměstnavatelem pro postiženou osobu na minimální dobu tří let. Zaměstnavatel má poté právo na příspěvek pro tuto pozici. (z. č. 435/2004 Sb., O zaměstnanosti)

3 Sociální služby

Sociální služby jsou důležitými aktéry v životě našich klientů. Představíme si zde služby, jež využívají klienti, kteří jsou vybráni pro výzkumnou část práce. To jsou služby denního stacionáře, sociálně terapeutické dílny a chráněného bydlení. Samozřejmě existují další služby, které jsou vhodné pro mentálně postižené lidi – domovy pro osoby se zdravotním postižením nebo domovy se zvláštním režimem, centra sociálně rehabilitačních služeb, osobní asistence, podpora samostatného bydlení, pečovatelská služba atd.

3.1 Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou legislativně ukotveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Denní stacionáře jsou poskytovány ambulantní formou, což znamená, že klienti dochází do zařízení v pracovní dny na určitou dobu, poté se vrací zpět do jejich domovů. Nejsou tak vytrženy z domácího prostředí. Cílovou skupinou stacionářů jsou osoby, jejichž soběstačnost je snížena z různých příčin (věk, postižení, chronická onemocnění atd.) a je třeba, aby jim jiný člověk pravidelně poskytoval pomoc. (zákon č.108/2006 Sb., zákon o sociálních službách)

V denních stacionářích jsou poskytovány základní činnosti jako je *„pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“* (zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, §46)

Denní stacionáře (stejně tak týdenní stacionáře) jsou skvělou příležitostí pro mentálně postižené osoby najít si přátele a začlenit se do sociálního prostředí. Pro spoustu klientů to může být předstupeň pro zaměstnání. Každý klient musí dodržovat pravidla daná ve stacionáři (např. příchod, vhodné oblečení, čas, na přestávku apod.), tím si pak lépe osvojí pracovní režim.

Týdenní stacionář je velmi podobný dennímu stacionáři. Rozdíl je v tom, že týdenní stacionář není služba ambulantní, nýbrž pobytová. Je tedy určena osobám, jejichž soběstačnost není dostatečná a je nutné, aby jim byla stále poskytována pomoc druhých. Služba pomáhá rodinám, které nemohou zabezpečit péči o postiženého během pracovního týdne. Na víkendy a svátky pak jezdí klient zpět k rodině. Základní činnosti jsou tedy

totožné, zde je navíc ještě poskytnutí ubytování. (zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách)

Stacionáře jsou dobrou volbou nejen pro klienty, kterým přináší možnost socializace, vlastního sebe rozvíjení, edukace, udržování a posilování získaných návyků, pobyt v kolektivu sobě rovných, ale také pro jejich rodiny. Rodičům umožňuje v poklidu chodit do práce, s myšlenkou, že jejich dítě, které není dostatečně kompetentní, aby zůstalo samo doma, je v zařízení, kde je mu věnována péče po celou dobu, kdy rodina potřebuje. Pro pečující osobu je velice náročné, jak psychicky, fyzicky i finančně, zůstat po celé dny s postiženým jedincem doma, proto jsou stacionáře formou odpočinku i pro ně. Kromě péče o mentálně postižené jedince, poskytují stacionáře i poradenství pro rodiny a porozumění, které velmi často pečující potřebují. (Kubalčíková in Matoušek a kol., 2013)

Pro lepší přiblížení funkce denního stacionáře si ho popíšeme na konkrétním příkladu. Denní stacionář Domov Jeřabina Pelhřimov se stal místem pro výzkum této práce, proto si ho rozebereme. Jedná se o ambulantní službu, která je poskytována lidem s mentálním a kombinovaným postižením a autistickým osobám, jejichž soběstačnost je snížena. Mohou ji využít jak klienti, kteří současně také využívají službu chráněného bydlení, ale také klienti žijící doma.

Posláním Denního stacionáře Domov Jeřabina Pelhřimov *„je poskytnout takovou podporu rozvoje schopností a dovedností uživatelům žijícím v rodinách tak, aby jejich život byl srovnatelný s životy jejich vrstevníků.“* (domovjerabina.cz, Denní stacionář)

Denní stacionář Domov Jeřabina Pelhřimov cílí na to, aby jejich klienti se rozvíjeli, osamostatňovali a jejich závislost na službě byla snižovaná. U klientů se snaží rozvíjet jejich dovednosti a znalosti, a zároveň udržovat úroveň u již získaných. Každého z klientů podporovat a umožnit jim samostatný výběr aktivit. Zprostředkovat jim možnost využít svůj volný čas hodnotně, ku příkladu na aktivitách společenských či vzdělávacích. Plně podporovat zapojení do společenského života. A samozřejmě ani nezapomíná na pomoc rodinám klienta. (domovjerabina.cz, Denní stacionář)

Denní stacionář má celkem čtyři dílny – dílnu výtvarných technik, dílnu šicí, keramickou dílnu (včetně Axmanovy techniky modelování) a nově otevřenou dílnu zdraví. V jiných stacionářích se také můžeme setkat s floristickou, dřevařskou dílnou, snoezelen,

chovatelskou dílnou, dílnou výpočetní techniky a dalšími. Každý klient si může samostatně, pokud kapacita dovolí, zvolit, na kterou dílnu chce jít. Na každé dílně se nachází aktivizační pracovnice, která se klientům věnuje, zadává jim úkoly a dopomáhá s jejich plněním a dohlíží na plnění individuálního plánu klienta. Každý týden je dopředu naplánovaný v rámci staciokalendáře. Klienti tedy dopředu vědí, co se na jaké dílně bude dělat a mohou se tak rozhodnout dopředu jakou, dílnu zvolí a na co se mohou těšit.

3.2 Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby pro osoby, jejichž postižení jim snížilo soběstačnost a nemohou hledat uplatnění na trhu práce, ani využít možnosti chráněného trhu. Sociálně terapeutické dílny jim pomáhají v rozvíjení pracovních schopností skrze terapii. (zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách)

Kromě toho, že tato služba cílí na posílení pracovních kompetencí a seberealizaci, pomáhá snižovat riziko sociální izolace. Vytváří možnosti k navazování sociálních vazeb, podporuje rozvoj komunikace, poskytuje příležitosti k smysluplnému trávení volného času, pomáhá při běžných úkonech péče o vlastní osobu a také posiluje soběstačnost ve všech aspektech. (msk.cz, Model sociálních služeb Sociálně terapeutické dílny)

Sociálně terapeutickou dílnu také poskytuje organizace, jež se stala výzkumným místem pro tuto práci. V Domově Jeřabina je tato služba pojatá jako žehlírna a mandlovna. (domovjeřabina.cz, Sociálně terapeutická dílna)

3.3 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je službou pobytovou určenou pro osoby, které nejsou natolik soběstačné, aby nepotřebovali pomoc od druhé osoby. V chráněném bydlení se uplatňují dvě formy soužití – samostatné nebo skupinové. (zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Tato služba umožňuje dospělým osobám, jež jsou zdravotně postižené, žít ve vlastní domácnosti s adekvátní pomocí. Kromě toho, že je postiženým osobám poskytnuto ubytování, je jim poskytnuta pomoc s péčí o bydlení (byt, dům), přípravou jídla, nákupem (pomoc s přípravou nákupního seznamu), péče o sebe ve všech složkách, pomoc při uplatňování práv, socializaci, dopomoc při práci s časoprostorem, rozhodováním atd. (msk.cz, Model sociálních služeb Chráněné bydlení)

V chráněném bydlení se cílí na co největší samostatnost, posiluje se jejich schopnost k vlastnímu rozhodování a respekt jejich vlastní osobě. (Kubalčíková in Matoušek a kol., 2013)

Chráněná bydlení mají mnoho forem – domy, byty, venkovská sídla či komunitní domy.

Chráněná bydlení mohou poskytovat různou intenzitu pomoci klientům dle jejich potřeb. Metodami jsou pak „... poskytnutí informací, terapeutická podpora uživatele při zvládnání záležitostí s využitím vlastních zdrojů...dopomoc nebo nácvik potřebných dovedností.“

Někdy pracovníce či pracovník v sociálních službách (dále jen PSS) dochází do domácnosti pravidelně během dne, v některých zařízeních s klienty zůstává po celý den, i v noci. Sociální pracovníce či pracovník udržují pravidelný kontakt s klienty a jezdí za nimi pravidelně. (Kubalčíková in Matoušek a kol., 2013, s. 420)

Klienti jsou do chráněného bydlení přijímáni na základě jejich žádostí, kde si sociální pracovníce ověří, že splňují podmínky pro službu daného chráněného bydlení (např v některých chráněných bydleních nejsou vybavení pro klienty s přidruženým sluchovým postižením atd). S klienty poté probíhá sociální šetření, ve kterém se zkoumá pomocí dotazníku, jak je klient samostatný a do jaké míry je schopný se sám o sebe postarat. Následně je mu ukázáno chráněné bydlení, aby také on sám měl představu, jak to v jeho případném novém domově bude vypadat.

Klientovi běží po nástupu do chráněného bydlení čas na adaptování, který trvá cca 3 měsíce. Je mu vypracován adaptační plán a přidělen klíčový pracovník (PSS), který s ním řeší osobní záležitosti (přání a připomínky klienta, jeho potřeby-např osobní nákupy atd) a je mu takovým „důvěrníkem“. Během adaptačního procesu je sledováno, jak se klientovi v novém prostředí líbí a daří, jak ho mezi sebe přijímají ostatní klienti a jak se začlenil do chodu domácnosti.

