

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Bc. Martina Václavíková

**Speciálněpedagogická intervence u osob
s mentálním postižením v rámci denního stacionáře**

Olomouc 2015

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kantor, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Jiřího Kantora, Ph.D. a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce.

V Hovězí dne: 19.dubna 2015

Bc. Martina Václavíková

Poděkování

Děkuji Mgr. Jiřímu Kantorovi, Ph.D. za ochotu, zájem a cenné rady při odborném vedení mé bakalářské práce. Velké poděkování patří také mému manželovi, jeho rodičům a kolektivu spolupracovníků a uživatelů z Naděje Vsetín, za jejich velkou podporu, trpělivost a neustálé povzbuzování.

Motto:

„Tu však jsem náhle viděl, že mohu pro druhého něco znamenat už jenom tím, že tu jsem, a že ten druhý je šťastný, protože jsem u něho. Když se to takhle řekne, zní to velmi prostě, ale když pak o tom člověk přemýšlí, je to obrovská věc, která vůbec nemá konce. Je to něco, co člověka může úplně roztrhat a změnit. Je to láska, a přece něco jiného. Něco, pro co lze žít. Pro lásku člověk žít nemůže. Ale pro člověka jistě!“

[Erich Maria Remarque](#)

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 MENTÁLNÍ RETARDACE.....	9
1.1 Vymezení pojmů mentální postižení a mentální retardace.....	9
1.2 Klasifikace mentální retardace	12
1.3 Příčiny vzniku mentální retardace	15
1.4 Vztah společnosti k osobám s mentální retardace	16
2 DENNÍ STACIONÁŘ	18
2.1 Denní stacionář jako sociální služba	18
2.2 Kvalifikační předpoklady v sociálních službách	20
2.2.1 Sociální pracovník	20
2.2.2 Pracovník v sociálních službách.....	21
2.3 Osobnost pracovníka a jeho vztah s uživatelem	22
3 SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÁ INTERVENCE A JEJÍ VLIV NA KVALITU ŽIVOTA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	23
3.1 Speciálněpedagogická intervence.....	23
3.2 Pojem kvalita života	24
3.2.1 Dimenze kvality života	25
3.2.2 Specifika kvality života u osob s mentálním postižením	26
3.3 Potřeby osob s mentální retardací.....	27
PRAKTICKÁ ČÁST	32
4 POPIS ORGANIZACE NADĚJE	32
4.1 Denní stacionář Rokytnice ve Vsetíně	32
5 KVALITA ŽIVOTA UŽIVATELE DENNÍHO STACIONÁŘE	34
5.1 Cíle práce a metody šetření	34
5.2 Charakteristika a popis zkoumaného souboru	35
6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	37
6.1 Uživatelé denního stacionáře.....	37
6.2 Zaměstnanci denního stacionáře.....	42

6.3 Vlastní reflexe	46
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	49
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	54

ÚVOD

Denní stacionář vytváří optimální podmínky pro integraci osob s mentálním postižením do společnosti. Pomocí sociálních služeb se tito lidé učí být samostatní, rozvíjí své schopnosti, dovednosti a návyky, vzdělávají se a jsou začleňováni do běžného života svých vrstevníků. Ambulantní forma této služby umožňuje uživatelům vracet se do přirozeného domácího prostředí ke svým blízkým.

Stejně jako většina dnešní společnosti jsem i já vyrostla s předsudkem, že postižení jsou „jiní“ než ostatní. Již devátým rokem pracuji v denním stacionáři pro osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením. Do svého současného zaměstnání jsem tak před lety nastupovala s obavami, které naštěstí ve velmi krátké době zmizely. Lidé s mentálním postižením jsou opravdu „jiní“, ale rozdíly se projevují odlišným způsobem, než si majoritní společnost představuje. Mají své kladné i záporné stránky jako my všichni, ale jejich láska, vděčnost a radost jsou natolik opravdové a upřímné, že to vyváží negativa jejich postižení. Za dobu svého profesního působení jsem získala mnoho cenných zkušeností a hlavně zcela nový pohled na tuto problematiku.

Osoby s mentálním postižením musely v průběhu dějin překonat velkou spoustu bariér, o kterých se dnes dozvídáme z literatury nebo ostatních médií. Současná společnost se s osobami s mentálním postižením naučila žít a začlenit tyto jedince mezi sebe. Zároveň se jim snaží poskytnout v rámci integrace vše potřebné. Alespoň to tak působí na laickou veřejnost. Ovšem z pohledu lidí „zasvěcených“ sociální problematice, to tak ideální není. Bohužel, při bližším pohledu lze vysledovat zásadní problém, který lidem s mentálním postižením znesnadňuje užívání výhod celoživotního vzdělání, pracovního uplatnění a dokonce samostatného bydlení. Tímto problémem jsou finance. Je nemálo zarážející, když z důvodu nedostatku financí se do stacionářů a podobných zařízení nemůže nakoupit dostatek vybavení a materiálu potřebného k pracovní činnosti. Stejně tak je zarážející, když zákonní zástupci nemohou dopřát uživatelům týdenní pobyt a tím i sami sobě krátký odpočinek od neustálého kolotoče starostí. Jsou to také finance, jejichž nedostatek má za následek snižování počtů zaměstnanců v sociálních službách, v důsledku čehož klesá kvalita služby.

Tato bakalářská práce se z důvodů výše zmíněných zabývá osobami s mentálním postižením, problematikou speciálněpedagogické intervence v denním stacionáři a hlavně názory uživatelů a zaměstnanců na kvalitu života osob s mentálním postižením navštěvujících denní stacionář.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole je definován pojem mentální retardace, její klasifikace a příčiny vzniku postižení. Dále se věnuje vztahům a postojům společnosti k osobám s mentálním postižením. Druhá kapitola obsahuje popis denního stacionáře, pracovníků, zaměstnanců a jejich vztahy s uživateli. Třetí kapitola je zaměřena na definici speciálněpedagogické intervence. Věnuje se dimenzím kvality života, potřebám osob s mentální retardací a specifikům kvality života těchto lidí.

Praktická část bakalářské práce se zabývá kvalitativně orientovaným průzkumem uživatelů denního stacionáře Naděje ve Vsetíně Rokytnici. Obsahuje popis střediska Naděje a základních činností. Následuje šetření, jehož součástí jsou rozhovory s uživateli a zaměstnanci stacionáře, zaměřené na kvalitu života v denním stacionáři a jeho vyhodnocení. Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit spokojenost uživatelů se svým osobním životem, s poskytovanou službou v denním stacionáři, jejich vztahy se zaměstnanci a plány do budoucna. Dalším cílem je zjištění názorů zaměstnanců na spokojenost uživatelů doma i ve stacionáři.

Denní stacionář ve Vsetíně Rokytnici jsem si pro svůj průzkum vybrala z důvodu, že zde pracuji a s uživateli se dobře znám. Pro mnohé uživatele jsou zaměstnanci denního stacionáře „druhou rodinou“, vzájemně znají svá trápení, bez problémů dokáží hovořit téměř o všem, a proto nemají problémy mluvit o tématech potřebných k šetření. S rodiči i zákonnými zástupci jsem denně v kontaktu, společně se scházíme při individuálním plánování a na pravidelných schůzkách. Zním tudíž jejich názory, přání a nápady, týkající se uživatelů, a naplňování jejich potřeb při poskytování služby ve stacionáři. Průzkum má pomoci zaměstnancům denního stacionáře poskytovat službu způsobem, který zajistí uživatelům naplnění potřeb důležitých pro jejich spokojený a plnohodnotný život.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

V této kapitole je vymezen pojem mentální postižení a mentální retardace, klasifikována mentální retardace spolu s popsáním příčin vzniku, a dále vztah společnosti k osobám s tímto postižením.

1.1 Vymezení pojmu mentální postižení a mentální retardace

Mentální postižení je širší pojem, tzv. střešní. Orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85 (jedince v pásmu mentální retardace) (Valenta, Müller, 2013). Mentální retardace je velmi složitý jev vzhledem k množství faktorů, kterými je determinován. Proto je nesnadné stanovit přesnou definici. Pojem mentální retardace byl poprvé použit ve třicátých letech 20. století Americkou společností pro mentální deficienci (z latinského Mens, mentis = mysl, retardare = zdržet, zaostávat) (Renotiérová, Ludíková et al., 2006).

Mentální retardace činí své nositele výrazně odlišnými od běžné populace. Dříve se o osobách s mentálním postižením mluvilo jako o duševně nemocných nebo o blázních a tento pohled přetrvává i v současnosti. Je těžké si tento stav mentálního omezení představit a nebo se dokonce vžít do situace těchto osob. *„Lze si zavázat oči a zkusit se projít po místnosti jako nevidomý, lze si zacpat uši nebo pokusit se komunikovat pouze neverbálními způsoby jako neslyšící, lze se posadit na ortopedický vozík a pokusit se zdolat určitou trasu jako tělesně handicapovaný člověk, nelze ovšem jakkoliv simulovat situaci člověka s mentálním postižením.“* (Slowik, 2007, s. 109). Každý z nás někdy zažil situaci, kdy jsme naprosto nerozuměli okolí, textu, situačnímu kontextu apod. Tato zkušenost nám do jisté míry umožňuje nahlédnout do světa osob s mentální retardací.

Mentální retardací se zabývá celá řada našich i zahraničních odborníků, a proto se setkáváme s různou terminologií. Příčiny terminologické nejednotnosti můžeme hledat v široké variabilitě i různé etiologii tohoto postižení. V 2. polovině 20. století existovalo více než dvacet různých názvů, např. duševně postižení, duševně úchylní, duševně abnormální, duševně opoždění, duševně defektní, rozumově postižení, děti se sníženou rozumovou schopností, rozumově zaostalí, intelektově úchylní, intelektově abnormální, slabomyslní, oligofrenní, mentálně defektní, mentálně abnormální, mentálně opoždění atd. (Pipeková,

2006) V zahraniční literatuře je pro mentální retardaci používán pojem Intellectual Disability.

AAIDD (dříve AAMR - Americká asociace pro mentální retardaci) definuje mentální retardaci jako postižení, které se vyznačuje výrazným omezením intelektových funkcí a adaptivního chování, které je důležité pro každodenní sociální a praktické dovednosti. Toto postižení vzniká před dosažením věku 18 let (AAIDD, 2013).

V našich zemích častou a známou definicí, která se snaží o syntézu všech hledisek, je definice od Dolejšího (in Pipeková, 2006, s. 55): *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko – fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.“*

Další definice si všímají např. etiologie a doby vzniku, projevů mentální retardace, srovnání vývoje jedinců s mentální retardací s vývojovými normami atd. Valenta, Müller (2013, s. 12) popisují mentální retardaci *„jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální i postnatální etiologií.“*

Dolejší (in Pipeková, 2010, s. 289) uvádí, že *„mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale poškozená poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji především v procesu učení.“*

Dle Franioka (2007, s. 18) je mentální retardace charakterizována jako *„vývojová porucha psychických funkcí postihující všechny složky osobnosti. Zahrnuje tedy stránku tělesnou, duševní a rovněž stránku sociální. Typickým rysem je v různé míře snížení rozumových schopností, projevující se v kvalitě vnímání, myšlení, představ, paměti, pozornosti, řeči, vizuomotoriky. Postižena je rovněž oblast citová a volní.“*

Vágnerová (1999, s. 77) definuje mentální retardaci jako *„souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový*

jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojována se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti.“

Mezi hlavní znaky mentální retardace patří:

- nízká úroveň rozumových schopností, projevující se nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a adaptace na běžné životní podmínky,
- postižení je vrozené a trvalé (Vágnerová, 1999).

