

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

bakalářské kombinované studium
2009 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zdenka Čekalová

Chráněná dílna pro osoby s mentálním postižením

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined (Part-Time) Studies
2009 - 2012

BACHELOR THESIS

Zdenka Čekalová

Sheltered workshop for people with mental disabilities

Prague 2012

The bachelor Thesis Work Supervisor:
Mgr. Milan Fleischmann

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Černovicích dne 24. 2. 2012

Jméno autora/ky Zdenka Čekalová

Poděkování

Chtěl(a) bych poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Milanu Fleischmannovi za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Anotace

Ve své bakalářské práci bych chtěla poukázat na osoby s mentálním postižením a jejich zapojením do pracovního procesu a uplatnění na trhu práce. Také o možnosti umístění do chráněných dílen nebo zapojení do sociálně terapeutických dílen v rámci jejich vlastních možností a schopností. Cílem mé práce je poukázat na to, jak je těžké najít správné uplatnění na trhu práce pro osoby s mentální retardací. Pro většinu z nich je naprosto nemožné zajistit jim práci ať už v chráněných dílnách nebo sociálně terapeutických dílnách.

Klíčové pojmy

Handicap, chráněné bydlení, chráněné dílny, mentální retardace, sociálně terapeutické dílny, trh práce, uživatelé, výchova a vzdělávání.

Annotation

In my thesis I would like to point out to people with intellectual disabilities and their involvement in employment and labor market. Also the possibility of placement in sheltered workshops or engaging in social therapeutic workshops in their own capabilities. The aim of my work is to point out how difficult it is to find the right labor market for persons with mental retardation. For most of them is absolutely impossible to provide them with whatever work in sheltered workshops or social therapeutic workshops.

Key words

Handicap, sheltered housing, sheltered workshops, mental retardation, social therapeutic workshops, labor market, users, education and training

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. MENTÁLNÍ RETARDACE.....	10
1.1 Historický pohled na přístup společnosti k postiženým a jejich příčiny.....	10
1.1.1 Vliv společnosti a kultury na chování k postiženým.....	11
1.2 Pojetí a charakteristika mentální retardace.....	12
1.3 Kognitivní procesy a jejich vývoj u dětí s mentální retardací.....	14
1.3.1 Vnímání.....	14
1.3.2 Rozvoj řeči.....	14
1.3.3 Myšlení.....	14
1.3.4 Paměť.....	15
1.3.5 Vůle.....	15
1.3.6 Emoce.....	16
1.4 Diagnostika mentální retardace.....	16
1.5 Klasifikace mentální retardace.....	17
1.5.1 Klasifikace dle etiologických faktorů podle Penrose.....	17
1.5.2 Klasifikace dle vývojových období.....	17
1.5.3 Klasifikace dle typu chování.....	18
1.5.4 Klasifikace dle inteligenčního kvocientu.....	18
1.5.5 Jiné členění mentální retardace dle Nakonečného.....	19
1.5.6 Jiné členění dle Monatové.....	19
1.6 Nejčastější příčiny mentální retardace.....	20
2. SOCIÁLNÍ AKCEPTACE A HANDICAP.....	21
2.1 Podmíněnost postojů.....	21
2.2 Handicap.....	22
2.3 Počet zdravotně postižených v ČR.....	23
3. PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI JEDINCŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	25
4. NEJČASTĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ, U KTERÝCH SE VYSKYTUJE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	26
5. SYSTÉM VÝCHOVY A VZDĚLÁVÁNÍ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH.....	27
5.1 Speciálně pedagogická centra.....	27
5.2 Předškolní vzdělávání dětí s mentální retardací.....	28
5.3 Základní vzdělávání žáků s mentální retardací.....	29
5.4 Výchova a vzdělávání v rehabilitačních třídách.....	31
5.5 Učební obory.....	31
5.6 Praktické školy.....	31
5.7 Celoživotní vzdělávání osob s mentální retardací.....	32
6. PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	33
7. CHRÁNĚNÉ DÍLNY.....	35
7.1 Integrace mentálně postižených do pracovního procesu.....	35
7.2 Pojem práce, legislativa.....	35
7.3 Chráněná dílna a sociálně terapeutická dílna.....	37

7.4 Chráněné bydlení.....	38
PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
8. VÝZNAM CHRÁNĚNÝCH DÍLEN A SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÝCH DÍLEN PRO OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	40
8.1 Cíl a místo šetření.....	40
8.2 Kasuistika.....	41
8.3 Závěr šetření.....	60
ZÁVĚR.....	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	63
PŘÍLOHY.....	65

ÚVOD

Dvacáté první století, je mimo jiné charakteristické prudkým vzestupem péče a zvyšujícím se zájmem o handicapované jedince. Vyspělé demokratické státy a humanitní společnosti mají obrovský zájem o péči handicapovaných občanů. Nedostatky, poruchy a vady ovlivňují celkový psychický stav, společenské vztahy a vůbec celý život postižených. Je proto nezbytně nutná pomoc okolí, neboť každý člověk má právo na plnohodnotný život.

Významnou skupinou mezi zdravotně postiženými jsou osoby s mentálním postižením. Přes veškerou snahu o integraci mentálně postižených existují jedinci, kteří potřebují maximální a trvalou péči, kterou mu rodina nemůže nebo nemá zájem z jakéhokoliv důvodu poskytnout. Tito lidé jsou pak umisťováni do ústavů sociální péče. Hlavním úkolem ústavu je co možná nejvíc nahradit rodinu v době pobytu handicapovaného v ÚSP. Umožnit mentálně handicapovanému plně se uplatnit v rámci svého postižení, integrovat do společnosti, zajistit jim různé zaměstnání v chráněných dílnách nebo alespoň v sociálně terapeutických dílnách. Je jisté, že podpora a zájem rodiny zvyšuje nejen integraci handicapovaného, ale poskytuje i nejvhodnější a „normální“ sociální zázemí, které postižený může mít.

Pracuji v diagnostickém ústavu sociální péče, a proto se s osobami s mentálním postižením setkávám skoro denně. Toto téma jsem si vybrala, protože je mi problematika mentálně postižených velmi blízká a téměř denně se v prostředí mentálně handicapovaných vyskytují. Zájem o život těchto postižených se celorepublikově sice zvýšil, ale dle mého mínění není v široké veřejnosti stále dostatečná informovanost o problematice mentálně postižených a ani velký zájem o integraci handicapovaných do společnosti. Právě zapojení do společnosti se nejlépe uskutečňuje v chráněných dílnách nebo v sociálně terapeutických dílnách, kde jsou mentálně postižení zaměstnáváni a tím i uváděni na trhu práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1. MENTÁLNÍ RETARDACE

1.1. Historický pohled na přístup společnosti k postiženým a jejich příčiny

Od počátku vývoje člověka, lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se od ostatních nějakým způsobem odlišovali, ať už vzhledem, vadami, duševním stavem či chorobami. V průběhu let a dějin se vztah k těmto lidem proměňoval, avšak jednotlivci i celá společnost se s tím musela vždy nějak vyrovnat. Z historického hlediska jsme schopni pochopit zdroj současných lidských postojů či předsudků, které přetrvávají v obecném podvědomí dodnes.

První zmínky o mentální retardaci, tak jak ji chápeme dnes, můžeme najít již v egyptských papyrových svitcích, nalezených v Thébách kolem roku 1500 před Kristem. Tyto postižení jedinci byli již v dětství usmrcováni, nebo složili jako dvorní šašci, byli zneužíváni jako pracovní síla. Starověká civilizace byla nastavena tak, že problematickým byl pouze jedinec s hlubším stupněm mentální retardace, kdežto jedinec s lehkou mentální retardací v naší civilizaci by ve starých egejských oblastech mentálně retardovaný nebyl. Starověký lékař se proto nezabýval klasifikací mentální retardace. K prvnímu rozlišení duševních poruch s poškozením inteligence od ostatních dochází až v renesanci. V období starověku se přístup k osobám s postižením začíná měnit, vznikají nalezince, do kterých jsou děti s postižením odkládány. V období renesance došlo k první klasifikaci duševních poruch. Ústavnictví na přelomu 19. a 20. století bylo především záležitostí církevní či soukromou, vedenou lékaři, pedagogy či milosrdnými sestrami. Původní klasifikace mentální retardace byla obnovena z důvodů nahrazení zastaralých pojmů, které časem získaly vulgární podtext, navozovaly dojem trvalosti, neměnnosti, a vzbuzovaly pedagogický pesimismus. (9,22)

1.1.1. Vliv společnosti a kultury na chování k postiženým

Osobnost člověka se utváří vlivem a kontaktem s ostatními členy společnosti, jeho sociální skupiny. Společnost se na každém stupni svého vývoje vytváří určitá pravidla soužití, které jsou součástí společenského vědomí. Kultura určuje co je pro danou společnost žádoucí či nežádoucí. Každá společnost si ve své kultuře stanovuje určité vzory, které odpovídají jeho potřebám, co je dobré, co nikoli, co je přijatelné, žádoucí, normální.