Běžný den na chráněném bydlení v Domově Jeřabina začíná buzením klientů (někteří potřebují pomoc, někteří jsou schopni vstát sami). Klienti se nasnídají, poklidí po sobě a chystají se buď do práce nebo do denního stacionáře. PSS u méně soběstačnějších klientů dopomůže s výběrem oblečení a úpravou. Klienty doprovází PSS do denního stacionáře, kde dopomáhá aktivizačním pracovnícím. Po návratu na domácnost dopomáhá klientům s přípravou oběda a úklidem po obědě. Klienti poté odpočívají, plní individuální plány,

chodí na procházky, dívají se na televizi atd. Na večer dopomáhá, pokud klienti sami nezvládají, s přípravou večeře a následně večerní hygieny.

4 Shrnutí teoretické části

Teoretickou část jsem si rozdělila na tři oddíly – mentální postižení, socializace a sociální služby. V první části jsem se věnovala definici mentálního postižení, což je trvalé a neléčitelné snížení rozumových schopností, které ovlivňuje celý život klienta. Vzniká během těhotenství ženy (onemocněním, genetickými vlivy, návykové látky), během porodu (přidušení, pád, atd), nebo v období po porodu (onemocnění mozku, parazité, poškození mozku, sociální zanedbání). Mentálně postižení klienti mají svá specifika, která se tedy také odvíjí od stupně postižení, ale nejčastěji se jedná o problémy s myšlením, komunikací, pozorností, porozuměním společenských norem a pravidel. Mentální postižení se dle MKN-10 dělí do následujících kategorií – lehké, středně těžké, těžké a hluboké mentální postižení. Já jsem se v této práci věnovala detailněji pouze lehkému a středně těžkému postižení, neboť klienti, kteří byli vybráni do praktické části spadají do těchto pásem postižení. Mentální postižením se váže také k dalším onemocněním, jako je autismus či Downův syndrom. Vzhledem k specifčnosti mentálně postižených byli tyto lidé vždy odsouváni na okraj společnosti. V dnešní době se spíše setkáváme s předsudky a stereotypy ze strany společnosti, například jsem se často setkala s názory, že mentálně postižené osoby jsou děti v dospělých tělech a nemají tak potřeby dospělých osob.

V druhé části jsem se věnovala socializaci. Což je důležitá součást společenského života, kdy se z tvora s biologickými potřebami stává tvor společenský, schopný vytvářet vztahy a fungovat ve společnosti. S pojmem socializace se dále pojí také pojem integrace, tedy začlenění do společnosti, antonymem je pak sociální vyloučení. Do této oblasti také patří výraz inkluze, který se pojí s edukačním systémem a začleňuje vyloučené zpět do společnosti. Kvůli sníženým rozumovým schopnostem mentálně postižených osob, pak nejsou schopni pochopit a řešit společenské situace. K socializaci mentálně postižených je třeba také edukovat společnost, aby se snížily její předsudky a stereotypy. K socializaci mentálně postižených klientů dopomáhají aktivizační činnosti, terapeutické přístupy, nácvik sociálních dovedností a chráněná pracovní místa.

Poslední část je věnována sociálním službám, které jsou nepostradatelnou součástí života nejen klientů, ale i celých rodin. Zde se věnuji jen výseku sociálních služeb, které jsou vhodné pro mentálně postižené osoby, tak aby odpovídaly službám, které využívají osoby

v praktické části práce. Vybrala jsem tedy denní stacionáře, které jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností a nevytrhávají je z domova, Zde se klient aktivizuje, je to skvělá příležitost pro navazování nových přátelství s lidmi s podobným postižením. Podobnou variantou jsou i týdenní stacionáře, které jsou doplněné o pobytovou službu. Sociálně terapeutické dílny jsou pro osoby, které vlivem svého postižení nejsou umístitelné na trh práce a jsou tím pádem ohrožené sociální izolací. Chráněné bydlení je poslední službou, která byla zmíněna v této práci. Jedná se o pobytovou službu, která poskytuje svým klientům různou úroveň podpory dle jejich potřeb. Snaží se o vytvoření co nejvíce samostatného bydlení.

5 Metodická část

V metodické části se zabýváme vymezení hlavního výzkumného cíle a dílčích otázek. Pro odpovědi na otázky byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru a kazuistik. Poté bude čtenář seznámen s důvodem, proč jsem se pro výzkum zvoleného tématu rozhodla využít právě tyto metody a charakteristiku informantů. V závěru budou zmíněna rizika, které mohla vzniknout při praktické části.

5.1 Formulace hlavního výzkumného cíle a dílčích cílů

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit jakým způsobem přispívají aktivizační činnosti k socializaci mentálně postižených klientů. V dílčích cílech jsem se soustředila na prostředí denního stacionáře a v něm konané aktivity. Cílila jsem na socializační složky jako je tvorba pracovních návyků, rozvoj komunikace, tvorba sociálních vztahů a další rozvoj klienta do budoucnosti.

Dílčí cíle jsem si stanovila následovně:

DC1: Zjistit, jak práce v dílnách denního stacionáře přispívá k vytvoření pracovních návyků.

DC2: Zjistit, jak interakce s ostatními v denním stacionáři přispívá k rozvoji komunikace.

DC3: Zjistit, jak aktivity v denním stacionáři přispívají k vytvoření sociálních vztahů.

DC4: Zjistit, jak aktivity v denním stacionáři mohou přispět k dalšímu rozvoji klienta do budoucna.

5.1.1 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka č. 2: Transformační tabulka

Dílčí výzkumný cíl	Indikátory	Tazatelské otázky
DC1: Zjistit, jak práce v dílnách denního stacionáře přispívá k vytvoření pracovních návyků	Nácvik činností Nabídka nové aktivity Motivace Podpora	TO1: Jaký je dle Vašeho názoru přínos denního stacionáře na budování pracovních návyků?
		TO2: Jakým způsobem jsou dle vás přínosná pravidla denního stacionáře?
		TO3: Jakým způsobem působí DS na klienty, kteří již mají vytvořené pracovní návyky?

		<p>TO4: Jaký přínos má pro klienty Vaše různorodá nabídka aktivit?</p> <p>TO5: Jak na klienta působí to, že se musí do DS dostat?</p> <p>TO6: Jaký přínos má dle Vás to, že DS funguje v určitém časovém režimu?</p> <p>TO7: Jaký vliv má na klienta to, že musí v DS být po nějakou dobu?</p>
<p>DC2: Zjistit, jak interakce s ostatními v denním stacionáři přispívá k rozvoji komunikace</p>	<p>Motivace Podpora Individuální přístup – doprovázení Nabídka dalších aktivit</p>	<p>TO8: Jakým způsobem teď klient komunikuje? Myslíte si, že je více komunikativní?</p> <p>TO9: Jakým způsobem přispívají akce pořádané v rámci DS na jeho rozvoj komunikace?</p> <p>TO10: Jakým způsobem klienta posunula možnost si s Vámi povídat v rámci menší skupiny?</p> <p>TO11: Jakým způsobem přispěl DS k rozvoji komunikace klienta?</p>
<p>DC3: Zjistit, jak aktivity v denním stacionáři přispívají k vytvoření sociálních vztahů</p>	<p>Motivace Podpora Nabídka dalších aktivit</p>	<p>TO12: Jak ovlivňuje setkávání se s ostatními klienty v rámci denního stacionáře klienta samotného?</p> <p>TO13: Jaké vazby si budují klienti v rámci DS?</p> <p>TO14: Jak vidíte působení DS na komunikaci klienta s cizími lidmi?</p> <p>TO15: Jakým způsobem přispívají akce pořádané v rámci DS na budování sociálních vazeb?</p> <p>TO16: Jakým způsobem působí na klienta větší skupina lidí?</p> <p>TO17: Jak je klient schopný fungovat s cizími lidmi teď? Vidíte zde nějaký posun?</p> <p>TO18: Jaký vidíte přínos setkávání se s vrstevníky a klienty s podobnou mentální úrovní na klienta?</p>

		TO19: Jaký má vliv na klienta možnost pracovat v kolektivu?
		TO20: Jaký vliv má na klienta komunita vytvořená kolem něj?
DC4: Zjistit, jak mohou aktivity v denním stacionáři přispět k dalšímu rozvoji klienta do budoucna.	Nabídka nové aktivity Motivace Podpora	TO21: Je možné klienta dále v rámci denního stacionáře ještě více rozvíjet? Pokud ne, tak z jakého důvodu?
		TO22: Jakým způsobem se dá u klient zabránit, aby nabyté dovednosti neztrácel?
		TO23: V jakých oblastech by se klient mohl ještě rozvíjet?
		TO24: Jaké aktivity by mohly k rozvoji přispět?
Shrnutí vlivu aktivizačních činností na socializaci klienta sociální pracovníci – doplňující otázka		TO25: Jak byste hodnotila vliv aktivizačních činností na socializaci klienta?