Slowik (2007) zařazuje mentální retardaci mezi syndromatické postižení, které postihuje jak psychické (mentální) schopnosti, tak i celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Má proto významný vliv na vývoj a úroveň rozumových schopností, emocí, komunikačních schopností, sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění.

Mezi patologické znaky, které utváří obraz mentálního postižení Dolejší (in Valenta, Müller, 2013, s. 49) řadí: *„zvýšenou závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím, sugestibilitu a rigiditu chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opoždění psychosexuálního vývoje, nerovnováhu aspirace a výkonu, zvýšenou potřebu uspokojení a bezpečí, poruchu interpersonálních vztahů a komunikace, malou přizpůsobitelnost k sociálním a školním požadavkům, impulsivnost, hyperaktivitu nebo hypoaktivitu, citová vzrušivost, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, malou srovnávací schopnost, sníženou mechanickou a logickou paměť, těkavou pozornost, poruchu vizuomotoriky a celkové pohybové koordinace.*“ Tyto determinanty se mohou vyskytovat v různé variabilitě a hierarchii. Slowik (2007) uvádí, že se u osob s mentálním postižením často projevuje časová, prostorová a osobní dezorientace.

Výše uvedené znaky nejsou dostatečným hodnotícím kritériem pro osobnost člověka s mentální retardací neboť nositelé tohoto typu postižení mají rozmanité potřeby a pozitivní charakteristiky, které teprve ve své celistvosti mohou pomoci dotvořit představu o osobnosti člověka s mentální postižením. Proto jsou následující kapitoly věnovány také psychosociální dimenzi mentálního postižení z pohledu kvality života a psychosociálních potřeb.

1.2 Klasifikace mentální retardace

Mentální retardaci lze definovat podle různých kritérií, mezi která patří:

- etiologie - příčiny vzniku mentální retardace,
- klinické symptomy - typ osobnosti, chování, vzhled apod.,
- vývojová období - vychází z vývojových období intaktní populace,
- hloubka postižení - ze stanovení inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje poměr mentálního věku k věku fyzickému,
- stupeň inteligence (Krejčířová, Hutýrová, 2006).

Pastieriková (2012) k tomuto dělení ještě přidává míru podpory, kterou jedinec potřebuje, aby mohl žít co nejběžnějším způsobem života.

Nejednotnost v definování mentální retardace se snažila vyřešit Světová zdravotnická organizace (WHO), která v rámci 8. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti (MKN), vymezila v roce 1968 jednotlivé stupně mentální retardace podle IQ (za hranici mentální defektivy je považováno IQ 70) (Krejčířová in Renotierová, Ludíková et al., 2006).

Jak uvádí Krejčířová (in Renotierová, Ludíková et al., 2006) od 90. let je využívána 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která rozlišuje čtyři stupně mentální retardace:

- F 70 Lehká mentální retardace: IQ 50-69
- F 71 Střední mentální retardace: IQ 35-49
- F72 Těžká mentální retardace: IQ 20-34
- F73 Hluboká mentální retardace: IQ 20 a méně.

V současnosti se připravuje MKN-11, která by se měla začít používat nejdříve v roce 2015 (Zvolský, Daňková, 2012). Z jiného úhlu pohledu se problematikou postižení zabývá Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). MKF je součástí souboru klasifikací Světové zdravotnické organizace a jejím úkolem je měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni pro účely vzdělávacích, zdravotních a sociálních institucí (Úzis, 2010).

Ke zjištění stupně mentální retardace se obvykle používá měření pomocí standardizovaných testů inteligence, které mohou být nahrazeny škálami, měřícími stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Škály ale určují stupeň mentální retardace jen přibližně. Diagnóza závisí také na všeobecných intelektových funkcích, určených školeným

diagnostikem. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou v průběhu času měnit (např. zlepšovat pomocí cvičení a rehabilitace). Diagnóza musí odpovídat současnému stavu duševních funkcí. Podrobné členění s položkami F70-79 má na čtvrtém místě uvedeno vyznačení rozsahu současných poruch chování:

- .0 Žádná nebo minimální porucha chování
- .1 Významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu
- .8 Jiné poruchy chování
- .9 Bez zmínky o poruchách chování (Úzis, 2014).

Lehká mentální retardace F70 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9-12 let).

Osoby v úrovni lehké mentální retardace jsou schopni používat řeč, navazovat a udržovat konverzaci. Jsou téměř nezávislí v péči o vlastní osobu, osobní hygienu, i při péči o domácnost. Většina je schopná si najít a udržet zaměstnání, které je zaměřeno spíše na praktické než teoretické schopnosti. V sociokulturním kontextu nemusí mít osoba s lehkým stupněm mentální retardace větší problémy, pokud je emočně a sociálně dostatečně zralá. V pásmu lehké mentální retardace se individuálně mohou projevit přidružené chorobné stavy, např. autismus, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení (Švarcová, 2014).

Střední mentální retardace F71 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6-9let).

U těchto osob je opožděn vývoj chápání a používání řeči, která má většinou charakter jednoduché konverzace. Někteří se nenaučí mluvit vůbec. Péči o vlastní osobu nezvládají. Mobilita omezena nebývá. Dospělí jsou schopni po podrobné instruktáži a pod dohledem vykonávat jednoduchou manuální práci. Často jsou přidružená tělesná postižení, autismus a epilepsie (Švarcová, 2014).

Těžká mentální retardace F72 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3-6let)

Vývoj řeči je zastaven na předřečové úrovni. Péči o vlastní osobu a hygienu nezvládají. Výchova a vzdělávání jsou značně omezené, ale při včasném zahájení lze docílit rozvoje schopností a dovedností. Většina osob s tímto stupněm mentální retardace trpí poruchou motoriky, chování a dalšími přidruženými vadami (Švarcová, 2014).

Hluboká mentální retardace F73 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky).

Dle Zvolského (in Valenta, Müller, 2013) schopnost komunikace může dosáhnout maximálně úrovně porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí.

Osoby nacházející se v pásmu hluboké mentální retardace mají problém porozumět úkolům a popřípadě je splnit. Většinou jsou imobilní nebo omezení v pohybu. Péči o vlastní osobu a hygienu nezvládají. Často bývají inkontinentní. IQ lze změřit jen obtížně. Ve většině případů jsou neurologické nebo jiné onemocnění postihující hybnost, epilepsie, poškození zraku nebo sluchu a autismus (Švarcová, 2014).

Jiná mentální retardace F78

Do této kategorie jsou zařazeni jedinci, u kterých není možno stanovit stupeň intelektové retardace pomocí obvyklých metod z důvodu přidruženého sensorického nebo somatického poškození, např. u osob nevidomých, neslyšících, nemluvících, u osob s těžkými poruchami chování nebo s autismem nebo u osob s těžkým tělesným postižením (Švarcová, 2006).

Nespecifikovaná mentální retardace F79

U osob v této kategorii byla prokázána mentální retardace, ale pro nedostatek informací není možné jedince zařadit do výše uvedených kategorií (Pipeková, 2010).

Sociálně podmíněné mentální postižení

Je charakterizováno jako stav snížené inteligence, který není zapříčiněn poškozením centrální nervové soustavy, ale sociálními faktory jako je zanedbání výchovy, citová deprivace, nepodnětné prostředí a sociokulturní znevýhodnění. U dítěte je zpomalen rozvoj rozumových schopností a lze pozorovat poruchy v oblasti chování (Pipeková, 2010).

Nezávisle na stupni mentálního postižení rozlišujeme dva typy:

- Typ eretický (neklidný, verzatilní): je charakteristický neklidným chováním, rychlé střídání se vzruchu a útlumu, u žádné činnosti nevydrží delší dobu.
- Typ apatický (netečný, torpidní): chování je tiché a klidné, procesy vzruchu a útlumu jsou zpomalené, vyskytují se automatické, stereotypní pohyby.

Mezi uvedenými existuje typ nevyhraněný, kdy se procesy vzruchu a útlumu nacházejí v rovnováze, nebo jeden z nich může mírně převládat (Krejčířová, Hutyrová, 2006).

1.3 Příčiny vzniku mentální retardace

Krejčířová (in Renotířová, Ludíková et al., 2006, s. 163) uvádí, že „*k mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí. Ve výzkumu příčin vzniku mentální retardace vždy vystupovala dvě rozdílná hlediska. Hledisko akcentující dědičnost a více či méně podněcující vlivy prostředí a výchovy na vývoj člověka a hledisko zdůrazňující vliv prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopností, které nezohledňovalo vlivy genetické.*“

Příčiny mentálního postižení je možné rozdělit na příčiny vnitřní (endogenní), které jsou zakódovány již v systému pohlavních buněk, tzv. genetické příčiny, a vnější příčiny (exogenní), které mohou, ale také nemusí, být bezprostřední příčinou poškození mozku a dělí se podle působení na příčiny prenatální, perinatální a postnatální (Krejčířová in Renotířová, Ludíková et al., 2006).

Prenatální příčiny jsou nejčastěji dědičné vlivy (tzv. hereditární), které způsobují mentální retardaci ještě před porodem. Zde se řadí nemoci zděděné po předcích a také dědičnost nedostatku vloh k určité činnosti po rodičích. Další skupinu prenatálních vlivů tvoří genetické příčiny, kdy působením mutagenních faktorů (záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy apod.) dochází k mutaci genů, aberaci chromozomů nebo změnám v jejich počtu. Na vzniku mentální retardace se mohou podílet také faktory enviromentální a onemocnění matky v těhotenství (zarděnky, toxoplasmóza, kongenitální syfilis) alkoholismus matky, otravy olovem, intoxikace embrya či plodu, ozáření dělohy apod. Čím dříve dojde v průběhu těhotenství k onemocnění, tím mohou být následky pro dítě závažnější (Valenta, Müller, 2013).

Perinatální příčiny vznikají v období porodu a těsně po něm, kdy může dojít k poškození mozku. K rizikovým faktorům patří také předčasný porod, nízká porodní váha dítěte a těžká nefyziologická novorozenecká žloutenka (Valenta, Müller, 2013).

Postnatální příčiny se objevují v době po narození dítěte. Vlivů způsobujících mentální retardaci v tomto období je mnoho. Patří zde záněty mozku, traumata mozku, krvácení do mozku, nádory mozku, v pozdějším věku onemocnění, která vedou ke snížení inteligence

např. Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, alkoholová demence, schizofrenie a epileptická demence (Valenta, Müller, 2013).

Snížení intelektových schopností může zapříčinit také senzoričká, citová a sociokulturní deprivace dětí, které vyrůstají rodině s nepřátelským, nepodnětným a odcizeným prostředím nebo jsou vychovávány v institucionální péči. Častou příčinou sociokulturní deprivace mohou být rodiče s nižším intelektovým potenciálem (Krejčířová, 2010).

1.4 Vztah společnosti k osobám s mentální retardací

V současné době se v populaci vyskytují 2-3 % osob s mentálním postižením. V České republice je udáván počet 300 000 osob, z toho 80 % jsou osoby s lehkou mentální retardací (Krejčířová, 2010).

Vančová (in Valenta, Müller, 2013) dělí vývoj postojů k osobám s postižením na etapy dle vývoje společnosti:

- společnost bez osob s mentálním postižením,
- osoby s mentálním postižením mimo společnost,
- osoby s mentálním postižením vedle osob intaktních,
- osoby s mentálním postižením mezi osobami intaktními,
- osoby s mentálním postižením spolu s intaktní společností.

Osoby se zdravotním postižením byly součástí lidské společnosti od nejstarších dob a po celá staletí bylo těmto jedincům přisuzováno nedůstojné místo ve společnosti. V současné době se však stále setkáváme s řadou předsudků a negativních postojů k osobám se zdravotním postižením. Často jsme svědky nevhodného přístupu k lidem, kteří žijí bezprostředně vedle nás, nežijí s námi, protože jsou odlišní od majoritní společnosti. Odlišují se nejen vzhledem fyzickým, ale také způsobem myšlení, chování, řeči, motorickými projevy apod. (Zezulková, Kaleja, 2013).