Pravidla společnosti se vztahují na vnímání a přijímání jednotlivých členů. Vztah k lidem, kteří se odlišují od ostatních, je založen na způsobu vývoje, výchovy, osobnosti člověka a především v sociální podmíněnosti osobnosti. Závislost jedince na sociálním prostředí je tím větší, čím primitivnější je úroveň vývoje společnosti.

Vliv ekonomický – měl vliv na postoj k postiženým či oslabeným jedincům (ekonomická situace skupiny). Lze jen těžko předpokládat, že by si skupina, která jen s obtížemi zajišťuje své materiální přežití, by si mohla dovolit žít jedince, který ji nepřináší žádný užitek. Jde tu vlastně o rozhodování mezi prospěchem jedince a skupiny.

Vliv estetický – obzvláště je to patrné v antickém Řecku a Římě, kde byla celá kultura založena na kráse těla a ducha a hodnota člověka byla posuzována podle těchto kritérií. Co je v jedné kultuře považováno za krásné, je v druhé považováno za ošklivé a odpuzující. (14)

Štěch a kolektiv říkají: *„Postižení se také nevýhodně odlišují od určitého estetického ideálu kultury.“ (14)*

Vliv náboženský - z náboženského hlediska byl často považován postižený jedinec za nebezpečného pro skupinu, reprezentoval svým postižením vliv nebezpečných sil. Postižení bylo vždy považováno za něco negativního. Ještě dnes se můžeme setkat s názory, že tělesně postižený nebo musí být i mentálně retardovaný. I ve Starém zákoně jsou náznaky chápání postižení jako známky zavržení. Naopak ve středověku se objevuje postižený jako objekt soucitu a křesťanské lásky. (14)

1.2. Pojetí a charakteristika mentální retardace

Jak vlastně definovat pojem mentální retardace, když je s tím problém od doby, co tento pojem vznikl.

Mentální retardace tedy znamená opožděnost rozumového vývoje, je odvozeno z latinského mens, 2.p. mentis – mysl, rozum a retardace z latinského retardatio – zdržet, zaostávat, opožďovat

Pojem mentální retardace můžeme definovat, že je to opožďování vývoje rozumových schopností, s malou možností na možné zlepšení tohoto stavu. V odborné literatuře se vedle pojmu mentální retardace občas setkáváme i s pojmem mentální postižení. Je mnoho definic mentální retardace, ale i mnoho filosofii, které představují různé způsoby přístupu k osobám s mentální retardací.

Mentální retardace podle Vágnerové je označení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět svému nejbližšímu okolí a v dostatečné míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně rozumového vývoje, i když byl jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. (18)

Definice mentální retardace je možné rozčlenit z podle posouzení inteligenčního kvocientu (IQ). Jde o zjištění rozsahu postižení na základě vyšetření stupně intelektu. *„Z pohledu biologických faktorů je mentální retardace pojímána jako trvalé poškození poznávací činnosti, která vznikla v důsledku organického poškození mozku.“ (13)*

U nás je nejznámější nečastěji citovaná definice, o kterou se pokusil Dolejší. Podle něho je mentální retardace: *„Vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie a variabilním označením a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečných genetických vloh; na porušovaném stavu anatomickefyziologické 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.“ (4)*

Mezi hlavní znaky mentální retardace podle Vágnerové patří nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější přizpůsobení se běžným životním podmínkám. Postižení je vrozené, dítě se již od začátku života

nevyvíjí standardním způsobem a je i trvalé, ale je možné dosáhnout určitého zlepšení. Hranice dosaženého rozvoje postiženého člověka závisí na závažnosti, příčinách defektu ale i na působení prostředí tj. výchovnými výukovými terapeutickými vlivy.

Jestliže odborníci hovoří o mentální retardaci vrozené či získané, do dvou let života, hovoří se o tzv. primárním mentálním postižení zvané „oligofrenie“ (tj. slabomyslnost). Tento výraz začal používat zakladatel psychiatrických klasifikací Emil Kraepelin, ale tento pojem ustoupil termínu mentální retardace. (18)

Jedinečnost osobnosti a jedinečnost jeho individuálního postižení i to neodmyslitelně patří k charakteristice mentálně postiženého. S touto myšlenkou přišel před mnoha lety český psychiatr Zdeněk Mysliveček, který definoval slabomyslnost jako *„zaostalý vývoj somatopsychické osobnosti, který je nesouměrný jakožto chorobný produkt přírody, a to u každého jedince jinak. Proto se každý postižený liší od druhého, byť byli na stejném stupni vývoje.“ (1940)*

Osoba s mentálním postižením je originální jedinec, který se uvnitř skupiny stejně postižených vyznačuje specifickými zvláštnostmi biologické, psychologické sociální povahy, které se projevují ve vztazích k prostředí uvnitř a vně skupiny postižených jedinců. A tak se setkáváme s jedinečnou osobou s mentální retardací, která se specificky rozvíjí a prožívá život způsobem sobě vlastním, od každého druhého jedince odlišným.

Existují různé modely a pojetí mentální retardace:

- Medicínský model - je v současné době dominantní a přistupuje k osobě s mentální retardací jako k pacientovi
- Model sociální péče - navazuje na medicínský model. Je založen na soucitu k osobám, které jsou ve společnosti znevýhodněné a je nutno jim poskytovat komplexní péči. Oba zmíněné modely se často stávají terčem kritiky, z důvodů chápání člověka jako pacienta.
- Popisný model - spojuje v sobě přístupy a směry, které upozorňují na negativní vliv „nálepkování“, které může být rizikem stigmatizace, budování předsudků a zjednodušené vnímání člověka. Snahou tohoto modelu je vidět člověka v běžném životě a při běžných činnostech. Je velmi důležité, aby mentální

retardace nebyla chápána jako charakteristika člověka, ale jako stránka jeho osobnosti.

- Ekologický model – jeho snahou je řešit praktické problémy, které sebou přináší integrace osob s mentální retardací. Tento model vychází z toho, že každý člověk má právo na život ve společenství, kde se narodil a které je pro něj přirozené. (9)

1.3. Kognitivní procesy a jejich vývoj u dětí s mentální retardací

1.3.1. Vnímání

Vnímání je poznávání přítomnosti a umožňuje základní orientaci v prostoru. Opožděná, omezená schopnost vnímání má velký vliv na průběh psychického vývoje dětí s mentální retardací. Ztěžuje dítěti orientaci v novém prostředí a v neobvyklých situacích. Postižené dítě neprojeví snahu při pohledu na nějaký předmět prohlédnout si do všech detailů, ale spokojí se s povrchním poznáváním předmětů. (1,12,19)

1.3.2. Rozvoj řeči

Důležitým prostředkem poznávání je jazyk. Sluchové rozlišování i vyslovování slov a vět se u dětí s mentální retardací utváří později než u zdravých dětí. K správné výslovnosti přispívá správné rozlišování hlásek sluchem. Špatné sluchové vnímání brzdí zdokonalování výslovnosti a nepřesnost výslovnosti. Také je velmi velký rozdíl mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, aktivní slovní zásoba je velmi chudá, málo používají přídavná jména, slovesa a spojky. Naopak používají hodně zájmena a mají problémy s mluvnickou stavbou řeči. (1,19)

1.3.3. Myšlení

Myšlení lze definovat jako manipulaci s informacemi, které umožňuje poznávat podstatu předmětů a jevů. Myšlení dětí s mentální retardací je na velmi nízké úrovni, což souvisí především s nedostatečným rozvojem řeči. Základní nedostatek myšlení mentálně retardovaných dětí je, že si nedovedou osvojit pravidla a obecné pojmy. Někdy se pravidla naučí nazpaměť, ale nedokážou je použít ani nechápou jejich význam. (1,19)

1.3.4. Paměť

Paměť umožňuje uchovávat minulou zkušenost, získávat vědomosti a dovednosti. Dítě s mentální retardací, potřebuje k osvojení poznatků často opakovat. Poznatky a dovednosti rychle zapomínají a většinou je nedokážou ani správně použít. (1)

„Bez paměti se nemůže utvářet osobnost člověka, protože bez hromadění minulé zkušenosti nemůže vzniknout jednota způsobů chování a určité soustavy vztahů k okolnímu světu.“ (13)

Procesy paměti:

- zapamatování, vštípení – nerozumí tomu, co si zapamatovali
- podržení v paměti a zapamatování – zapamatují si toho méně a rychle zapomínají
- vybavování, reprodukování v paměti - vybavování trvá dlouho a často chybně

Na funkci paměti má vliv:

- nedostatek spánku
- nesoustředěnost
- nedostatek čerstvého vzduchu
- zneužívání návykových látek
- působení některých léků. (1,12,19)

1.3.5. Vůle

Vůle je jeden z nejdůležitějších rysů osobnosti. Typické znaky nedostatku vůle (abulie) je nesamostatnost dětí s mentální retardací, nedostatek iniciativy, neschopnost řídit vlastní jednání a překonávat překážky. Projevem nezralé osobnosti je nedostatečný rozvoj duchovních potřeb, kdy dítě nechápe, co se od něj chce, protože to nekoresponduje s jeho vlastními momentálními potřebami. Výchova vůle je velmi složitý a dlouhodobý proces, který vyžaduje mnoho trpělivosti, pedagogických zkušeností a dovedností. (1,15,16)

„Vůle je naučená autoregulační schopností, která usměřňuje jednání člověka takovým způsobem, který je považován za účelný či nutný, ale není spojen s dosažením libosti, a proto by zde nestačila emoční regulace.“ (21)

1.3.6. Emoce

Emoce je důležitá složka lidského chování, která je schopna reagovat na různé podněty prožitkem libosti a nelibosti s vnějšími projevy. U dětí s mentální retardací jsou tyto stavy chování daleko složitější.