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem přispívají aktivizační činnosti k socializaci mentálně postižených klientů. Jako informanty jsem nevybírala klienty, neboť dle mého názoru nejsou zcela schopni zhodnotit přínos denního stacionáře objektivně, a tak, aby to bylo přínosné pro tuto práci. Proto jako informanti byly zvolené pracovníce z denního stacionáře organizace Domov Jeřabina Pelhřimov.

Dotazovala jsem se celkem 4 pracovníc. 3 aktivizační pracovníce a 1 sociální pracovníce. Aktivizační pracovníce (pracovníce v sociálních službách-PSS) je každá vedoucí jedné dílny – dílny výtvarných technik, dílny zdravé a keramické dílny. Ač někteří klienti tíhnou k jedné dílně, každá z pracovníc zná klienta a dokáže tedy vyhodnotit pokrok z jiného úhlu než ta druhá. Takže pokud bych se dotazovala pouze jedné, ku příkladu klíčové pracovníce, nemusela bych dostat komplexní výsledky. Na závěr jsem vždy u každého klienta požádala sociální pracovníci, aby celkově shrnula přínos aktivizačních činností na socializaci klienta, neboť má do situace jiný vhled. Aktivizační pracovníce jsou označeny jako „P“ a dále očíslované podle pořadí dotazování. Sociální pracovníce je označena jako „SP“.

Klienti byli vybráni 4, u kterých dle mého názoru byl vidět největší pokrok ve vytyčených oblastech. Vesměs se jedná o klienty mladé, u kterých byl a je možný posun. U klientů starších většinou již nejsou kapacity pro posun a uplatňuje se zde spíše práce udržovací, což je samozřejmě také velmi důležité. Vybrala jsem tři muže a jednu ženu, s tím, že jeden klient pochází přímo z domácího prostředí a zbytek využívá služby chráněného bydlení. Klienti jsou označeni náhodně přiděleným písmenem a oslovením „klient“.

5.3 Volba výzkumné strategie a metody šetření

Existují dva způsoby výzkumné strategie kvantitativní a kvalitativní. Pro tuto práci byl zvolen přístup kvalitativní. Dle Gavora se jedná o výzkum, který výsledky interpretuje ve slovní podobě, výzkum jde do podrobností, je více osobní a snaží se pochopit jedince. Kvalitativní výzkum je zaměřený na člověka a jeho příběh, není to jen číslo. (Gavora, 2000).

Kvalitativní výzkum mi umožnil pracovat v přirozeném prostředí klientů a soustředit se na podrobnosti, jít do hloubky. Myšlenkou, která provázela celou tuto práci, bylo ukázat vývoj dovedností klienta, a právě kvalitativní přístup toto dovoluje. (Hendl, 2005)

Na druhou stranu, kvalitativní přístup s sebou nese také rizika. Výzkum není zobecnitelný na celou populaci, nemá v sobě reprezentativní vzorek. Také data, která jsou během výzkumu sebrána nemusí být věrohodná, neboť jsou ovlivněná osobou, která provádí výzkum. (Hendl, 2005)

Jako konkrétní metody byly použity polostrukturovaný rozhovor a kazuistika.

Hlavní metodou byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Jedná se o konsenzus mezi strukturovaným rozhovorem, který je charakteristický tím, že informant vybírá z předem daných odpovědí a nestrukturovaným rozhovorem, kdy informant má volné pole odpovědí. (Gavora, 2000)

Reichel říká o polostrukturovaném rozhovoru, že je charakteristický tím, že tazatel jde do rozhovoru s připraveným tématem nebo otázkami, které bude informantovi klást. Pořadí, jak bude otázky klást, není stanoveno, a dokonce si tazatel může i některé při rozhovoru upravit, tak jak je pro jeho výzkum vhodné. Důležité ale je, aby položil všechny připravené. (Reichel, 2009)

Metoda kazuistik byla zvolena proto, aby si čtenář mohl co nejlépe situaci představit a situace byla komplexně zaznamenána. Kazuistika se dá vymezit dle Hartla a Hartlové (2004) jako vyobrazení určité situace, a to od jejího počátku, průběhu a vyvrcholení. Kazuistika se nemusí týkat pouze jednoho člověka, může popisovat celou skupinu. Může sloužit jako pomoc při řešení obdobného případu nebo jako inspirace možných řešení. Strieženec (in Hučík, Hučíková; 2009) hovoří o kazuistice jako uceleném popisu situace, kdy dochází k podrobnému zkoumání problému za přispění dokumentace, informací od dalších zainteresovaných subjektů a vlastního bádání.

Klienty jsem měla ještě před zahájením výzkumu možnost poznat a začít zaznamenávat jejich pokroky. Do této práce jsem tedy vstupovala s určitým povědomím o složkách, ve kterých udělali pokrok. Vzhledem k tomu, že jsem chtěla čtenářovi, co nejvíce přiblížit pokrok klientů, potřebovala jsem nejprve nastínit počáteční stav, s kterým klient do denního stacionáře přišel a jaký základ si s sebou přinesl. Proto byla zvolena metoda kazuistiky. Momentální situaci představily polostrukturované rozhovory s aktivizačními pracovníci a sociální pracovníci. Metodu polostrukturovaného rozhovoru jsem volila, protože mi dovolila jistou volnost ve vyptávání, otázky jsem mohla pokládat dle toho, jak plynul rozhovor a případně jsem je mohla formulovat dle situace.

5.4 Realizace výzkumného šetření

Organizace, ve které výzkum probíhal, jsem oslovila hned po výběru tématu pro bakalářskou práci. Vybrala jsem si ji na základě toho, že s ní mám již dlouhodobou zkušenost. Na denním stacionáři jsem působila jako dobrovolník, na chráněném bydlení jsem pracovala jako brigádnice a také jsem si zde absolvovala u sociální pracovníce obě souvislé praxe. Když jsem začala chodit do denního stacionáře, na začátku jsem ho brala jako možnost pomoci tak, aby mohli klienti smysluplně trávit svůj volný čas a rozvíjet motoriku. Ale během spolupráce jsem si začala všimnout daleko více oblastí, na které aktivizace v denním stacionáři cílí. A jednou z takových oblastí, která si myslím, že je pro klienty velmi podstatná, je právě socializace. Ať už se jedná o klienty, kteří zde mají možnost tvořit sociální vazby a vše, co k tomu patří (komunikovat, řešit konfliktní situace, spolupracovat), nebo o ty, kteří zde vytváří a upevňují pracovní návyky, aby se mohli dále posunout. Proto jsem se rozhodla toto téma zpracovat v mé bakalářské práci.

Nejprve jsem si stanovila hlavní výzkumný cíl. Poté jsem začala pracovat na teoretické části a stanovila si dílčí výzkumné cíle. Po vypracování teoretické části jsem uskutečnila rozhovory s informantkami, což bylo koncem února a začátkem března 2023. Rozhovory proběhly v organizaci a jeden z důvodu nemoci po telefonu. Před uskutečněním rozhovorů jsem si připravila tazatelské otázky. Se všemi pracovníci se znám, a proto si během rozhovoru tykáme. Pracovnice znaly téma mé bakalářské práce již od počátku, kdy jsem organizaci oslovila, ale před rozhovory jsem jim téma znovu připomněla. Dále jsem se seznámila s klienty, které jsem pro svůj výzkum vybrala. Rozhovory jsem si chtěla nahrát na diktafon, abych se během pokládání otázek mohla soustředit na odpovědi, abych měla možnost se k odpovědím vrátit a přehledně je zpracovat. Informantky souhlasily s použitím diktafonu pro moje účely. Při zpracování kazuistik jsem čerpala ze svých poznatků o klientech a z informací, které mi poskytly pracovnice. Všechny informantky ke mně byly velice vstřícné a ochotné, měly se mnou trpělivost, když jsem něčemu nerozuměla a při zpracování kazuistik, kdy jsem se často na něco doptávala.

5.4.1 Domov Jeřabina Pelhřimov, p.o.

Domov Jeřabina Krajem Vysočina zřizovaná organizace, která se zaměřuje na osoby mentálně postižené či kombinovaně postižené. Poskytuje jim pobytové služby (chráněné bydlení, domov pro osoby se zdravotním postižením a domov se zvláštním režimem) a služby ambulantní (denní stacionář a sociálně terapeutickou dílnu). Celá organizace prošla před osmi lety transformací z ústavu do již zmiňovaných pobytových služeb. Vzniklo tak 12 domů, kde má každý klient svůj pokoj a s ostatními tak sdílí společenské prostory, kuchyň, sociální zařízení, terasu a zahradu. V každém z rodinných domů bydlí vždy 6 klientů. Domov Jeřabina má své zařízení rozesté po pelhřimovském okrese. Cílem je přistupovat ke klientů rovně a individuálně, respektovat je a vést je k co největší samostatnosti. (domovjerabina.cz, Základní informace)

5.5 Výzkumná rizika

Rizikem tohoto výzkumu je nízký počet informantů a zkoumaných klientů. Jak již bylo zmíněno v kapitole výše, nevýhodou kvalitativního šetření bývá jeho těžká generalizace na širokou veřejnost. Práce může tedy primárně sloužit organizaci, ve které byl výzkum konán. Avšak dle mého názoru, byly oblasti zkoumání vybrány natolik obecně, aby se daly využít i v podobných zařízeních se stejnou klientelou. Každý klient je jedinečnou osobností a zajisté mu DS přináší možnost rozvíjet se v rámci všech složek jeho

osobnosti. Byly však vybrány takové oblasti, které jsou součástí socializační složky, byly v nich u klientů nejvýraznější posuny a zároveň se dají i zobecnit. Nejedná se o naprosto komplexní popis všech složek posunu, ale pouze o ty nejvýraznější a také, jak je již uvedeno, zobecnitelné. Také zde vnímám riziko vlastní subjektivity, neboť klienty znám osobně a delší dobu, takže výsledky mohou být ovlivněny vlastním vnímáním přínosu denního stacionáře. Stejně jako můj velmi úzký vztah s informantkami může být rizikem. Aby byla ošetřena anonymita klientů jsou ve výzkumu uváděni pod náhodně vybraným písmenem a oslovením „klient“.