Dle Pipekové (2006) lidé s mentálním postižením během svého života překonávají mnoho překážek, které jsou důsledkem jejich postižení, a s kterými se musí nějakým způsobem vyrovnat. Cílem sociální politiky států by měla být společnost, která by byla přístupná pro všechny, a pomocí norem jednání a chování svých členů zajistila přijetí osob, které jsou

nějakým způsobem odlišné. Filozofii a systém intervencí k zabezpečení životních potřeb svých členů si každá společnost buduje na základě historického dědictví, národních tradic, podle aktuálního stavu hospodářství, politického uspořádání a podle potřeb, zkušeností a morální a sociální vyspělosti.

Slowik (2007) uvádí, že člověk s vadou, poruchou nebo jakýmkoliv jiným viditelným postižením či znevýhodněním byl pro lidskou společnost vždy odlišným jedincem, což způsobovalo řadu specifických problémů jako je strach, odpor a nejistota při komunikaci. Důsledkem toho vznikl názor, že postižený člověk není schopen naplňovat některé normy, na kterých si společnost zakládá. Zároveň však taková výrazná odlišnost vždy přitahovala pozornost okolí.

„Pro současný stav je charakteristické, že známe mnoho o příčinách a prevenci mentální retardace, ale zakořeněné společenské zvyklosti, předpojatost a lhostejnost větší části společnosti vede k neustálému odmítání osob s mentální retardací.“ (Pipeková, 2006, s. 77).

Dle Durecové (2014) je v dnešní době většina společnosti stále ovlivněna množstvím mýtů a předsudků o osobách s mentální retardací. Dříve v těchto lidech viděla společnost boží trest za hříchy rodičů. Na osoby s duševní nemocí se nahlíželo jako na blázny, kteří svými projevy bavili ostatní lidi. Věřilo se, že lidé s mentálním postižením nejsou schopni citů a nedokáží milovat, že se s nimi musí jednat jako s dětmi, které nejsou schopny samostatného života a v neposlední řadě, že také mohou být zlí a nebezpeční. Společnost pod vlivem negativních předsudků neposkytovala lidem s postižením dostatečnou podporu, což mělo za následek drastické snižování kvality jejich života. Ke změnám u nás dochází až v posledních desetiletích v souvislosti s politickými a sociálními změnami po roce 1989. Dřívější režim zastával ve vztahu k osobám s mentálním postižením jasnou a velmi segregační politiku. Po sametové revoluci začali být vnímáni jako lidé mající svá lidská práva, prožívající stejné emoce, mající stejné potřeby (bezpečí, lásky, respektu, seberealizace apod.), cíle, sny a naděje jako zbytek populace. K uspokojení těchto potřeb je důležitá dostatečná podpora, která pomůže zmírnit znevýhodnění a omezení způsobené jejich stavem. Z toho vychází, že každý jedinec by měl dostat možnost žít co nejvíce plnohodnotný a nezávislý život v maximální možné míře.

2 DENNÍ STACIONÁŘ

V této kapitole je definován pojem denní stacionář, charakterizovány kategorie zaměstnanců denního stacionáře a také popsány požadavky kladené na osobnost pracovníka ve vztahu k uživateli.

Denní stacionáře pečují o děti, mládež i dospělé uživatele nejčastěji v době, kdy jsou jejich rodinní příslušníci v zaměstnání. Někdy mohou také nahrazovat či doplňovat pobyt v mateřské škole speciální nebo základní škole speciální. V péči o dospělé osoby mohou tato zařízení nahrazovat činnost chráněných pracovišť (Švarcová, 2006).

2.1 Denní stacionář jako sociální služba

Denní stacionář pomáhá osobám k zajištění co největší fyzické a psychické soběstačnosti, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života. V případech, kdy toto jejich stav neumožňuje, se denní stacionář snaží zajistit důstojné prostředí a zacházení. Na poskytování služeb sociální péče má právo každý v nejméně omezujícím prostředí (Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, § 38).

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 46: „*se v denních stacionářích poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- *pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- *poskytnutí stravy,*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- *sociálně terapeutické činnosti,*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“*

Denní stacionář nabízí služby dle individuálních potřeb uživatele, a to s přihlédnutím na jeho možnosti a schopnosti. Lze využít celou řadu výchovně vzdělávacích programů pomáhajících zlepšit sociální schopnosti a dovednosti uživatelů a tím přispět k jejich zapojení do normálního samostatného života. Hlavním cílem stacionáře je, aby se zde uživatelé cítili spokojeně a bezpečně (Naděje, 2014).

Dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., § 12, poskytuje denní stacionář tyto základní činnosti:

„a) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,

pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,

pomoc při prostorové orientaci, samotném pohybu ve vnitřním prostoru,

pomoc a podpora při podávání jídla a pití,

b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

pomoc při úkonech osobní hygieny,

pomoc při použití WC,

c) poskytnutí stravy:

zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,

d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,

f) sociálně terapeutické činnosti:

socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo zdržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

(Naděje, 2014).

Poskytování služeb v denním stacionáři je možné na základě uzavření smlouvy mezi poskytovatelem služby a uživatelem služby nebo jeho zákonným zástupcem. Na základě smlouvy hradí uživatel (zákonný zástupce) poskytované služby včetně služeb fakultativních (Naděje, 2014).

Na chodu denního stacionáře se zpravidla podílí ředitel nebo vedoucí zařízení, mzdová účetní, ekonom, sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. Dále zde mohou být zaměstnání pedagogičtí pracovníci, zdravotníci a psycholog.

2.2 Kvalifikační předpoklady v sociálních službách

V řízení o registraci je důležité posouzení správním orgánem o odborné způsobilosti pracovníků v sociálních službách, kteří přímo pracují s uživateli sociálních služeb. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, § 115, definuje pracovníky, kteří vykonávají odbornou činnost:

„a) sociální pracovníci,

b) pracovníci v sociálních službách,

c) zdravotničtí pracovníci,

d) pedagogičtí pracovníci,

e) manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Při poskytování sociálních služeb působí rovněž dobrovolníci za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem.“

2.2.1 Sociální pracovník

Sociální pracovník navazuje a udržuje pracovní vztah s uživateli nebo jejich zákonnými zástupci. Důležité je, aby dokázal zaangažovat uživatele do procesu určité změny, která se nejčastěji týká vlastního jednání. Musí si umět získat důvěru člověka, který se nachází v obtížné životní situaci a není dostatečně motivován k jakýmkoliv změnám. Často záleží na prvním kontaktu, z čehož se pak odvíjí další spolupráce a její výsledky. Úkolem sociálního pracovníka je uživateli vysvětlit, jaké je poslání zařízení a jakou pomoc mu může poskytnout (Řezníček, 1994).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 109, *„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících*

služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“

K výkonu sociálního pracovníka je důležité splnit odbornou způsobilost absolvováním vyššího odborného nebo vysokoškolského vzdělání v oborech zaměřených na speciální pedagogiku, sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku nebo na sociální péči. Důležité je absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v uvedených oblastech v rozsahu 200 hodin a minimálně 5 let praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena výše (Sociální revue, 2005)

2.2.2 Pracovník v sociálních službách

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §116 je definován pracovník v sociálních službách jako ten, který:

- a) přímo pečuje o uživatele v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb,
- b) provádí základní výchovnou nepedagogickou činnost,
- c) vykonává pečovatelskou činnost v domácnosti,
- d) pod dohledem sociálního pracovníka vykonává další činnosti v souladu se zákonem o sociálních službách.

Pracovník v sociálních službách musí splňovat podmínku bezúhonnosti, způsobilosti k právním úkonům, zdravotní a odborné způsobilosti, kterou se rozumí základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Kvalifikační kurz je nutné splnit do 18 měsíců ode dne nástupu pracovníka v sociálních službách do zaměstnání (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 116).

Obsah kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách uvádí vyhláška č. 505/2006 Sb., § 37. Kurz se skládá z části obecné a zvláštní. Rozsah kurzu je celkem 150 výukových hodin a z toho zvláštní část musí mít alespoň 80 výukových hodin.

2.3 Osobnost pracovníka a jeho vztah s uživatelem

V sociálních službách hraje velmi podstatnou roli nejenom vzdělání, vědomosti a dovednosti, ale také navození vztahu mezi zaměstnancem a uživatelem. Ten potřebuje pomáhajícímu věřit a cítit jeho zájem. U pracovníků nacházíme různorodou motivaci, která má u každého specifický vývoj. Známe tři krajní postoje, které se v „čisté podobě“ obvykle nevyskytují:

- altruistický (nesobecký, nezištný) přístup,
- realistický přístup,
- mocensko-manipulativní přístup (Michalík in Růžička, 2013).

Růžička et al. (2013) uvádí, že zřídka převládá pouze jeden postoj. Zejména motivace se překrývají a podmiňují. Převládající přístup lze zjistit pouze při podrobném zkoumání činnosti pracovníka. Snad každý pomáhající pracovník je veden dobrým úmyslem. Po určitém čase však pracovníci mohou ztrácet smysl svého snažení a cítit se zbyteční. Pomáhají dle svého svědomí, ale zapomenou se zeptat uživatelů, jakou pomoc si oni sami přejí. Proto je důležitá pravidelná supervize, která zaměstnancům umožňuje sebereflexi, další motivaci a správný přístup k uživatelům.

Tématu vztahu mezi pracovníkem a uživatelem se věnoval Carl Rogers, který popsal důležité charakteristiky dobrého vztahu. Vycházel z přesvědčení, že mezi nejdůležitější komponenty vztahu pomáhajícího pracovníka a dospělého uživatele patří kongruence, empatie, pozitivní a bezvýhradné přijetí. Důležitou hranicí ve vztahu mezi dvěma lidmi je dělítka, které určuje, co je v zájmu jednoho kterého člověka (Růžička, 2013).

3 SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÁ INTERVENCE A JEJÍ VLIV NA KVALITU ŽIVOTA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Tato kapitola se věnuje definicím pojmů speciálněpedagogická intervence a kvalita života. Jsou zde také popsány dimenze kvality života, potřeby osob s mentální retardací a specifika kvality života těchto lidí.

Termín potřeba se často objevuje v pojmenování populace, které je určena speciálněpedagogická intervence. Používají se např. termíny speciální potřeby, specifické vzdělávací potřeby, ale také výjimečné potřeby (z anglického „exceptional needs“). Je zvláštní, že ačkoliv se lidé s postižením rodili od samého začátku dějin, jsou stále považováni za specifickou skupinu a společnost má problém je přijmout mezi sebe. Jedním z podstatných cílů speciální pedagogiky je podnítit posun názorů a hodnot majoritní společnosti k lidem se speciálními potřebami. Důležitým faktorem, je dostatečná informovanost společnosti, znalost problému a vytvoření systému intervencí k zabezpečení tělesných, psychických, sociálních, ale také edukačních potřeb osob s mentální retardací i dalšími typy postižení (Janků, 2013).

3.1 Speciálně pedagogická intervence

Speciální pedagogika je definována jako vědní disciplína, zabývající se zákonitostmi rozvoje, výchovy a vzdělávání jedinců s postižením a jejich začlenění do společenského a pracovního života (Renotierová, Ludíková et al., 2006).

