

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Adaptabilita u osob s mentálním postižením
Adaptability of people with mental disability



Bakalářská diplomová práce

Autor: Jana Mišelnická

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Olomouc

2016

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: Adaptabilita u osob s mentálním postižením vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V.....dne.....

Podpis.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D za vstřícnost, vedení a cenné odborné rady poskytnuté při zpracování bakalářské diplomové práce.

Obsah

Úvod	5	
1	Mentální postižení	
1.1	Etiologie mentálního postižení	6
1.2	Modely mentální retardace	8
1.3	Klasifikace mentálního postižení	9
1.4	Diagnostika a diferenciální diagnostika	11
2	Adaptabilita	
2.1	Definice	15
2.2	Vzdělávání	17
2.3	Integrace do škol	20
2.4	Sociální služby	22
2.5	Partnerství a intimní vztahy	24
2.6	Zaměstnání	25
3	Empirická část	
3.1	Cíl výzkumu	29
3.2	Typ výzkumu	29
3.3	Metody získávání dat	29
3.4	Etika výzkumu	33
3.5	Metody zpracování dat	33
3.6	Soubor	34
3.7	Výsledky	35
4	Závěr	41
5	Diskuze	42
6	Souhrn	44
	Literatura	45
	Abstrakt	48
	Přílohy	50

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila v oblasti, které se věnuji při dobrovolnické činnosti. V rámci těchto aktivit navštěvuji organizace pracující s osobami s mentálním postižením.

Cílem práce je navrhnout a otestovat škálu na posouzení míry adaptability u osob s mentálním postižením a následně pomocí polostrukturovaného rozhovoru otestovat její srozumitelnost a použitelnost do praxe. Dílčím cílem je poté na základě této škály posoudit předpokládanou míru adaptability u osob s mentálním postižením.

Osobně vnímám možnost adaptace jedinců s mentálním postižením do společnosti jako přínosnou. V rámci humanizačních a integračních trendů dochází k pozměňování postojů k jedincům s mentálním postižením. Od přesouvání jedinců do ústavní péče, kde nemají žádný program, se v poslední době objevuje stále větší míra zapojování těchto jedinců do společnosti v rámci tréninkových podniků, podporovaného zaměstnání, integrace do škol aj. V ústavní péči se využívají možnosti různých pracovních dílen a následný prodej těchto výrobků, zahradkářství a v poslední době také možnost chovu menších hospodářských zvířat.

1. Osobnost jedince s mentálním postižením

1.1. Mentální postižení a etiologie

Termín pochází z latiny, kdy mens znamená mysl, rozum a retardatio je zdržovat, zaostávat (Regec & Stejskalová, 2012). Termín mentální retardace pochází z USA a používá se zhruba od 30. let 20. století. Správné vymezení tohoto pojmu umožňuje popsat podstatné znaky tohoto stavu, ale také určit odpovídající speciální pedagogickou pomoc.

V roce 1959 se po konferenci Světové zdravotnické organizace v Miláně začal termín mentální retardace používat pro označení osob s poruchami intelektu. Pro příklad, v našich podmínkách existovalo na 20 pojmů, kterými byla označována mentální retardace (například duševně vadný, mentálně opožděný, slabomyslný, mentálně subnormní aj.) (Regec & Stejskalová, 2012).

Mentální postižení má interdisciplinární charakter, můžeme ho definovat podle řady kritérií: například podle etiologie, klinických symptomů, vývojových období, hloubky postižení či stupně inteligence (Krejčířová, 2007).

Světová zdravotnická organizace definuje mentální postižení jako: „stav zastaveného či neúplatného vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností projevujícím se během vývojového období, přispívajících k povšední úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních dovedností“ (Krejčířová, 2007, 7).

V Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch z roku 1994 se mentální retardace definuje jako „nedostatečné přizpůsobení se jedince přinejmenším ve dvou oblastech každodenní reality: v komunikaci, péči a sebeřízení, v samostatném zvládnutí domácnosti, v úrovni sociálních schopností, využívání společenských zdrojů, ve funkčních akademických schopnostech, v práci, odpočinku, zdraví a bezpečnosti“ (Kysučan, 2002, 5).

Mentální retardací rozumíme nedostatečný vývoj rozumových schopností, který může být vrozený nebo získaný. Defekt intelektu, který vznikl po rozvinutí rozumových schopností, označujeme jako demence. Americká psychiatrická asociace a poté i Světová zdravotnická organizace nahradili starší termíny novým označením. Dříve označovanou oligofrenii na mentální retardaci, dále pak lehkou mentální retardaci (dříve označovanou jako debilita), středně těžkou mentální retardaci (imbecilita) a hlubokou mentální retardaci (idiocie). Toto nové pojmenování vzniklo především díky pejorativnímu významu starého označení (Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

Mezi obecné klinické projevy řadíme neschopnost pochopit a vysvětlit jednoduché věci, problémy s abstrakcí, větší sugestibilitu, nižší kritičnost a snadnější podlehnouti prvnímu dojmu. Myšlení osob bývá jednostranné, úzké, často pouze reprodukuje a ulpívají na realitě. (Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

Charakteristické u mentální retardace je preference známého prostředí a závislost na jiné osobě, ke které mají blízký vztah a díky které pocítují citovou jistotu. Mohou se tak orientovat v okolním světě, který se jim mnohdy zdá nesrozumitelný. Problémy v učení nejsou dány pouze v nedostatečném porozumění, ale také v nedostatku pozornosti a v oblasti vstřípení a udržení informace. Při učení je vhodné používat mechanický a asociační příklad. Čím je postižení větší, tím je nižší efektivnost učení, což vyvolává rezignaci okolí. Lidé s mentálním postižením dávají přednost starému a osvědčenému, učení se novým věcem nemívají příliš v oblibě. Nicméně v přítomnosti osoby, ke které mají pozitivní citový vztah, se dokáží naučit více. Dělají to ovšem spíše pro toho člověka než pro sebe sama. U verbální komunikace je narušeno jak porozumění řeči, tak také mluvený projev. Mezi typické znaky patří jednodušší vyjadřování, preference jednoduchých vět, problémy s výslovností. U osob s mentálním postižením se může vyskytovat vyšší dráždivost, vyšší pravděpodobnost k afektivním výbuchům či mrzuté náladě. Chování je zaměřené na okamžité uspokojení potřeb a mnohdy neodpovídá dané situaci (Vágnerová, 2014).

Při stimulaci dávají přednost stereotypnímu, jednoduššímu a jednoznačnému podnětu. U dětí s mentálním postižením se stává, že jejich stimulace není dostatečná nebo je naopak zatěžující. Důležité hlavně je, aby byly dané podněty pro ně srozumitelné, jinak to může vyvolat záchvat vzteku nebo tendenci uniknout ze situace (Vágnerová, 2014).

Příčiny mentální retardace nelze jednoznačně určit díky značné symptomatické variabilitě a rozdílnému mentálnímu deficitu. Většinou se vychází z předpokladu více příčin, ale v nestejném časovém výskytu (Langer, 1995). Kategorizace mentálního postižení se různí. Rozlišujeme endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější) příčiny, v literatuře se setkáváme s termínem vrozené nebo získané postižení.

Z biologického hlediska hraje důležitou roli pro normální mentální vývoj a chování mozkový kmen. K poškození mozku může dojít v prenatálním (před porodem nebo krátce po něm), perinatálním a postnatálním (v průběhu života) období vlivem toxických, metabolických nebo nutričních poruch. Mezi mechanické, chemické nebo toxické působení patří drogy, alkohol, nikotin, chemikálie, rentgenové záření (Langer, 1995).

Perinatální období je významné působením dědičných, tzv. hereditárních faktorů. Mezi tyto faktory řadíme specifické genetické poruchy, infekce matky (například zarděnky, chřipku, neštovice, syfilis aj.) a další faktory, které dítě dědí po rodičích a mohou vést k lehké až těžké mentální retardaci. Skupinu specifických genetických poruch tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů, změnou struktury nebo genovou mutací. K nejčastějším vrozeným syndromům patří trizomie 21. chromozomu známá jako Downův syndrom (Valenta & Müller in Valenta, Michalík, Lečbych & kol, 2012). V tomto období může ohrozit vývoj centrální nervové soustavy mechanické poškození mozku, nedostatek kyslíku, nedonošenost nebo nízká porodní váha.

V postnatálním období jde o kombinaci více faktorů. Kromě biologických se zkoumá také vliv těch sociálních. K těm patří sociálně psychologické, výchovné faktory a faktory prostředí, ve kterém rodina žije (Langer, 1995). K sociálním faktorům řadíme deprivaci nebo neadekvátní výchovu vzhledem k nižšímu intelektovému vybavení rodičů (Valenta & Müller in Valenta, Michalík, Lečbych & kol, 2012). Biologické a sociální příčiny tvoří strukturu, která je odlišná pro různé stupně mentální retardace. K odhalení těchto struktur je potřeba mít co největší počet údajů o daném dítěti a vhodné metody pro odhalování příčin (Langer, 1995).

Prevalence mentální retardace se projevuje asi u 3% populace, 1,5-2krát častěji u mužů než u žen. Pokud má mentální retardace známou biologickou příčinu, vyskytuje se stejně často ve vyšších i nižších společenských třídách. U nejasných příčin se častěji vyskytuje v nižších socioekonomických třídách (Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

1.2. Modely mentální retardace

Stejně jako na každý pojem v psychologii, i na mentální retardaci se v literatuře pohlíží z různých úhlů. Odlišný pohled vidíme u lékařů, kteří se zabývají limity, sociální pracovníci pak možnostmi rozvoje a získávání nových schopností (Lečbych in Valenta, Michalík, Lečbych & kol., 2012).

Medicínský model patří v naší kultuře k nejrozšířenějšímu a definuje mentální retardaci jako negativní vývoj rozumových schopností, který ovlivňuje kvalitu úsudku a tím i zapojení jedince do společnosti. K výhodám tohoto modelu patří možnost prenatální diagnostiky, která umožňuje včasné identifikování faktorů, které vedou k rozvoji postižení. Medicínský model

uvádí klasifikaci mentální retardace na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou (Lečbych in Valenta, Michalík, Lečbych & kol., 2012).

Model ústavní sociální péče nahlíží na jedince s mentálním postižením se soucitem, který pramení z odmítání ze strany majoritní společnosti, s cílem poskytnout těmto lidem ochranu a komplexní péči. Tento model byl inspirován postojem lidí v nalezincích, ve kterých byl kladen důraz na právo na důstojný život člověka. K přednostem modelu patří poskytování komplexní péče osobám, které se ocitly bez rodiny, komunity. Při těžkém kombinovaném postižení se tento model ukazuje jako vhodný, při mírnějších formách může vést k potvrzení závislosti jedince na ostatních lidech (Lečbych in Valenta, Michalík, Lečbych & kol., 2012).

Cílem ekologického modelu je řešení problémů vyplývajících z integrace jedinců do společnosti. Základní myšlenka spočívá v právu člověka účastnit se dění ve společnosti bez ohledu na postižení. Pouze pokud by začlenění do společnosti představovalo riziko pro jedince nebo komunitu, má být přistoupeno ke krajní možnosti, a to umístění do ústavní péče. Podle ekologického modelu charakteristika mentální retardace není daná pouze nedostatečným rozvojem rozumových schopností, ale také mírou podpory, kterou daný jedinec ve svém okolí potřebuje k participaci. Výhodou modelu je možnost individuálního posouzení každého jednotlivce na základě přesnějšího zhodnocení jeho schopností, zdůrazňování silných stránek, plánů do budoucna apod. (Lečbych in Valenta, Michalík, Lečbych & kol., 2012).

1.3. Klasifikace mentální retardace

Mentální postižení můžeme dělit do dvou typů. Prvním z nich je eretický (neklidný) typ, který je charakteristický zejména neklidem, snadným rozrušením a útlumem. Druhým je apatický (torpidní, netečný), pro který je typické spíše klidné, tiché chování, občas se mohou vyskytovat automatické pohyby (Krejčířová, 2007).

Při klasifikaci mentální retardace se používá aktuálně 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou zpracovává Světová zdravotnická organizace. V mezinárodní klasifikaci nemocí se mentální retardace rozděluje do šesti základních kategorií.

Lehká mentální retardace IQ (50-69).

Do této skupiny patří 80-85% postižených. Jedinci s lehkou mentální retardací většinou zvládnou schopnost užívat řeč účelně v každodenním životě, verbálně komunikovat

v dospělosti. Bývají schopni úplné nezávislosti v osobní péči a domácích pracích (Švarcová, 2011). Na začátku jejich neuropsychického vývoje je patrné jisté opoždění, jasněji se tento nedostatek objeví ve věku předškolním nebo školním (Kysučan, 2002). Většina se pohybuje na intelektuální úrovni 10 - 11 let a vzdělávací program základní školy nejsou schopni většinou zvládnout (Švarcová, 2011). Problémy se objevují při práci s abstrakcí, mechanická činnost často není narušena. Jsou zvýšeně sugestibilní, mají sklon ke zkratkovitému jednání a často mění práci (Praško, 2011).

V sociokulturním kontextu mohou vykonávat spíše manuální práci, která neklade důraz na teoretické znalosti. Důsledky mentální retardace se projeví, pokud je jedinec značně sociálně a emočně nezralý. V takových případech se špatně adaptuje na životní změny, kulturní tradice, nedokáže samostatně řešit problémy běžného každodenního života jako například udržení práce, výchova dětí, finanční zabezpečení aj. Přidružené chorobné stavy, které se vyskytují, jsou epilepsie, autismus, další vývojové poruchy, poruchy chování nebo tělesné postižení (Švarcová, 2011).