Při některých tazatelských otázkách se začal stáčet hovor jiným směrem, než bylo pro výzkum žádoucí, tudíž byly některé otázky pokládány znovu jiným způsobem. A v situacích, ve kterých informantky odpovídaly příliš stroze, byly tázány dalšími otázkami rozvíjející dané téma.

Dalším rizikem můžeme být můj velmi úzký vztah s pracovníci a má vlastní zaujatost k jejich postupům.

5.6 Způsob zpracování získaných údajů

Odpovědi na tazatelské otázky byly zaznamenávány na diktafon za podmínky, že nahrávka slouží pro mě. Následně odpovědi byly přepsány a analyzovány. Vzhledem k tomu, že oblasti výzkumu spolu těsně souvisí, tak se odpovědi na některé otázky překrývaly. Data byla zpracována pomocí otevřeného kódování a dle oblastí. Pro upřesnění byly v následující části použity i přímé citace informantek. Po zpracování rozhovorů bylo zjištěno, že se pracovníce ve většině odpovědí shodují.

5.7 Popis a interpretace dosažených výsledků

Tato kapitola je zaměřena na hledání odpovědi na hlavní výzkumný cíl pomocí dílčích výzkumných cílů. Každý výzkumný cíl má vymezenou vlastní podkapitolu, ve které bude zodpovězen a doplněn citací z provedených rozhovorů. Zařazeny jsou zde poznámky, které byly proneseny během výzkumu a mohly by souviset s odpovědí na výzkumné cíle.

5.7.1 Kazuistiky klientů

Vzhledem k tomu, že za hlavní cíl práce je zjistit vliv aktivizačních činností na socializaci mentálně postižených klientů, považuji za důležité seznámit čtenáře s výchozí situací klienta. Dle mého názoru bude tak lépe rozlišitelný jeho posun. Proto je tato podkapitola

věnována krátkým kazuistikám klientů tak, aby stejně jako já výzkumník znal i čtenář celou komplexní situaci.

Klient K.

Klient K. je 26letý autista, se změnami mentálního stavu, je vývojově opožděný, absolvoval speciální školu. Zde se naučil číst a psát, avšak verbálně nekomunikuje, pouze pomocí zvuků, gestikulace anebo píše, co potřebuje sdělit. Klient žije doma s matkou, která o něj pečuje. Klient dochází do stacionáře jednou týdně stále se stejnými lidmi. Dříve měl individuální aktivizaci, kdy se mu věnovala jedna a ta samá pracovnice v oddělené místnosti, neboť nezvládal více klientů okolo sebe. Jakmile ho obklopovalo více lidí, klient se utíkal schovat na toalety. Poté proběhl Covid a klient musel díky opatřením nějaký čas zůstat doma. Tato izolace ho pozitivně motivovala k socializaci a po znovu otevření stacionáře, začal chodit do kolektivu. Trvalo mu nějakou dobu, než si zvyknul na větší kolektiv. Dnes, vzhledem k tomu, že chodí stále se stejnými lidmi, ze kterých si vytvořil vlastní komfortní skupiny, je s nimi schopný kooperovat. Také ze začátku preferoval jen jednu pracovnici a pokud nebyla přítomna, činilo mu problém jít za jinou pracovnicí. Dnes, když si může vybrat, jde za aktivizační pracovnicí, na kterou je zvyklý, ale již mu nedělá takový problém jít k jiné pracovnici jako na začátku. Vzhledem k druhu jeho postižení přátelství ani partnerství v běžném slova smyslu nenavazuje, ale tvoří si své „komfortní osoby“, kterých se drží. Preferuje komunikaci s pracovnicemi více než s klienty. Klient se z počátku akcí na DS neúčastnil, kvůli velkému počtu lidí. Dnes je schopen se účastnit akce, kde jsou klienti, které zná a není zde příliš velké množství lidí. Co se týká aktivit, klient má rád stereotypní činnosti – natírání, broušení, navlékání korálků apod. Avšak, pokud vidí u ostatních činnost, která ho zaujme a připadá mu zajímavá, je ochotný ji vyzkoušet. Ku příkladu klienta velmi bavilo rozebírat staré věnce.

Klient P.

Klientovi P. je 33 let a využívá kromě denního stacionáře také službu chráněného bydlení. S rodinou není již delší dobu v kontaktu, do služby přešel z výchovného ústavu. Kromě mentálního postižení je také vývojově opožděný a má poruchy chování a emocí. Klientova situace s poruchou chování je momentálně lepší, díky medikaci a správném přístupu pracovnic. Sice má někdy výkyvy, kdy vytvoří nějaký problém, ale snaží se nezpůsobovat potíže. Klient absolvoval speciální školu. V úplných počátcích klient

využíval služby domova se zvláštním režimem, neboť měl veliké problémy s chováním. Avšak byl schopný se vypracovat a přejít na chráněné bydlení. Před tím neměl moc šancí navazovat vztahy, a proto jeho první přítelkyně přišla až v rámci docházení na denní stacionář. Klient se účastní rád akcí na denním stacionáři, rád pomůže s přípravou, ale nevyhledává střed dění. Klient již docházel do prací a zároveň na denní stacionář. Dnes bude službu DS ukončovat neboť získal práci na 6 hodin a také se bude stěhovat do jiného CHB blíže k zaměstnání. Se svojí nynější přítelkyní, klientkou R. má pěkný vztah. Chodí společně do cukrárny, plánuje se setkat s klientčinou rodinou.

Klientka R.

Klientce R. je 26 let, je mentálně postižená a vývojově opožděná. Klientka dochází nejen do DS, ale také využívá služby chráněného bydlení. Má fungující rodinu, se kterou má velmi dobrý vztah a má mladší sestru. Za rodinou pravidelně jezdí a zůstává zde třeba přes svátky či víkendy. Důvodem přestěhování se na chráněné bydlení bylo osamostatnění klientky a zároveň odchod z prostředí, kde na ni nepříznivě působily známosti s muži. Klientka je velmi dobrosrdečná, naivní a lehce manipulovatelná a bohužel vždy si našla muže, který si toho byl vědom a klientku poté využíval, většinou finančně. Muže často střídala. Klientka také trávila většinu času na internetu, kde navazovala známosti a moc nekomunikovala s okolím. Momentálně na mobilu čas již netráví, je velice komunikativní a ráda se seznamuje. Využívá každé možné akce na DS, neboť je velmi ráda mezi svými vrstevníky a s přítelem. Klientka má vztah s klientem P., se kterým jim to dobře funguje, jsou spolu docela dlouho a klient P. ji nevyužívá. Na stacionáři i chráněném bydlení si vytvořila nové kamarádky. Klientka nikdy nepracovala, chodila pouze pomáhat matce s úklidem. Teď na denním stacionáři funguje jako uklízečka, aby si navykla na režim a mohla hledat jinou brigádu. Je šikovná, ale než si činnost osvojí je pomalá. Na klientku se nesmí chvátat a tlačit.

Klient T.

Klientovi T. je 47 let a je mentálně postižený a vývojově opožděný, má poruchy komunikace a poruchy socializace. Klient měl výjimku ve vzdělávání. Klient také využívá jak služby denního stacionáře, tak služby chráněného bydlení. Služby začal využívat, když jeho matka onemocněla a nedlouho poté zemřela. Otec nezvládal pečovat jak o svou ženu, tak o syna, který vyžadoval pozornost. Klient, když žil doma, měl velmi omezenou síť přátel. Mluví pouze o jednom muži z vesnice, se kterým se občas bavil. Na

chráněném bydlení a v rámci DS si vytvořil pár přátel, s ostatními se klient baví, ale již s nimi nechce vytvářet hlubší přátelský vztah. Za otcem pravidelně jezdí. Klient byl ze začátku velmi tichý a uzavřený. Teď více komunikuje, rád hovoří o místech, kde byl na dovolené nebo na výletě. Nikdy nepracoval, v DS si osvojil pracovní návyky a je schopný docházet cca na 2 hodiny na chráněné pracovní místo, neboť déle pozornost neudrží. V denním stacionáři chodí pravidelně na keramickou dílnu. Avšak neudrží dlouho pozornost a od práce utíká, takže pracovat zvládne pouze chvíli. Klient se rád účastní akcí na DS, ale zároveň potřebuje mít prostor, aby si mohl čas od času odběhnout od lidí.