City dítěte s mentální retardací podle Bartoňové:

- jsou nedostatečně diferencovány
- prožitky jsou primitivnější a protikladné
- diferencované jemné odstíny prožívání téměř neexistují
- jsou neadekvátní svou dynamikou podnětům vnějšího světa
- jsou opožděné a obtížně se utvářejí tzv. vyšší city
- častěji se vyskytují chorobné citové projevy (1,15,19)

1.4. Diagnostika mentální retardace

„ Diagnostika je dlouhodobý proces, který musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj dítěte. Na základě stanovené diagnózy pak můžeme volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte a dosahovat tak postupných změn ve vývoji dítěte.“ (15)

Stanovení diagnózy mentální retardace se zakládá na vyšetření psychologickém, případně neurologickém a psychiatrickém. Také se hodnotí dlouhodobé pozorování dítěte v přirozených podmínkách jeho života. Součástí psychologického vyšetření jsou i testy inteligence.

V současné době se zjišťování úrovně rozumových schopností provádí ve specializovaných pedagogicko-psychologických poradnách a ve speciálně-pedagogických centrech. Zjišťování úrovně rozumových schopností se zaměřuje na zkoumání základních mentálních a psychomotorických funkcí a na zjišťování poměru složek verbálních a neverbálních.

Dlouhodobá diagnostika probíhá ve školním prostředí při pozorování dítěte v běžných školních situacích. Diagnostika není pouze práce pedagogů, psychologů, nebo lékařů, ale i rodičů.

Diagnostika dětí s mentální retardací by se neměla zaměřovat na nedostatky v oblasti psychického vývoje, ale měla by se soustředit na odhalování individuálních

zvláštností, specifických tělesných a duševních schopností, různé druhy a možnosti inteligence.

Diferenciální diagnostika mentální retardace spočívá v rozlišování mentální retardace od jiných příčin opožděného vývoje. Je důležité oddělit mentální retardaci od infantilních, primitivních, naivních a prostomyslných projevů chování nebo od psychiatrických onemocnění.

Mezi děti s mentální retardací se občas objeví i děti se smyslovým, zejména sluchovým postižením, z důvodu že není včas postižení diagnostikováno, nebo i děti hluchoslepé, protože nemají odpovídající péči.

Vyšetření dětí s mentální retardací by se mělo provádět pouze na specializovaných pracovištích zkušenými pracovníky a odborníky, neboť diagnóza mentální retardace je velmi závažná a ovlivňuje další život dítěte. (15,16)

1.5. Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace představuje sníženou úroveň rozumových schopností a inteligenci jedince. Nemá jednotnou příčinu, ale vzniká součinností více faktorů.

1.5.1. Klasifikace dle etiologických faktorů podle Penrose

Příčiny endogenní (genetické, dědičné)

- dávné : způsobené mutací v zárodečných buňkách
- čerstvé: spontánní mutace

Příčiny exogenní (vzniklé vlivem prostředí)

- v raném těhotenství poškozením oplodněného vajíčka
- v pozdním těhotenství infekce, špatná výživa, inkompatibilita
- intranatální abnormální porod
- postnatální nemoci nebo úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy (3)

1.5.2. Klasifikace dle vývojových období

- předškolní věk a jeho zvláštnosti vývoje
- mladší školní věk
- starší školní věk

- adolescence (1)

1.5.3. Klasifikace dle typu chování

- eretické (verzatilní)
- torpidní (apatické)
- nevyhraněné (1)

1.5.4. Klasifikace dle inteligenčního kvocientu – IQ

Monatová ve své knize cituje Aspergera, který se pokusil rozdělit stupně slabomyslnosti inteligenčním kvocientem – IQ. Nedostatek testu spočívá v tom, že se zjišťují zkušenosti a poznatky zkoumaného dítěte, nikoli pouze mentální schopnosti. (11)

Mezinárodní klasifikace nemocí, Hladílek a Švarcová se shodují na členění mentální retardace tímto způsobem:

Lehká mentální retardace, IQ 50-69(F70)

Do této kategorie patří 80-85% postižených osob. Tyto osoby jsou většinou úplně nezávislé v osobní péči a domácích dovednostech, i když vývoj sebeobsluhy bývá poměrně pomalejší. Velké potíže při zvládnutí školního učiva mnozí postižení mívají specifické problémy se čtením a psaním. Osoby s lehkou mentální retardací mohou být i autisté, epileptici, osoby s vývojovými poruchami, s poruchami chování nebo s tělesným postižením.

Středně těžká mentální retardace, IQ 35-45(F71)

Je diagnostikována asi u 10% postižených. Tyto jedinci mívají výrazně opožděný rozvoj chápání a užívání řeči, jejich schopnosti starat se sám o sebe jsou velmi omezené a opožděné. V dospělosti nejsou schopni vést úplně samostatný život. Většina postižených je plně mobilních, komunikativních, chodí bez pomoci a jsou schopni se podílet na jednoduchých sociálních aktivitách.

Těžká mentální retardace, IQ 20-34(F72)

Projevuje se asi u 5% mentálně postižených. Podobá se středně těžké mentální retardaci, ale zde je mnohem výrazněji snižena úroveň schopností. Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky, způsobeným poškozením vývoje centrálního nervového systému. Výchova a vzdělávání těchto osob je velmi omezené, ukazuje se, že

systematická a dostatečná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může vést k rozvoji schopností, dovedností, motoriky, samostatnosti a zlepšení kvality života.

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20(F73)

Tvoří asi 1% postižených. Postižený velmi těžce omezen ve schopnosti porozumět čemukoliv, jsou pouze schopni neverbální komunikaci tj. úsměv, pláč či radost. Většinou jsou imobilní, inkontinentní a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Výchova a vzdělávání je velmi omezená. Lze do jisté míry u nich rozvíjet motoriku a komunikaci.

Jiná mentální retardace (F78)

Do této kategorie bývají zařazeni jedinci, u kterých je nesnadné stanovení stupně retardace, např. u nevidomých, nemluvicích, osob s autismem, s těžkými poruchami chování, tělesně postižených i neslyšících.

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Zde jsou jedinci, u kterých byla mentální retardace prokázána, ale není možné je zařadit do žádné z předešlých kategorií. (7,10,15,16)

1.5.5. Jiné členění mentální retardace dle Nakonečného

IQ 80 – 89 nízká inteligence („tupost“) – 14% případů

IQ 70 – 79 lehká debilita (lehce slabomyslní) – 5% případů

IQ pod 69 imbecilita (středně slabomyslní) až idiocie (těžce slabomyslní). (12)

1.5.6. Jiné členění dle Monatové

Dle Monatové může být mentální retardace dědičná, vrozená nebo získaná. Má dvě příčiny – nedostatečný vývoj mozku (např. vlivem poškození) a postižení vzniká po určitém normálním vývoji jedince (vlivem onemocnění, úrazu aj.)

Podle vzniku handicapu se dělí na oligofrenii, pseudooligofrenii, demenci, stařeckou demenci.

IQ 50 – 70 – lehká duševní zaostalost (debilita)

IQ 35 – 49 – středně těžká duševní zaostalost (imbecilita)

IQ 20 – 34 – těžká duševní zaostalost (imbecilita)

IQ 0 – 20 – hluboká duševní zaostalost (idiocie). (11)

1.6. Nejčastější příčiny mentální retardace

Při narození mentálně postiženého dítěte se většinou začnou rodiče zabývat otázkou, proč a co je příčinou této skutečnosti. Žádají lékaře o vysvětlení z obavy, aby se postižení neopakovalo při případném narození dalšího dítěte. Většinou neexistuje jednoznačné vysvětlení, protože mentální retardace může mít spoustu různorodých příčin, které se vzájemně prolínají, podmiňují a spolupůsobí. V literatuře se uvádí, že 50 - 80% případů mentální retardace má neznámý, resp. neurčený původ. (16)

Podle Švarcové je příčinou mentální retardace „*organické poškození mozku, které vzniká na základě strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku.*“ (15)

Mentální opožďování je způsobeno příčinami endogenními a příčinami exogenními. Vnitřní příčiny jsou zakódovány v systémech pohlavních buněk – příčiny genetické. Vnější činitele působí od početí, v průběhu gravidity, porodu, porodního období i raného dětství.