Středně těžká mentální retardace IQ (35 – 49)

Tato forma mentální retardace bývá diagnostikována přibližně u 10% jedinců. Jejich rozvoj schopnosti chápání a užívání řeči, stejně jako schopnost starat se sám o sebe je značně opožděná. Jejich mentální věk se pohybuje okolo 4 - 8 let a při kvalifikovaném pedagogickém vedení si osvojí základy psaní, čtení a počítání (Švarcová, 2011). Povinnou školní docházku absolvují většinou v základních školách speciálních nebo ve speciálních třídách. Citově bývají labilní a nevyrovnaní, což může vést ke zkratkovitému jednání. (Kysučan, 2002). Bývají málo vytrvalí a motoricky neobratní (Praško, 2011). V dospělosti mohou vykonávat pečlivě strukturované manuální práce s dohledem, samostatný život je možný zřídka. V této skupině dochází k rozdílné povaze schopností. Někteří jsou zdatní v sensoricko-motorické oblasti a jiní prokazují vývoj schopností k navazování kontaktu a komunikaci s druhými lidmi, někteří se nenaučí mluvit nikdy. Nicméně mohou porozumět verbálnímu sdělení a využívat forem gestikulace a jiných nonverbálních forem komunikace. U některých jedinců se středně těžkou mentální retardovaných lze diagnostikovat dětský autismus, tělesné postižení nebo epilepsii (Švarcová, 2011).

Těžká mentální retardace IQ (20 – 34)

Tato kategorie zahrnuje asi 5% případů. Jedinci s těžkou mentální retardací většinou nezvládají základy čtení, psaní nebo počítání, ale jsou schopni si osvojit mnoho užitečných

dovedností. Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které ukazují na poškození centrálního nervového systému. Jejich mentální věk se v rozmezí 18. měsíců až 3,5 let (Švarcová, 2011). Jejich psychika, včetně myšlení se rozvíjí většinou až v dospělosti, proto je nutné umožnit těmto jedincům podnětné prostředí už od dětství (Kysučan, 2002).

Hluboká mentální retardace IQ (nižší než 20)

Tato skupina tvoří necelé 1% populace. Jedinci mají omezenou schopnost splnit požadavky či instrukce druhých stejně jako porozumět řeči. Jejich schopnost komunikace je omezená na elementární neverbální komunikaci (úsměv, zamávání,...). Vyžadují stálou péči a dohled druhých, často bývají imobilní. Díky specifickým metodám se mohou rozvíjet jejich motorické schopnosti, nicméně hodnota IQ se nedá přesně změřit, mentální věk je nižší než 18. měsíců (Švarcová, 2011). Schopnost učení je minimální, obvykle neudržují čistotu, sami se nedokáží o sebe postarat (Praško, 2011). U této skupiny jsou běžné neurologické nebo jiné tělesné nedostatky v hybnosti, epilepsie, poškození zrakového nebo sluchového vnímání a atypický autismus.

Jiná mentální retardace

Tato kategorie by se měla používat v případech, že klasické metody nelze provést vzhledem k somatickému nebo senzoryckému poškození (například u nevidomých, neslyšících, jedinců s autismem nebo těžce postižených osob,...) (Švarcová, 2011).

Nespecifická mentální retardace

Do této kategorie spadají případy, kdy je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací k zařazení do nějaké výše uvedené kategorie (Švarcová, 2011).

1.4. Diagnostika a diferenciální diagnostika

„Diagnostiku můžeme charakterizovat jako druh poznání, které ústí v určitý druh vědecky podložených poznatků o zkoumaném (diagnostikovaném) jevu – tzn. v diagnózu“ (Kysučan, 2002, 15). Včasná diagnostika umožňuje rozpoznání a odhalení postižení a zahájení pedagogické pomoci. K doporučeným požadavkům speciálně pedagogické diagnostiky patří: komplexní vyšetření různými specialisty, všestranné poznání jedince, diferencované hodnocení (rozpoznání individuálních vlastností od specifických charakteristik daného postižení),

dynamičnost (dlouhodobé pozorování), prognostika, systematicčnost a plánovitost speciálně pedagogické diagnostiky a validita. K diagnostickým metodám patří rozhovor, dotazník, anamnéza, pozorování, experiment a testové metody (Kysučan, 2002).

Při diagnostice mentální retardace není rozhodující pouze selhání v inteligenčních testech, ale také selhávání v plnění přiměřeného očekávání ze strany sociálního okolí. Jednotlivá pásma mentální retardace vznikla umělým členěním, rozdělení podle hodnot IQ tedy nelze brát jako absolutně přesné. Při posuzování jednotlivých pásem hraje významnou roli kvalita zvládání životních nároků daného jedince v životě. Diagnostika by se měla zabývat tím, jak se dítě učí, které smyslové modality nejvíce využívá, co ho nejvíce motivuje (může se jednat o pozitivní změnu v jeho prostředí nebo pochvalu, možnost ukázat vlastní schopnosti, dovednosti). Ke komplexní diagnostice patří i to, jak dítě navazuje sociální kontakty, jak zvládá náročné situace a charakteristiky jeho sebepojetí. Součástí je také diagnostika rodinná, kde se popisuje funkční styl rodiny a dominantní potřeby všech členů rodiny, které slouží k vytvoření individuálního a stimulačního programu, který bude zapadat do běžné denní rutiny rodiny. (Krejčířová in Říčan, Krejčířová & kol., 1997). Podrobněji o adaptabilitě osob s mentálním postižením, jejím vývoji a popisem hlavních oblastí pojednává druhá kapitola.

Stanovení diagnózy je dlouhodobý proces, který vyžaduje komplexní zkoumání jedince v rovině biologické, psychologické i sociální. Co se rozumových schopností týče, jsou závislé jak na vlohách a zrání, tak na učení a výchově. Jak ukazují výzkumy, individuální rozdíly v rozumových schopnostech závisí na biologických i sociálních činitelích (Švarcová, 2011).

U konkrétní diagnózy se vychází z psychologického vyšetření kognitivních funkcí, případně také vyšetření psychiatrického i neurologického. Jednou z důležitých částí je dlouhodobé pozorování dítěte v jeho přirozeném prostředí. Při stanovování diagnózy je dobré brát ohled na to, že jedinec s mentální retardací se hůře přizpůsobuje novým podmínkám, obtížněji navazuje nové kontakty, což se může projevit v jeho výkonu. Hodnoty z testů mohou být vzhledem k těmto podmínkám do značné míry zkresleny. Stále více psychologů se domnívá, že testy, měřící rozumovou úroveň dítěte poskytují pouze hrubý odhad, který nepoukazuje na možnosti dítěte. (Švarcová, 2011).

Zjišťování úrovně rozumových schopností se orientuje na zkoumání základních mentálních a psychomotorických funkcí, dále na zjišťování poměru složek verbálních a neverbálních, které jsou důležitým ukazatelem etiologie mentální retardace a slouží k diferenciální diagnostice mentální retardace (Švarcová, 2011).

Kolísající IQ hodnoty jsou důsledkem momentálního psychického rozpoložení, formě kladení otázek, časového odstupu a vhodnosti testu pro osobu s mentální retardací. Podle M. Dolejšího (1978) by se diagnostika měla obírat o soubory testů, klinického zhodnocení chování a osobnosti dítěte a také o anamnézu a životní podmínky dítěte, ne pouze o výsledky IQ testů (Švarcová, 2011).

Diagnostika by se měla zaměřovat na odhalování některých z individuálních zvláštností, jako například hudební nebo výtvarné nadání, které by se mohly stát hlavním segmentem jeho dalšího vývoje, ne pouze zdůrazňovat nedostatky (Švarcová, 2011).

Problémem diagnostiky a diferenciální diagnostiky je mnohdy neaktuálnost používaných metod či rozdílnost kulturního prostředí. U testů inteligence ovšem platí, že účinnější jsou testy vytvořené na jinou kulturní skupinu než zastaralé normy (Valenta, Michalík, Lečbych & kol., 2012).

Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika slouží k oddělení mentální retardace od retardace zapříčiněné deprivací. Důvodem deprivace může být tělesné nebo smyslové postižení, vývojové poruchy chování a řeči, zanedbávání rodinného prostředí nebo ústavní péče. V těchto případech se vychází zejména z pozorování a schopnosti dětí učit se přímo při vyšetřování. Děti deprivované se oproti očekávání učí rychleji než dítě s mentální retardací. Dalším kritériem je nevyváženost ve výkonu dítěte. Nicméně při vhodné změně prostředí je tento stav částečně reverzibilní (Valenta, Michalík, Lečbych & kol., 2012).

U demence dochází k zhoršování stavu, zatímco inteligence u mentální retardace je poměrně stejnoměrně rozložená. Demenci můžeme diagnostikovat až po druhém věku života. Rozdělení mentální retardace od demence je důležité zejména pro farmakologické ovlivnění (Lečbych in Valenta, Michalík, Lečbych & kol., 2012).

Dětský autismus je často přidruženou diagnózou spolu s těžkou mentální retardací. K problémům dochází nejen díky snížené inteligenci, ale také díky poruchám v oblasti sociální interakce. Zvláštním typem je tzv. Aspergerův syndrom, pro který je charakteristický normální, až zvýšený intelekt. Vyskytuje se spíše stereotypizace zájmů a ne stereotypizace motoriky (Lečbych in Valenta, Michalík, Lečbych & kol., 2012).

Schizofrenie a schizofrenní poruchy patří k nejzávažnějším psychickým poruchám a mohou se začít projevovat už od dětství. V dětství má často nenápadný začátek, přitom včasné

rozpoznání a zahájení léčby má velmi významný vliv. U schizofrenie dochází k narušení integrace mysli (často označované jako „rozštěpení mysli“), která nefunguje jako celek. Kromě vnímání, myšlení a řeči dochází k narušení emočního prožívání, také se mohou objevovat nápadnosti v chování. Vyskytují se bludy paranoidní, velikášské, zrakové a sluchové halucinace. Zejména u těžších forem mentální retardace bývá odlišení schizofrenie od ostatních poruch osobnosti velmi obtížné. Diagnóza by se měla stanovovat na základě zevrubného psychiatrického vyšetření a nejen na základě symptomů (Švarcová, 2011). Zejména u posuzování kognitivních funkcí a poruchách řeči se může jednat o překrývání příznaků vlivem mentální retardace (Lečbych in Valenta, Michalík, Lečbych & kol., 2012). V akutní fázi se u lidí s mentální retardací objevují bludy a halucinace, agresivní a autoagresivní jednání. V chronické naopak apatie, nedostatek motivace, negativismus (Švarcová, 2011). Podle Höschleho, Libigera, Švetska a kol. (2002) se schizofrenie u osob s mentální retardací vyskytuje až v 16% případů.

Poruchy příjmu potravy jsou u osob s mentální retardací celkem častý jev. Častou poruchou je ruminace, tj. mimovolný návrat potravy zpět ze žaludku do dutiny ústní, kde je opakovaně přežvýkána a poté znovu spolknuta. U osob se střední až těžkou mentální retardací se může jednat o zafixovaný zlozvyk, kterým navozují libé pocity. Další poruchou je pika, při které dochází k požívání nestrávitelných předmětů a látek a je charakteristická pro osoby se střední až těžkou mentální retardací. Mentální anorexie a bulimie se vyskytují také, nicméně jejich výskyt není tak častý (Lečbych in Valenta, Michalík, Lečbych & kol., 2012).

Charakteristickým znakem pro neurotické poruchy je nadměrný strach či úzkost. U dospělých jedinců s mentální retardací se nejčastěji vyskytují tyto neurotické poruchy: agorafobie, sociální fobie, panická porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha nebo porucha přizpůsobení (Švarcová, 2011).

2. Adaptabilita

2.1. Definice

Adaptabilitou se v různých publikacích rozumí „*schopnost jedince přizpůsobit se prostředí, a to přírodnímu i společenskému*“ (Petrová in Valenta Michalík, Lečbych & kol., 2012, 249). Jedná se o komplexní projev člověka, proto by se při diagnostice mělo brát ohled nejen na výsledky testů, ale také na historii a aktuální stav jedince (Vágnerová, 2004).

Podle Wechslera je inteligence „*souhrnná nebo celková schopnost jednotlivce jednat účelně, myslet racionálně a účinně jednat se svým okolím*“ (Mackintosh, 2000, 10). V této definici zdůrazňoval kromě kognitivních aspektů také adaptaci jedince na prostředí. Gardner (1993) se ve své teorii mnohačetné inteligence zabývá inteligencí osobně-sociální a intrapersonální (Mackintosh, 2000).

Termínem sociální inteligence se vědci zabývají od počátku testování inteligence. Humphrey v roce 1976 zkoumal chování primátů a dospěl k závěru, že je pro ně důležitější inteligence sociální než praktická. Jejich inteligence se rozvinula s potřebou vyrovnávat se sociálním požadavkům, svému postavení ve společnosti a potřebou naučit se jednat s ostatními podle hierarchického uspořádání ve skupině. Sociální inteligenci využíváme při chápání druhých lidí, projevování zájmu, ohleduplnosti, přesnosti, citlivosti k problémům druhých lidí a zájmem o jejich potřeby (Mackintosh, 2000).

V psychologickém pojetí se slovo adaptace dává do souvislosti s přizpůsobením se kulturnímu a sociálnímu prostředí. Jedná se tedy o změnu chování, myšlení a postojů po přechodu do nového prostředí, o zvládání nároků nebo požadavků prostředí, aktivní působení na prostředí s cílem změnit toto prostředí aj. „*Pocit osobní jednoty a identity (integrity, coherence) je základem adaptivního chování člověka*“ (Petrová in Valenta Michalík, Lečbych & kol., 2012, 249). Člověk si v průběhu evoluce vyvinul schopnost přizpůsobovat se novým situacím díky tvořivému myšlení, učení, ale také schopnost přizpůsobovat si své okolí.

Sternberg pracoval s termínem úspěšná inteligence, která podle jeho názoru obsahuje analýzu vlastního jednání, plánování a rozhodování mezi možnými postupy, vyhodnocení efektivity jednání. V tomto pojetí úspěšné inteligence dochází u osob s mentálním postižením k omezení jejich schopnosti adaptability (Vágnerová, 2004). V roce 1981 Sternberg realizoval experiment s dvěma skupinami. První tvořili psychologové, druhou osoby různého povolání a jejich úkolem bylo popsat charakteristické vzorce jednání a způsoby chování u inteligentních

jedinců. Výsledkem byly tři důležité hlediska při posuzování inteligence: schopnost řešit problémy, verbální inteligence a praktická inteligence nebo společenská obratnost (Mackintosh, 2000).