5.7.2 DVC 1: Zjistit, jak práce v dílnách denního stacionáře přispívá k vytvoření pracovních návyků.

V tomto dílčím cíli bylo zkoumáno, jak si klienti v rámci aktivit v denním stacionáři vytváří pracovní návyky. Při rozhovorech s aktivizačními pracovníci bylo možné si povšimnout oblastí, o kterých všechny aktivizační pracovníce nepřímo hovořily jako o důležitých částech, které působí na utváření pracovních návyků. Jedná se o určitý plán či režim dne a pravidla na DS. Jako indikátory byly stanoveny nácviky činností, nabídky nových aktivit, motivace a podpora. V rámci tohoto dílčího cíle bylo položeno aktivizačním pracovnícům 7 tazatelských otázek (TO1-TO7).

Klient K.

U klienta K. uvádí P1, že je „*vůbec ochotný pracovat, sice krátce, ale intenzivně.*“ P2 říká, že shledává, že „*...oproti začátku spolupráce se momentálně klient zapojuje více do aktivit.*“ Klienta, ač je autista a preferuje jemu známé a monotónní činnosti, je také možné zaujmout činností, kterou vykonávají ostatní klienti a pro něj je natolik zajímavá, že ji chce vyzkoušet také.

Klient P.

U klienta P. došlo k tvorbě pracovních návyků, jejich udržování a dalšímu rozvíjení. P2 uvádí, že k tvorbě pracovních návyků přispěla možnost naučit se nové věci, jako je třeba žehlení nebo šití. Pracovnice se shodly, že klient si v rámci DS nacvičil určitý denní režim – ví v kolik se začíná a kdy se končí. P3 říká: „*On ví, že má přijet na stacionář v určitou dobu a celkem to zvládá dodržovat.*“ Klient pak s pracovníci odchází na úklidy. P1 říká, že „*On ví, na kolikátou má přijít, ví v kolik končí. Dodržuje to, jak to má naplánovaný. Nacvičil si jízdu autobusem, takže ví, jakým má jet, ví, kde najde další spoj, když by mu*

náhodou jeden ujel.“ Klient se také naučil, že do DS se má jezdit slušně oblečený- „On ví, že sem do staciku má přijet v džínách, a ne v teplákách, že má přijet ve slušným,“ uvádí P1. SP uvádí, že DS klientovi přispělo tím, že „on si zkoušel být někde 6 hodin a pracovat, takže si teď našel zaměstnání, kam může docházet denně na 6 hodin, a proto už nemusí do DS chodit a službu bude ukončovat.“

Klientka R.

U klientky R. se pracovnice shodly, že si DS vytvořila pracovní návyky a řád dne. P2: *„Má tady naplánovaný den, protože když byla doma, tak její den neměl žádný řád. Že prostě má v určitou dobu přijít, v nějakou dobu jsou přestávky a pak se zase pracuje. A to dodržuje bez problémů.“* P1: *„Já si myslím, že i tím, že dochází do DS a dodržuje nějaký ten řád a pravidla, tak se posunula.“* Dle SP má DS přínos pro klientku v to, že ji učí, že má nějakou povinnost a také se zvyšuje doba, kdy pracuje – *„dřív prostě byla schopná pracovat jen dopoledne a teďka ji učíme pracovat i odpoledne, takže si pak bude moct najít i brigádu.“*

Klient T.

U klienta T. se pracovnice opět shodly, že si v rámci DS vytvořil pracovní návyky a vytvořil řád dne, který dodržuje. *„Tak on byl nejdřív v rodině a tam si mohl dělat kdy chtěl, co chtěl. Tady má určitý pravidla a ty dodržuje,“* říká P2. P1: *„Tak když byl doma, tak se prostě sebral a jel se projet na kole. Tady ví, že má práci nebo jezdí do staciku, takže musí vstát v určitou hodinu a na určitou hodinu být nachystaný.“*

5.7.3 DC2: Zjistit, jak interakce s ostatními v denním stacionáři přispívá k rozvoji komunikace

V tomto dílčím cíle bylo za úkol zjistit, jak interakce s ostatními v denním stacionáři přispívá k rozvoji komunikace. Pracovnice se shodly, že klienti v rámci denního stacionáře začali více komunikovat. V rámci tohoto dílčího cíle byly položeny aktivizačním pracovnícím 4 tazatelské otázky (TO8-TO11).

Klient K.

Klient K. je autista, tudíž nekomunikuje běžnou verbální cestou. Jak uvádí pracovnice, po Covidu se změnil počet lidí, kteří ve stejný den dochází do DS s klientem. P1: *„Klientovi začali po Covidu chybět lidi. No a tím, že s ním teď chodí ta stejná skupina,*

tak si na ně zvyknul a začal víc komunikovat.“ K tomuto názoru se přikláněly i ostatní pracovníce. P1 ještě dodává: „On, když něco chce sdělit, tak to napíše, což ostatní klienti moc nerozluští. Takže spíš tiskne pomoci razítek.“

Klient P.

U klienta P. uvádí P2: *„Určitě se zlepšil v komunikaci s cizími lidmi. Třeba když jsme na trhu a on nám tam přijde pomoci, tak mu nedělá problém prostě těm cizím lidem to zboží nabídnout.“* Dále P2 říká, že pro to, aby se klient více rozhovořil a svěřil se, je potřeba individuální přístup. Pro otevření se mu vyhovuje pouze přítomnost zaměstnance, bez ostatních klientů.

Klientka R.

U klientky R. uvádí pracovníce, že začala více komunikovat, protože má kolem sebe své vrstevníky a také již není tolik na telefonu. P2: *„Ona, jak se teď odstříhla od sociálních sítí a není na mobilu, tak víc komunikuje s ostatními.“* P1: *„Když je na staci akce a sjedou se sem chráněnka, tak ona má větší možnost komunikovat se sobě rovnými.“* P3: *„Tak třeba za náma přijde, když se vrátí z víkendu doma (u rodičů) a vypráví, co bylo. Ale na druhou stranu ji zajímá, jak se měli i ostatní.“*

Klient T.

U klienta T. se pracovníce shodly, že do služby přišel jako nemluvný a spíše uzavřený. P2: *„Mně dřív přišel strašně uzavřenej a tichý. Za mě udělal pokrok v komunikaci velký.“* P1 vysvětluje situaci tím, že když službu začal využívat, tak mu zemřela matka. Jakmile si vytvořil přátele a začal ostatním důvěřovat, tak se rozkomunikoval. P2: *„On za tebou třeba přijde a obejmě tě. A pak začne povídat o těch jeho Tatrách. To dřív nedělal.“* P1: *„Mně se na něm líbí, jak on přijde a začne mi vyprávět o ostatních klientech. On o nich moc hezky mluví, ale přitom zrovna s tím daným klientem, o kterým mluví, nemusí bejt velkej kámoš. Já si myslím, že mu prospělo, že má možnost bejt tady mezi svýma.“*

5.7.4 DC3: Zjistit, jak aktivity v denním stacionáři přispívají k vytvoření sociálních vztahů

V tomto dílčím cíle bylo za úkol zjistit, jak aktivity v denním stacionáři přispívají k možnostem vytvářet přátelské či partnerské vztahy. Pracovníce se shodly, že klienti v rámci denního stacionáře mají klienti příležitost setkávat se a trávit čas s lidmi na

podobné mentální úrovni a se svými vrstevníky. Zároveň se jednalo o oblast, kterou pracovnice hodnotily v rámci působení DS jako nejvýraznější. V rámci tohoto dílčího cíle byly položeny aktivizačním pracovnícím 9 tazatelské otázky (TO12-TO20).

Klient K.

Klient K. je autistou, tudíž je pro něj navazování veškerých vztahů velmi náročné. I přesto se pracovnice shodly, že se v této oblasti klient velice posunul. P1: *„Dřív to klient úplně nedával, takže měl stranou od ostatních indi aktivizaci. Ale teďka, po tom Covidu, kdy mu lidi začali chybět, tak udělal pokrok. On chodí v ten daný den stále se stejnýma lidma, takže si vytvořil tu svoji komfortní bublinu, jsou pro něj známý. Takže teď před nima neutiká, nikoho se nestraní, je tam s nima, i se jako zapojuje. Tomu kontaktu se jako úplně nevyhýbá.“* P3 říká: *„Za mě udělal velký pokrok. On nedával ani ostatní pracovnice, chodil jen k té jedné, ale teď nemá větší problém jít třeba ke mně na dílnu. A i když mám na dílně další lidi, tak neutiká se schovat před nima.“* P2 říká, že v rámci DS navštívili výstavu, kterou klient naprosto zvládl. Dokázal tam snést přítomnost cizích lidí, bez potřeby jít se schovat. P3 dodává, že je také klient schopný účastnit se akcí na DS, kde mimo lidi, se kterými chodí pravidelně, je také schopný snést přiměřené množství, pro něj „nekomfortních“, ostatních klientů. Klientovi dle pracovnic prospěl kontakt s lidmi podobného problému a věku, dokáže od nich snést i fyzický kontakt. Avšak pokud se na DS potká s klientem s naprosto totožným problémem a začnou se zrcadlit, tak se jedná o situaci, kterou klient nezvládá a utíká.

Klient P.