Intervence pochází z latinského *intervenire* – zasahovat, konat. Tento termín se používá ve většině oborů. „*Intervence je v nejširším smyslu slova jakýkoliv zásah do nějakého procesu za účelem jej ovlivnit nebo změnit. V užším smyslu jde o cílený, předem promyšlený zásah, zpravidla zaměřený na zmírnění tíživé situace, či jakýkoliv postup, technika, směřující k přerušení, zamezení nebo úpravě probíhajícího procesu*“ Endrodiöová (in Miovský, 2012, s. 69)

Kolář et al. (2012, s. 59) ve výkladovém slovníku z pedagogiky popisuje intervenci jako „*zásah většinou z vnějšku, do vnitřních záležitostí např. skupiny nebo osobnosti; vstup jiné osoby s cílem pomoci řešit problém, zvládnout určitý proces, pochopit souvislosti.*“

Cílem speciálně pedagogické intervence u osob s mentální retardací je tedy dosažení maximálně možného individuálního rozvoje osobnosti, nalezení vhodného místa ve společnosti a vytvoření podmínek pro kvalitní život (Černá et al., 2008).

Lidem s mentálním postižením jsou přiznávána práva na plnohodnotný život ve společnosti, která má povinnost vytvořit takový systém podpory a speciálních služeb, aby mohly být potřeby lidí s mentálním postižením adekvátně naplňovány po celý život. Oblast péče o osoby s mentálním postižením sebou v současnosti nese mnoho nových poznatků i prohloubení znalostí již existujících (Franiok, 2007).

Role speciálního pedagoga se v denním stacionáři projevuje více v každodenní interakci s uživateli a již méně se jedná o poradenství, diagnostiku a další oblasti speciálněpedagogické podpory.

3.2 Pojem kvalita života

„Slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského qualis, a to zase od kořene qui – kdo? Ve významu „kdo to je“, případně „jaké to je?“ V češtině kořen slova Kdo – „k“ nás vede k slovům typu „kéž“ či „kýžený“, tj. žádoucí stav. To se ozývá i v českém termínu pro kvalitu „jakost“ – např. v souběhu s upřesněním typu dobrá, prvotřídní až výtečná či naopak špatná jakost.“ (Křivohlavý in Hnilicová, 2004, s. 9). V mezinárodní literatuře se používá pro termín kvalita života zkratka QOL (Quality of Life).

Poprvé byl pojem kvalita života zmíněn v roce 1920 Pigou v jeho práci, která se zabývala ekonomii a sociálním zabezpečením. Tato práce však neměla žádný ohlas a proto se tento pojem přestal používat. Až na konci druhé světové války Světová zdravotnická organizace rozšířila definici zdraví o fyzickou, duševní a sociální pohodu. V Evropě se tento pojem objevil v programu Římského klubu, který se snažil o zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života (Vaňurová et Mühlpachr, 2005).

Definicí kvality života se zabývá mnohá odborná literatura. Většina úzce souvisí s problematikou potřeb jedince a mají společný obsah v podobě údajů o jeho psychickém, fyzickém a sociálním stavu.

Z teoretických konstruktů lidských potřeb vychází Dickensova definice (1997 in Vaňurová, Mühlpachr 2005, s. 12), která měří kvalitu života jako *„velikost nepoměru mezi nenaplněnými a naplněnými potřebami a přáními.“*

Kirby (1997 in Vaďurová, Mühlpachr 2005, s. 12) vymezuje kvalitu života jako „*stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální psychologická a fyzická přání a potřeby. Kvalita života je výsledkem osobních hodnot a životního stylu jedince, skrze něž se je snaží naplnit.*“

Hornquist (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 13) vymezuje kvalitu života jako „*intenzitu pocitu spokojenosti oblasti uspokojování fyzických, psychických, sociálních a materiálních potřeb a aktivit.*“

S kvalitou života úzce souvisí zdraví, které Světová zdravotnická organizace definuje jako „*stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Holčík, 2012).

Z definice zdraví dle WHO vychází také Nagpal (1997 In Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 12), který definuje kvalitu života „*jako komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou.*“

Vaďurová, Mühlpachr (2005, s. 11) definují kvalitu života dle WHO jako „*jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.*“

V dnešní době se dle Heřmánkové (2012) posuzuje při zkoumání kvality života především pocit štěstí a míra životní spokojenosti. Výzkumy věnované kvalitě života se věnují třem oblastem, do kterých spadá celková spokojenost se životem, spokojenost s jednotlivými oblastmi života a hledání faktorů, které podmiňují vznik subjektivního pocitu kvalitního a smysluplného života.

3.2.1 Dimenze kvality života

Ke konceptu kvality života můžeme dle Vaďurové, Mühlpachra (2005) přistupovat ze dvou hledisek – subjektivního a objektivního.

- **Objektivní kvalita života** souvisí s materiálním zabezpečením, sociálními podmínkami života, sociálním statusem a fyzickým zdravím. Je možné ji vymezit jako ekonomické, sociální, zdravotní a enviromentální podmínky, které ovlivňují život člověka.

- **Subjektivní kvalita života** je zaměřena na jedince, jak vnímá své postavení ve společnosti v kontextu svojí kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost souvisí s jeho osobními cíly, očekáváním a zájmy.

V současné době se však odborníci spíše přiklánějí k hodnocení subjektivnímu.

WHO rozeznává čtyři základní oblasti, vystihující dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

- **Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti**, které zahrnují energii a únavu, bolest, odpočinek, mobilitu, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat apod.
- **Psychické zdraví a duchovní stránka**, zde patří sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita a vyznání.
- **Sociální vztahy**, se kterými souvisí vztahy osobní, sociální podpora a sexuální aktivita.
- **Prostředí** obsahující finanční zdroje, svobodu, bezpečí, dostupnost zdravotní a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí jako je znečištění, hluk, provoz a klima apod. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

3.2.2 Specifika kvality života u osob s mentálním postižením

Kvalita života osob s mentálním postižením je dána získáním určitých kompetencí, možností být aktivní, kreativní, činit určitá rozhodnutí, milovat druhé, mít přátele, přispívat něčím světu, mít společenskou úlohu a cíl (Pipeková, 2006).

Osoba s postižením nezískává v průběhu života pouze obvyklé role jako je chlapec, dívka, syn, dcera, sourozenec, kamarád, ale také roli outsidera, který je odlišný, nenormální, což má za následek i rozdílná očekávání a postoje vůči němu (Růžička et al., 2013).

Ján Jesenský uvádí, že kvalita života postižených je ovlivňována procesy edukace a rehabilitace. Jedince s postižením v jeho rozvoji omezují specifické potřeby a z toho plynoucí závislost na specifických službách. Existuje rozsáhlá oblast činitelů ovlivňujících kvalitu života jedince s postižením. Můžeme je dělit na vnitřní a vnější:

Vnitřní činitele jsou somatické a psychické vybavení, která jsou ovlivněná onemocněním, poruchou, defektem nebo defektivitami. Patří zde všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti postiženého.

Vnější činitele představují podmínky existence jedinců s postižením. Tyto činitele tvoří faktory ekologické, společensko-kulturní, výchovně-vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně-technické. U těchto faktorů existuje úzká souvislost s objektivní dimenzí kvality života (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Obecně je na osoby s postižením nahlíženo nejen jako na odlišné, ale také nepřipravené nebo neochotné se přizpůsobit všem sociálním situacím. Tento pohled většinou vede k narušeným sociálním vztahům v rodině, ve společnosti i na pracovišti. Neschopnost naplnit očekávání okolí způsobuje lidem s postižením velkou psychickou zátěž a často dochází k situacím, které ještě více osobu s mentálním postižením diskriminují (Pipeková, 2006).

3.3 Potřeby osob s mentální retardací

Potřeba je motivačním pojmem, jehož synonymem jsou pojmy pud, motiv nebo motivace, které vyjadřují požadavek člověka na zajištění své existence. Potřeby jsou rozeznávány jako primární (vrozené) a sekundární (získané). V odborné literatuře dnes nepanuje jednotný názor, jak tyto potřeby rozdělit (Vykopalová, 1995).

Kohoutek (1998) popisuje potřebu jako pociťovaný nedostatek nebo přebytek něčeho. Pokud nejsou potřeby dostatečně uspokojovány, dochází k frustraci nebo deprivaci. Frustrace potřeb trvající delší dobu se projevuje vždy nepříznivými důsledky pro duševní rovnováhu. Potřeby Kohoutek dělí na materiální a kulturní, biologické a sociálně psychologické:

- **Potřeby biologické** jsou vrozené a patří zde potřeba spánku, potravy, dýchání, vyměšování, sexuální potřeby atd.
- **Potřeby sociálně – psychologické** jsou získané a řadíme k nim potřebu citového vyžití, sebeuplatnění, sociálního kontaktu, prožívání a poznávání.
- **Potřeba citového vyžití** projevující se jako touha být v bezpečí, být milován a mít kolem sebe přátele se při svém nenaplnění může projevit emoční deprivaci, která negativně působí na psychický vývoj jedince.
- **Potřeba sebeuplatnění** je velmi významná a jejími projevy je snaha dosáhnout pracovních, společenských a životních úspěchů.
- **Potřeba sociálního kontaktu** se vyznačuje touhou po společnosti a možností mít někoho na blízku.

- **Potřeba prožívat** je potřebou zábavy a zážitků, které jsou důležité pro uvolnění napětí např. ze zaměstnání.

- **Potřeba poznávat** je touhou po poznání a rozšíření duševního obzoru.

V průběhu života mohou být různé potřeby maximalizovány, minimalizovány, frustrovány, deprivovány, preferovány nebo potlačovány.

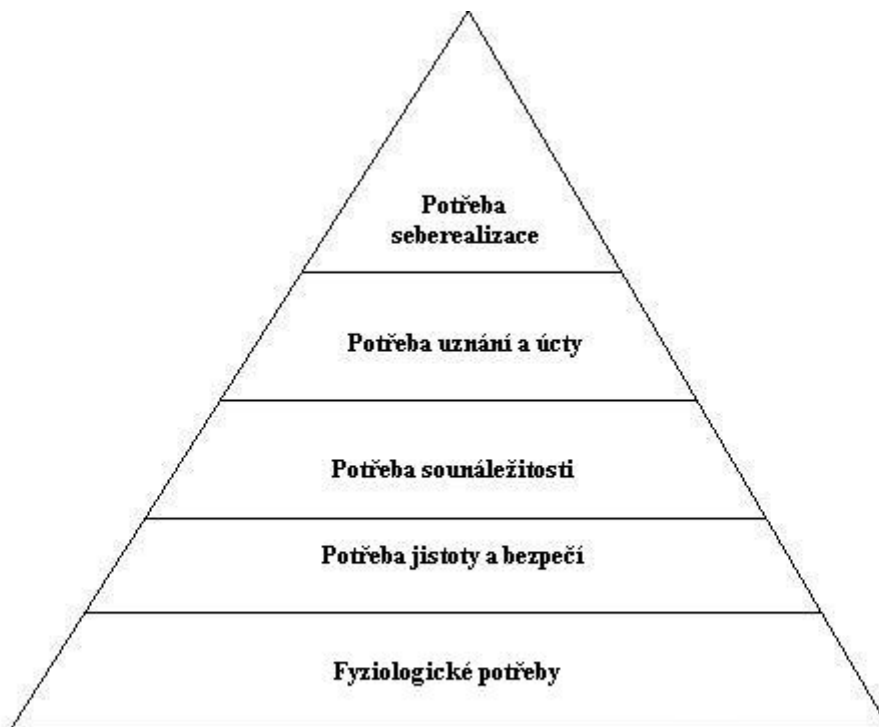
Drapela (1998) uvádí, že vnitřní svět každé osoby je tvořen složitou strukturou potřeb fyziologických, psychologických a sociálních. Tyto potřeby působí jako motivační činitele na osoby s postižením stejně jako na osoby intaktní, jen způsoby jejich uspokojování se mohou lišit svou specifičností, intenzitou a frekvencí. Speciálněpedagogické intervenci odpovídají modely Zdeňka Matějčka nebo Abrahama Maslowa (Horáčková et al., 2015).