Vývoj adaptability začíná v raném věku, kdy se dítě skrze zpětnou vazbu rodičů nebo jiných pro ně významných osob postupně učí regulovat své chování samo, i když ho v daný okamžik nikdo nekontroluje. (Vágnerová, 2004). Pro rodiče dětí s mentálním postižením může být složitější navázat s dítětem kontakt už v raném dětství, protože se u dítěte objevuje později úsměv a rozlišování matky od okolí (Říčan, Krejčířová, & kol., 1997).

Při hře s dětmi bývají rodiče více aktivní, učí děti, ale radost ze hry s nimi je menší. Méně často dochází k interpretaci spontánního chování dětí, což je důležité, protože se díky této interpretaci dítě učí porozumět důsledkům vlastní akce a také jeho sociálnímu užití. Toto chování může vycházet z nedostatečné iniciativy dítěte, ale také ze snahy rodičů pomoci dítěti. Další obtíží při komunikaci mezi rodičem a dítětem může být vokalizace dítěte, která nemusí odpovídat dialogu a také méně často používané gesta. Vokalizace a gestikulace dítěte mohou zhoršovat porozumění dítěti a nemožnost rodičů reagovat na příležitosti, které by byly vhodné pro rozvoj řeči. Co se týče chování dítěte, tak bývá mnohdy nepřiměřené a je zdrojem konfliktu mezi matkou a dítětem, i když chování dítěte odpovídá chování zdravého dítěte stejného vývojového období. Při nižší reaktivitě může naopak matka mít pocit, že je ignorována či dokonce odmítána (Říčan, Krejčířová, & kol., 1997).

Základní podmínkou integrace z časového hlediska je včasné určení diagnózy a prognózy. Diagnóza by měla obsahovat stránku lékařskou (zabývá se zdravotním stavem a možnostmi daného jedince, stejně tak jako předpokládaným budoucím vývojem), psychologickou (určuje psychické a kognitivní možnosti vývoje, včetně možnosti budoucího vzdělávání a výchovy) a pedagogickou (pomocí pozorování sleduje možnost rozvinutí výše zmíněných dovedností na základě vzdělávání a výchovy), které jsou navzájem provázané (Podešva, 2007).

K hlavním znakům mentálního postižení patří porucha vývoje myšlení, řeči, omezená schopnost učení. Z toho vyplývá obtížnější adaptace na běžné životní podmínky a opožděný vývoj socializace. U osob s mentálním postižením nebo demencí je častá sociální závislost, protože mají nedostatečnou schopnost učit se na základě minulé zkušenosti nebo přizpůsobovat se novým situacím a podmínkám (Vágnerová, 2004). Komunikace mezi rodičem a dítětem je

méně empatická, protektivní a bývá kratší díky omezenému rozvoji komunikačních schopností (Vágnerová, 2014).

Lidé s mentálním postižením obtížně chápou sociální diferenciaci, což se projevují tím, že nedokáží pochopit smysl a důvod rozdílného chování různých lidí. Děti s mentálním postižením nejsou limitovány pouze nedostatkem rozumových schopností, ale tím, že si s nimi ostatní děti nechtějí hrát. Nemají proto zkušenosti s hrou, nedokáží pochopit hry ostatních dětí (Vágnerová, 2014).

V dospělosti nemívají potřebu odpoutávat se od rodičů. Naopak jim toto pouto vyhovuje. Rodina jim poskytuje zázemí a pocit jistoty. Rodiče ani nenapadne, že by měli podporovat samostatnost jejich dítěte, proto často nezvládají ani to, co by mohli. Určitou možností po smrti rodičů je chráněné bydlení, které nabízí možnost osamostatnění se. Smyslem chráněného bydlení je pobyt několika osob s mentálním postižením se sociálním pracovníkem, který pomáhá jedincům s činnostmi, které nezvládnou.

Míra „nedostatečnosti“ závisí na typu postižení. Jedinci často trpí poruchami afektivity a chování. Stanovení přesné diagnózy je důležitý krok, ovšem v raném věku obtížný. Adaptabilita je komplexní projev člověka, proto by se při diagnostice mělo brát ohled nejen na výsledky testů, ale také na historii a aktuální stav jedince (Vágnerová, 2004).

2.2. Vzdělávání

Předškolní vzdělávání

V prvních letech může rodina využívat střediska rané péče, která fungují na principu terénní služby, kdy pracovníci dojíždějí za dítětem a rodinou. Poskytují zejména služby poradenské, soustřeďují se na práci s dítětem. Své služby poskytují převážně do 3 let věku dítěte, ve výjimečných případech i po nástupu do školy (Bendová & Zikl, 2011).

První institucí, kde dítě dochází, je mateřská školka. Děti s lehkým mentálním postižením dochází většinou do běžné mateřské školky, v té době mnohdy ještě ani nemají diagnostikovanou lehkou mentální retardaci. Děti s těžšími formami mohou docházet do speciálních MŠ, které jsou uzpůsobené jejich potřebám (menší počet žáků, speciální pedagogové). Existují i školky pro kombinované postižení (MŠ pro děti s vadami sluchu, logopedické třídy aj.), kde mohou děti docházet (Bendová & Zikl, 2011).

Novela zákona číslo (472/2011 Sb.) umožňuje před začátkem školní docházky navštěvovat přípravný stupeň ZŠ speciální, který je určen pro děti s autismem, středně těžkou, těžkou nebo hlubokou mentální retardací. Dítě může nastoupit od pátého roku na povinnou školní docházku. Počet žáků ve třídě je snížen na čtyři až šest. V rámci základních škol se otevírají přípravné třídy pro sociálně znevýhodněné děti, kde dítě s mentálním postižením může nastoupit. Otevírají se rok před nástupem dítěte do školy a vyučuje se podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání.

Školní období

Devítiletá školní docházka je v České republice povinná pro všechny děti. Začíná v šesti letech a i přes odklad musí žák nastoupit do školy nejpozději v osmi letech. K ukončení školní docházky dochází tedy v 17 letech, v případě zdravotního postižení může být tato hranice posunuta až na 20 let. U žáků s těžšími formami mentálního postižení, různými kombinacemi či autismem může být prodloužena na 26 let (Bendová & Zíkl, 2011). Žáci s mentálním postižením mohou zvolit ze základních forem základního speciálního vzdělávání a to formu individuální integrace ve třídách základní školy nebo školy určené pro žáky s jiným druhem postižení podle individuálního vzdělávacího plánu, formou skupinové integrace ve třídě, studijní třídě zřízené pro žáky se zdravotním postižením v rámci běžné školy nebo speciální škole pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení nebo v základní škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (VÚP, 2005).

Lehčí formy mentální retardace bývají školsky vzdělatelní. U těch těžších forem bývají jedinci nevzdělatelní a zůstávají buď v rodinách, nebo v ústavu sociální péče (Langer, 1995). Zahraniční výzkumy ukazují, že při velkém pedagogickém úsilí a schopnostech je i u jedinců s těžší formou mentální retardace možnost rozvoje osobnosti. Tento způsob je finančně nákladný, neboť vyžaduje zvýšení počtu pedagogů, náklady na přepravu do škol, speciální školní pomůcky a náklady spojené s umožněním pohybu dětí po školách (Kysučan, 2002).

V základních speciálních školách by mělo být od nejnižších tříd zaměření na rozvíjení těch složek osobnosti dítěte, které se později uplatní při zařazení jedince do společnosti. U lehčí mentální retardace je tento proces ztížený tím, že mnozí žáci si neuvědomují, že se budou muset zapojit do společnosti. Někdy se také uchylují ke snění o povolání, které jsou pro ně nereálné, jako například lékaři, ředitelé firem apod. S přibývajícím věkem dochází k reálnějším volbám (Langer, 1995).

Cílem základních škol používajících Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením je pomocí výchovných, vzdělávacích prostředků a metod připravit žáky na zapojení nebo úplnou integraci do společenského života. Tyto školy dříve byly označovány jako zvláštní, protože nabízely vyučování těm žákům, kteří nebyli schopni zvládat osnovy normálních základních škol. Byli to žáci s lehkou mentální retardací, poruchami chování, ale také z nepodnětného prostředí (Švarcová, 2011).

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (Praha, VÚP, 2005) je podobný vzdělávacímu programu na normálních základních školách a vznikl na základě dlouhodobých zkušeností učitelů ze zvláštních škol po celé ČR. Tento program je rozdělen do devíti oblastí, které jsou koncipovány tak, aby odpovídaly rozumovým schopnostem žáků. Mají především rozvíjet jejich poznávací a komunikační schopnosti, zájmy a potřeby (Švarcová, 2011). Cílem programu je osvojení strategií učení a motivace k učení, podněcování k tvořivému myšlení, logickému uvažování a k řešení problémů, vedení k všestranné a účinné komunikaci, k samostatnosti, svobodnosti a zodpovědnosti, vědomosti o právech, naplňování povinností aj. (VÚP, 2005).

Základní školy speciální (dříve označované jako pomocné) jsou určeny žákům se středním až těžkým mentálním postižením. Obsahem výuky bývá osvojování a rozvíjení přiměřených znalostí, rozvíjení komunikačních, motorických schopností, vypěstování návyků, samostatnosti, samoobsluhy a schopností ke snižování závislosti na druhých osobách. Tento druh školy vyžaduje odborné speciálně-pedagogické vzdělání učitelů, speciální učebnice a pracovní sešity, přizpůsobený časový rozvrh a klidné, tiché, nestresující prostředí. Každá škola si vytváří svoji osnovu na základě Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní speciální školy (Praha, VÚP, 2008). Školní docházka v této škole je desetiletá, z toho devět let je povinná, desátý ročník není povinný. Cílem základních škol speciálních je rozvíjet vědomosti, dovednosti a návyky žáků tak, aby se maximalizovaly možnosti pozdějšího zapojení do společnosti. O úspěšném zapojení nerozhodují pouze vědomosti, ale také pozitivní vztah a komunikace s ostatními lidmi. Problémem u jedinců s těžkou mentální retardací je nedostatek volných vlastností. Tito žáci většinou neprojevují zájem o učení a nejsou schopni soustředěně pozorovat vyučování. Je proto nutné, aby každý z učitelů našel u každého žáka vhodnou motivační činnost (Švarcová, 2011).

Pokud žák ukončí ZŠ, může po splnění kritérií nastoupit na jakoukoliv střední školu. Většina žáků si ovšem vybírá školy, které jsou uzpůsobené jejich potřebám. Může se jednat o

odborné učiliště, délka studia se pohybuje kolem dvou až třech let a po absolvování získá žák výuční list (Bendová & Zikl, 2011).

Pro rozvoj schopností je nutné už v základních školách speciálních rozvíjet senzomotorické vlastnosti, včetně manuální činnosti v rámci kreslení, psaní, tělesné výchovy; rozvíjet představy o různých povoláních vhodné pro konkrétní možnosti jedince; rozvíjet záliby a později zájmy; rozvíjet volní a emoční faktory zvláště v souvislosti s formováním zálib; konkrétním příkladem ukázat různá povolání; rozvíjení různých etických a morálních zásad; propagování možností lidí s mentální retardací (Langer, 1995).

Existují také rehabilitační třídy, jejichž cílem je získání a osvojení některých základních vědomostí, návyků a dovedností, které pomáhají k získání alespoň částečné soběstačnosti, zlepšení komunikace s okolím či zlepšení motorických schopností. Tyto třídy jsou určeny zejména žákům s těžkým mentálním postižením nebo s kombinacemi vad (Krejčířová, 2007).

Ústav sociální péče pro mentálně postižené není primárně vzdělávací institucí, nicméně by měl svým klientům zařídit vzdělání. Osoby s těžkou a hlubokou mentální retardací mohou být osvobozeni od školní docházky. Ústavy, kde tyto osoby bývají umístěny, nabízejí svým klientům komplexní výchovu, péči a vzdělání. Činnosti v těchto ústavech nemají charakter vyučovací hodiny, nicméně obsahově jsou srovnatelné (Kysučan, 2002).

Ústavní péči rozlišujeme s denním, týdenním a celoročním pobytem. Do denních stacionářů docházejí děti v době, kdy jsou jejich rodiče v práci. U dospělých jedinců má denní stacionář podobu chráněných pracovišť. Na pomezí mezi ústavní a domácí péčí se nachází týdenní pobyt, který znamená velkou pomoc pro rodiny s mentálně postiženým jedincem (Krejčířová, 2007).

2.3. Integrace jedinců do škol

„Integrace v širším smyslu je obecně začlenění osob s nějakým znevýhodněním, nebo postižením do společnosti“ (Bendová & Zikl, 2011, 42). V užším slova smyslu se jedná o začleňování dětí se speciálními potřebami do běžných škol. Školní integraci můžeme chápat jako začátek dosažení širší integrace sociální. Integrace je proces, nikoliv stav. Nelze proto čekat, že pokud dáme dítě se speciálními potřebami do běžné třídy, dojde hned k jeho integraci. V současné době je s pojmem integrace spojován také termín inkluze, což může být přeloženo jako začlenění, obsazení, být úplnou součástí. Inkluze je často chápána jako celospolečenské

začlenění, kdežto integrace se týká školního prostředí. Integrace žáků rozdělujeme na dysfunkční a funkční. O dysfunkční mluvíme tehdy, pokud negativní složky převažují výhody. Například pokud je dítě integrováno sociálně, ale v oblasti vzdělávání je zanedbáváno (stejný počet hodin, stejné úkoly, není přítomen asistent pedagoga, aj.). V takovém případě se můžeme setkat s tím, že dítě nezvládá učební látku a později se může objevit negativismus, ztráta motivace či odmítání se učit. Naproti tomu o funkční integraci mluvíme, když přínosy jednoznačně převažují nad negativy (Bendová & Zikl, 2011).