Častou příčinou mentální retardace jsou následky infekcí a intoxikací. Jako následky infekcí a intoxikací uvádí autorka prenatální infekce (např. zarděnková embryopatie, syfilis), postnatální infekce (např. zánět mozku), intoxikace (např. toxémie matky, otrava olovem), toxoplazmóza.

Další příčinou mentální retardace je porucha výměny látek, růstu, výživy. Do poruch výměny látek, růstu a výživy patří např. mozková lipoidóza, hypotyreóza (kretenismus, fenylyketonurie, glykogenózy) a další.

Makroskopické léze mozku jsou další příčinou mentální retardace a mohou vzniknout novotvarem, degenerací, nebo postnatální sklerózou.

Mezi chromozómové anomálie patří například Downova choroba.

Nezralost jako příčina mentální retardace se může vyskytovat bez zmínky o jiných chorobných stavech.

Do psychosociálních deprivací jako příčina mentální retardace patří stavy se snížením intelektu vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek.

Jako poslední příčinu mentální retardace uvádí autorka jiné a nespecifické etiologie. (9,15,16,17)

2. SOCIÁLNÍ AKCEPTACE A HANDICAP

2.1. Podmíněnost postojů

Postoje k postiženým se vytvořily jako výraz snahy o jasnější a jednodušší orientaci ve světě. Nemusí být ovšem v každém postoji stejně intenzivně vyjádřeny, např. postoj k postiženému dítěti je více emocionální než racionální.

Existují tři složky postoje:

- Citová (emocionální) složka – obsahuje jak pozitivní, tak negativní citové prožitky. Takto postižení jedinci jsou předmětem soucitu, protože měli smůlu nebo je potkalo neštěstí vesměs bez vlastního zavinění. Mohou ale i vzbuzovat hrůzu a odpor z důvodu něčeho negativního, čemu je lépe se vyhnout. Odráží se v typických výrociích laiků: „On je chudák, ale já se na něj nemohu dívat.“
- Kognitivní složka – většina lidí má málo adekvátních informací o nemocných a postižených. V minulých letech byl tento problém spíš záležitostí profesionálů, ale zveřejňovat informace pro laickou veřejnost nebylo příliš žádoucí.
- Konativní složka

Postoje se ale vytvářejí i učením a jsou podmíněny sociokulturním charakterem prostředí, ve kterém jedinec žije. Z toho důvodu vykazují obecnější postoje, lze mluvit až o stereotypu. Nová zkušenost ale může postoj do určité míry modifikovat. Stereotyp má snahu k fixaci určitého názoru a postoje. Rozlišování zdraví a nemoci, normality a efektivity je podmíněno kulturně, historicky a sociálně psychologicky. Na první pohled by se laikovi mohlo zdát, že diferenciaci mezi těmito dvěma stavy není tak jednoznačná a nemá trvalý charakter. Závisí na názorech společnosti, co je považováno za abnormální, omezující a co je přijatelné. Hodnocení představuje profesionální a medicínský názor na stav člověka, jehož důležitou součástí je i mínění laické veřejnosti. Významnou úlohu hraje i subjektivní hodnocení nemoci či defektu. Chorobu či defekt je možné považovat za odchylku biologickou, ale i za určitý druh sociální deviace, která nemusí být v úplné shodě s mírou biologické závažnosti. Nemoc či odchylka je společenským handicapem. Je sice považován za něco nežádoucího, ale postižený tímto hodnocením získává určitou sociální roli.

V této době jsou postoje společnosti ovlivněny vzestupem prestiže medicíny. Z pohledu medicínského problému vede ke zmírnění negativního přístupu k nemocným. Trvalé postižení je však i nyní hodnoceno jako stigma. Stigmatizovaná onemocnění jsou takové odchylky, které mají nežádoucí nápadnosti (zevnějšek, komunikace apod.). Stigmatizace defektu však mění roli takového jedince a do velké míry i jeho identitu. Existují i symboly stigmatu (např. bílá hůl), které společnost vyžaduje, ale postižení často odmítají. Postižená osoba přejímá postoje společnosti vůči svému defektu, který zahrnuje větší či menší stigmatizaci. V případě že je toho postižený schopen, vytváří si proti takovému postoji nejrůznější způsoby ochrany. Je třeba odlišit defekty vrozené a získané, protože identita dětí s vrozeným postižením je jiná, jsou vychovávány jiným způsobem, chybí jim zkušenost pro srovnání dvou stavů – zdraví a nemoc. U později vzniklých postižení a onemocnění je problém nové, méně uspokojivé identity, na které se podílí i společnost.

Nejvíce odmítání společností jsou však dodnes mentálně retardovaní jedinci. Mentální postižení je také považováno za největší handicap.

Často je v reakcích zdravých zjevná samozřejmost asymetrie ve vztahu k postiženému – ten je akceptován jako pasivní objekt, pro který je třeba neustále něco dělat, starat se o něj. Není považován za rovnocenného partnera. (20)

2.2. Handicap

Handicap je dle Vágnerové slovo, které pochází z prostředí dostihového sportu (z angl. „hand in cap“ – ruka v klobouku). Je to los, kterým se označuje, který z lehčích, starších či trénovanějších koní ponese větší zátěž, aby byly podmínky pro závod stejné a závod spravedlivý. Později se tento termín začal uvádět ve smyslu zátěže, znevýhodnění, které znesnadňuje člověku postavení ve společnosti. Myslí se tím tedy znevýhodnění určitých osob vůči těm ostatním.

Handicap je předmětem zájmu především medicínských a jim blízkých oborů, ale psychologie u nás i v zahraničí v posledních desetiletích rozšířila pojem „handicapovaného žáka“ a zahrnula do něj i jedince tělesně i mentálně zdravé. Zpětně to pomáhá nahlížet i na situaci jedinců zařazovaných speciální pedagogikou do kategorie „handicapovaný jedinec“.

Handicap pak popisujeme spíše znevýhodnění než postižení, které se projevuje omezením výkonu daného člověka. Je možné ho chápat jako příběh, ve kterém jeho nositel není schopen vypracovat či nalézt smysl v situacích a činnostech, kterým se věnuje. Pomoc selhávajícímu dítěti vyžaduje dlouhou práci s dítětem, učitelem, rodinou, ale i schopnost chápat handicap selhávajícího dítěte ve škole. (20)

Hlavní skupiny postižených osob u nás:

- 1) mentálně retardovaní
- 2) řečově a sluchově postižení
- 3) zrakově postižení
- 4) tělesně postižení
- 5) dlouhodobě (trvale) nemocní
- 6) obtížně vychovatelní
- 7) kombinované či sdružené postižení (7)

2.3. Počet zdravotně postižených v ČR

Dle Hladílka lze odhadnout, že v ČR je zhruba 1 200 000 občanů se zdravotním postižením. Z toho je 300 000 mentálně postižených, 60 000 zrakově postižených (z toho asi 17 000 velmi těžce), 300 000 sluchově postižených (z toho asi 15 000 úplně hluchých), 60 000 lidí s poruchami řeči, 1 500 slepohluchých, 300 000 lidí s vadami pohybového ústrojí, 530 000 diabetiků (z toho asi 70 000 inzulínových), 150 000 lidí postižených epilepsií, 100 000 duševně postižených a 200 000 psoriaticů.

Velké množství těchto zdravotních postižení se vyskytuje v kombinaci. (7)

„Lidé s mentální retardací tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. Navíc počet osob s mentální retardací nejen u nás, ale i celosvětově měřítku stále stoupá. Tento vzrůst může být do značné míry relativní a vysvětluje se jako výsledek lepší evidence mentálně postižených, i když ani dnes není jejich evidence úplná.“ (15)

Švarcová uvádí, že absolutní počet mentálně retardovaných není znám, ale na základě odhadů se uvádí asi 3% občanů postižených mentální retardací. Téměř 2,6% připadá na postižené s lehkou mentální retardací, lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací je přibližně 0,1 – 0,2% v populaci. Obdobný počet je i ve statistikách ostatních evropských zemí.