Psycholog Zdeněk Matějček se zaměřuje na psychosociální potřeby dětí. Rozšířenou podobou Matějčkova modelu lze aplikovat také u ostatních věkových skupin. Rozlišuje potřebu stimulace, potřebu smysluplného světa, životní jistoty, pozitivní identity a potřebu otevřené budoucnosti (Růžička et al., 2013). Potřeby dle Matějčka, které musí být uspokojovány pro zdravý vývoj osobnosti, jsou:

- **Potřeba určitého množství a kvality vnějších podnětů.** Tyto podněty pomáhají naladit organismus na určitou aktivitu.
- **Potřeba stálosti, řádu a smyslu v podnětech, tzv. smysluplný svět.** Uspokojením se z podnětů, které by byly jinak chaotické a nezpracovatelné, stanou poznatky, zkušenosti a pracovní strategie. Jde o základní potřebu, která umožňuje učení.
- **Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů.** Dostatečné uspokojování této potřeby přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou pro potřebnou vnitřní integraci jeho osobnosti.
- **Potřeba identity, tzn. společenského uplatnění a společenské hodnoty.** Z naplnění potřeby vychází zdravé uvědomění vlastního já, vlastní identity, což je podmínkou pro osvojení užitečných společenských rolí a stanovení hodnotových cílů svého snažení.
- **Potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy.** Její uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí (Matějček, 1994).

Abraham Maslow je významný tradiční představitel bádání v oblasti motivace. Je známý svým uspořádáním potřeb od nejnižších, spojených s fyziologickým stavem organismu,

až po ty nejvyšší, spjaté s mezilidskými vztahy jedince, jeho sociálním začleněním a úsilím dosáhnout hodnot nad rámec osobních zájmů (Helus, 2011).



Obr. 1 Maslowova pyramida lidských potřeb

Uspořádání potřeb znázorňuje Maslow v podobě pyramidy, z které vyplývá, že „*má-li jedinec ve svém vývoji dospět k hierarchicky výše si stojícím potřebám, musí před tím uspokojit potřeby hierarchicky níže stojící.*“ (Helus, 2011, s. 132).

Základnu Maslowovy pyramidy tvoří fyziologické potřeby např. potrava, vylučování, sexuální potřeby a další, které jsou nejnáze uspokojovány. Při uspokojení fyziologických potřeb nastupuje potřeba pocitu bezpečí, jistoty a láskyplného vztahu. Toto bývá problematické vzhledem k ne vždy pozitivním postojům rodičů k osobě s mentálním postižením, která nemusí splňovat jejich rodičovské představy. Ze stejného důvodu může být nedostatečně uspokojena i potřeba sociálních kontaktů, které umožňují prožít pocit sounáležitosti. Naplnění této potřeby bývá omezeno mentálním postižením a malou sociabilitou jedince. Těžké může být také uspokojení potřeby úcty a uznání, neboť v naší společnosti je stále na základě předsudků vnímáno postižení a ne osobnost. Všichni lidé, tedy i osoby s mentálním postižením, touží po naplnění vlastního života. Aspirační úroveň

je závislá na předchozí zkušenosti (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 1999). Pro naplnění nejvyšší potřeby je důležitá seberealizace, vzdělávání se a poznání.

Za zmínku také stojí teorie potřeb Alberta Pessa a Diany Boyden, kteří se zaměřili na:

- **Pět základních vývojových potřeb:** potřebu místa, syčení, podpory, ochrany a mezí.
- **Čtyři vývojové úkoly:** integraci polarit, rozvinutí vědomí, rozvoj „pilota“ a rozvoj jedinečnosti (Pesso, Boyden in Růžička, 2013).

Rozdělení potřeb osob s mentální retardací

Janků (2013) píše, že osoby s postižením mají v různých životních obdobích své speciální potřeby, které se rozdělují na zvrtné (reverzibilní) a nezvrtné (ireverzibilní). Tyto potřeby, ať už dočasné nebo trvalé, jsou pouze jednou z charakteristik člověka.

Podle Vágnerové (2005) mohou být potřeby osob s postižením modifikovány z důvodu omezenější kapacity rozumových schopností a učení. Čím závažněji je člověk postižený, tím více je závislý na okolí při uspokojování svých potřeb, které však většinou mají tendence uspokojovat neodkladně a bez zábran. Vše záleží na aktuální psychickém i fyzickém stavu a na mentální úrovni. Vágnerová dělí z tohoto hlediska potřeby na:

- **Potřeba stimulace.** Pro psychický vývoj je důležitý dostatečný přísun podnětů, který ovšem musí být přiměřený možnostem jedinci s mentálním postižením. Tyto osoby dávají přednost stereotypnější, jednodušší a jednoznačnější stimulaci, při které je důležitá srozumitelnost.
- **Potřeba učení** je u osob s mentálním postižením vyjádřena snahou v mezích svých možností porozumět nejbližšímu okolí. V získávaných informacích musí být jednoduchý řád a musí zde platit pravidla, kterým tyto jedinci porozumí. Potřeba učení zde může být slabší a závislá na zprostředkující aktivitě jiných lidí.
- **Potřeba citové jistoty a bezpečí** bývá u osob s mentální retardací velmi silná. Fixace na rodinu trvá po celý život. Okolní svět je pro tyto jedince většinou těžko srozumitelný a proto jako zdroj rovnováhy narušené pocitem ohrožení potřebují vztah s blízkým člověkem, který poskytuje důvěru a zázemí.
- **Potřeba seberealizace** je dána mírou mentálního postižení. Uspokojení této potřeby je vázáno na reakce ostatních lidí, kteří lidem s postižením potvrzují jejich pozitivní hodnotu. Mentálně postižený člověk nedokáže sám rozhodnout o míře své seberealizace a je v tomto směru závislý na rozhodnutí svého okolí.

- **Potřeba životní perspektivy** je rovněž závislá na míře postižení. Vznik této potřeby je u jedince s mentálním postižením závislý na schopnosti chápání pojmu času, umění rozpoznat minulost, přítomnost a budoucnost. Tyto osoby budoucnost příliš nechápou a to je důvodem, že si nedělají větší plány a ani si nepředstavují, jaký by mohl být jejich další život.

„Uspokojení všech potřeb mentálně retardovaných v dostatečné míře a pro ně přijatelným způsobem bývá leckdy obtížné. Oni sami to nedovedou a jejich okolí není vždycky dostatečně citlivé nebo nemá zájem. Neuspokojení jakékoliv potřeby lze považovat za zátěžovou situaci. Za těchto okolností reagují i mentálně retardovaní lidé různými obrannými mechanismy. Ty bývají mnohem jednodušší, vesměs stereotypní a jejich volba závisí na celkové mentální úrovni a typu temperamentu jedince případně na etiologii postižení. Může jít např. o afektivní výbuchy, které je třeba chápat jako obranou reakci v situaci, s níž se nedovedou vyrovnat jinak.“ (Vágnerová, 2005, s. 82).

Definovat kvalitu života není snadné, jelikož je na ni nahlíženo z různých úhlů, což je také důvodem, proč není možné vymezit jednotnou definici. U osob s mentální retardací se touto problematikou zabývá speciální pedagogika. V současné době se kvalita života těchto jedinců díky integraci a inkluzi výrazně zlepšuje. Většina osob s mentální retardací však nedokáže zcela objektivně posoudit kvalitu svého života a mají daleko nižší očekávání než intaktní společnost. Příčinou může být snížená úroveň rozumových schopností, konkrétnost myšlení, omezená možnost srovnání, špatná přizpůsobitelnost se jakékoliv životní změně a neschopnost plánovat budoucnost. I přes tyto překážky mají tyto lidé své potřeby, které je nutné naplňovat od základních fyziologických, až po ty nejvyšší, spojené s mezilidskými vztahy a potřebou seberealizace, aby mohli žít co nejvíce plnohodnotný život.

Pojetí kvality života orientované na saturaci potřeb jedince s mentálním postižením byl vybrán jako výchozí koncept pro praktickou část této práce, která se bude zabývat potřebami osob s mentální retardací v denním stacionáři.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 POPIS ORGANIZACE NADĚJE

Naděje je nestátní nezisková organizace, která byla založená 21.8.1990 se záměrem vybudovat a provozovat síť služeb pro lidi v nouzi na základních křesťanských principech. Vznik Naděje je spojen se jménem Vlastimily Hradecké a dobrovolnickou prací, která představovala pomoc uprchlíkům z Rumunska především na území Prahy. Postupně se tato činnost rozrůstala i do dalších míst České republiky. V průběhu let se z Naděje stala organizace, která má své pobočky na celém našem území a od počáteční pomoci uprchlíkům se její služby postupně rozšiřovaly i na další skupiny potřebných lidí (Naděje, 2014).

V současné době poskytuje Naděje ve svých zařízeních pomoc sociální, zdravotní, hygienickou, stravovací, ubytovací, hmotnou, právní, poradenskou, osvětovou a duchovní. Její služby jsou zaměřeny na lidi osamělé, zdravotně postižené, společensky vyloučené nebo jinak znevýhodněné (Naděje, 2014).

4.1 Denní stacionář Naděje ve Vsetíně Rokytnici

V roce 1993 bylo ve Vsetíně Rokytnici zřízeno pedagogické centrum Sedmikráska určené pro mládež se zdravotním postižením. Po deseti letech přešlo pedagogické centrum pod občanské sdružení Naděje a bylo přeorganizováno na denní stacionář, který poskytuje celou řadu služeb se snahou o co největší integraci klientů do společnosti. Na základě potřeby klientů se osamostatnit a plně se integrovat do společnosti, zavedlo zařízení také nabídku osobní asistence, díky níž klienti mohou žít a fungovat ve svém přirozeném prostředí. Denní stacionář je ambulantní služba. Cílovou skupinou jsou lidé s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením ve věku od 16 let do 64 let. Kapacita zařízení je 20 uživatelů. Provoz denního stacionáře je zajištěn každý pracovní den od 6.30 do 15.30hod (Naděje, 2014).

Posláním denního stacionáře je prostřednictvím sociální služby zlepšit kvalitu života lidem s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením. Cílem je těmto lidem nabídnout fyzickou i psychickou pomoc, podporu v důstojném prostředí, vést je k samostatnosti, soběstačnosti, podpořit jejich schopnosti a dovednosti, které jim lépe pomohou překonat

vlastní postižení. Služba denního stacionáře pomáhá osoby s postižením co nejlépe začlenit do běžné společnosti, kam patří jejich rodina, přátelé, lidé ze sousedství, zájmové spolky a sdružení. Hlavním úkolem je odlehčit rodinám v péči o své blízké a zlepšit kvalitu života lidem se zdravotním postižením (Naděje, 2014).

Základní činnosti poskytované v denním stacionáři:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- základní sociální poradenství (Naděje, 2014).

5 KVALITA ŽIVOTA UŽIVATELE DENNÍHO STACIONÁŘE

5.1 Cíle práce a metody šetření

Průzkum praktické části bakalářské práce je zaměřen na dospělé osoby s mentálním postižením, navštěvující denní stacionář a zaměstnance, kteří těmto osobám poskytují každodenní péči. Hlavním cílem průzkumu je pomocí rozhovoru vedeného na úrovni uživatelů, který bude odpovídat jejich mentální kapacitě, zjistit informace o kvalitě jejich života v soukromí a v denním stacionáři, který navštěvují. Dále si klade za cíle zjistit, jakým způsobem mohou zaměstnanci denního stacionáře pomoci uživatelům dosáhnout kvalitního života a naplnění jejich potřeb. Výsledky průzkumu mohou být poté použity jako podkladový materiál pro zkvalitnění práce zaměstnanců denního stacionáře.