V České republice se setkáváme hlavně se skupinovou integrací, kdy je až pět žáků integrováno do jedné třídy. V této třídě působí dva učitelé, kdy jeden je vedoucí a ten druhý má speciálně-pedagogické vzdělání a pomáhá žákům. Integrování žáci mají většinou stejný druh zdravotního postižení a obecně je ve třídě snížený počet žáků, okolo dvaceti. Ve Švédsku a dalších severských a v západních zemích se většina žáků vzdělává v běžných školách. Pokud má dítě lehčí postižení, je integrováno do třídy. Žáci s těžšími formami se vzdělávají ve speciálních třídách, které vznikají v rámci školy. Jejich vyučování probíhá v rámci jejich možností, co se týče ostatních aktivit, zapojují se co nejvíce do dění ve škole. Tato třída se hodně podobá těm, které jsou zde v základních speciálních školách. Naproti tomu v Norsku jsou všechny děti integrovány individuálně. Tato metoda je velmi finančně i personálně náročná, protože každý jedinec má svého vlastního asistenta, který mu podle jeho potřeb pomáhá (Bendová & Zikl, 2011). Jedinci s mentální retardací potřebují speciální učební metody, individuální přístup, speciální výběr učiva a snížený počet žáků ve třídě. V současné době se začíná objevovat názor, že zařazení jedince do základní školy speciální je diskriminační (Švarcová, 2011).

Překážky integrace nalézáme jak na straně školy, tak na straně samotného žáka či rodičů. Ze strany školy můžeme jmenovat nepochopení nebo neznalost a to zejména u starších pedagogů, kteří všechny poruchy učení interpretují jako výmluvu nebo lenost daného žáka. Poruchy autistického spektra jsou vysvětlovány jako nevychovanost dítěte. Učitelé nemají dostatek znalostí o daném postižení, možnostech alternativní formy vzdělávání. Mnohdy se nejedná jen o nezáměr ze strany pedagoga, ale o nedostatek zájmu ze strany vedení školy, finančních prostředcích aj. Učitelé se nezajímají o to, co danému žákovi jde, ale o jeho nedostatky, což u osoby s určitým postižením jde mnohdy velmi snadno (Bendová & Zikl, 2011).

Integrace žáka do normální školy není vhodná pro každého. Pokud dojde ke snaze integrovat žáka do běžné školy, mělo by se brát ohled také na to, jak to on sám vnímá. Z praxe

jsou známé případy, kdy jedinec sice zvládá učivo i pobyt ve třídě, ale on sám spokojený není (Bendová & Zikl, 2011).

Z překážek ze strany rodičů se setkáváme s obavami o dítě, nedůvěře ke škole, únavou a vyčerpáním rodičů a v neposlední řadě také s nevhodným výchovným stylem. Nejčastěji jde o hyperprotektivní nebo naopak perfekcionistickou výchovou (Bendová & Zikl, 2011).

2.4. Sociální služba

Cílem sociální služby je pomoc a podpora při začleňování jedince do společnosti nebo prevence sociálního vyloučení. Jde tedy o podporu a zachování samostatnosti, snižování zdravotních rizik, vyplývajících ze způsobu života, zapojení do ekonomických aktivit ve společnosti a zapojení do sociálních aktivit, které jsou typické pro danou věkovou skupinu (Bendová & Zikl, 2011).

Sociální služba zahrnuje poradenství, sociální péči (pečovatelská služba, denní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení aj.), a sociální prevenci (krizová intervence, azylové domy, nízkoprahová centra pro dospělé aj.). Sociální služba je poskytována bezplatně nebo za úplaty (Bendová & Zikl, 2011). Mohou se poskytovat pouze na základě rozhodnutí o registraci, které vydává příslušný krajský úřad. V případě, že zřizovatelem je ministerstvo, rozhoduje ministerstvo. Osoba může požádat o poskytnutí sociální služby přímo poskytovatele této služby nebo může požádat o zprostředkování kontaktu nebo kontaktovat obec v místě trvalého bydliště (Gajdušek, Gnida & Hříbková, 2007).

Raná péče je služba poskytována do tří, nejpozději do osmi let věku dítěte. Tato služba nabízí pomoc rodinám, kde je dítě s postižením nebo kde je dítě ohroženo vlivem zdravotního stavu. V rámci rané péče se pracovník zaměřuje na podporu rodiny, vývoj jedince s ohledem na jeho potřeby a zmírnění následků jeho postižení. Výhodou péče je její terénní forma, kdy pracovníci dojíždějí do rodin (Bendová & Zikl, 2011).

Osobní asistence probíhá terénní formou. Zaměřuje se na osoby se sníženou schopností soběstačnosti způsobenou věkem, chronickým onemocněním či zdravotním postižením. Tato pomoc nebývá nijak věkově omezována, není tedy zaměřená pouze na podporu ve školním prostředí. Osobní asistent pomáhá s každodenní hygienou, doprovází klienta do školy, pomáhá s péčí o sebe sama nebo vypomáhá v otázkách týkajících se právních věcí. Nejedná se však o asistenta pedagoga. (Bendová & Zikl, 2011).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením byly dříve označovány jako ústavy sociální péče. Tyto domovy bývají převážně určeny pro osoby s mentálním postižením, kde tito jedinci bydlí. Docházejí do školy (třídy), která je buď zřízená školou na území ústavu, nebo do místní školy. Je nutná spolupráce nejen s rodinou (pokud udržuje kontakt s dítětem), ale také s pracovníky domova, kteří se převážně o děti starají a vychovávají je (Bendová & Zikl, 2011).

Další z možností je tísňová péče, což je terénní služba, která je poskytována nepřetržitě. Jedná se o distanční hlasovou nebo elektronickou komunikaci s osobami, které jsou vystaveni stálému ohrožení života, zdraví nebo v případě zhoršení jejich zdravotního stavu (Gajdušek, Gnida & Hříbková, 2007).

Chráněné dílny jsou jednou z možností pracovního a zároveň sociálního začlenění jedince do zaměstnání. Pracovní náplň a pracovní tempo odpovídá potenciálu zdravotně postižené osoby. Chráněné dílny jsou určeny pro osoby s těžším zdravotním postižením, osoby s kombinovanými vadami, osoby s nízkou nebo žádnou kvalifikací. Od poloviny 80. let se začaly rozvíjet tzv. sociální podniky, které se zabývají takovým typem činností, které nevyžadují velké kapitálové vstupy. Tyto dílny fungují za podpory místních struktur, státních orgánů, ale míra vlastního samofinancování se pohybuje v rozmezí od 70 – 100% (Zámečnicková in Opatřilová & Zámečnicková, 2005).

Zaměstnanci chráněné pracovní dílny tvoří nejméně 60% zdravotně postižené osoby. Toto pracoviště vzniká na základě dohody s úřadem práce a je přizpůsobené požadavkům zaměstnanců. Musí být stejně jako chráněné pracovní místo provozováno nejméně dva roky, příspěvek na vytvoření pochází od úřadu práce (Zámečnicková in Opatřilová & Zámečnicková, 2005).

Osoby se zdravotním postižením mohou využít možnosti pracovní rehabilitace. Tato služba je zabezpečena úřadem práce a zaměstnavatelem. Úřad práce platí zaměstnavateli výhrady spojené s touto rehabilitací a cílem je získat a udržet si vhodné zaměstnání. Vedle toho je součástí poradenská činnost pro volbu povolání, teoretická a praktická příprava na vykonávání profese, změna profese a vytvoření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání. Pro každého jedince se vytváří individuální plán pracovní rehabilitace, podle možností a preferencí dané osoby (Gajdušek, Gnida & Hříbková, 2007). Příprava k práci může probíhat na pracovišti zaměstnavatele, v chráněném zaměstnání nebo ve vzdělávacích zařízeních státu, církví, náboženských společností, občanských sdružení aj. Individuální plán obsahuje předpokládaný cíl, formy pracovní rehabilitace, časový průběh, termíny a způsoby hodnocení účinnosti

pracovní rehabilitace. Služba je časově omezená a trvá maximálně 24 měsíců (Zámečnicková in Opatřilová & Zámečnicková, 2005).

Chráněné pracovní místo je vytvořeno na základě dohody mezi zaměstnavatelem a úřadem práce. Na vytvoření pracovního místa může úřad práce poskytnout zaměstnavateli příspěvek, který se pohybuje v rozmezí osmi až dvanáctinásobku průměrné mzdy. Toto místo musí být provozováno po dobu alespoň dvou let (Gajdušek, Gnida & Hříbková, 2007). Při podání žádosti o příspěvek je nutné předložit počet a charakteristiku chráněných míst a následně potvrzení o stavu závazků ve věcech plnění zákonných odvodů. Daný příspěvek pokrývá i částečnou úhradu provozních nákladů. O příspěvek může požádat také samotná osoba se zdravotním postižením, která se rozhodne vykonávat samostatně výdělečnou činnost. V případě nepokračování výdělečné činnosti z důvodů zhoršení zdravotního stavu nebo úmrtí nebude požadováno vrácení příspěvku (Zámečnicková in Opatřilová & Zámečnicková, 2005).

2.5. Partnerství a intimní vztahy

Lidé s mentálním postižením mají stejná práva a možnosti jako kdokoliv jiný, včetně práva na založení rodiny, manželství a rodinný život (Rushbrooke, Murray & Townsend, 2014). Nicméně jejich práva v minulosti nebyla vždy podporována. Ve společnosti panují dva rozdílné názory, kdy ten první popisuje osoby s mentálním postižením jako nevinné jedince, druhý naopak jako osoby agresivní a závislé na sexu (Young, Gore & McCarthy, 2012). Osoby s mentálním postižením si často neví rady, co mají s nově objevenou sexualitou dělat, nechápou určitá tabu této problematiky (Vágnerová, 2014). Proto může být jejich chování označováno za společensky nevhodné (časté bývá obnažování či masturbace na veřejných místech). Důvodem k těmto aktivitám může být saturace jejich základních fyziologických potřeb spíše než deviantní chování. Je proto nutné seznámit tyto jedince se základními společenskými pravidly a vysvětlit jim nevhodnost určitého chování (Regec & Stejskalová, 2012).

Sexuální výchova bývá dětem zprostředkována rodiči, učiteli nebo také kamarády. Lidé s mentálním postižením se potřebují naučit, že mohou mít uspokojivý sexuální život, naučit se rozlišovat mezi soukromým a veřejným chováním. Někteří mohou absolvovat sexuální výchovu ve školách, pokud se jim této výchovy nedostalo, je nutné začít od začátku, nehledě na to, kolik jim je let (Better Health Channel).

Z výzkumu Young, Gore & McCarthy, 2012 vyplývají tři zjištění, ukazující na genderové rozdíly mezi osobami s mentálním postižením a sexualitou. První zjištění se týká žen, které jsou popisovány jako naivnější, nepřemýšlí o sexu a jsou náchylnější k sexuálnímu zneužívání. Naproti tomu u mužů byl zjištěn zájem a časté představy, myšlenky týkající se sexuální tematiky. U některých jedinců se vyskytovala zároveň také agresivita. Posledním výstupem je rozdílná motivace k navazování intimních vztahů. U mužů jde o potěšení, ženy spíše hledaly lásku.

Rushbrooke, Murray & Townsend (2014) realizovali výzkum týkající se zkušeností osob s mentálním postižením s partnerskými vztahy. Ukázalo se, že mají zájem o vztahy, nicméně díky nedostatku vlastních schopností, sociálních a praktických podpor mají problém tyto vztahy udržet. Výhody vztahů vidí v možnosti sdílení zkušeností, trávení společně volného času nebo uspokojení potřeby nebýt sám. Za partnery si vybírají jedince, které znají od dětství nebo se s nimi dlouhodobě stýkají. Co se týče homosexuálních partnerských vztahů, respondenti uváděli, že tyto vztahy před rodinou tají, kvůli nedostatku pochopení ze strany okolí. Od přátelství mnohdy očekávají stejnou péči jako od svých opatrovníků. Tento předpoklad vychází z toho, že většina z respondentů měla kamarádské vztahy pouze s nimi. Často své opatrovníky popisovali jako někoho, kdo jim brání při navazování partnerských vztahů. Opatrovníci by měli podporovat sociální život svých svěřenců, mnohdy se je spíše snaží chránit před veškerými riziky, které jim hrozí a to i za cenu omezené možnosti navazovat nové sociální kontakty.

Lidé s mentálním postižením se mohou stát častěji obětí sexuálního zneužívání. Především díky nedostatečné výchově ohledně vhodného chování na veřejnosti, neznalosti práva odmítnout jakékoliv chování druhých lidí, které neuspokojuje jeho/její psychické potřeby. Pro tyto jedince může být velmi obtížné o těchto věcech komunikovat nebo oni sami díky nižší mentální kapacitě nemusí vědět, co se s nimi děje a že to není správné (Better Health Channel). Uvádí se, že až 50% žen s mentálním postižením je během života sexuálně napadeno. Co se týče mužů, uvádí se vyšší výskyt zneužívání než u osob bez mentálního postižení (Meaney-Tavares & Gavidia-Payne, 2012).

2.6. Zaměstnání

Práce je tělesná nebo duševní činnost, která je zaměřená na získání příjmu, výživy, slouží k uspokojení potřeb a seberealizaci, uplatnění předpokladů jedince, podporuje socializaci a má

pozitivní vliv na psychiku jedince. Pracovní uplatnění je jedním z hlavních cílů speciálně – pedagogické práce s postiženými jedinci. „*Pokud jedinec nemá možnost vlastní seberealizace, ztrácí motivaci k práci na sobě, k překonávání překážek, ke vzdělávání a profesní přípravě, potažmo k odbornému růstu*“ (Opatřilová in Opatřilová & Zámečnicková, 2005, 9).

Zaměstnávat jedince se zdravotním postižením je cílem každé humanistické a integrační společnosti. Evropská rada definovala tři cíle, které by měly být základem každé moderní politiky a to plná zaměstnanost, kvalita a produktivita práce, sociální soudržnost a začleňování (Zámečnicková in Opatřilová & Zámečnicková, 2005). Dnešní společnost, která se opírá pouze o hodnotu inteligenčního kvocientu a nemá přístup k dalším poznatkům, se dívá skepticky na zaměstnávání osob s mentálním postižením. K dalším důvodům snížené motivace zaměstnávat osoby s mentálním postižením je kromě nedostatečných intelektuálních schopností častá nemocnost, snížená kvalifikace a požadavek na snížený pracovní úvazek. Někdy dochází k tzv. „pseudohumanizaci“, při které jsou porušována práva jedince pracovat v přirozeném prostředí pod rouškou dobročinnosti (Krejčířová & Kozáková, 2013).