Klient P. fungoval a funguje dle slov pracovnic s ostatními dobře. Chybělo mu navazování partnerských vztahů, neboť na CHB, ve kterém žije, jsou jen muži. Na DS měl možnost seznámit se s vrstevnicemi. Momentálně si zde našel přítelkyni, klientku R. P1 říká: *„On má teď klient P. docela hezkej vztah s klientkou R., klape jim to spolu.“* P2: *„On si tady na staciku našel holku. Před tím nikoho vůbec neměl a co je tedy, tak měl dva vztahy. On má teď s klientkou R. moc pěkněj vztah, mně se spolu líbí.“* Co se týká interakce s ostatními, tak P3 popisuje, že zde nejsou žádné problémy, rád se účastní akcí na DS i pořádaných mimo DS, což následně potvrdily i ostatní informantky.

Klientka R.

U klientky R. se pracovnice shodly, že do služby již přišla s nějakými sociálními kontakty, ale nebyly příliš vhodné. A dle slov pracovnic jí prospělo, ať už na DS nebo na CHB, být mezi vrstevníky a mít možnost navazovat jak přátelské vztahy, tak partnerské. P1: *„Já bych řekla, že ona je tady nadšená. Má tady možnost potkávat kluky v její věkové kategorii, pořád tady potkává někoho nového. Je teď tady mezi svými vrstevníky a je hodně pohodová.“* P2 klientku znala ještě před nastoupením do služby, kdy neustále střídala partnery a dle slov pracovnice ji i „hrozně využívali“. P2: *„Tady to taky tak začalo, střídala kluky, ale pak se ustálila u klienta P. a teď mají spolu docela hezkej vztah. Sice už měli ve vztahu pauzu, ale jsou přesto spolu docela dlouho, mohlo by jim to vydržet. A ji ty chlapi vždycky strašně využívali, což od klienta P. nehrozí.“* P3: *„Tak klientka měla docela problém se střídáním partnerů, ale teď je s klientem P., tak uvidíme, jestli jí to vydrží. Ale jinak je hodně přátelská, vytvořila si tady kamarádky v jejím věku. Vypadá moc spokojeně.“* SP hodnotí přínos DS na navazování vztahů takto: *„Díky tomu, že chodí do DS a je na chráněnce, tak si vytvořila svoji komunitu, se kterou tráví většinu času a nemá tak příliš možností a ani chuť setkávat se jinde, vyhledávat ty „negativní“ kontakty z minulosti.“*

Klient T.

Klient T. před využíváním DS a CHB žil doma s matkou a otcem na vesnici, kde neměl přátele, mluvil pouze o muži, se kterým chodil vyzvedávat obědy, takže jeho sociální síť byla velmi úzká, říkají pracovnice. P1: *„Určitě mu prospělo potkávat se s ostatními. Tak na chráněnce se hodně kamarádí s dvěma klienty. Potkává se s ostatními na stacičku a pak o nich moc rád mluví. U něj je dobře, že si tady mohl vybudovat ty vazby s ostatními, který jsou podobně starý a jsou na tom mentálně podobně.“* SP má podobný pohled: *„On měl vždycky tu vztahovou síť dost omezenou, tak ta se mu tady určitě rozšířila. Našel si kamarády, kteří jsou mu rovni. Myslím, že mu to hodně pomohlo, že je mezi sobě rovnými a že se cítí dobře.“*

5.7.5 DC4: Zjistit, jak mohou aktivity v denním stacionáři přispět k dalšímu rozvoji klienta do budoucna

V tomto dílčím cíle bylo za úkol zjistit, jak aktivity v denním stacionáři mohou klienta dále rozvíjet. Pracovnice vypověděly, že u spousty klientů (i mimo zkoumané) je důležité nabyté schopnosti udržovat a u některých klientů již další posun není reálný. V rámci

tohoto dílčího cíle byly položeny aktivizačním pracovnícím 4 tazatelské otázky (TO21-TO24).

Klient K.

U klienta K. se pracovnice shodují, vzhledem k jeho postižení, že se již dál neposune. P1: *„Já si u něj nejsem jistá. Já si myslím, že jako on je autista, docela těžkej, tak už se neposune. Určitě bych se snažila udržet to čtení a psaní. Třeba v rámci indi jednou týdně, ale v rámci skupiny se už prostě neposune.“* P3: *„Podle mého by se v tom, co má teď mělo pokračovat, udržovat to.“* P2: *„Já si myslím, že klient udělal velkej pokrok, ale už není v jeho možnostech se dál posunout. Takže bych se to snažila hlavně udržet.“* SP vidí situaci stejně, klade důraz na udržení získaného, neboť jinak nabyté schopnosti velmi rychle ztratí.

Klient P.

Sociální pracovnice říká: *„Klient bude službu denního stacionáře ukončovat a bude se stěhovat také na jiné chráněnkó (v rámci organizace), kde bude docházet do zaměstnání na 6 hodin, proto již nemusí chodit do denního stacionáře.“* Pracovnice DS považují u klienta důležité podporovat ho ve vztahu, který navázal a motivovat ho, aby nezanevřel na činnosti, které ho na DS bavily, ku příkladu šití, a pokračoval v nich doma ve volné čase.

Klientka R.

U klientky R. se pracovnice shodly, že je třeba zdokonalit to, co si v rámci DS získala. P1: *„Určitě bych jí dala více času a podporovala bych ji v tom, co má nacvičenýho. Dokázala bych si ji představit, že by žila ve svém chráněném bytě. Vím, že to nemá přímo s aktivizací moc společného, ale ten posun v rámci její osobnosti. Ona, když si něco nacvičí, tak si je pak jistá a je neskutečně šikovná. Takže ji tady motivovat a podporovat více v osamostatňování. Třeba v rámci nácviku praní, vaření atd.“* P2: *„Tak třeba ji víc osamostatnit. Pomocí nácviku vaření, žehlení na STD. Já bych jí moc ráda zapojila do toho STDčka.“* Sociální pracovnice by do budoucna viděla přínos v tom, že by jí *„DS mohlo dopomoc si najít zájmy i mimo organizaci, protože dřív chodila víc do kavárny nebo do kina, tak aby si to zase obnovila. Aby byla více samostatná a aby zde byla možnost si ověřit, zda je schopna fungovat bez toho, aby opět začala navazovat nevhodné vztahy.“*

Klient T.

U klienta T. všechny pracovnice souhlasí s tím, že klient se již díky svému postižení a věku dál neposune. P1: „*Já si myslím, že on se už neposune. Já myslím, že on tady má ty svoje kamarády, s kterými tady je, komunikuje s nima a o další vztahy nestojí, i protože je dost konzervativní. A taky u dalšího posunu, on na to mentálně už moc nemá, je mu já nevím asi 47 let, což už se asi neposune. Já bych řekla, že tohle je fakt strop. Za mě je důležitý udržet to, co má.*“ P2 vidí situaci stejně: „*Já myslím, že on je takhle spokojenej. On na další posouvání už nemá kapacitu a myslím, že o to ani nestojí.*“ P3: „*No, díky jeho věku už se nikam dál neposune. Já bych ho motivovala a podporovala, aby si udržel, co má.*“ SP: „*Myslím si, že klient už je ve věku, kdy je teď už důležité udržovat ty nabytý schopnosti.*“

5.8 Shrnutí výzkumné části

Jako hlavní cíl této práce bylo zjistit jakým způsobem přispívají aktivizační činnosti k socializaci mentálně postižených klientů. Hlavního výzkumného cíle bylo dosahováno pomocí 4 dílčích výzkumných cílů, které byly transformovány do 25 tazatelských otázek. Strategie byla tedy zvolena kvalitativní a za pomoci polostrukturovaných rozhovorů doplněných o kazuistiky. V rámci metodologické části byl charakterizován výzkumný soubor, což byly aktivizační pracovnice a sociální pracovnice. Pro charakteristiku zkoumaných klientů byla vyčleněna kazuistická kapitola. Dále zde bylo popsáno, kdy byl výzkum proveden a také byla krátce představena organizace Domov Jeřábina Pelhřimov, p.o., ve které bylo provedeno šetření. Zmíněna byla též rizika výzkumu a způsob zpracování údajů a poté jsou zde již interpretovaná samotná zjištění.

Během zpracování **prvního dílčího výzkumného cíle**, kterým bylo zjistit, jak práce v dílnách denního stacionáře přispívá k vytvoření pracovních návyků, byly zaznamenány určité oblasti, které se objevovaly u všech zkoumaných klientů a zároveň je zmiňovaly více méně všechny pracovnice. Jednalo se o oblast určitého režimu dne, naplánování jeho náplně. Často zmiňovaly, že klienti pochází z prostředí, kdy se jejich den ubíral jen podle nich a podle toho, co chtěli zrovna v danou chvíli dělat. Což ne vždy mohlo být bezpečné a vhodné. Každý socializovaný člověk má předem naplánovaný den tak, aby se mohl strat sám o sebe, mít možnost seberozvoje a odpočinku. Což je důležité i u mentálně postižených jedinců. Bez pravidelného procvičování i těch základních dovedností je

klienti velmi rychle ztrácejí. Další opakující se složkou bylo dodržování stanovených pravidel. Jedná se o obecná pravidla, která se dodržují i v rámci jiných institucí. Byl zmíněn včasný příchod, dodržování doby, kdy se pracuje a kdy se odpočívá, vhodné oblečení. U dvou vybraných klientů můžeme pozorovat jedinečnost jejich situace. U klienta K. je pokrokem jeho chuť zapojovat se do aktivit na DS a na druhé straně je zde klient P., který klienta natolik posunul, že bude službu ukončovat a naplno se zapojovat do pracovního trhu. Myslím si, že je důležité tyto naprosto odlišné situace zde zmínit, neboť by případ klienta P. mohl být považován za ukázkový a zobecnitelný na všechny. Avšak situace klienta K. ukazuje důležitost individuálního přístupu ke všem klientům a zohlednění jejich kapacit. A také schopnost pracovníků považovat tento malý posun za velký úspěch klienta. U klientů je často využíván nácvik sociálních dovedností – nácvik jízdy autobusem, práce na dílnách po určitou dobu, příchod ve vhodném oblečení atd, což je v souladu s teoretickou částí.