Dílčí cíle:

- Je možné, aby lidé s mentální retardací navštěvující denní stacionář vedli spokojený život?
- Jaké jsou speciální potřeby lidí s mentální retardací v rámci denního stacionáře?

Pro šetření kvality života u osob s mentálním postižením byl vybrán kvalitativní design průzkumu z důvodu malého počtu subjektů v souboru průzkumu a z důvodu obtížné aplikace kvantitativních postupů u osob s mentální retardací. Jako hlavní metoda sběru dat byla vybrána metoda strukturovaného interview, která stojí na rozhraní mezi dotazníkovými metodami a rozhovorem (Mioviský, 2006).

Kvalitativní výzkum popisuje Hendl (2005, s. 50) jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích, zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

Švaříček (2007) píše, že v kvalitativním výzkumu patří rozhovor mezi nejčastější metodu sběru dat. Kvale (in Švaříček, 2007, s. 159) definuje rozhovor jako metodu „*jejímž účelem je získat vylíčení žitého světa dotazovaného s respektem k interpretaci významu popsanych jevů.*“ Prostřednictvím této metody jsou zkoumány osoby z určitého prostředí, určité sociální skupiny a jejím cílem je získání odpovědí na předem připravené otázky, které jsou stejné pro všechny respondenty.

Strukturované interview má podle Miovského (2006, s. 157): „pevně dané schéma, které je pro tazatele závazné a neumožňuje příliš velké změny či úpravy. Pořadí a znění otázek je fixované. Často je používáno i přesné časové schéma.“ Dále Miovský (2006) popisuje strukturované interview jako formu vylepšeného dotazníku, kdy osobní kontakt a motivační práce pomáhají k dosažení validnější odpovědi.

Rozhovory probíhaly v prostředí denního stacionáře, které uživatelé důvěrně znají a cítí se v něm v bezpečí. Získaná data jsou zaznamenána logickou analýzou v tabulkách a vyhodnocena metodou prostého výčtu. Tato metoda se nachází na hranici mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem. „Její prostřednictvím vyjadřujeme vlastnost určitého jevu, která se týká např. toho, jak často se daný jev vyskytl či v jakém poměru výskytu byl k jinému jevu.“ (Miovský, 2006, s. 222).

5.2 Charakteristika a popis zkoumaného souboru

Průzkumu se zúčastnili uživatelé z denního stacionáře Naděje ve Vsetíně Rokytnici. Prováděný průzkum byl inspirován kvalitativním interview s dotazováním, srozumitelným pro uživatele.

O spolupráci na rozhovorech projeví zájem všichni přítomní uživatelé, jelikož to pro ně znamenalo možnost si popovídat v soukromí a také být chvíli středem pozornosti. Interview se zúčastnilo 11 uživatelů, z toho 6 žen a 5 mužů, jejichž průměrný věk činí 41 let a 4 zaměstnanci, z toho 3 ženy a 1 muž o průměrném věku 37 let.

S tématem interview byli všichni uživatelé i zaměstnanci předem seznámeni a zároveň byli ujištěni o anonymitě. Z tohoto důvodu bylo zvoleno pro označení dotazovaných počáteční písmeno jejich jména. Termín rozhovoru byl předem dohodnut. Každé interview trvalo od 15 do 30 minut. U uživatelů probíhaly zkušební rozhovory, na kterých bylo ověřeno pochopení pokládaných dotazů. Dotazování bylo konkrétní s otevřeným formátem. Odpovědi byly zaznamenány formou zápisu a poté zpracovány do tabulek a popsány metodou prostého výčtu. U některých otázek uvedli dotazovaní více možností (např. u otázky na způsob trávení volného času). Výsledky odpovědí uživatelů je možné brát pouze orientačně. Vzhledem k jejich postižení musíme brát v potaz neschopnost konceptualizovat své myšlenky, rigiditu a stereotypnost myšlení.

Uživatelé:

E. žena, 35 let, lehká mentální retardace a funkční poruchy vědomí. Mobilní, vzhledem k poruchám vědomí je nutný doprovod.

L. žena, 50 let, středně těžká mentální retardace, schizofrenie. Mobilní, ale velmi neobratná, téměř na všechny úkony potřebuje dopomoc druhé osoby.

V. žena, 47 let, lehká mentální retardace, stav po CMP, levostranná hemiparéza, těžký organický psychosyndrom. Mobilita s kompenzační pomůckou - francouzská hůl.

M. žena, 54 let, středně těžká mentální retardace. Mobilní.

J. žena, 37 let, DMO kvadruspastická a dyskinetická forma, skoliosa, lehká mentální retardace. Imobilní - elektrický vozík.

A. žena, 22 let, středně těžká mentální retardace. Mobilní.

D. muž, 40 let, středně těžká mentální retardace. Mobilní.

T. muž, 32 let, lehká mentální retardace, po úrazu má poškozenou krční páteř C3 - C4, hybnost levé horní končetiny má zachovanou a hybnost pravé horní končetiny má omezenou. Imobilní - elektrický vozík.

O. muž, 39 let, středně těžká mentální retardace, balbuties. Mobilní.

P. muž, 55 let, lehká mentální retardace. Mobilní.

F. muž, 39 let, lehká mentální retardace. Mobilní.

Zaměstnanci:

R. muž, 36 let, v Naději je zaměstnán 10 let.

I. žena 30 let, v Naději je zaměstnána 1 rok, předtím pracovala v podobném zařízení 5 let.

M. žena., 30 let, v Naději je zaměstnána 9 měsíců.

D. žena, 50 let, v Naději je zaměstnána 3 roky.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

V úvodu 5. kapitoly byly stanoveny dílčí cíle, pomocí kterých byla v průzkumu zjištěna spokojenost uživatelů v osobním životě a jejich vztahy s rodinou, kvalita života v denním stacionáři a jejich vztahy se zaměstnanci. Odpovědi každého uživatele a zaměstnance jsou zpracovány dle jednotlivých odpovědí do tabulek a následně interpretovány metodou prostého výčtu. Závěr šetření každé skupiny je zakončen diskuzí.

6.1 Uživatelé denního stacionáře

Otázky k rozhovorům s uživateli:

- 1) Co pro Tebe znamená spokojený život?
- 2) Je něco, co by jsi chtěl změnit?
- 3) Jak vycházíš se svou rodinou?
- 4) Jak trávíš svůj volný čas?
- 5) Co se Ti líbí v denním stacionáři?
- 6) S čím nejsi v denním stacionáři spokojen?
- 7) Jak vycházíš s ostatními uživateli denního stacionáře?
- 8) Jaký je tvůj vztah s pracovníky denního stacionáře, jak s nimi vycházíš?
- 9) Máš nějaké přání, plánuješ si něco do budoucna?

Odpovědi uživatelů:

- 1) Co pro Tebe znamená spokojený život a je něco, co by jsi chtěl změnit?

spokojený život	počet uživatelů
mít se dobře	5
nevím	3
být zdravý	1
být šťastný	1
mít partnera	1

Tabulka k otázce uživatelé č. 1

Pro pět dotazovaných uživatelů znamená spokojený život „mít se dobře po materiální stránce“, tři dotazovaní nevědí. Jedna uživatelka by byla spokojená, kdyby byla zdravá, pro jednoho dotazovaného znamená spokojenost být šťastný. Jedna uživatelka by chtěla mít vedle sebe životního partnera.

2) Je něco, co by jsi chtěl změnit?

změna v životě	počet uživatelů
žádné změny nechci	6
nekuřácké prostředí doma	1
mít psa	1
necítit se sám	1
mít partnerku	1
být zdravý	1

Tabulka k otázce uživatelé č. 2

Na otázku změny v životě šest dotazovaných uvádí naprostou spokojenost a žádné změny si nepřejí, jedna uživatelka touží po změně domácího prostředí v nekuřácké. Dále bylo vyjádřeno jedno přání vlastnit psa a necítit se osamělá. Jeden uživatel chce mít pěknou partnerku. Jeden dotazovaný by změnil své rozhodnutí, které vedlo k nevratnému poškození jeho zdraví, a nyní je na elektrickém vozíku.

3) Jak vycházíš se svou rodinou?

vztahy s rodinou	počet uživatelů
vycházíme dobře	8
nevycházím se sourozencem	2
nevycházím s otcem	1

Tabulka k otázce uživatelé č. 3

Osm dotazovaných uvádí, že s nejbližší rodinou vychází dobře. U dvou dotazovaných z rozhovoru vyplynulo, že mají špatné vztahy se svými sourozenci, se kterými se téměř nestýkají. Problém s otcem odpověděl jeden uživatel, který pociťuje, že otec se za něj stydí.

4) Jak trávíš svůj volný čas?

způsob trávení volného času	počet uživatelů
procházka	5
počítač	4
sledování televize	4
pobyt/práce na zahradě	3
spánek/odpočinek	3
fotbal/hokej/pivo	2
čtení	2
skládání puzzle	1
poslech rádia	1

Tabulka k otázce uživatelé č. 4

Podle odpovědí uživatelů, tráví téměř všichni svůj volný čas doma, kde mají různé aktivity podle počasí. Pět dotazovaných chodí na procházky, čtyři uživatelé nejčastěji tráví volný čas u počítače, kde hrají hry, píšou si s kamarády přes facebook nebo zkouší najít partnera na seznamce. Čtyři uživatelé vyplňují čas sledováním televize, tři rádi pobývají nebo pracují na zahradě a tři často jen tak leží, spí nebo odpočívají. Dva uživatelé chodí spolu na fotbal nebo hokej a na pivo. Dvě dotazované čtou rády knížky. Jedna uživatelka ve volných chvílích skládá puzzle a jedna dotazovaná poslouchá rádio.

5) Co se Ti líbí v denním stacionáři?

pozitiva denního stacionáře	počet uživatelů
výtvarné činnosti	4
kontakt se spol. prostředím	3
bohatý program	2
mám zde kamarády	2
pěkné praktikantky	2

Tabulka k otázce uživatelé č. 5

Mezi pozitiva denního stacionáře podle čtyř dotazovaných patří výtvarné činnosti, třem uživatelům se líbí možnost zúčastnit se různých výletů, exkurzí, výstav, pobytů apod. Dva uživatelé oceňují bohatý program a možnost výběru aktivit dle aktuální nálady a stejný počet uživatelů uvádí, že zde mají kamarády. Dva dotazovaní jsou spokojeni, že se pravidelně ve stacionáři setkávají s praktikantkami.

6) S čím nejsi v denním stacionáři spokojen?

negativa denního stacionáře	počet uživatelů
nemám výhrady	6
strach z jiného uživatele	2
hádky a křik	2
chybí tělocvična	1

Tabulka k otázce uživatelé č. 6

Šest uživatelů uvádí, že se jim ve stacionáři líbí a nemají žádné výhrady, dva dotazovaní uvádí, že se jim nelíbí chování jiného uživatele a bojí se ho. Dvěma dotazovaným se nelíbí, když se pohádají s jiným uživatelem, a pak po sobě křičí a jedné dotazované chybí ve stacionáři tělocvična, chápe však, že vzhledem k omezeným prostorům ji zde nelze zařídit.

7) Jak vycházíš s ostatními uživateli denního stacionáře?

vztah s ostatními uživateli	počet uživatelů
vycházíme dobře	11
strach z jiného uživatele	2
některé uživatele nemám rád	1
mám zde nejlepšího kamaráda	1

Tabulka k otázce uživatelé č. 7

Všech jedenáct uživatelů se shoduje v názoru, že většinou spolu vycházejí dobře a mají se rádi. Dva z dotazovaných opět vypovídají, že ve stacionáři je uživatel, se kterým moc nevycházejí a bojí se ho, Jeden uživatel uvádí, že se najdou ve stacionáři osoby, které rád nemá a také naopak, že zde našel nejlepšího kamaráda.