Profesní přípravě osob s mentálním postižením předchází profesní orientace, kterou si daný jedinec volí na základní škole tím, že se specializuje a orientuje na určitou problematiku. Vrcholem profesní přípravy je pak volba povolání, následuje specifická profesní příprava, která vrcholí profesním uplatněním jedince na trhu práce. Ukazuje se, že pro uplatnění je důležitější adaptace jedince na pracovní a sociální prostředí než intelektové schopnosti (Krejčířová & Kozáková, 2013). K bariérám při hledání práce na straně jedince patří nedostatek sebedůvěry, snížená gramotnost a matematické schopnosti, nedostatek schopností k pochopení pravidel na pracovišti. Ze strany společnosti se lze setkat se stigmatizací a diskriminací (McGlinchey, McCallion, Burke, Carroll & McCarron, 2013).

Možnosti pracovního uplatnění osob s mentálním postižením, kteří absolvovali příslušná školská zařízení, vymezil zákon č. 1/1991 Sb. O zaměstnanosti, který byl dále roku 2004 zachován a rozšířen. Tento zákon vymezuje občany se zdravotním postižením jako fyzické osoby, které orgán sociálního zabezpečení uznal jako plně nebo částečně invalidní nebo ty, které orgán sociálního zabezpečení uznal jako zdravotně znevýhodněné (Zámečnicková in Opatřilová & Zámečnicková, 2005). Daný jedinec může najít uplatnění na normálním trhu práce nebo v různých specializovaných pracovištích. Pokud daný jedinec po skončení školy práci nenajde do jednoho roku, může si vytvořit nové stereotypy, které mu přinášejí radost a ztrácí motivaci k hledání práce (Krejčířová & Kozáková, 2013).

V literatuře se uvádí čtyři možnosti integrace jedinců do zaměstnání. První z možností je vstup do soukromého nebo veřejného sektoru, dále pak chráněné dílny, které jsou adaptované na speciální potřeby jedinců a slouží pro jedince s těžší formou zdravotního postižení, speciální centra, která jsou určena těžce postiženým jedincům, kterým rozsah postižení neumožní být ekonomicky aktivní a poslední možností je domácí zaměstnání (Zámečnicková in Opatřilová & Zámečnicková, 2005).

Vedle integrace se můžeme setkat se specializovanými rekvalifikačními kurzy, které plní funkci běžných rekvalifikačních kurzů. Poskytují psychologickou a motivační činnost, zajišťující společenský kontakt, eliminují společenskou izolaci nebo nabízejí pomoc a podporu při hledání pracovního uplatnění. V České republice jsou nicméně tyto kurzy vzácné (Krejčířová & Kozáková, 2013).

Při hledání zaměstnání jsou důležité individuální postoje každého jedince. Někteří se se svým postižením vyrovnávají rychleji a sami se snaží o aktivní začlenění do společnosti, jiní, často s lehčí formou postižení, při prvním pokusu adaptace na zaměstnání selhávají a vzdávají se. Proto je důležitá spolupráce státní správy, soukromých, neziskových a občanských sdružení při hledání uspokojivého zaměstnání pro danou osobu (Zámečnicková in Opatřilová & Zámečnicková, 2005).

Jednou z možností hledání práce jsou tzv. job cluby, což je společenská akce, která se koná většinou 1krát za 14 dní. Počet účastníků se pohybuje kolem 6 -10 lidí, a hlavním cílem je hledání vhodného zaměstnání a procvičování dovedností potřebných pro vstup na trh práce. Konkrétními příklady mohou být: pomoc s vyhledáváním volných pracovních míst, pomoc při kontaktování zaměstnavatele, sestavení životopisu, základní práce na PC, atd. (Krejčířová, Kozáková, 2013).

Podporované zaměstnání

„Práce je charakteristickým atributem dospělosti a samostatnosti každého člověka, bez ohledu na to, zda má, nebo nemá postižení“ (Krejčířová & Kozáková, 2013, 71). Vstup na trh práce znamená určitý druh svobody, samostatnosti a volnosti v oblasti ekonomické i sociální a to bez ohledu na to, zda člověk pracuje na volném trhu práce, podporovaném nebo chráněném zaměstnání. Původní myšlenka podporovaného zaměstnání pochází z osmdesátých let 20. století z USA, kdy se osoby s mentálním postižením měli učit dovednostem potřebným k vykonávání určité profese ještě před vstupem do zaměstnání. Tento model se později ukázal jako málo efektivní, lidé s mentálním postižením nebyli schopni aplikovat naučené

dovednosti z jednoho prostředí do druhého (Zámečnicková in Opatřilová & Zámečnicková, 2005).

Podporované zaměstnání je nedocenitelné pro mnoho jedinců, jelikož nabízí pracovní uplatnění a integraci jedinců s mentálním postižením (Wehman, Chan, Ditchman & Kang, 2014). Nabízí podporu jak jedinci, jeho rodině, tak zaměstnavateli. Velkým přínosem podporovaného zaměstnání je fakt, že profesní zácvik spolu s nácvikem sociálních dovedností probíhá ve společnosti, kde daný jedinec pracuje. Podporované zaměstnání se do České republiky dostalo v druhé polovině 90. let v rámci pomoci Americké vládní agentury pro mezinárodní rozvoj. V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. je toto zaměstnání pojímáno jako metoda sociální rehabilitace, která je vykonávána především nevládními neziskovými organizacemi (Krejčířová & Kozáková, 2013).

Hlavním cílem je umožnit lidem s mentálním postižením získat a udržet si práci, která odpovídá jejich možnostem a schopnostem. K dalším cílům patří zajistit danému jedinci zaměstnání, které má stabilní charakter, je na otevřeném trhu práce a odpovídá jeho zájmům a nadání. Práce by měla být smysluplná, pracovní podmínky a příležitosti srovnatelné s ostatními pracovníky (Krejčířová & Kozáková, 2013).

Daná podpora je poskytována individuálně, zaměřená na konkrétní potřeby jedince. Jedinci je poskytována v takové míře, aby nebyl ničím nápadný, a vede k aktivní účasti daného jedince. Služba má časové omezení, většinou je poskytována na 24 měsíců, což odpovídá běžné době k dosažení cílů. Pokud to situace vyžaduje, může se tento čas i prodloužit, popřípadě je možné tuto službu poskytovat opakovaně (Krejčířová & Kozáková, 2013).

Po posouzení vhodnosti na podporované zaměstnání se vytvoří profil daného uživatele, který obsahuje zájmy, specifické potřeby, předpoklady a představy o budoucím povolání. Poté se vypracovává plán a zjišťuje se vhodné povolání. Dalším krokem je hledání konkrétního volného místa. Daný uživatel se s pracovníkem setkává nejen na pracovišti, ale probíhají také pravidelné pracovní schůzky, kde dochází k zpětné vazbě ohledně naplňování daných cílů. Nedílnou součástí je také účast na job clubech, kde pomocí modelových situací, techniky hraní rolí apod. si daný jedinec procvičuje dovednosti potřebné pro vykonávání dané profese (Krejčířová & Kozáková, 2013).

3. Empirická část

3.1. Cíl výzkumu

Cílem práce je navrhnout a vytvořit škálu na posouzení míry adaptability u osob s mentálním postižením. K dalším cílům patří vybrat vhodné položky, následně je otestovat v rámci pilotní studie a ověřit jejich platnost pro další rozvoj vytvořeného nástroje.

Výzkumné otázky:

1. Jsou navržené položky škály míry adaptability srozumitelné a jasné pro jednotlivé posuzovatele?
2. Ve kterých položkách se jednotliví posuzovatelé shodují nejméně/nejvíce?

3.2. Typ výzkumu

Jedná o neexperimentální výzkumný plán, kdy hlavním cílem je deskripce zkoumaného jevu, v mém konkrétním případě adaptability u osob s mentálním postižením. Jedná se tedy o využití přirozeně se vyskytující variability, bez experimentálního zásahu (Punch, 2008). Hlavní výhodou výzkumných plánů založených na deskripci je především systematické pozorování, měření a popis reality pomocí „na míru ušitých“ postupů. Tyto postupy nazýváme většinou vzorkové přehledy. Vzorkem neboli objektem zkoumání jsou jedinci s mentálním postižením (Ferjenčík, 2010).

Cílem výzkumu je kromě popisu adaptability také experimentální ověření škály míry adaptability, proto se jedná o smíšený výzkumný design. Výhoda smíšeného designu je v možnosti míchání kvalitativních a kvantitativních metod, technik a paradigma v rámci jednoho výzkumu. V kvantitativním výzkumu se používají proměnné k získání numerických dat. Kromě popisu proměnných a jejich rozložení výzkumník zjišťuje vztahy mezi jednotlivými proměnnými. (Punch, 2008). Výzkum byl navržen jako pilotní studie, kdy hlavním cílem je zjistit, zda zvolená metoda přináší očekávanou kvalitu dat (Miovský, 2006).

3.3. Metody získávání dat

Kvalitativní výzkumný záměr vychází z filozofických a metodologických předpokladů, proto se metody sběru dat většinou označují jako nepravděpodobnostní metody výběru.

Neznamená to však, že při použití kvalitativního výzkumu nelze využívat pravděpodobnostní metody (Miovský, 2006).

Data jsem získala pomocí polostrukturovaného interview. Interviewem se rozumí rozhovor moderovaný, který je prováděný za určitým záměrem. Interview dělíme podle míry struktury na strukturovaný, polostrukturovaný a nestrukturovaný. Počet účastníků se obvykle pohybuje od jednoho k maximálně třem lidem. Při počtu větším než tři osoby se hovoří o skupinovém interview či ohniskové skupině. (Miovský, 2006).

Polostrukturované interview patří mezi nejrozšířenější formy vedení interview především díky tomu, že řeší mnoho nevýhod nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru. Dopředu se připraví schéma, které je pro výzkumníka závazné. Toto schéma odpovídá hlavním okruhům nebo otázkám, kterému se bude věnovat. Nicméně pořadí otázek či případné doplňující otázky jsou na výzkumníkovi (Miovský, 2006). Vzhledem k výběrovému souboru jsem používala inquiry pro zpřesnění odpovědí a zlepšení následné interpretace. Rozhovory byly vedené během jednoho sezení v Kroměříži a poté v Příspěvkové organizaci Náš svět Pržno. Jeden rozhovor trval okolo 10 – 15 minut.

Pro zvýšení validity a snížení rizika zkreslení byla data získána od různých zdrojů, konkrétně pomocí tzv. metody triangulace zdrojů dat. Pojem triangulace se rozumí kombinace různých technik, zdrojů dat, časových okolností aj., které se používají při zkoumání daného jevu. V kvantitativním výzkumu se může tato metoda používat k ověření validity výsledků získaných několika různými metodami. Při triangulaci zdrojů dat neboli triangulaci výzkumníků se používá více pozorovatelů a tazatelů k zamezení zkreslení dat. V rámci výzkumu se jednalo o osobu s mentálním postižením, osobu výzkumníka, který dané osoby zná z dobrovolnického programu a osobu personálu, který se o dané jedince stará (Hendl, 2012). V případě psychiatrické nemocnice v Kroměříži se jednalo o posuzovatele dva a to paní psycholožky z daného oddělení a samotného respondenta. Osoba výzkumníka neznala dané jedince natolik, aby mohla dotazník samostatně vyplnit.

Škála míry adaptability

Inspirací pro vytvoření škály míry adaptability byla:

Vinlandská škála sociální zralosti autora Edgara Dolla, český překlad Jiří Kožený. Test byl sestaven k objektivnímu posouzení sociální zralosti ve vztahu k jeho věku a inteligenci. Slouží k posouzení mentální retardace, nerovnoměrného vývoje, sociální zralosti aj. Použít ho lze

k rehabilitačním, popřípadě k výchovným účelům, jelikož identifikuje „silné“ a „slabší“ oblasti sociálních aktivit. Věkový limit škály byl stanoven na 25 let, maximální věk pro administraci je 30 let. (Langmeier, 1973).

Inventář obsahuje třicet šest položek, které může psycholog vyhodnotit na základě informací od rodičů. Posuzuje se celkem osm kategorií sociálního chování, a to soběstačnost všeobecně, soběstačnost jídlo, soběstačnost oblékání, samostatnost, zaměstnání, komunikace, motorika a sociální začleněnost. Položky v oblastech byly vybrány tak, aby odpovídaly průměrnému věku, kdy průměrný jedinec tyto úkoly zvládne (Langmeier, 1973).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), která nabízí jednotný, standardizovaný rámec pro popis zdraví a stavů vztahující se k zdraví. Světová zdravotnická organizace se na konferenci v Miláně roku 2007 shodla s představiteli ostatních evropských organizací, že budou tuto klasifikaci používat jako základní metodiku k hodnocení funkčních schopností osob s disabilitou. Impulzem pro vytvoření metodiky se stalo dožívání se vyššího věku a s ním spojených větších zdravotních obtíží ve stáří stejně tak i legislativní úpravy zákonů spojené s osobami zdravotně postiženými (Pfeiffer & Švestková, 2008).

MKF lze použít jako klinický nástroj k hodnocení, sledování léčebných postupů, k rehabilitaci, k shromažďování dat pro rozdělování financí určitým službám ve zdravotnictví, pojišťovnictví, sociálním zabezpečení, sociální politice státu apod. (Pfeiffer & Švestková, 2008).

Rehabilitace podle MKF obsahuje tři základní oblasti, kterými jsou tělesné funkce a struktura, aktivita, její limity a zapojení člověka do životní situace, hodnocení výkonu a faktory prostředí, při kterých daný jedinec může využívat své „zbytkové zdraví“. Kategorie tělesné funkce a struktura obsahuje kapitoly týkající se mentálních funkcí, smyslových funkcí a bolesti, funkce a struktury hlasu a řeči, funkce a struktury jednotlivých tělesných systémů, dále pak kapitoly týkající se struktury nervového systému, kůže a k ní se vztahující struktury. U aktivit a participace se posuzuje učení a aplikace znalostí, všeobecné úkoly a požadavky, komunikace, pohyb, péče o sebe – soběstačnost, domácí život, mezilidské vztahy a jednání, hlavní oblasti života a občanský, komunitní a sociální život. Poslední kategorie s názvem faktory prostředí zahrnuje produkty a technologie, přirozené prostředí a změny v prostředí dané člověkem, podpora a vztahy, postoje, služby, systémy a politické postupy (Pfeiffer & Švestková, 2008).

Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením od Venduly Solovské a kol. Tato publikace se zabývá tématy jako komunikace, rozvojem logického myšlení, orientací

v čase, v prostoru, ve městě, nakupováním, riziky v každodenním životě, cestováním, zdravím, zdravým životním stylem, péči o zevnějšek, navozováním přátelských a partnerských vztahů, rodinou, člověkem a společností, prací a volným časem. Kniha vznikla za účelem zlepšení samostatného života jedinců s mentálním postižením. Aktivity k daným kapitolám vychází ze zkušeností lidí při práci s klienty a z faktu, že mnoho z klientů stálo o možnost větší samostatnosti a možnosti většího zapojení do společnosti. V knize se nevyskytují kapitoly týkající se čtení, psaní a počítání vzhledem k tomu, že dle autorky tyto kapitoly patří ke školní docházce a problematice pedagogického působení (Solovská, 2013).

Popisované aktivity byly realizovány v rámci kurzů podporujících sociální a pracovní dovednosti dospělých osob s mentálním postižením zprostředkované nestátní neziskovou organizací SPOLU Olomouc. V roce 1995 rodiče dětí s mentálním nebo kombinovaným postižením toto sdružení založili s cílem zlepšit podporu a pomoc těmto dětem. Později došlo k integrovanému vzdělávání dětí vlastních i ostatních a nakonec začalo sdružení poskytovat další sociální služby jako osobní asistence, podporované zaměstnání a programy podporující růst, aktivaci a rozvoj (Solovská, 2013).

V daných kapitolách se klient učí příslušné aktivity. Například v první kapitole komunikace se učí klient pomocí modelových situací a rozhovorů vhodný způsob oslovení, pozdravu, stylu komunikace a udržení očního kontaktu. Kapitola nakupování klienta učí, co v daném obchodě může koupit, kolik co stojí, jak si má sestavit nákupní seznam, ale také práci s penězi (Solovská, 2013).

Prvním krokem při navrhování škály bylo studium předešlé literatury a identifikace hlavních oblastí, které charakterizují adaptabilitu. Postupným slučováním daných oblastí jsem vytvořila seznam šestnácti oblastí, kterými jsou: Péče o sebe, Komunikace – verbální, Komunikace – neverbální, Pohyblivost, Život v domácnosti, Orientace v čase, Orientace v prostoru, Komunikace – verbálně psaná, Čtení, Hra, Hlavní oblasti života, Zdraví, Cestování, Mezilidské vztahy a jednání, Život komunitní, sociální a občanský a Obecné znalosti. Následovalo navrhování několika konkrétních položek, které popisovaly danou kategorii. Při jejich formulování jsem se inspirovala položkami z předešlé literatury. Poté jsem počet položek v každé oblasti zredukovala na 4 - 5, které danou oblast charakterizovaly v co nejkomplesnějším pojetí. Při jejich definování jsem se snažila postupovat od nejjednodušších ke složitějším úkolům, aby souhlas s jednou položkou znamenal souhlas s předešlými v dané oblasti. Celkový počet položek je sedmdesát pět. Přesné znění navržené škály uvádím v příloze 1.

3.4. Etické aspekty

Účastníci výzkumu byli kontaktováni prostřednictvím sociálních pracovníků nebo prostřednictvím paní psycholožky pracujících v zařízení. U osob s omezenou nebo zbavenou svéprávností byl požádán o souhlas s účastí na výzkumu zákonný zástupce daných osob, kterému byl představen cíl a metody výzkumu. Následně byli respondenti seznámeni s cílem a metodami výzkumu. Účastníci výzkumu byly následně informováni o tom, kdo a za jakých možností by měl přístup k údajům. Účast na výzkumu byla dobrovolná.

Respondenti se účastnili výzkumu bez nároku na odměnu.

Pro zachování maximální anonymity a dodržování etických zásad organizace mi nebyl povolen přístup k dokumentaci osob v příspěvkové organizaci Náš svět Pržno. Veškeré údaje týkající se věku a míry postižení jsou tudíž odhadované na základě klinického dojmu, zkušenostmi s danými klienty a typu zařízení, ve kterém daná osoba žije v zařízení.

3.5. Metody zpracování a analýzy dat

Během rozhovoru jsem si zaznamenávala body k jednotlivým položkám na škále podle odpovědi respondenta. Pokud danou činnost ovládá a alespoň jednou se s ní setkal, zaznamenala jsem 1 bod, pokud tuto činnost neovládá či se s ní nesetkal, zaznamenala jsem 0 bodů. Do záznamového archu jsem poté sečetla součty bodů v jednotlivých oblastech. Výsledkem je nejen jedno číslo, lze také porovnávat jednotlivé oblasti mezi sebou. Stejný princip probíhal i se zpracováním dat od personálu a výzkumníka. Záznamové archy jsem si označovala písmeny R1, R2,... pro zachování anonymity respondentů.

Do tabulky jsem zaznamenala odpovědi na jednotlivé položky od respondenta, personálu a výzkumníka a zaznamenala počet shod na jednotlivé položky. Pro vyhodnocení reliability všech odpovědí jsem spočítala Kendallův koeficient neboli index kordordance, který se používá pro výpočet shody tří a více posuzovatelů. Index kondordance se používá v případě nominálních či klasifikačních proměnných, kdy se posuzuje kategoriální shoda (ANO/NE) při zaznamenávání chování. Hodnota koeficientu se pohybuje od 0 (žádná shoda) po 1 (úplná shoda). Jedná se o neparametrickou metodu, kterou jsem volila z důvodu malého vzorku a předpokladu nenormálního rozložení dat.

3.6. Výzkumný soubor

Pro výběr výzkumného souboru jsem volila nepravděpodobnostní metody, konkrétně kombinaci příležitostného a záměrného výběru. Miovský 2006 charakterizuje příležitostný výběr jako využívání příležitostí, které se nám během výzkumu naskytou a záměrný výběr jako ten, kdy vybíráme jedince podle předem stanovených kritérií, kdy tímto kritériem může být jak stav, tak i nějaká vlastnost. Zároveň musí daný jedinec s účastí souhlasit. Nevýhoda této metody spočívá v tom, že lidé využívající tuto instituci mohou představovat pouze určitou část spektra z dané cílové skupiny, což může výsledky výzkumu zkreslit.

Populací pro výzkum jsou osoby s mentálním postižením. Výzkumný soubor tvoří osoby s mentálním postižením starší 18 let, což bylo také kritérium pro výběr tohoto souboru. Napřed jsem poslala žádost o provedení výzkumu do příspěvkové organizace Náš svět Pržno a Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Po udělení souhlasu s výzkumem jsem respondenty oslovovala s nabídkou možnosti účasti na výzkumu. Tyto instituce byly vybrány záměrně. V obou institucích respondenti osobu výzkumníka znali, což mělo přispět k otevřené komunikaci mezi výzkumníkem a respondentem a v případě organizace Náš svět možnost pro výzkumníka vyplnit navrženou škálu.

Popis výzkumného souboru

Výzkumu se účastnilo deset osob s mentálním postižením. Tři osoby byly z Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, sedm z Příspěvkové organizace Náš svět Pržno. Věkové rozmezí od 20 do 54 let. Čtyři osoby byly ve věku mladé dospělosti, čtyři ve věku střední dospělosti a dva v raném stádiu pozdní dospělosti. Ve výzkumu byly tři ženy a sedm mužů.

Tabulka 1. Věkové rozpětí

Mladá dospělost (20 – 30)	4
Střední dospělost (do 45 let)	4
Pozdní dospělost (do 65 let)	2

Míra postižení: U čtyřech respondentů byla diagnostikována lehká mentální retardace, u šesti klientů je odhadovaná míra postižení v pásmu středně těžká až těžká mentální retardace. Kombinace s přidruženými vadami nebyla zkoumána.

Tabulka 2. Míra postižení

Lehká mentální retardace	4
Středně těžká mentální retardace	5
Těžká mentální retardace	1

Osm osob uvádí, že žijí v ústavní péči, jedna osoba žije doma s rodiči a jedna sama v sociálním bytě (má opatrovníka). V ústavní péči pak žije pět osob v domově se zvláštním režimem, dvě osoby v chráněném bydlení, u jedné osoby se mi informace nepodařila zjistit.

Tabulka 3. Ubytování

Ústavní péče (domov se zvláštním režimem)	5
Ústavní péče (chráněné bydlení)	2
Ústavní péče (nezjištěno)	1
Doma s rodiči	1
Samostatné sociální bydlení	1

Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání lze soubor charakterizovat takto: jedna osoba uvádí, že nenavštěvovala žádnou školu, pouze mateřskou školku, sedm osob uvádí ukončené základní vzdělání, dvě osoby uvádí ukončení střetí odborné školy bez maturity.

Tabulka 4. Nejvyšší vzdělání

Mateřská škola	1
Základní škola	7
Střední odborná škola bez maturity	2

3.7. Výsledky

Celkový počet položek ve škále je 75. Průměrná hodnota shody posuzovatelů = 60,9 bodů (směrodatná odchylka 5,55), medián = 62,5. Minimální hodnota = 48, maximální = 67.

Tabulka 5. Míra shody posuzovatelů

Klient	Shoda	1+	1-	2+	2-	3+	3-
1	63	1	0	10	2	0	1
2	48	4	2	6	8	3	4
3	63	1	2	7	0	1	1
4	62	3	1	6	1	1	1
5	56	0	0	10	3	0	6
6	67	0	2	1	0	4	1
7	61	0	3	3	3	4	1
8	64						
9	59						
10	66						
CELKEM	75						

Tabulka uvádí počet shod u jednotlivých respondentů. Sloupec shoda uvádí součet všech položek, při kterých se shodli všichni posuzovatelé. Sloupec 1+ uvádí počet shod mezi personálem a klientem, pokud na danou položku oba odpověděli ano. 1- naopak celkový součet případů, kdy personál a klient odpověděli ne. U sloupce 2+ se jedná o shodu mezi klientem a osobou výzkumníka, kteří odpověděli ano, 2- ukazuje na negativní odpovědi klienta a osoby výzkumníka. Sloupec číslo 3+ uvádí kladné odpovědi mezi personálem a osobou výzkumníka, 3- shodu v odpovědích ne u personálu a osoby výzkumníka.

Celkový počet shod zahrnující kategorii klient + personál je 19bodů, součet kategorie klient + osoba výzkumníka je 60bodů, součet poslední kategorie, která zahrnuje personál + osobu výzkumníka je 28 bodů.

Kendallův koeficient se vypočítá podle vzorce $S/(S+N)$, kde S značí počet shod a N počet neshod. Kendallův koeficient pro sedm osob vyšel 0,797 a pro všech deset respondentů 0,81.

V tabulce číslo 6 uvádím hodnotu Kendallova koeficientu pro jednotlivé subškály. Z analýzy jsem musela vyloučit tři respondenty, u kterých nebyl třetí posuzovatel.

Tabulka č. 6 Kendallův koeficient

Oblast	Kendallův koeficient
Péče o sebe	0,857
Komunikace verbální	0,857
Komunikace neverbální	0,786
Pohyblivost	0,857
Život v domácnosti	0,686
Orientace v čase	0,857

Orientace v prostoru	0,786
Komunikace verbálně psaná	0,743
Čtení	0,943
Hra	0,600
Hlavní oblasti života	0,971
Zdraví	0,800
Cestování	0,829
Mezilidská vztahy a jednání	0,786
Život komunitní, sociální a občanský	0,810
Obecné znalosti	0,657

Tabulka níže uvádí celkový počet bodů ve škále. Z daných čísel by se dalo odhadovat na předpokládanou míru adaptability z pohledu daných jedinců a pro srovnání také z pohledu personálu. Maximální počet bodů je opět 75. Minimální počet bodů u klientů je 28, maximální 67, u personálu pak min. 22 a max. 60. U některých respondentů výsledný počet bodů daný personálem je vyšší než výsledek samotných klientů. Největší rozpětí je u klienta číslo 5, kdy výsledek v posuzované míře adaptability od personálu je o čtrnáct bodů menší.

Tabulka 7. Celkový počet bodů

	Celkový počet bodů Klient	Celkový počet bodů Personál	Rozdíl
R1	28	22	-6
R2	37	38	+1
R3	39	30	-9
R4	36	32	-4
R5	40	26	-14
R6	58	59	+1
R7	44	48	+4
R8	63	51	-12
R9	51	53	+2
R10	67	60	-7

Zodpovězení výzkumných otázek

1. Jsou navržené položky škály míry adaptability srozumitelné a jasné pro jednotlivé posuzovatele?

Dané položky byly pro respondenty srozumitelné v případě, že se jednalo o konkrétní, každodenně vykonávanou činnost. Pokud se jednalo o položky z oblasti život komunitní, sociální a občanský, respondenti se pozastavovali a často se doptávali na význam jednotlivých položek.

U personálu jsem se často setkala s odpovědí typu, „Ano, dokáže, ale sám to neudělá bez dozoru, nebo samostatně by ho/jí to nenapadlo“. Opět oblast život komunitní, sociální a občanský byla námětem pro doplňující otázky. Personál často uváděl u položky ekonomická soběstačnost „ne, nicméně každý týden dostává kapesné a může si za ně kupovat věci, co potřebuje“.