Přesný statistický údaj o počtu lidí se zdravotním postižením není k dispozici, ale předpokládá se, že v naší republice žije 300 000 osob s mentálním postižením. Tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. Navíc počet osob s mentální retardací stoupá, což se vysvětluje lepší evidencí mentálně postižených, důsledek lepší péče pediatrů o novorozence, jejímž výsledkem je snížení novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Díky zdokonalující se lékařské péči o děti se zachraňují děti, které by bez této intenzivní péči nezůstaly na živu. (15,16)

3. PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI JEDINCŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Osoby s mentálním postižením není možné globálně charakterizovat, spíše naopak každý postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Projevují se však společné znaky, závisí na druhu mentálního postižení, na její hloubce, rozsahu, druhu postižení. (16)

Švarcová uvádí: „Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými rysy.“ (15)

Lehká a střední mentální retardace se projevuje podle Švarcové:

- zpomalenou chápavostí a jednoduchostí úsudků
- sníženou schopností až neschopností vyvozování logických vztahů
- sníženou mechanickou a logickou pamětí
- těkavostí a pozorností
- citovou vzrušivostí
- nedostatečný rozvoj vlastností a sebereflexe
- nedostatky v osobní identifikaci
- nerovnováhou výkonů
- sugestivitou a chováním
- poruchami ve vztazích a komunikaci
- opožděným vývojem
- nedostatečnou slovní zásobou ve vyjadřování
- poruchami motoriky a koordinace
- impulzivností chování
- potřeba uspokojení a bezpečí
- sníženou přizpůsobivostí

U osob s těžkou a s hlubokou mentální retardací se ukazují individuální rozdíly a charakteristické chování, které dokážou vnímat pouze lidé, kteří s nimi žijí a pracují - rodiče, učitelé, vychovatelé a zdravotničtí pracovníci. (15,16)

4. NEJČASTĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ, U KTERÝCH SE VYSKYTUJE MENTÁLNÍ RETARDACE

Epilepsie je záchvatové onemocnění. Jeho neurofyziologickým podkladem jsou odchylky i v bioelektrické aktivitě CNS. K onemocnění může dojít na základě dědičnosti, může vzniknout poškozením mozku kterýmkoli patogenním činitelem, nebo jinou patologií CNS, nebo příčina zůstane nezjištěna. Projevuje se různými druhy záchvatů a je provázena přechodnými poruchami vědomí.

Existuje několik typů záchvatů, mezi nejčastější patří:

Tonicko – klinické křeče - vyznačují se ztuhlostí a záškuby celého těla a jsou doprovázeny i výkřiky.

Tonické záchvaty - nedoprovází křeče, člověk ztuhne, pokud stojí, upadne, rychlý návrat k vědomí.

Absence – mohou být zaměňovány s denním sněním, nepozorností a ignorancí, projevuje se zahleděním, nečinností, nevnímáním a neschopností reagovat, záchvaty jsou nenápadné a mohou uniknout pozornosti okolí i osobě samé.

Downův syndrom je považován za nejrozšířenější onemocnění u mentálně postižených. Tato choroba vzniká chromozomální aberací – odchylkou. Typický je snížený intelekt a zvýšená náchylnost k nemocem. Charakteristická vizáž je velmi nápadná – plochý nos, šikmé oči, daleko od sebe posazené, velký jazyk, malé ušní boltce, snížený svalový tonus. Bývají přítomny i vrozené vývojové vady, např. srdeční, zrakové, sluchové, poruchy chování, leukémie, onemocnění dýchacích cest, epilepsie, kožní infekce, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, demence, deprese a jiné. Výskyt je cca 1 : 700 živě narozených dětí. Rizikovým faktorem bývá nejčastěji uváděn věk rodičů – starší rodiče, matky nad 35 let a otcové nad 50 let, ale i radiace a fyzikální jevy.

Fenylketonurie je vrozená metabolická porucha spojená s oligofrenií. Jedná se o vadný metabolismus bílkovin. Důležitá je včasná diagnostika. Správnou léčbou lze předejít vývoji negativních příznaků včetně oligofrenie. K vývoji oligofrenie dochází nedostatečným zpracováním fenylaminu, který se hromadí v organismu, zejména v mozkomíšním moku v mozku. (1,7)

5. SYSTÉM VÝCHOVY A VZDĚLÁVÁNÍ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH

Švarcová uvádí. *„Hlavní a nejučinnější terapií mentální retardace je učení.“ (17)*

Východiskem péče o mentálně handicapované je naplňování principů Charty OSN na osmdesátá léta, kde se uvádí, že každý národ má odpovědnost za to, aby se školský systém staral o děti handicapované stejně jako o ty ostatní. Společnost by měla umožnit dětem zdravotně postiženým realizovat se ve výchovném školském prostředí, umožnit mu přístup do těchto zařízení a institucí. Děti, které nemohou toto učinit, by měly být navštěvovány učiteli, aby dosáhly co nejvyšší úrovně vzdělání.

Výchovu a vzdělávání dětí, mládeže i dospělých mentálně postižených je možno chápat jako celoživotní proces. Protože všechny procesy u nich probíhají podstatně pomaleji, je třeba neustále opakovat a prohlubovat jejich znalosti a dovednosti.

Naše speciální školství se hlásí k progresivním a humanitním koncepcím výchovy a vzdělávání mentálně handicapovaných. Ze všech přístupů je nejinspirativnější dánské speciální školství z hlediska lidsky citových a humanitárních přístupů ke každému jednotlivému žáku. (17)

5.1. Speciálně pedagogická centra

Základy výchovy mentálně postižených začínají v rodině, stejně jako u ostatních vrstevníků. V ústavních zařízeních tuto úlohu přebírá odborný personál ve vzájemné spolupráci s rodinou. Výsledky se dostávají pomalu a bývá to velmi obtížná a dlouhodobá práce. Vyžaduje trpělivost, povzbuzení a odborné rady. K tomuto účelu slouží pedagogická centra pro děti a mládež s mentálním postižením.

Speciálně pedagogická centra vykonávají tyto úkoly:

- připravují podklady o zařazení žáka do škol, ústavů, navrhuje způsob výchovy a vzdělávání
- provádějí depistáž dětí a mladistvých ve spolupráci s odborníky
- provádějí speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku

- poskytují pomoc, poradenskou činnost, podporu rodinám handicapovaných, spolupracují s rodinami, navazují kontakty s jinými pracovišti

Ve speciálně pedagogických centrech pracují obvykle speciální pedagog – psychoped, psycholog, sociální pracovníce a další pracovníci dle potřeby. (17)

5.2. Předškolní vzdělávání dětí s mentální retardací

„Předškolní vzdělávání dětí s mentální retardací institucionálně zajišťují mateřské školy a speciální mateřské školy.“ (15)

Předškolní vzdělávání je pro děti ve věku od tří do šesti (sedmi) let a přednostně jsou přijímány děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky. Mateřská škola se dělí na třídy, ve kterých jsou děti stejného či různého věku a vytváří třídy věkově homogenní nebo věkově heterogenní.

Předškolní vzdělávání má dítěti usnadňovat jeho další životní a vzdělávací cestu, rozvíjet osobnost dítěte, podporovat jeho tělesný rozvoj a zdraví, jeho osobní spokojenost a pohodu, napomáhat mu v chápání okolního světa a motivovat k poznávání a učení, učit dítě žít ve společnosti ostatních a přibližovat mu hodnoty a normy společností uznávané.

Úkolem předškolního vzdělávání není vyrovnávat výkony dětí, ale přispívat k jejich vzdělávacím šancím, což umožňuje a usnadňuje integraci dětí se speciálními vzdělávacími potřebami vyplývající ze snížené úrovně jejich rozumových schopností.

Vzdělávání dětí s mentální retardací ve speciálních mateřských školách podle speciálně vzdělávacích potřeb v mnoha ohledech vyhovuje potřebám dětí lépe než prostředí běžných mateřských škol. Výhodou těchto zařízení je zejména odborně vyškolený personál, nižší počet dětí ve třídách a upravené prostředí. Umístění dětí do běžné mateřské školy znamená přiblížení se normálnímu prostředí a snížení nebezpečí izolace, což bezpochyby usnadňuje osobnostní a sociální rozvoj dítěte.

Zařazení dítěte do speciálního předškolního zařízení není možno chápat jako diskriminační opatření, ale jako snahu zajistit pro jeho vývoj optimální odbornou péči. Mateřských škol, které mohou navštěvovat děti s mentální retardací je u nás poměrně dost. (15,16)

5.3. Základní vzdělávání žáků s mentální retardací

Podle Švarcové se žáci s mentální retardací ve věku školní docházky vzdělávají:

- formou individuální integrace
- formou skupinové integrace
- ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (speciální škola), to znamená v základní škole praktické (dříve zvláštní škole) nebo v základní škole speciální (dříve pomocné škole)
- kombinací uvedených forem

Základní škola praktická

Děti s lehkou mentální retardací či jinou sníženou úrovní rozumových schopností se vzdělávají v základní škole praktické. Posláním školy je výchovnými a vzdělávacími prostředky umožnit žákům dosáhnout co nejvyšších znalostí, dovedností a osobních kvalit při jejich individuálních možnostech a zvláštích. Mezi žáky základní školy praktické jsou i děti s poruchami pozornosti, děti hyperaktivní, děti psychicky labilní či nemocné, děti se specifickými poruchami učení i žáci s více vadami, v kombinaci mentálního postižení s tělesnou či smyslovou vadou.