8) Jaký je Tvůj vztah s pracovníky denního stacionáře, jak s nimi vycházíš?

vztah se zaměstnanci	počet uživatelů
vycházíme dobře	11
máme se rádi	5
rodinná atmosféra	2

Tabulka k otázce uživatelé č. 8

U této otázky všichni dotázaní usuzují, že s pracovníky vycházejí dobře. Pět uživatelů vyjádřilo myšlenku, že se mají všichni vzájemně rádi a je dobře, že se mohou pracovníkům svěřit se svými problémy a taky radostmi. Dva dotazovaní uvedli, že si cení rodinné atmosféry.

9) Máš nějaké přání, plánuješ něco do budoucna?

přání a plány do budoucna	počet uživatelů
cestovat a poznávat svět	4
najít životního partnera	3
mít psa	1
jízda se psím spřežením	1
potkat se s celebritou	1
naprostá spokojenost	1
být zdravý	1

Tabulka k otázce uživatelé č. 9

Cestovat a poznávat cizí země si přejí čtyři dotazovaní. Tři uživatelé by si chtěli najít životního partnera, se kterým by mohli sdílet své radosti a trápení, jedna dotazovaná si přeje vlastnit pejska, další si přeje zažít jízdu se psím spřežením a jedna dotazovaná má sen potkat se s celebritou. Jeden uživatel uvádí, že je zcela spokojen a nemá žádné zvláštní přání ani plán do budoucna. Jeden dotazovaný si přeje hlavně zdraví.

Diskuze

Uživatelé dle jejich odpovědí jsou se svým životem spokojeni, berou jej takový, jaký je. Žádný z nich netouží po žádné výraznější změně. Ve svých rodinách mají zázemí, s rodiči vychází dobře a mají je rádi, jen u některých uživatelů jsou rozepře se sourozenci, u jednoho pak s jedním z rodičů, konkrétně s otcem. Svůj volný čas tráví dle svých zálib a z odpovědí vyplývá, že i v tomto směru se rodiče snaží uživatelům věnovat a když jsou zrovna sami, umí si najít zábavu ve sledování televize, čtení, práci na počítači nebo venčení psa. Do denního stacionáře docházejí rádi, protože zde mají své přátele, možnost kontaktu se společenským prostředím v podobě vycházek, výletů nebo pobytů a bohatou nabídku programu, ze kterého si mohou vybrat to, co si přejí ten konkrétní den dělat. Občas se stává, že si uživatelé mezi sebou nerozumí, ať už je to konflikt dlouhodobý nebo jen zaviněný momentální špatnou náladou. V rámci snahy připravit uživatele na běžný život je dobře, že si vyzkouší i takovéto nepříjemné situace a naučí se, jak je vyřešit. Ve vztahu k zaměstnancům uživatelé oceňují rodinnou atmosféru. Jejich přání a touhy jsou hodně podobné, přejí si to, co se jim moc nedostává a to je cestování a poznávání neznámého nebo kontakt s něčím nebo někým hodně blízkým, kdo by jim naslouchal, opětoval jejich lásku a stál pořád při nich, ať už se jedná o psa nebo o partnera.

Rodiče nebo zákonní zástupci uživatelů

Před jednotlivými rozhovory jsem měla možnost prostudovat dotazníky spokojenosti, které uživatelé s rodiči nebo zákonnými zástupci vyplňují přibližně 1x za rok a následně oba materiály porovnat. Výsledkem v obou případech jsou většinou kladné odpovědi a naprostá spokojenost. Z rozhovorů s rodiči při odevzdávání dotazníků (pokud nevhazovali anonymně do schránky) i během provozu však většinou vyplývá, že jsou spokojeni hlavně z důvodů, že ví, že uživatelé mají kam chodit, znají to zde a že zde chodí rádi, proto „nějaké drobnosti“ nechtějí řešit.

6.2 Zaměstnanci denního stacionáře

Otázky k rozhovorům se zaměstnanci:

- 1) Jak hodnotíš kvalitu života uživatelů denního stacionáře?
- 2) Ve které oblasti vidíš možnost zlepšení kvality života uživatelů?
- 3) Jak se starají rodiny o uživatele denního stacionáře?

- 4) Jaký význam má denní stacionář pro uživatele?
- 5) Jaké jsou vztahy mezi uživateli a pracovníky?
- 6) Jaké speciální kompenzační pomůcky jsou zapotřebí k vaší práci?
- 7) Projevují uživatelé svá přání, plánují budoucnost?

Odpovědi zaměstnanců:

1) Jak hodnotíš kvalitu života uživatelů v dením stacionáři?

kvalita života uživatelů v DS	počet zaměstnanců
nedostatek financí v sociálních službách	3
průměrná	2
netroufám si posoudit	1

Tabulka k otázce zaměstnanci č. 1

Tři zaměstnanci posuzují, že zlepšení kvality života uživatelů ve stacionáři je závislé na finanční situaci. Dva dotazovaní hodnotí kvalitu života uživatelů v denním stacionáři jako průměrnou a jeden zaměstnanec si kvalitu cizího života netroufá posoudit.

2) Ve které oblasti vidíš možnost zlepšení kvality života uživatelů?

možnost zlepšení kvality života uživatelů	počet zaměstnanců
finanční situace	2
samostatnost uživatelů	1
přístup společnosti	1

Tabulka k otázce zaměstnanci č. 2

U dotazu na oblast zlepšení kvality života dva zaměstnanci opět poukazují na nedostatek financí, které by umožnili zlepšení kvality poskytovaných sociálních služeb a tím i zlepšení kvality života uživatelů. Jeden dotazovaný uvádí větší osamostatnění uživatelů a jeden

zaměstnanec vidí možnost lepšího života uživatelů ve změně přístupu společnosti k osobám s postižením (např. lepší uplatnění na trhu práce).

3) Jak se starají rodiny o uživatele denního stacionáře?

zázemi v rodině	počet zaměstnanců
dobré	4
stárnoucí rodiče	4

Tabulka k otázce zaměstnanci č. 3

Všichni čtyři dotazovaní uvádějí, že ze svého pohledu se rodiče o většinu uživatelů starají velmi dobře, ale vzhledem k přibývajícimu věku rodičů se zhoršuje jejich schopnost poskytnout svým „dětem“ v dostatečném rozsahu všechno potřebné k jejich rozvoji a spokojenosti.

4) Jaký význam má denní stacionář pro uživatele?

význam denního stacionáře pro uživatele	počet zaměstnanců
samostatnost a soběstačnost	4
výchovně-vzdělávací a aktivizační	4
kontakt se společenským prostředím	4
změna prostředí	2

Tabulka k otázce zaměstnanci č. 4

Odpovědi všech čtyř dotazovaných se shodují v názoru, že denní stacionář přispívá k rozvoji zvládnání úkonů péče o vlastní osobu, poskytuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a jako jedno z nejdůležitějších pozitiv uvádějí kontakt se společenským prostředím. Dva zaměstnanci vidí význam stacionáře i ve změně prostředí.

5) Jaké jsou vztahy mezi uživateli a pracovníky?

vztahy zaměstnanců s uživateli	počet zaměstnanců
kamarádské	4
pracovní	1
velmi dobré	1

Tabulka k otázce zaměstnanci č. 5

Všichni dotazovaní se shodují, že vztahy ve stacionáři jsou velmi dobré, spíše kamarádské. Jeden zaměstnanec odpověděl, že s uživateli převládají vztahy především pracovní. Jedna dotazovaná navíc uvedla vztahy jako velmi dobré.

6) Jaké speciální kompenzační pomůcky jsou zapotřebí k vaší práci?

kompenzační pomůcky	počet zaměstnanců
zvedací technika	4
lyžiny	4
elektrický vozík	4
francouzské berle	4
speciální přístroj	4
závěsné sluchadla	4
trojhranný nástavec	3
pomůcky pro polohování	3
trackball	2
sklopné madlo na WC	2

Tabulka k otázce zaměstnanci č. 6

Všichni dotazovaní uvedli používané kompenzační pomůcky jako je zvedací technika, lyžiny, elektrický vozík, francouzské berle, speciální přístroj a závěsná sluchadla. Tři zaměstnanci navíc odpověděli trojhranný nástavec pro psací potřeby a pomůcky pro polohování. Dva si vzpomněli na trackball a sklopné madlo na WC.

7) Projevují uživatelé svá přání, plánují budoucnost?

plány uživatelů do budoucna	počet zaměstnanců
krátkodobé plány	3
neplánují	1

Tabulka k otázce zaměstnanci č. 7

Tři dotazovaní zaměstnanci si myslí, že uživatelé mají spíše krátkodobější cíle, než velká přání. Jeden dotazovaný uvádí, že z jeho pohledu uživatelé spíše neplánují.

Diskuze

Všichni zaměstnanci se snaží plnit poslání denního stacionáře s maximálním pracovním nasazením a k uživatelům se chovají s úctou na úrovni rovnocenných vztahů. Cílem zjištění bylo u zaměstnanců vnímání obsahu kvality života uživatelů. Zaměstnanci se shodují, že uživatelé jsou v rámci možností spokojeni. Většina má doma své zázemí, které jim poskytují milující rodiče. Denní stacionář jim umožní setkávání s podobně postiženými kamarády a nabízí aktivity, pomocí kterých se učí spoustu nových věcí a rozvíjí již nabyté dovednosti a vědomosti. Jedna z nejdůležitějších poskytovaných činností je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, často v podobě výletů, pobytů apod. Tyto aktivity uživatelům kompenzují únavu rodičů, kteří jsou většinou již důchodového věku a nemají sílu uživatele zaměstnat, vymýšlet jim program nebo podnikat s nimi různé činnosti. Z tohoto důvodu také uživatelé dochází do denního stacionáře rádi a vědí, že tady najdou bezpečné a rodinné prostředí, kde s nimi bude zacházeno s úctou a respektem. Jediným negativem, na kterém se zaměstnanci shodují, je obecně nedostatečné financování sociálních služeb, které např. v podobě nižšího počtu zaměstnanců ovlivňuje kvalitu jejich práce.

6.3 Vlastní reflexe

V denním stacionáři Naděje pracuji již devátým rokem a většina dotazovaných uživatelů tento stacionář navštěvuje ještě déle. Během těchto let jsem uživatelům, kteří sami neuměli přečíst nebo nerozuměli textu dotazníku a nechtěli jej vyplňovat s blízkými osobami, již několikrát pomáhala s jejich vypsáním. Ať už to byly dotazníky spokojenosti pro naši organizaci nebo pro studenty vysokých škol. Kvůli obtížím, které jim způsobovalo vyplnění

dotazníku jsem raději zvolila metodu rozhovorů, při kterých jsem mohla položit uživatelům otázky způsobem pro ně srozumitelným. Pomocí otázek zaměřených na osobní život vyplynulo, že uživatelé jsou celkem spokojeni a téměř nic by neměnili. Odpovědi dotazovaných mohou vyplývat z omezené možnosti srovnávání, jejich zvýšené závislosti na rodičích a špatné přizpůsobitelnosti se jakékoliv změně v životě. Průzkum prováděný s uživateli pomocí metody prostého dotazování mohl být u uživatelů ovlivněn tím, že s nimi rozhovor prováděl zaměstnanec, kterého dobře znají, což má své klady i zápory v tom, že uživatelé se sice cítí bezpečně a více se otevřou, je však možné, že nechtějí říci všechno (výtky, co se jim nelíbí, co by chtěli změnit, strach, že se na ně budu zlobit). Jednoduchost jejich odpovědí odpovídá stupni mentální retardace. Úkolem denního stacionáře, ve kterém byl proveden průzkum je nabízet služby podle individuálních potřeb uživatele, pomáhat uživatelům s jejich dalším rozvojem a zapojením do normálního samostatného života. Hlavním cílem je, aby se v denním stacionáři uživatelé cítili spokojeně a bezpečně. Rozhovory, které proběhly s uživateli dokazují, že denní stacionář naplňuje svůj cíl a uživatelé jej navštěvují rádi, mají zde své kamarády a zázemí.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku osob s mentální retardací a vliv denního stacionáře na kvalitu jejich života. Tato práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Úkolem první kapitoly teoretické části je seznámení s mentální retardací, její definice, rozdělení a příčiny. Důležitý je také popis vztahu společnosti k osobám s mentálním postižením, který se v průběhu let hodně měnil, ale i přesto si někteří lidé k osobám s postižením stále zachovávají odstup.