2. Ve kterých položkách se jednotliví posuzovatelé shodují nejméně/nejvíce?

Do tabulky níže uvádím položky, u kterých byla nejmenší shoda jednotlivých posuzovatelů. Největší počet měla položka z oblasti obecné znalosti, která se týkala opatrnosti při kontaktu s cizími lidmi, zvířaty. Z deseti respondentů se všichni posuzovatelé shodli pouze ve dvou případech, a to v pozitivním směru. U ostatních osmi sami respondenti souhlasili, že jsou opatrní, že ví, že by se neměli bavit s cizími lidmi, nicméně personál vypověděl, že při setkání s cizími lidmi je jejich chování odlišné. Velmi problematická byla také oblast týkající se hry. Z výpovědí respondentů vyplynulo, že v dětství se některým hrám věnovali, nicméně v dospělosti už moc ne. Pouze v jednom případě personál odpověděl, že klient je schopen tyto aktivity vykonávat, ale on sám tyto možnosti zamítl s tím, že nikdy to nezkoušel a nechce zkusit. U položky udržování neformálních společenských vztahů dva respondenti uvedli, že udržují, ostatní posuzovatelé odpověděli negativně. U jednoho respondenta pouze osoba výzkumníka souhlasila s tvrzením a u jedné daná osoba nesouhlasila, ale personál a výzkumník odpověděli pozitivně. Ve zbývajících oblastech respondenti uváděli kladnou odpověď, nicméně buď personál, nebo personál s výzkumníkem uváděli negativní odpověď.

Tabulka 8. Oblasti neshody

Oblast neshody	Znění položky	Počet případů
Pohyblivost	Samostatné pohybování uvnitř budovy	5
Komunikace	Dokáže během komunikace kontrolovat případné negativní emoce	5

Život v domácnosti	Vědomě a správně používá příbor	4
	Připraví jednoduché nápoje a pokrmy (uvaří čaj, kávu, namaže chleba či rohlík)	4
Hra	Zvládá základy hraní si s míčem – kopání, házení	4
	Zvládá stolní a karetní hry (člověče nezlob se, domino, pexeso, černý Petr)	5
Zdraví	Vyhýbá se činnostem ohrožující jeho zdraví	4
Mezilidské vztahy a jednání	Udržuje neformální společenské vztahy s přáteli	4
	Zvládne jednat s cizími lidmi (začátek, udržení konverzace, ukončení)	4
Život komunitní, sociální a občanský	Schopnost aktivního využití volného času s rodinou a přáteli	5
Obecné znalosti	Je opatrný při kontaktu s cizími lidmi, zvířaty	8

Naproti tomu naprostá shoda posuzovatelů byla u položek: Samostatné používání toalety a umývání rukou, Sestavení jednoduché věty s podnětem a přísudkem, Zvládání základních poloh těla jako stoj, sed, leh, Znalost jednotlivých částí dne a aktivity s tím související (ráno – vstávání, večer – usínání), Dokáže se zorientovat v místě bydliště (poznat vlastní dům), Dochází k lékaři na pravidelné kontroly, na které všichni z posuzovatelů odpověděli pozitivně. U položek Dokáže slabikovat a skládat jednotlivá slova, U subškál týkajících se vzdělání a Dokáže opsat nebo obtáhnout jednotlivá písmena dané odpovědi odpovídaly možnostem jedinců. U položky Může sám bez doprovodu chodit na vzdálenosti delší, než 1 km od místa bydliště odpovídali všichni posuzovatelé negativně, pouze v jednom případě měla respondentka povolení pohybovat se bez omezení. Na položku Dokáže řešit své

každodenní povinnosti, odpovídali všichni negativně, až na jeden případ, kdy všechny odpovědi byly kladné.

V příloze 2. uvádím tabulku s průměry a směrodatnými odchylkami pro jednotlivé subškály. V příloze 3 pak tabulku pro celkové součty bodů pro jednotlivé položky na škále. Obě tabulky jsou rozdělené zvlášť na respondenty, personál a osobu výzkumníka.

4. Závěr

Průměrná shoda posuzovatelů na škále je 60,9 bodů. Tento výsledek ukazuje na relativně vysokou míru shody posuzovatelů při posuzování předpokládané míry adaptability u zkoumané osoby. Oblasti s nejmenším počtem shod byly oblasti týkající se kontaktu jedince s druhými lidmi a oblasti posuzující schopnost samostatného provádění určitých aktivit.

Výsledky při porovnávání předpokládané míry adaptace z pohledu klientů a personálu ukázaly mírné nadhodnocování ze stran klientů. Klienti ze svého pohledu dosahovali průměrně o 4,4 bodů více než při posouzení od personálu.

5. Diskuze

Diskuze o metodě

Smíšený typ výzkumu byl zvolen hlavně z důvodu možnosti kombinovat kvalitativní a kvantitativní postupy. Z kvantitativních postupů byla použita pilotní studie, která měla otestovat srozumitelnost vytvořené škály. Z kvalitativních metod byl použit polostrukturovaný rozhovor, který měl umožnit získat přesnější informace od respondentů a o respondentech, a zároveň možnost vyjádření se k daným položkám či oblastem. Cílem práce bylo navrhnout a otestovat škálu k posouzení adaptability, následně pak ověřit její použitelnost.

Při posuzování adaptabilit mohlo dojít ke zkreslení výsledků díky tomu, že daná škála byla vytvořená a práce sloužila k jejímu otestování. Inspirací pro definování položek byla Vinelanská škála sociální zralosti, kniha popisující rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Dané výsledky nebyly srovnány s žádnou standardizovanou škálou popisující adaptabilitu.

Diskuze o výsledcích

Výsledky tohoto výzkumu mohou být zkresleny několika možnostmi. K těmto možnostem řadíme osobu výzkumníka, použitý nástroj nebo výběr výzkumného souboru. Výhodou mohla být skutečnost, že osoba výzkumníka se dlouhodobě stýká s osobami s mentálním postižením a tudíž mohla korigovat ovlivňování pomocí stereotypů vztahující se k této skupině. Nevýhodou pak skutečnost, že dané respondenty znala a tudíž se mohlo stát, že nějakou položku hodnotila chybně na základě dřívějších podobných zkušeností.

Dané výsledky mohly být ovlivněny výběrem konkrétního výzkumného souboru. Vzhledem k použití polostrukturovaného rozhovoru byly ze souboru vyloučeny osoby s hlubokou mentální retardací. Z hlediska posouzení srozumitelnosti škály a z hlediska možnosti zobecnění výsledků byly záměrně vybrány osoby se středně těžkou až těžkou mentální retardací a také osoby s lehkou mentální retardací, kteří žijí sami, doma s rodiči nebo v ústavní péči. K největšímu zkreslení mohlo docházet díky výběru účastníků na základě znalosti osoby výzkumníka. Výběr souboru touto metodou byl zvolen z důvodu následné možnosti triangulace zdrojů dat a vytvoření shody posuzovatelů. Pro posouzení vnitřní stupně konzistence, tzv. Cronbachovy alfa by bylo zapotřebí více účastníků. Vzhledem k časové a personální náročnosti sběru dat již nebylo možné oslovit více účastníků. Získaný soubor deseti lidí nicméně byl dostačující k posouzení výzkumných otázek.

Podněty pro praxi

Z reakce jednotlivých posuzovatelů se ukazuje vhodné přepracovat znění některých položek a doplnit konkrétními příklady. Případné přepracování znění položek by bylo vhodné u subškály zdraví, kde jsem se setkávala s doplňujícími otázky na položky ohledně vyhýbání se činnostem ohrožující zdraví a pravidelného vykonávání drobné fyzické aktivity. Subškála život komunitní, sociální a občanský měla problematické poslední dvě položky. Položka ochrana sebe sama před zneužíváním, projevy diskriminace byla pro respondenty nejasná. Jedna z odpovědí personálu na tuto položku zněla: „Ano, ví, že by si neměli lidé ubližovat, ví, co je šikana, ale i kdyby mu někdo ubližoval, sám to neřekne“. Osoby žijící v ústavní péči ekonomicky soběstační nejsou, nicméně z výpovědí účastníků vyplynulo, že dostávají kapesné, za které si pořizují věci, které chtějí (nejčastěji potraviny a nápoje). Po konzultaci s respondenty se nabízí možnost zvážit zařazení subškály matematika a následně také zájmy, které by mohly spadat pod adaptabilitu.

Jako námět na další zkoumání se nabízí možnost srovnání výsledků škály míry adaptability s výsledky Vinelandské škály sociální zralosti popřípadě s dalšími škálami posuzující adaptabilitu u osob s mentální retardací.

6. Souhrn

V teoretické části se zabývám pojmem mentální retardace. Definuji zde tento pojem, uvádím etiologii, zabývám se diagnostikou, diferenciální diagnostikou a následně uvádím několik modelů definujících mentální retardaci. Medicínský model klasifikuje mentální retardaci na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou. Ekologický model naproti tomu zdůrazňuje individuální přístup a popis míry podpory, které daný jedinec potřebuje k participaci ve společnosti. Model ústavní sociální péče nabízí jedincům komplexní péči a možnost ochrany před majoritní společností.

V další kapitole definuji adaptabilitu a stručně pojednávám o hlavních oblastech spadající pod adaptabilitu. Těmi oblastmi jsou vzdělávání a integrace jedinců s mentálním postižením do škol, možnosti sociálních služeb, problematika partnerství a intimních vztahů a možnost zaměstnání.

Teoretická část přináší poznání, že při adaptaci osob s mentálním postižením můžeme narážet na mnoho nástrah a limitů ze strany jedinců.

Na základě studia problematiky byl stanoven výzkumný cíl mé práce a to navrhnout a otestovat škálu na posouzení míry adaptability u osob s mentální postižením. Výzkumný cíl byl upřesněn otázkami.

1. Jsou navržené položky škály míry adaptability srozumitelné a jasné pro jednotlivé posuzovatele?
2. Ve kterých položkách se jednotliví posuzovatelé shodují nejméně/nejvíce?

Výzkumný plán byl navržen jako neexperimentální. Konkrétně se pak jedná o smíšený výzkumný plán, který využívá kombinace kvalitativních a kvantitativních metod. Z kvalitativních je to polostrukturovaný rozhovor, z kvantitativních pak pilotní studie.

Data jsem získávala pomocí polostrukturovaného rozhovoru, pomocí kterého jsem administrovala vytvořenou škálu míry adaptability. Pro posouzení objektivnější míry byla použita triangulace zdrojů dat, kdy danou škálu vyplňovali sami klienti, personál a osoba výzkumníka.

Výzkumný soubor tvořili osoby s mentálním postižením, konkrétně jsem použila metodu příležitostného a záměrného výběru. Oslovila jsem organizace, kde působím jako

dobrovolník a následně po konzultaci s vedením, personálem a zájmem ze strany jednotlivých klientů vybrala účastníky výzkumu.

Jednotlivé položky na škále byly hodnoceny v intervalu 0 (nezná nebo neovládá danou aktivitu) a 1 (tuto aktivitu alespoň jednou zvládla osoba samostatně). Data z polostrukturovaných rozhovorů byly připsány k jednotlivým položkám, tato data sloužila k upřesnění odpovědí.

Výzkumu se účastnilo 10 osob s mentální retardací. Míra odhadovaného postižení: čtyři osoby s lehkou mentální retardací, pět se středně těžkou a jeden s těžkou mentální retardací. Z hlediska bydlení osm osob uvádí, že žijí v ústavu, jedna osoba žije doma s rodiči a jedna sama v sociálním bytě. V ústavní péči pak žije pět osob v domově se zvláštním režimem, dvě osoby v chráněném bydlení.

Celkový počet bodů na škále byl 75. Průměrný počet shod jednotlivých posuzovatelů vyšel 60,9 bodů. Hodnota Kendallova koeficientu pak 0,81. Z výsledků vyplynulo, že jednotliví posuzovatelé se nejméně shodovali v oblastech týkající se vztahu k druhým lidem, zapojení do různých her a možnosti pohybovat se samostatně v místě bydliště či městě a schopnosti samostatné přípravy jednoduchých nápojů a pokrmů. Největší shoda byla naopak v oblastech základní orientace v místě bydliště, zvládnání základních hygienických návyků a znalostí typických činností související s určitou denní dobou.

Data jsou získaná převážně na výzkumném souboru žijící v ústavní péči. Zobecnění a predikce pro celou populaci by vyžadovalo další výzkum.

Literatura

- Atkinson, & Hilgard. (2012). *Psychologie*. Praha: Portál
- Bendová, P., & Zikl, P. (2011). *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Better Health Channel. (27. ledna 2016). Získáno z www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/intellectual-disability-and-sexuality
- Gajdušek, L., Gnida, A. & Hříbková, H. (2007). *Manuál zaměřený na legislativní otázky ve vztahu k osobám se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Ferjenčík, J. (2010). Úvod do metodologie psychologického výzkumu
- Franiok, P., & Kysučan, J. (2002). *Psychopedie: speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Ostrava: Ostravská univerzita
- Hendl, Jan. (2012). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál
- Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigis
- Krejčířová, Olga. (2007). *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Kožený, J. (1974). *Vinelanská škála sociální zralosti*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy
- Langer, S. (1995). *Mentální retardace: Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. Hradec Králové: Kotva
- Mackintosh, N. J., (2000). *IQ a inteligence*, Grada Publishing
- Martin, P. & Bateson, P. (2009). *Úvod do teorie a metodologie měření chování*. Praha: Portál
- McGlinchey, E., McCallion, P., Burke, E., Carroll, R. & McCarron, M. (2013). Exploring the Issue of Employment for Adults with an Intellectual Disability in Ireland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 26: 335–343

- Meyney-Tavares, R. & Gavidia-Payne, S. (2012). *Staff characteristics and attitudes towards the sexuality of people with intellectual disability*. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 37(3): 269–273
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishings.
- Pfeiffer, J. & Švestková, O. (2008). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada Publishing
- Podešva, L. (2007). *Manuál zaměřený na integraci osob se zdravotním postižením do společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Regec, V. & Stejskalová, K. (2012). *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Rushbrooke, E., Murray, C. & Townsend, S. (2014). *The Experiences of Intimate Relationships by People with Intellectual Disabilities: A Qualitative Study*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 27: 531–541
- Říčan, P., Krejčířová, D. & kol. (1997). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing,
- Solovská a kol. (2013). *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál
- Švarcová, I. (2011). *Mentální retardace*. Praha: Portál
- Vágnerová, M. (2004). *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
- Valenta, M., Michalík, J. & Lečbych, M. (2012). *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Wehman, P., Chan, F., Ditchman, N. & Kang, H. (2014). *Effect of Supported Employment on Vocational Rehabilitation Outcomes of Transition-Age Youth With Intellectual and Developmental Disabilities: A Case Control Study*. *Intellectual and developmental disabilities*. 52(4): 296-310. doi: 10.1352/1934-9556-52.4.296
- Young, R., Gore, N. & McCarthy M. (2012). *Staff attitudes towards sexuality in relation to gender of people with intellectual disability: A qualitative study*. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 37(4): 343–347

Abstrakt

Tato práce je zaměřena na problematiku adaptability osob s mentálním postižením. Teoretická část se zaměřuje na definování pojmu, různé modely nahlížení na mentální retardaci, klasifikaci a diagnostiku. V následující kapitole se práce zabývá definováním adaptability a popisem možností adaptace jedinců s mentálním postižením do společnosti. Cílem empirické části bylo navrhnout škálu na posouzení míry adaptability u osob s mentálním postižením a následně ji otestovat v rámci pilotní studie. K získávání dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor během kterého jsem administrovala vytvořenou škálu. Pro zvýšení validity dat jsem použila metodu triangulace dat. Při vyhodnocování výsledků byla objevena relativně vysoká míra shody jednotlivých posuzovatelů (průměrně 60,9 bodů ze 75). Při posuzování celkové adaptability z pohledu daného jedince a pečující osoby se objevovala tendence klientů nadhodnocovat své schopnosti.