Proces jejich vyučování, probíhá jinak než vzdělávání ostatních žáků, a proto vyžaduje speciální učební metody jako je třeba vhodný výběr učiva a individuální přístup učitele. Tyto školy jsou devítileté a žáci v nich plní povinnou školní docházku. Základní školy praktické vyučují podle Rámcového vzdělávacího programu a tento program obsahuje odborné vyučovací předměty jako učební plán běžné základní školy. Absolventi těchto škol se mohou připravit na profesi v odborných učilištích, ve speciálních nebo praktických rodinných školách.

Základní školy speciální

Základní školy speciální vychovává a vzdělává žáky, kteří nejsou schopni se vzdělávat v běžné základní škole ani základní škole praktické, ale jsou schopni si osvojit elementární vzdělání. Jejich činnost se zaměřuje na osvojování a rozvíjení poznatků a pracovních dovedností.

V těchto školách se vzdělávají žáci s mentální retardací středního a těžšího stupně. Vzdělávání těchto žáků je velmi náročnou a složitou činností, která vyžaduje odborné speciálně pedagogické vzdělání učitelů. Školní docházka je desetiletá a žáci si v ní plní povinnou devítiletou školní docházku. Desátý ročník není povinný, ale je organickou součástí vzdělávání žáků.

Důležitou funkcí základní školy speciální je připravit žáky k dalšímu vzdělávání a to v praktické škole a získat tak kvalifikaci pro vykonávání jednoduchých pracovních činností.

Cíl speciální školy základní spočívá v rozvíjení psychické a fyzické schopnosti žáka a vybavit je takovými vědomostmi, dovednostmi a návyky, které jim umožní alespoň v částečné míře zapojit se do společenského života. O schopnosti zapojení do společnosti nerozhoduje pouze jejich úroveň schopností, vědomostí a dovedností, ale také jejich vztah k ostatním lidem, schopnost komunikovat a navazovat osobní vztahy, ale i jejich vlastnosti a povahové rysy.

Na rozdíl od ostatních škol, se na škole pro žáky s mentální retardací vzdělávání přizpůsobuje individuálním schopnostem a možnostem žáků.

Přípravný stupeň základní školy speciální

Úkolem speciálního školství je umožnit vzdělání dětem, které byly dříve považovány za nevzdělávatelné. Ukazuje se, že i děti s velmi závažnými formami mentální retardace jsou schopni určitého vývoje. Praxe vyučování ukazuje, že téměř všechny děti mohou dosahovat viditelných pokroků a dochází ke zlepšení psychické úrovně a pohybových dovedností.

Výchova a vzdělávání těchto žáků je velmi finančně nákladné.

Školní docházka na přípravném stupni základní školy speciální je jeden až tři školní roky. Přípravný stupeň se dělí na třídy, ve kterých jsou čtyři až šest dětí.

Ukázalo se, že mnohé z dětí, které se na začátku školní docházky jevíly jako vzdělatelné jen v malé míře, se v průběhu vyučování rozvinuly natolik, že budou moci úspěšně absolvovat speciální školu. (15,16)

5.4. Výchova a vzdělávání v rehabilitačních třídách

V rehabilitačních třídách se vzdělávají žáci s velmi závažným mentálním postižením, které vzhledem k závažnosti svého postižení nikdy dosud nemohli být vzdělávány a absolventi přípravných stupňů, kteří nebyli schopni nastoupit a úspěšně zvládnout základní školu speciální.

V rehabilitačních třídách se vzdělává čtyři až pět žáků, při kterém jsou využívány netradiční a alternativní metody komunikace, neverbální komunikační metody, znaková řeč, piktogramy, sociální čtení, globální metoda, psaní hůlkovým písmem apod.

Vzdělávání je doplněno různými formami rehabilitačního cvičení.

Vzdělávání v rehabilitačních třídách je desetileté, stejně jako v základní škole speciální. Třídy jsou členěny na dva stupně (první a druhý stupeň), s tím že oba stupně jsou pětileté. I zde žáci plní povinnou školní docházku.

Prospěch žáků se hodnotí slovně, převážně pochvalou a povzbuzením. (15,16,17)

5.5. Učební obory

Představují tradiční způsob přípravy absolventů základní školy praktické na profesní uplatnění. Střední odborná učiliště a odborná učiliště poskytují možnost výběru profese podle svých zájmů a schopností.

Odborná učiliště patří do sítě speciálních škol a vzdělání je určeno především žákům se zdravotním postižením. Předpokladem pro přijetí je splnění 9 let povinné školní docházky. Vzdělávání je rozděleno na teoretickou a praktickou část a délka studia v učebním oboru s výučním listem je dva nebo tři roky.

Pracovní uplatnění absolventů odborných učilišť na trhu práce jako tesaři, zedníci, malíři pokojů, vazači knih apod. (15, 16)

5.6. Praktické školy

Praktická škola dvouletá

Je určena pro žáky se středně těžkým stupněm mentálního postižení nebo s lehkým mentálním postižením v kombinaci s dalším postižením.

Vzdělání v praktické škole dvouleté probíhá v denní formě a je ukončeno závěrečnou zkouškou, která se skládá z ústní teoretické zkoušky a z praktické zkoušky z odborných předmětů. Ukončením získává žák střední vzdělání.

Absolventi jsou připraveni pro jednoduché pracovní činnosti v oblasti služeb a výroby, např. v sociálních a komunálních službách, ve zdravotnictví, ve výrobních podnicích i v zemědělství.

Praktická škola jednoletá

Je určena pro žáky s těžkým stupněm mentálního postižení, kteří ukončili základní školu speciální nebo úspěšně absolvovali školní docházku v rehabilitační třídě.

Cílem vzdělávání je zvýšení kvality života a v rámci možností se uplatnit přiměřeným způsobem v chráněných pracovištích a při jednoduchých pomocných pracích. Praktická škola jednoletá je určena pro chlapce i dívky a délka vzdělávacího programu je jeden rok, forma studia je denní.

Vzdělávání se ukončuje závěrečnou zkouškou, s dokladem vysvědčení o závěrečné zkoušce. (15,16)

5.7. Celoživotní vzdělávání osob s mentální retardací

„Lidé s mentální retardací stejně jako jejich všichni ostatní spoluobčané mají právo na celoživotní vzdělávání. Vzdělávání je pro ně jedinou účinnou terapií jejich handicapu, a čím lépe se podaří rozvinout jejich rozumové schopnosti, tím je větší budou mít naději na začlenění do společnosti.“ (16)

Jednou z forem celoživotního vzdělávání jsou večerní školy. Jsou pro všechny, i pro ty, kdo povinnou školní docházku neabsolvoval.

Zřizovatelem těchto škol pro dospělé s mentální retardací jsou občanská sdružení, rodiče, ale i pracovníci ústavů sociální péče, kteří mají zájem své svěřence dále vzdělávat. Ve večerních školách se vyučuje většinou dvakrát týdně a nebývá to večer, ale odpoledne od 14 do 17 hodin, v ústavech sociální péče i v dopoledních hodinách.

Při výuce se věnuje zejména těmto oblastem: rozvíjení komunikačních dovedností studentů, opakování učiva na úrovni základní školy speciální, orientace v okolním světě a životě, práce s počítačem, výchovné a umělecké předměty, je oblíbená i výuka cizích jazyků, různé zajímavosti dle zájmů studentů a zaměření učitele. (15,16)

6. PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Těžkým mentálním postižením trpí víc než milion lidí na světě. Vyskytuje se u nich problematické nebo problémové chování, jako je agrese, sebezraňování, destruktivita, hyperaktivita, nevhodné sociální nebo sexuální chování, bizarní způsob jednání a polykání předmětů. (6)

Termín problémové chování se podle Emersona definuje jako:

„Kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, že může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup.“ (6)

U menšiny lidí s mentální retardací pozorujeme zároveň problémové chování, které je spojeno s řadou negativních osobních a sociálních důsledků. Sebezraňující chování může vyústit v poškození zdraví jedince, opakované sebezraňování může mít za následek druhotné infekce, způsobit i ztrátu zraku a sluchu, neurologické poškození i smrt.

Faktory týkající se některých okolností, které mají vliv na vznik problémového chování lidí s mentálním postižením:

- pohlaví- obecně je u mužů a chlapců větší pravděpodobnost problémového chování než u dívek a žen
- věk – problémové chování se zvyšuje s věkem a dosahuje vrcholu ve věkové skupině 15 – 34 let a potom slábne.
- stupeň poškození intelektu – souvisí s ním výskyt agrese, ničení majetku, sebezraňující chování a další formy problémového chování. Čím závažnější poškození intelektu, tím mnohočetné formy problémového chování.
- prostředí – výskyt problémového chování je výrazně ovlivněn bydlištěm jedince. Jednu nebo více forem problémového chování lze pozorovat u lidí žijících v ústavech, nejlépe jsou na tom lidé žijící ve vlastní rodině anebo žijících

nezávisle. Nedá se ale říct, že by to bylo vždycky tak. Každý člověk je jiný, a proto má každý i jiné myšlení a vyhovuje mu jiné místo, kde žije.