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, jak interakce s ostatními v denním stacionáři přispívá k rozvoji komunikace. Zde se pracovníce shodly, že u klientů pozorují větší komunikativnost, ať již verbální či neverbální. Příkládají to možnosti být v kolektivu sobě rovných a více méně i ve své vrstevnické skupině. U klientka K. viděly přínos v tom, že klient byl během Covidu izolován a o to více motivován komunikovat s ostatními. Klienti díky tomu, že se v DS neustále setkávají s ostatními pro ně více či méně známými, nemají poté takový problém komunikovat s cizími lidmi. U tohoto bodu shledávám důležitým prvkem možnost si zde najít komunikačního partnera na stejné mentální úrovni. Tato oblast socializace je velmi úzce spjatá s následujícím dílčím cílem.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jak aktivity v denním stacionáři přispívají k vytvoření sociálních vztahů. Dle mého názoru se jednalo o dílčí cíl, ve kterém byl zachycen největší posun u všech klientů. Jak už bylo zmíněno, pro klienty je podstatné, že na DS mají možnost setkávat se se sobě rovnými. Toto tvrzení potvrzují i výpovědi informantek. Dle mého mínění denní stacionář přispívá k zabránění sociální izolace, zejména u klientů, kteří pocházejí z domácích poměrů. Zvláště u nich je vidět, že okruh lidí, se kterými se stýkali, byl zúžen na rodinu a v některých případech na přátele s nepříznivým vlivem na postiženou osobu. U klientů je na DS možnost nejen se seznámit a navázat přátelské vztahy, ale také mít možnost navazovat partnerské vztahy. Ku příkladu u klientky R. zde můžeme pozorovat zrod zdravého vztahu po několika nevhodných. Klient T. mohl díky

DS rozšířit svoji vztahovou síť o přátele, se kterými si rozumí, mají podobné zájmy a je součástí jejich přátelské skupiny.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, jak mohou aktivity v denním stacionáři přispět k dalšímu rozvoji klienta do budoucna. U některých klientů je zde stále možnost a kapacita je dále rozvíjet nejen v oblastech zkoumaných v této práci. Ale je také důležité si uvědomit, že někteří klienti dosáhli svých možností a dál se již neposunou. V takovémto případě je třeba užívat udržovací sociální práci. Z mého pohledu se častokrát jedná o náročnější práci pro pracovnice, neboť u klienta není pozorovatelný žádný progres. Ale je zde si třeba uvědomit, že by se bez udržování nabytých funkcí klientův stav začal rapidně horšit. U klientů, kde je rozvoj možný, identifikují pracovnice metodu nácviku, motivaci a podporu a nabídku dalších zajímavých aktivit.

Z analýzy odpovědí je možné si povšimnout, že denní stacionáře jsou důležité pro rozvoj oblastí nejen na první pohled znatelných (ku příkladu motorických), ale i na složky komunikativní, pracovní a vztahové, které nejsou tolik viditelné veřejností. Přání klientů jsou samozřejmě také ošetřena v rámci individuálního plánování.

Jako možné doporučení pro denní stacionář bych navrhla více spolupráce s dalšími denními stacionáři pro větší možnost navazování vztahů a rozvoj komunikace. Na jedné straně by si klienti mohli rozšířit vztahovou síť a na druhé by pracovnice měly možnost sdílet poznatky s jinými pracovnicemi. Denní stacionář Jeřabina také v loňském roce navázal spolupráci s zařízeními mimo sociální sektor. Třeba s hokejisty z Dukly, kdy klienti v DS vyráběli výrobky s dukelskou tematikou. Plánovaná spolupráce je také s FC Vysočina nebo s Hodinou H. Dle mého názoru by bylo dobré navázat takovýchto spoluprací více.

Závěr

Má bakalářská práce byla zaměřena na Aktivizační činnosti jako možnost socializace pro mentálně postižené klienty. Práce byla rozdělena do dvou částí, a to teoretické a praktické.

V první kapitole teoretické části bylo popsáno mentální postižení. To znamená jeho charakteristiku, stupně mentálního postižení a psychologické zvláštnosti. Dále byly zmíněny onemocnění pojící se s mentálním postižením. Byl vybrán autismus, neboť se jedná o postižení jednoho z klientů zkoumaných v praktické části. A také byl zmíněn Downův syndrom, neboť takové osoby jsou díky fyzickým příznakům tohoto onemocnění stigmatizovány v podstatě po prvním pohledu. A v následující kapitole byla rozebrána stigmatizace veřejnosti.

Druhá kapitola byla věnována socializaci. Nejprve byl čtenář seznámen s tím, co je to vlastně socializace a s ní související pojmy. Poté se již práce zaměřila konkrétněji na socializaci mentálně postižených osob a s ní spojené obtíže. Ve druhé polovině této kapitoly byly zmíněny možnosti aktivizace, což může být cesta, jak mentálně postižené osoby socializovat. A také zde byly rozebrány terapeutické přístupy, jako je arteterapie, muzikoterapie, animoterapie, dramaterapie nebo snoezelen, které pomáhají odbourávat překážky bránící v socializaci. Důležitým nástrojem pro socializaci osob s mentálním postižením jsou také nácviky sociálních dovedností, díky nimž mohou být poté osoby začleněny na pracovní trh, což byly dvě poslední podkapitoly této části.

Třetí kapitola rozebírala sociální služby zaměřené na mentálně postižené osoby. Jednalo se pouze o výsek služeb, ale cílem bylo zde popsat takové, které využívají klienti z výzkumné části. Zabývali jsme se tedy denními stacionáři, sociálně terapeutickými dílnami a chráněným bydlením.

Druhá část práce se zabývala výzkumem v denním stacionáři. Hlavním cílem práce bylo zjistit jakým způsobem přispívají aktivizační činnosti k socializaci mentálně postižených klientů. Toho cíle bylo dosahováno pomocí kvalitativního šetření a metody polostrukturovaného rozhovoru. Byly vytyčeny 4 dílčí cíle, které byly transformovány do 25 tazatelských otázek. Ty byly pokládány celkem čtyřem informantkám, a to třem aktivizačním pracovnícím a jedné sociální pracovníci. Otázky byly pokládány

pracovnícím o klientech, z důvodu objektivnosti a komplexnosti získaných informací. Celkem byly zjišťovány informace o 4 klientech.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak práce v dílnách denního stacionáře přispívá k vytvoření pracovních návyků. V teoretické části byly nastíněny nácviky sociálních dovedností a uplatnění lidí s mentálním postižením na trhu práce. O těchto oblastech hovořily také informantky. U toho dílčího cíle byly vyzkoumány zásadní oblasti důležité pro tvorbu pracovních návyků, a to denní řád a pravidla DS.

Druhý dílčí cíl byl zaměřen na zjišťování, jak interakce s ostatními v denním stacionáři přispívá k rozvoji komunikace. Pracovnice se zde shodly, že zde vidí přínos DS v možnosti široké sítě lidí, s kterými mohou klienti komunikovat. Je zde tedy možné pozorovat větší komunikativnost a schopnost komunikovat s cizími lidmi.

Třetí dílčí cíl zjišťoval, jak aktivity v denním stacionáři přispívají k vytvoření sociálních vztahů. Zde bylo zjištěno, že DS přináší klientům možnost potkávat se se svými vrstevníky a lidmi s podobnou mentální úrovní. Často se stává, že zvláště klienti z rodin mají velmi omezené kontakty, nebo vyhledávají nevhodné vztahy. V rámci DS mají klienti možnost navázat přátelské i partnerské vztahy. Jednalo se o oblast s největším posunem.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, jak mohou aktivity v denním stacionáři přispět k dalšímu rozvoji klienta do budoucna. Metody pro další rozvoj byly určeny nácviky, podporou a motivací a dopříváním klientům dostatek času, aby si upevnili již získané. U poloviny zkoumaných klientů se pracovnice shodly, že již nemají pro další pokrok kapacity a je třeba u nich udržovat nabyté schopnosti. Udržovací práce je důležitou, avšak často opomíjenou složkou. Jeden klient se natolik vypracoval, že bude službu ukončovat.

Dle mého názoru bylo pomocí dílčích cílů hlavního výzkumného cíle dosaženo. Dílčí výzkumné cíle byly zjištěny a mohl tak být sestaven hlavní. Shledávám zde na základě zjištěného, prostor pro další výzkum. Je zde možné vymezit další oblasti socializace a opět provést analýzu. Porovnat zjištěné výsledky s jinými zařízeními a vytvořit obecnější závěry.