Klíčová slova: mentální postižení, adaptabilita, měření

Abstract of thesis

This thesis focus on adaptability for people with mental disability. Theoretical part is focus on to define the concept of looking at different models of mental retardation, classification and diagnosis. The next chapter deals with the definition of adaptability and describing the possibilities adaptation of individuals with intellectual disabilities into society. The aim of the empirical part was to create a scale to assess the degree of adaptability for people with intellectual disabilities and subsequently tested in a pilot study. To gather the data, I used a semistructured interview during which I administered the range formed. To increase the validity of data I used the method of triangulation data. When evaluating the results was discovered by a relatively high degree of conformity of individual assessors (averaging 60.9 points out of 75). In assessing the overall adaptability from the perspective of the individual and the caregiver appeared tendency of clients overestimate their abilities.

Key words: mental disability, adaptability, measurement

Příloha 1.

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
MIŠELNICKÁ Jana	Pod Zámečkem 3332, Frýdek-Místek	F13696

TÉMA ČESKY:

Adaptabilita u osob s mentálním postižením

TÉMA ANGLICKY:

Adaptability of people with mental retardation

VEDOUcí PRÁCE:

doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Cílem práce je zmapovat a popsat problematiku adaptace ve společnosti u osob s mentálním postižením.
2. Seznámení se s normami pro bakalářské práce, dodržování zásad v nich uvedených.
3. Studium literatury z oblasti klinické psychologie, sociální psychologie, psychiatrie, neuropsychologie, speciální pedagogiky.
4. Předpokládaná struktura teoretické části: úvod, mentální retardace: historie, etiologie, integrace a adaptabilita u osob s mentálním postižením.
5. Designe kvalitativního výzkumu, zajištění souboru (výzkumný soubor: 10 osob obou pohlaví s mentálním postižením), vytvoření struktury rozhovoru, vytvoření škály míry adaptability.
6. Výzkum: užití vytvořeného rozhovoru a škály míry adaptability na vybrané respondenty z Příspěvkové organizace Náš svět Pržno, Neziskové organizace SPOLU Olomouc a Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.
7. Závěr a souhrn.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Dolejší, M. (1978). K otázkám psychologie mentální retardace (2. upraven a doplněné vyd. ed.). Praha: Avicenum.
- Gaddes, W., & Edgell, D. (1993). Learning disabilities and brain function: A neuropsychological approach. New York: Springer-Verlag.
- Kysučan, J. (1990). Psychopedie: Teorie výchovy mentálně retardovaných : Určeno pro posl. fak. pedagog. (1. vyd. ed.). Praha: SPN.
- Langer, S. (1996). Mentální retardace: Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova (3., přeprac. vyd. ed.). Hradec Králové: Kotva.
- Lečbych, M. (2008). Mentální postižení v dospívání a rané dospělosti. Olomouc: Univerzita Palackého
- Švarcová, I. (2000). Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče (Vyd. 1. ed.). Praha: Portal.
- Valenta, M., Michalík, J., & Lečbych, M. (2012). Mentální postižení: V pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu (Vyd. 1. ed.). Praha: Grada.

Příloha 2.

Škála míry adaptability

Jméno:

Vzdělání:

Příjmení:

Typ školy:

Datum narození:

Datum vyšetření:

Diagnosa:

Počet bodů:

Oblast	Počet bodů	Max. počet bodů
Péče o sebe		4
Komunikace – verbální		4
Komunikace – neverbální		4
Pohyblivost		5
Život v domácnosti		5
Orientace v čase		4
Orientace v prostoru		4
Komunikace – verbální psaná		5
Čtení		5
Hra		5
Hlavní oblasti života		5
Zdraví		5
Cestování		5
Mezilidské vztahy a jednání		4
Život komunitní, sociální a občanský		6
Obecné znalosti		5
Celkem		

Péče o sebe

1. Samostatné používání toalety
2. Samostatné umývání rukou
3. Samostatné oblékání/vysvlékání
4. Samostatné koupání

Komunikace – verbální

1. Tvoří srozumitelná slova
2. Sestaví jednoduchou větu s podmětem a přísudkem
3. Dokáže tvořit souvětí
4. Jeho řeč je plynulá a zároveň srozumitelná i pro širší okolí

Komunikace - neverbální

1. Rozumí varovným signálům, gestům
2. Dokáže při komunikaci udržovat s ostatními oční kontakt
3. Dokáže při komunikaci využít gesta a výrazy v obličeji
4. Dokáže během komunikace kontrolovat případné negativní emoce

Pohyblivost

1. Zvládá základní polohy těla jako stoj, sed, leh
2. Zvládá zvedat a přenášet drobné předměty
3. Může se pohybovat v domě (uvnitř budovy) bez dozoru
4. Může se pohybovat sám v blízkosti domova bez dozoru
5. Může sám bez doprovodu chodit na vzdálenosti delší než 1 km od místa bydliště

Život v domácnosti

1. Dokáže vědomě a správně používat příbor
2. Připraví jednoduché nápoje a pokrmy (uvaří čaj, kávu, namaže chleba či rohlík)
3. Dokáže zacházet s nástroji v kuchyni (nůž, naběračka, cedník)
4. Dokáže zacházet s domácími spotřebiči (varná konvice, pračka, žehlička), používá jednoduché nářadí (šroubovák, kladivo)
5. Zvládá úklid a péče o domácnost včetně starání se o zvířata, rostliny

Orientace v čase

1. Zná jednotlivé části dne a aktivity s tím související (ráno – vstávání, večer – usínání)
2. Zná jednotlivé dny v týdnu, ví, jak jdou za sebou
3. Zná jednotlivé měsíce a roční období a ví, jak jdou za sebou
4. Umí poznávat hodiny (ručičkové)

Orientace v prostoru

1. Dokáže nakreslit podle jednoduchého zadání (například: sluníčko, čtvereček)
2. Dokáže rozmístit obrázky předmětů podle pokynů (nahoru-dolů, doprava-doleva, nad-pod)
3. Dokáže se zorientovat v místě bydliště (poznat vlastní dům)
4. Dokáže se pohybovat po městě na základě mapy města

Komunikace – verbální psaná

1. Dokáže opsat nebo obtáhnout jednotlivá písmena
2. Dokáže napsat jednotlivá jednoduchá slova tiskacím písmem
3. Dokáže napsat jednoduché věty tiskacím písmem
4. Dokáže napsat souvětí tiskacím písmem
5. Dokáže psát tiskacím i psacím písmem

Čtení

1. Poznává jednotlivá písmena z abecedy
2. Dokáže slabikovat a skládat jednotlivá slova
3. Dokáže přečíst souvisle více než jednu větu.
4. Dokáže přečíst srozumitelně a zároveň plynule daný text
5. Čte z vlastní iniciativy

Hra

1. Ke hře používá předměty z okolí, hraje si sám (využití daného předmětu nemusí odpovídat jeho funkci)
2. Zvládá základy hraní si s míčem – kopání, házení
3. Účastní se skupinových (3-4 osoby) her (na schovávanou, na honěnou)
4. Zvládá tematické hry (na prodavače, na doktory, na hasiče,...)
5. Zvládá stolní a karetní hry (člověče nezlob se, domino, pexeso, černý Petr)

Hlavní oblasti života

1. Předškolní výchova (příprava na vstup do školy - mateřská školka)
2. Základní vzdělání (přijetí do základní školy, komunikace a spolupráce s ostatními spolužáky při plnění školních povinností)
3. Vyšší vzdělání (střední odborné školy, učiliště)
4. Hledání uplatnění ve společnosti (zaměstnání)
5. Schopnost práce odpovídající kvality

Zdraví

1. Vyhýbá se činnostem ohrožující jeho zdraví
2. Pravidelně vykonává drobnou fyzickou aktivitu
3. Dodržuje předepsanou dietu nebo vhodný jídelníček
4. Dochází k lékaři na pravidelné kontroly
5. Samostatně užívá léky včetně správného dávkování

Cestování

1. Dokáže jít bez doprovodu na nákup, k příbuzným v rámci města
2. Dokáže sám cestovat dopravními prostředky (autobus, tramvaj) v rámci města
3. Dokáže si sám sbalit osobní věci na cestování
4. Orientuje se v jízdních řádech, najde si požadovaný spoj
5. Dokáže sám cestovat na delší trasy (vlakem, letadlem)

Mezilidské vztahy a jednání

1. Udržuje vztahy s rodinnými příslušníky, adoptivními rodiči či zákonnými zástupci
2. Udržuje neformální společenské vztahy s přáteli
3. Udržuje intimní vztah s jedním člověkem
4. Zvládne jednat s cizími lidmi (začátek, udržení konverzace, ukončení)

Život komunitní, sociální a občanský

1. Schopnost aktivního využití volného času s rodinou a přáteli
2. Dokáže řešit své každodenní povinnosti
3. Má povědomí o svých právech jako občan - právo volit

4. Dokáže se vcítit do pocitů a motivů druhého
5. Ochrana sebe sama před zneužíváním, před projevy diskriminace
6. Ekonomická soběstačnost

Obecné znalosti

1. Dokáže se záměrně soustředit na jeden podnět tak, že veškerý ostatní hluk bude odfiltrovaný.
2. Je opatrný při kontaktu s cizími lidmi, zvířaty
3. Dokáže používat mobilní telefon
4. Dokáže zapnout a používat počítač
5. Zná a umí využít zásady bezpečnosti silničního provozu

Příloha 3.

Průměry a směrodatné odchylky pro jednotlivé subškály

Oblast	průměr klient	průměr personál	průměr osoba výzkumníka	SD klient	SD personál	SD osoba výzkumníka
Péče o sebe	9	8,5	5,25	2,00	2,38	2,36
Komunikace verbální	9	7,75	5,75	0,82	1,71	1,26
Komunikace neverbální	8,75	8	5,5	0,50	3,37	3,00
Pohyblivost	7	6,6	4,6	3,24	2,79	3,29
Život v domácnosti	5,4	4,4	3	2,88	1,95	2,74
Orientace v čase	7,5	8,25	5	2,38	2,06	1,83
Orientace v prostoru	7	7,5	4,5	4,24	5,00	3,11
Komunikace verbálně psaná	5	6	2,8	2,74	1,58	1,10
Čtení	5	5	2,2	1,87	2,24	1,48
Hra	8,4	7,6	5,4	1,82	0,89	1,14
Hlavní oblasti života	4,4	4	3	4,83	4,30	3,32
Zdraví	6,2	4,4	4,2	3,63	3,71	3,83
Cestování	2,2	2	0,8	1,92	2,35	0,84
Mezilidská vztahy a jednání	6,25	5,25	4,75	3,59	3,30	3,20
Život komunitní, sociální a občanský	3,33	2,33	2	3,01	2,94	2,45
Obecné znalosti	5	2,8	2,6	3,32	1,92	2,07

Příloha 4.

Celkový počet bodů u jednotlivých položek

Položka	Počet bodů klient	Počet bodů personál	počet bodů osoba výzkumníka
1	10	10	7
2	10	9	7
3	10	10	5
4	6	5	2
5(1)	9	7	6
6(2)	10	10	6
7(3)	9	8	7
8(4)	8	6	4
9(1)	9	10	7
10(2)	9	9	7
11(3)	9	10	7
12(4)	8	3	1
13(1)	10	10	7
14(2)	9	9	7
15(3)	9	6	7
16(4)	3	4	1
17(5)	4	4	1
18(1)	9	7	6
19(2)	8	5	6
20(3)	3	5	1
21(4)	3	2	1
22(5)	4	3	1
23(1)	10	10	7
24(2)	9	10	6
25(3)	6	7	3
26(4)	5	6	4
27(1)	10	10	5
28(2)	7	10	6
29(3)	10	10	7
30(4)	1	0	0
31(1)	8	8	4
32(2)	8	7	4
33(3)	3	6	2
34(4)	3	4	2
35(5)	3	5	2
36(1)	7	8	4
37(2)	6	6	3
38(3)	5	5	2
39(4)	5	4	2
40(5)	2	2	0
41(1)	10	8	7

42(2)	9	8	5
43(3)	10	8	6
44(4)	6	8	4
45(5)	7	6	5
46(1)	10	9	7
47(2)	9	8	6
48(3)	3	3	2
49(4)	0	0	0
50(5)	0	0	0
51(1)	10	5	7
51(2)	5	5	7
53(3)	4	1	0
54(4)	10	10	7
55(5)	2	1	0
56(1)	5	5	2
57(2)	3	4	1
58(3)	0	1	1
59(4)	1	0	0
60(5)	2	0	0
61(1)	9	9	6
62(2)	7	6	7
63(3)	1	1	0
64(4)	8	5	6
65(1)	7	7	6
66(2)	5	5	1
67(3)	0	1	0
68(4)	6	0	4
69(5)	1	1	1
70(6)	1	0	0
71(1)	6	4	3
72(2)	10	2	6
73(3)	4	3	1
74(4)	1	0	1
75(5)	4	5	2