- specifické syndromy a poruchy – u některých forem problémového chování byl zaznamenán zvýšený výskyt v souvislosti se specifickými syndromy. Převážně mezi ně patří: Lesh - Nyhanův syndrom, Rettův syndrom, syndrom fragilního X, Prader – Williho syndrom, lidé s autistickou poruchou, lidé s epilepsií.

O vzniku a vývoji problémového chování se toho ví málo, ale dostupné poznatky ukazují na to, že závažné problémové chování patrně začíná už v dětství a časem se prohlubuje. Je proto třeba vyvíjet preventivní ochranu a zajistit jedinci vhodnou a intenzivní podporu jakmile se problémové chování začne objevovat. Také je vhodné sledovat, zda na jedince nepůsobí nějaká nebezpečná okolnost, učít ho a pomáhat mu osvojit si potřebné komunikační dovednosti.

Nejčastější typy poruch, které ovlivňují problematické chování jsou:

- afektivní
- schizofrenní
- neurotické a stresem vyvolané
- vyvolané požíváním alkoholu
- demence
- poruchy osobnosti (2,6)

7. CHRÁNĚNÉ DÍLNY

7.1. Integrace mentálně postižených do pracovního procesu

Pro každého zdravého člověka je zaměstnání nejen zdrojem materiálního zabezpečení, ale také jeden z významných zdrojů identity a sebeuskutečnění.

Zaměstnání je tedy jednou z velmi důležitých kvalit života překážka v jejím uskutečňování způsobuje problémy materiálního, společenského i psychického rázu. (8)

Víme, že inteligence mentálně postižených je konstantní a naměřený inteligenční kvocient zůstává neměnný až do dospělosti. Z toho všeho vyplývá určitá skepse společnosti ve vztahu k integračním tendencím. Nejnovější výzkumy však dokazují určité pokroky v oblasti rozumových schopností při kvalifikované pedagogické péči. Přizpůsobení člověka na prostředí nezávisí pouze na rozumových schopnostech, ale i na mnoha jiných faktorech, zejména na schopnosti sociálního učení, na rozvoji komunikačních schopností, na rozvoji sebeobsluhy a v neposlední řadě na praktických dovednostech. Lidé, kteří akceptují člověka s mentálním postižením i s jeho zvláštnostmi, mu umožňují žít a pracovat v běžném prostředí. (5)

„Práce je řazena k základním potřebám jedince a tato potřeba musí být saturována, jinak může vést k frustraci. Práce je charakteristickým atributem dospělosti a samostatnosti každého člověka bez ohledu na to, jestli se jedná o člověka zdravého nebo zdravotně postiženého.“ (1)

Zajistit osobám s mentálním postižením možnost zaměstnání, neznamena jenom umožnit jim určitý výdělek, ale přiznat jim určité sociální postavení v rámci rodiny a celé společnosti. Pracující člověk má daleko větší předpoklady být soběstačný a vést poměrně nezávislý život. Tyto osoby se mohou uplatnit vedle otevřeného trhu práce, též v chráněných dílnách nebo chráněných pracovištích. Další možností je využití v sociálně terapeutických dílnách. (5)

7.2. Pojem práce, legislativa

Práce je duševní či tělesná činnost zaměřená na výživu, výdělek a uspokojování svých potřeb. Směřuje k určitému cíli a k vytváření hodnot, které mají význam nejen pro jedince ale i pro společnost. Práce je důležitým předpokladem seberealizace, uplatnění dispozic jedince k určité činnosti, k práci nebo sociální aktivitě. S uvedenými

skutečnostmi souvisí začlenění na trh práce, které je u jedinců se zdravotním postižením výrazně obtížnější Pracovní zařazení je jedním z důležitých cílů speciálně-pedagogické podpory osob s postižením. Pokud jedinec nemá příležitost vlastní seberealizace, ztrácí motivaci k práci na sobě, k překonávání překážek, vzdělávání a profesní přípravě, potažmo k odbornému růstu. (23)

Význam práce pro člověka s postižením

Práce je určující substancí lidského života, neboť:

- poskytuje ekonomickou nezávislost a vyšší standart;
- pozitivně ovlivňuje sebeurčení člověka (je-li zaměstnán, není nucen žít podle vzoru někoho jiného);
- pracovní místo je v integrovaném prostředí prostředkem pro vytváření a rozvíjení sociálních interakcí;
- je jedním ze způsobů, kterým většina lidí pokračuje v učení a rozvíjení kompetencí;
- zaměstnání je jedním z klíčových aspektů dosažení statusu dospělosti. (23)

Legislativa zaměstnávání osob s mentálním postižením

Podle zákona o zaměstnanosti č. 435/ 2004 Sb. Jsou lidé se zdravotním postižením rozdělováni do tří skupin, a to mezi lidi s těžším mentálním postižením, kteří byli orgánem sociálního zabezpečení uznáni plně invalidními, dále pak občany uznané za částečně invalidní a nakonec ty, jimž je přiznán status zdravotně znevýhodněných. Po ukončení profesní přípravy se člověk ocitá na volném trhu práce a jeho uplatnění se odvíjí od sociálních faktorů. Škola, kterou absolvent ukončí, většinou pomáhá s hledáním vhodného místa, protože má zájem o uplatnění svých studentů, má dobrý přehled o trhu práce, také úzce spolupracuje s úřady práce ve svém okolí. I přes tyto možnosti zůstává větší část osob s mentálním postižením bez pracovního uplatnění. Je zapotřebí, aby podpora těchto osob pokračovala i nadále. (1)

Pro tyto postižené je mimo jiné nabízeno uplatnění v sociálně terapeutických dílnách. Tuto problematiku upravuje zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách §67.

7.3. Chráněná dílna a sociálně terapeutická dílna

Důležitý dokument, který valné shromáždění OSN vyhlásilo dne 20.12.1971 je Deklarace o právech osob s mentálním postižením. Národní plán vyrovnávání příležitostí pro osoby s mentálním postižením z roku 1998 uvádí opatření týkající se mimo jiné i možnosti zaměstnávání osob, které jsou na trhu práce znevýhodněny svým zdravotním stavem. Podle Definice Ministerstva práce a sociálních věcí ČR jsou chráněné dílny specifická pracoviště pro občany, kteří mají ztíženou možnost, případně se vůbec nemohou uplatnit na trhu práce. Tito občané mohou v chráněných dílnách získat stabilní zaměstnání odpovídající jejich schopnostem, zdravotnímu stavu a vytvářet tak hodnoty stejně jako většina lidí běžné populace. (1)

Chráněná dílna

Chráněná dílna je podle § 76 zákona o zaměstnanosti č.435/2004 Sb. definována jako pracoviště zaměstnavatele, které je vymezeno na základě dohody s úřadem práce a je přizpůsobeno pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením. V chráněné dílně musí být v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60% těchto lidí. Musí být provozována nejméně 2 roky ode dne sjednané v dohodě. Na vytvoření a provoz chráněné dílny poskytuje úřad práce zaměstnateli finanční příspěvek.

V chráněných dílnách se klienty pracuje podle individuálních plánů a pro každého se z nabízených možností uplatnění hledá nejvhodnější místo podle jeho schopností a dovedností. Režim v chráněných dílnách se upravuje dle zdravotního stavu zaměstnanců s výrazným ohledem na individuální přístup. Dílny slouží hlavně jako trénink pracovních dovedností, pracovního režimu a práce v kolektivu. Hlavním smyslem rehabilitace v chráněných dílnách je průprava pro práci v nechráněných podmínkách. Za bezproblémový chod výrobního programu, za rehabilitaci klientů a za finanční hospodaření dílny podle daných předpisů zodpovídá vedoucí terapeut příslušné dílny.

Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodů zdravotního postižení, kde není možné umístění na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich úkolem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní

terapie. Sociálně terapeutické dílny jsou většinou provozovány některými zařízeními sociálních služeb (většinou nestátní neziskovou organizací). Mají nejrůznější náplň činností, kterou může být výroba nějakých produktů (keramika, dřevěné hračky, papírové výrobky), kdy jsou uživatelé zařízení za svou práci nějakou formou placeni. Může jít rovněž o činnost zaměřenou na udržení zbytkových dovedností klientů nejen bez zaměření na konečný produkt, pak se jedná o činnost uživatele nejen bez výdělku, ale v podstatě o službu placenou poskytovateli. Organizace získává na činnost tohoto typu chráněné dílny prostředky stejným způsobem jako na ostatní sociální služby, které poskytuje, tj. od státu, obcí, uživatelů, sponzorů a dárců.

Tato služba obsahuje tyto základní činnosti:

1. pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
 2. poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
 3. nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
 4. podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.
- (24)

7.4. Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná lidem se sníženou soběstačností ze zdravotních důvodů nebo chronického onemocnění, kteří potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení je skupinové nebo individuální bydlení.