Vnímám, že ne všechny teoretické poznatky se shodují s praxí, avšak jsem si vědoma, že teoretické poznatky jsou obecnějšího charakteru a výzkum byl konkrétní a osobní. Ku

příkladu, v teoretické části je zmíněno, že mentálně postižené osoby mají problém s pochopením společenských pravidel, což výzkum potvrzuje. Ale můžeme říci, že se s touto obtíží dá pracovat pomocí nácviků a také se správným zázemím. Můžeme si povšimnout, že stát spíše poskytuje možnosti začlenění se do kolektivu sobě rovných. Což je na druhé straně pochopitelné, neboť zde spíše najdou porozumění. Co se týká zapojení mezi intaktní veřejnost, dá se to provést například v rámci vyčleněných chráněných pracovních míst, kam dochází i klienti z výzkumné části.

Dle mého názoru, může má bakalářská práce sloužit jako podklad pro další zkoumání. Přínos pro organizaci vidím ve zmapování situace a může posloužit například při dalším individuálním plánování. A pro další organizace s podobnou klientelou jako inspirace.

Seznam použité literatury

BICKOVÁ, Jaroslava, ed. *Zooterapie v kostce: minimum pro terapeutické a edukativní aktivity za pomoci zvířete*. Vydání první. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1585-1.

ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČADILOVÁ, Věra, THOROVÁ, Kateřina, ŽAMPACHOVÁ, Zuzana a kolektiv. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb část II.: Diagnostické domény pro žáky s poruchami autistického spektra* [online]. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012 [cit. 21.03.2023]. ISBN 978-80-244-3054-6. Dostupné z: file:///C:/Users/42060/Desktop/Bakal%C3%A1%C5%99sk%C3%A1%20pr%C3%A1ce/literatura/final_PAS_Kat_ver_diskuse.pdf

ČERNÁ, Marie a kolektiv. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

FILATOVA, Renáta. *Snoezelen-MSE*. Vyd. 1. Frýdek Místek: Kleinwächter Josef, 2014. ISBN 978-80-905419-3-1.

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

GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1791-8.

GILLBERG, Christopher, PEETERS, Theo. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělání dětí s autismem*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-498-4.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN-13: 978-80-7178-303-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOWLIN, Patricia. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-499-1.

HUČÍK, JÁN, HUČÍKOVÁ, Alena. *Kazuistika v sociálnej práci* [online]. Vydání první. Bratislava: VŠZ a SP sv. Alžbety, n.o., 2009 [cit. 21.03.2023]. ISBN 978-80-89271-66-5. Dostupné z: file:///C:/Users/42060/Desktop/Bakal%C3%A1%C5%99sk%C3%A1%20pr%C3%A1ce/literatura/Hucik_Hucikova_-_Kazuistika_v_socialnej_praci__2009_.pdf

JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.

KREJČÍŘOVÁ, Olga, KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Profesní příprava a pracovní uplatnění osob mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3711-8.

- KUBÍNKOVÁ, Dagmar, KRÍŽOVÁ, Alena. *Ergoterapie*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. ISBN 80-7067-698-1.
- LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Potřebujete psychoterapii?* 1. vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-036-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368.
- MICHALÍK, Jan a kolektiv. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
- PETRUSEK, Miloslav. *Velký sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3 (soubor).
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.
- SOLOVSKÁ, Vendula. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Parta, 2012. ISBN 978-80-7320-0.
- Vágnerová, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VALENTA, Milan a kol. *Dramaterapie*. Vydání páté, v Portále první, přepracované a doplněné. Praha: Portál, 2021. ISBN 978-80-262-1715-2.
- VALENTA, Milan a kol. *Slovník speciální pedagogiky*. Vydání první. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie [teoretické základy a metodika]*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie teoretické základy a metodika*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-187-6.

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

VELEMÍNSKÝ, Miloš a kolektiv autorů. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

Internetové zdroje

ARTETERAPIE. CZ. 2022. *Arteterapie – Co je arteterapie* [online]. Praha: Česká arteterapeutická asociace. [18.12.2022]. Dostupné z: <https://www.arteterapie.cz/arteterapie>

BLOG.MOJRA.CZ. 2021. *MUZIKOTERAPIE: Když hudba léčí* [online]. Ludgeřovice: Psychologická poradna MOJRA s.r.o. [16.12.2022]. Dostupné z: <https://blog.mojra.cz/clanek/muzikoterapie-kdyz-hudba-leci>

DOMOVJERABINA.CZ. 2022. *Denní stacionář* [online]. Pelhřimov: Domov JEŘABINA Pelhřimov. [15.1.2023]. Dostupné z: <https://www.domovjerabina.cz/sluzby/denni-stacionar/>

DOMOVJERABINA.CZ. 2022. *Sociálně terapeutická dílna* [online]. Pelhřimov: Domov JEŘABINA Pelhřimov. [15.1.2023]. Dostupné z: <https://www.domovjerabina.cz/sluzby/socialne-terapeuticka-dilna/>

DOMOVJERABINA.CZ. 2023. *Základní informace* [online]. Pelhřimov: Domov JEŘABINA Pelhřimov. [5.3.2023]. Dostupné z: <https://www.domovjerabina.cz/o-nas/zakladni-informace/>

DOWNSYNDROM.CZ. *Mýty a realita* [online]. Praha: DownSyndrom CZ, z.s. [20.11.2022]. Dostupné z: <https://www.downsyndrom.cz/downuv-syndrom/obecne-informace/myty-a-realita.html>

ERGOTERAPIE.CZ. 2022. *O profesi – CO ERGOTERAPEUT DĚLÁ?* [online]. Praha: Česká asociace ergoterapeutů. [17.12.2022]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/o-profesi/>

FOVY.CZ. 2021. *Kvalita především* [online]. Havlíčkův Brod: Sociální podnik FOVY s.r.o. [7.1.2023]. Dostupné z: <https://www.fovy.cz/o-nas/>

HAVLÍNOVÁ, Hana. 2018. *Případová studie – žák s poruchou autistického spektra a jeho začlenění do třídy ve škole běžného typu (úvod a 1. část)* [online]. Praha: 10. Národní pedagogický institut České republiky. [13.11.2022]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/k/s/21772/PRIPADOVA-STUDIE---ZAK-S-PORUCHOU-AUTISTICKEHO-SPEKTRA-A-JEHO-ZACLENENI-DO-TRIDY-VE-SKOLE-BEZNEHO-TYPU-UVOD-A-1-CAST.html>

MEDLÍKOVÁ, Jana. 2011. *Aktivizace všedního dne – několik myšlenek k aktivizaci (1. část)* [online]. 12 (8-9), 43-44. Tábor: Odborný časopis Sociální služby. [5.12.2022]. Dostupné z: <https://www.downsyndrom.cz/downuv-syndrom/obecne-informace/myty-a-realita.html>

MEDLÍKOVÁ, Jana. 2011. *Aktivizace všedního dne – několik myšlenek k aktivizaci (1. část)* [online]. 6 (6), 349-352. Olomouc: Pediatrie pro praxi. [12.12.2022]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2016/06/03.pdf>

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. 2022. *F70-F79 – Mentální retardace* [online]. Praha: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. [29.10.2022]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. 2022. *F80-F89 – Poruchy psychického vývoje* [online]. Praha: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. [27.10.2022]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F80-F89>

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. 2022. *Q90-Q99 – Abnormality chromozomů nezařazené jinde* [online]. Praha: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. [27.10.2022]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/Q90>

MICHÁLKOVÁ GRÉZLOVÁ, Tereza, MARKOVÁ Daniela, PTÁČEK Radek et al. *Psychiatrická problematika u předčasně narozených dětí* [online]. 6 (6), 349-352. Tábor: Odborný časopis Sociální služby. [5.12.2022]. Dostupné z: <https://www.downsyndrom.cz/downuv-syndrom/obecne-informace/myty-a-realita.html>

MPSV.CZ. 2022. *Sociální začleňování* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [20.11.2023]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-zaclenovani>

MSK.CZ. 2020. *Model sociální služby – Chráněné bydlení* [online]. Ostrava: Moravskoslezský kraj. [16.1.2023]. Dostupné z: https://www.msk.cz/assets/temata/eu/model_2_chranene-bydleni_1.pdf

MSK.CZ. 2020. *Model sociální služby – Sociálně terapeutické dílny* [online]. Ostrava: Moravskoslezský kraj. [16.1.2023]. Dostupné z: https://www.msk.cz/assets/temata/eu/model_3_socialne-terapeuticke-dilny_1.pdf

MUZIKOHRANI.CZ. 2022. *O MUZIKOTERAPII* [online]. Ostrava: Muzikohrani. [16.12.2022]. Dostupné z: <https://muzikohrani.cz/nabidka/muzikoterapie-a-muzikofiletika/mt-popis/>

RVP.CZ. 2022. *Popis poruch autistického spektra* [online]. Praha: 10. Národní pedagogický institut České republiky. [11.11.2022]. Dostupné z: <https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=12736>

SNOEZELN-PROFESSIONAL.COM. 2016. *Snoezelen* [online]. Berlin: International Snoezelen Association Snoezelen profesional e.V. [21.12.2022]. Dostupné z: <https://snoezelen-professional.com/de/snoezelen>

Legislativa

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Seznam tabulek

Tabulka 1: Mentální retardace MKN-10

Tabulka 2: Transformační tabulka