Druhá kapitola popisuje denní stacionář jako sociální službu, která pomáhá uživatelům k zajištění co největší fyzické a psychické soběstačnosti, s cílem umožnit jim zapojení do běžného života ve společnosti. Věnuje se také zaměstnancům, kteří se podílejí na chodu denního stacionáře, jejich kvalifikaci pro výkon této služby a vztahy mezi zaměstnanci a uživateli.

Třetí kapitola se zabývá speciálněpedagogickou intervencí, která se jako předem plánovaný zákrok snaží u osob s mentální retardací pomoci naplnit jejich potřeby a tím vytvořit podmínky pro kvalitní život, který by umožnil, aby tito lidé mohli být aktivní, kreativní, mohli činit svobodná rozhodnutí, mít právo na lásku a na plnohodnotný společenský život.

Praktická část popisuje denní stacionář Naděje pro osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením. Zabývá se průzkumem zaměřeným na kvalitu života uživatele denního stacionáře pomocí prostého dotazování. Otázky byly přizpůsobeny uživateli tak, aby jejich obsah byl zcela pochopen a uživatelé měli možnost vyjádřit s důvěrou své pocity. Stejným způsobem byly vedeny rozhovory se zaměstnanci denního stacionáře. Celkem se průzkumu zúčastnilo 11 uživatelů a 4 zaměstnanci. Získaná data byla zaznamenána doslovným zápisem a jejich analýza vyhodnocena metodou prostého výčtu. Z výsledků šetření vyplývá spokojenost uživatelů s jejich životem v domácím prostředí i v denním stacionáři. Tyto výsledky však mohou být ovlivněny nemožností srovnání, přílišnou závislostí na rodičích apod. Z výpovědí zaměstnanců denního stacionáře je patrné, že vytváří pro uživatele rodinné prostředí, zachází s nimi s úctou a pomocí různých aktivit se snaží o jejich zapojení do běžného života společnosti. Praktická část je zakončena diskuzí a vlastní reflexí.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES (AAIDD). 2013. *Definition of Intellectual Disability*. On-line. Dostupné z: <http://aaid.org/about-aaidd#.VJ04NdAPA> [cit. 26.12.2014].

ČERNÁ, M. et al. 2008. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vydání, Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum. 237 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

DRAPELA, V. 1998. *Přehled teorií osobnosti*. 2. vydání, Praha: Portál. 175 s. ISBN 80-7178-251-3.

DURECOVÁ, K. 2007. *Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení, posuzování sociálních dovedností jako předmět znaleckého posudku, výběr adekvátních odborníků*. On-line. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000252.pdf> [cit. 1.6.2014].

FRANIOK, P. 2007. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. 2. opravené vydání, Ostravská univerzita v Ostravě: Pedagogická fakulta. 142 s. ISBN 80-7368-274-5.

HELUS, Z. 2011. *Úvod do psychologie*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s, 320 s. ISBN 978-80-247-3037-0

HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání, Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2

HEŘMÁNKOVÁ, E. 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vydání, Praha: Slon. 189 s. ISBN 978-80-7419-106-0.

HNILICOVÁ, H. 2004. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 120 s. ISBN 80-86625-20-6.

HOLČÍK, J. 2012. *Zdraví jako osobní a společenská hodnota*. On-line. Dostupné z: http://prakt.upol.cz/zdravi_holcik.php [cit. 29.9.2014].

HORÁČKOVÁ, J., KANTOR, J., REICHOVÁ V. 2013. *Omezení hybnosti jako náročná životní situace*. On-line. Dostupné z: http://unifor.upol.cz/pedagogicka/index.php?pageid=5200&chapter=2763&id_dbound=2396 [cit. 7.2.2015].

JANKŮ, J. 2013. *Kapitoly z integrativní speciální pedagogiky*. On-line. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/karp/opory/aktualizovane/12_Kapitoly_z_integrativni_spec_pedagogiky_Opora.pdf [cit. 30.9.2014].

KOHOUTEK, R. et al. 1998. *Základy sociální psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, s.r.o., 181 s. ISBN 80-7204-064-2.

KOLÁŘ, Z. et al. 2012. *Výkladový slovník z pedagogiky*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s. 192 s. ISBN 978-80-247-3710-2.

KREJČÍŘOVÁ, O. 2007. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 35 s. ISBN 978-80-244-1635-9.

KREJČÍŘOVÁ, O. 2010. *Základy psychopedie*. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 53 s. ISBN 978-80-244-2623-5.

KREJČÍŘOVÁ, O., HUTYROVÁ, M. 2006. *Speciální pedagogika 6*. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 51 s. ISBN 80-244-1214-4

MATĚJČEK, Z. 1994. *Co děti nejvíce potřebují*. 1. vydání, Praha: Portál. 108 s. ISBN 80-7178-006-5.

MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MIOVSKÝ, M. et al. 2012. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. 1. vydání, Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-87258-89-7.

NADĚJE. 2014. *Naděje*. On-line. Dostupné z: <http://www.nadeje.cz/>. [cit. 27.6.2014].

PASTIERIKOVÁ, L. 2012. *Základy psychopedie*. On-line. Dostupné z: <http://kurzy-spp.upol.cz/CD/2/1-01.pdf> [cit. 27.12.2014].

PIPEKOVÁ, J. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vydání, Brno: MSD, spol. s. r. o. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.

PIPEKOVÁ, J. et al. 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepracované a rozšířené vydání Brno: Paido. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. et al. 2006. *Speciální pedagogika*. 4. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.

RŮŽIČKA, M. et al. 2013. *Krizová intervence pro speciální pedagogy*. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 168 s. ISBN 978-80-244-3305-9.

ŘEZNÍČEK, I. 1994. *Metody sociální práce*. 1. vydání, Praha: Sociologické nakladatelství. 75 s. ISBN 80-85850-00-1.

SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

SOCIÁLNÍ REVUE. 2005. *Sociální pracovník a pracovník v sociálních službách*. On-line. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/socialni-pracovnik-a-pracovnik-v-socialnich-sluzbach> [cit. 2.9.2014].

ŠVARCOVÁ, I. 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova sociální péče*.

3. aktualizované a přepracované vydání, Praha: Portál, s. r. o. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.

ŠVARCOVÁ, I. 2014. *Mentální retardace*. On-line. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623> [cit. 1.6.2014].

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání, Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ÚPLNÉ ZNĚNÍ VYHLÁŠKY č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

ÚPLNÉ ZNĚNÍ ZÁKONA č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

ÚZIS ČR. 2010. *MKF Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. On-line. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funknich-schopnosti-disability-zdravi-mkf> [cit. 7.3.2015].

VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. 1. vydání, Brno: Masarykova univerzita. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. 1999. *Psychologie handicapu*. 2. vydání, Praha: Karolinum. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, M. 2005. *Základy psychologie*. 1. vydání, Praha: Karolinum. 354 s. ISBN 80-246-0841-3.

VALENTA, M., MÜLLER, O. 2013. *Psychopedie*. 5. doplněné a upravené vydání, Praha: Parta. 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.

VYKOPALOVÁ, H. 1995. *Vybrané kapitoly ze základů psychologie*. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 173 s. ISBN 80-7067-455-5.

WHO/ÚZIS ČR. 2014. *Poruchy duševní a poruchy chování*. On-line. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html> [cit. 26.12.2014].

ZEZULKOVÁ, E., KALEJA, M. 2013. *Základní východiska edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. On-line. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/svp/opory/pdf-kaleja-zezulkova-zakladni-vychodiska-edukace-zaku-se-svp.pdf> [cit. 30.9.2014].

ZVOLSKÝ, M., DAŇKOVÁ Š. 2012. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Použití ve zdravotnické dokumentaci, Národních zdravotních registrech a Statistických zjišťováních MZ ČR*. On-line. Dostupné z: http://www.ezdravi.cz/rok_2012_Praha/prezentace/09-Zvolsky.pdf [cit. 2014-12-26].

SEZNAM ZKRATEK

AAIDD	Americká asociace pro mentální retardaci (dříve AAMR)
Apod.	a podobně
Atd.	a tak dále
Atp.	a tak podobně
C3-C4	třetí a čtvrtý krční obratel
CMP	cévní mozková obrna
DMO	dětská mozková obrna
DS	denní stacionář
IQ	intelligenční kvocient
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MR	mentální retardace
Např.	například
QOL	kvalita života
Tj.	to je
Tzn.	to znamená
WHO	Světová zdravotnická organizace

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Martina Václavíková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Jiří Kantor, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Speciálněpedagogická intervence u osob s mentálním postižením v rámci denního stacionáře.
Název v angličtině:	Specialeducation intervention for people with intellectual disabilities in the context of day care center.
Anotace práce:	<p>Tato práce se zabývá osobami s mentálním postižením, denním stacionářem, potřebami a specifiky kvality života těchto lidí. Je rozdělena do dvou částí.</p> <p>V teoretické části je vymezen pojem mentální postižení a mentální retardace, klasifikována mentální retardace spolu s popsáním příčin vzniku, a dále vztah společnosti k osobám s tímto postižením. Ve druhé kapitole je definován pojem denní stacionář, charakterizovány kategorie zaměstnanců denního stacionáře a také popsány požadavky kladené na osobnost pracovníka ve vztahu k uživateli. Třetí kapitola je věnována definicím pojmů speciálněpedagogická intervence a kvalita života. Jsou zde také popsány dimenze kvality života a potřeby osob s mentální retardací.</p> <p>Praktická část je věnována kvalitativnímu průzkumu formou rozhovorů s uživateli a zaměstnanci denního stacionáře Naděje Rokytnice ve Vsetíně. Cílem je zjistit informace o kvalitě života uživatelů v soukromí a v denním stacionáři, který navštěvují. Praktická část je zakončena diskuzí a vlastní reflexí.</p>
Klíčová slova:	mentální retardace, denní stacionář, speciálněpedagogická intervence, kvalita života.

Anotace v angličtině:	<p>This work deals with people with intellectual disabilities, day care, the needs and specific quality of life of these people. It is divided into two parts.</p> <p>The theoretical part defines the notion of mental disability and mental retardation, mental retardation classified along with a description of the causes of, and relationship of society and people with this disability. In the second chapter defines the concept of a day care center, characterized by categories of employees of day care center and also describes the requirements for the personality of the worker in relation to the user. The third chapter is devoted to definitions of terms special education interventions and quality of life. There are also described dimensions of quality of life and the needs of people with mental retardation.</p> <p>The practical part is devoted to qualitative research through interviews with users and employees of the day care center Naděje Rokytnice in Vsetín. The goal is to find information on the quality of life of users in private and in day centers, who attend. The practical part finished in discussions and personal reflection.</p>
Klíčová slova v angličtině:	mental retardation , day care center, special education interventions, quality of life.
Přílohy vázané v práci:	-
Rozsah práce:	54 stran
Jazyk práce:	český