Služba poskytuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí stravy nebo pomoc pro zajištění stravy
- poskytnutí ubytování
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně - terapeutické činnosti

- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Je to moderní forma celoroční péče, která má za úkol zajistit soužití několika klientů s mentálním postižením v běžném bytě nebo rodinném domě. Mělo by mít společnou domácnost, kde dospělým klientům pomáhají asistenti s úklidem, vařením a se vším co sami nezvládnou. Asistent je tu spíše brán jako pomocník, přítel a konzultant.

Chráněné bydlení je důležité zejména pro dospělé jedince s mentálním postižením, kteří jsou zaměstnáni v chráněných dílnách a pracovištích a navštěvují různá centra a instituce pro zaměstnávání a volný čas.

Chráněné bydlení by mělo být pro své klienty trvalým domovem, ale je potřeba zajistit kontakt klientů s jejich rodinami a přáteli, které se realizují vzájemnými návštěvami. (15,16)

PRAKTICKÁ ČÁST

8. VÝZNAM CHRÁNĚNÝCH DÍLEN A SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÝCH DÍLEN PRO OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

8.1. Cíl a místo šetření

Místem šetření je diagnostický ústav sociální péče v Černovicích, který se nachází v krásné prostředí areálu památkově chráněného zámku a rozsáhlého lesoparku na okraji městečka Černovice.

Součástí zámku jsou i sociálně terapeutické dílny, které nabízejí 40 pracovních míst. Jsou určena především pro mládež a dospělé se všemi stupni mentálního postižení a přidruženým smyslovým i tělesným postižením a s autistickými rysy, kteří jsou schopni soužití v kolektivu svých vrstevníků.

Věkové rozpětí: od 16 do 64 let

Služby jsou poskytovány formou ambulantní, denní, celoroční a diagnostické přechodné pobyty osob s mentálním postižením v trvání od 1 do 3 měsíců. Poskytování služby je bezplatné.

Cílem práce je zmapovat situaci v problematice při poskytování pomoci a podpory při rozvíjení a uplatňování již stávajících pracovních dovednostech, které využijí v běžném životě a které jim dopomohou nalézt uplatnění na trhu práce. Pomoc a podporu klientům poskytují všichni zaměstnanci DÚSP a zvláště zaměstnanci sociálně terapeutických dílen, pracovních skupin, instruktoři i ergoterapeutka.

Pracovní činnosti jsou vykonávány v sociálně terapeutických dílnách, jejichž součástí jsou i skleníky, práce v zahradě, v oboře a v areálu DÚSP.

V DÚSP se klienti mají možnost zapojit do těchto pracovních skupin:

- práce v textilní dílně
- práce v keramické dílně
- práce v truhlářské dílně
- práce na údržbě budov DÚSP
- úklidové práce v areálu DÚSP

- práce v zahradních sklenících
- práce v oboře

Klient má možnost samostatně se rozhodnout dle svých potřeb, která forma pracovních aktivit je mu nejbližší a do které pracovní skupiny chce být zařazen. Jeho rozhodnutí je konzultováno s klíčovým pracovníkem, vedoucím vybrané pracovní skupiny a eventuálně s lékařem, dle fyzického a zdravotního stavu klienta. Klient má možnost pracovní skupinu i změnit. S výběrem pracovní skupiny mohou klientovi pomoci výsledky ergodiagnostiky, kterou provede ergoterapeutka minimálně 1x za 2 roky. Ergoterapeutický rozbor obsahuje posouzení jemné a hrubé motoriky, kineziologický rozbor a vyšetření kognitivních funkcí. Zaměstnanci jednotlivých pracovních skupin vytváří klientům takové podmínky, které se co nejvíce podobají běžnému zaměstnání. Zaměstnanci nachází a rozvíjejí klientovi individuální schopnosti a řemeslné dovednosti v rámci pracovní aktivity.

Výrobky a produkty klientů z dílen a pracovišť jsou prezentovány na sezónních výstavách v DÚSP i na veřejnosti. Klienti se aktivně zúčastňují prezentace a prodeje výrobků na veřejnosti.

Klienti jsou aktivně zapojováni do ukázek tradičních řemesel (výroba z proutí, keramické práce) při různých akcích pro veřejnost mimo areál organizace.

Klienti jsou podporováni v pracovním zapojování na otevřeném trhu práce – práce v podnikatelských subjektech, občanská výpomoc u fyzických osob.

Zaměstnanci sociálně terapeutických dílen a klíčový pracovníci musí dbát i na zásadu odpovídající odměny za vykonanou práci.

8.2. Kasuistika

Uživatel č. 1. – Bohumil, 24 let

Diagnóza: spodní pásmo středně těžké mentální retardace, dysartrie, DMO - hyperkinetický syndrom, hypotonie a porucha pozornosti.

Rodinná anamnéza: matka v domácnosti, zdráva; otec opravář zemědělských strojů, zdravý; sourozenci: Alena, Věra, Irena, Jan, zdraví.

Osobní anamnéza. Narozen z komplikované gravidity ve 29. týdnu spontánním porodem, porodní hmotnost 1480g, délka 41 cm, byl kříšen, přeložen na JIP. Začátkem 2. týdne rozvoj pneumonie. Ve věku 5 měsíců vývojově na úrovni novorozence. Vývoj byl

od počátku opožděn, často nemocen. V 16 měsících sedí s oporou, nemluví. V 18 měsících sedí sám, stoupá si. Ve 2 letech samostatná chůze, řekne asi 2 slova. Osobní čistota od 4 let, řeč se začala rozvíjet asi v 5 letech. Nenavštěvoval žádné dětské předškolní zařízení. Po odborném vyšetření odložena 2x povinná školní docházka.

V 8 letech přijat k diagnostickému pobytu v DÚSP Černovice ke zjištění, zda by mohl být zařazen do pomocné školy. Chlapec je neklidný, nevydrží chvíli v klidu, poplakává, chce domů, odpovídá přiléhavě, má chudou slovní zásobu, řeč je patlavá. Řekne své jméno, rozeznává barvy, sám se svleče, obleče se s pomocí.

Po ukončení diagnostického pobytu byl zařazen do 1. ročníku pomocné školy při ústavu. Jezdí každý pátek domů a celkem bez problému zpět.

Reference ze školy a oddělení: pomalejší adaptace s plačtivější reakcí, chování bez výraznějších problémů i přes živost má o školní práci zájem, pracuje však nárazově a pak se snaží být s úkolem rychle hotov. Šikovný v zapojení do pracovních činností. Zvládá uvolňovací cviky, pozná písmeno A, napíše číslo 1.

Při vybarvování přetahuje, početní představa nevytvořena, čtení neovládá, nediferencuje barvy, nezvládá zavazování tkaniček. Ve hře vydrží krátkodobě, ať již se jedná o hru individuální či skupinovou, brzy ztrácí zájem. Rád se zapojí do pracovní činnosti, uklízí. Při uklízení hraček se projevuje pečlivost a i určitá svědomitost. Třídní učitelka hodnotí jeho zařazení do edukace jako vhodnou příležitost k rozvíjení omezeného mentálního potenciálu. Celkově však odpovídá předškolnímu věku a tomu je nutné přizpůsobit speciálně pedagogické přístupy a motivaci. Kapacita učení je velmi nízká a prognosticky lze počítat jenom s minimálními úspěchy.

V deseti letech má osvojeny základní hygienické návyky v sebeobsluze vyžaduje kontrolu a pomoc (nezaváže si boty...). Spánek a příjem stravy je bez poruch. Ve vztahu k personálu je jeho chování submisivní. V dětském kolektivu občas provokuje a pošťuchuje ostatní, agresivní chování však nebylo pozorováno, je majetnický. Je živý, zapojuje se do všech činností, rád činnosti střídá. Citově výrazně fixován na rodinu.

Z osobních dat udá své jméno, bydliště je obtížně srozumitelné, číslo popisné nesprávné, datum narození ani věk neudá správně, zná jméno své učitelky ve škole, z rozhovoru vyplývá, že je zde spokojený. Řeč je výrazně dyslalická, obtížně srozumitelná s chudou slovní zásobou, vyjadřování jednoslovné či v krátké větě. Obtížněji chápe některé instrukce, pokud ho činnost zaujme, pracuje na úkolu dle své

představy. Je dále instrukcí neovlivnitelný, je nutné jej odpoutat k jiné činnosti. Výrazná je nedostatečnost ve složce náročné na sociálně vztahové pochopení problému. Dominuje názorová složka myšlení, abstrakce je v počátku rozvoje. Trivium osvojeno minimálně. Pojmenuje některá písmena, počty zvládá do 5 s názorem, psaní – grafický projev je s výraznými známkami organicity, píše velká tiskací písmena, zvládá podpis (jméno), příjmení napíše, je-li mu nadiktováno po písmenech. Narušena vizuomotorická koordinace. Diferenciace barev je správná, pojmenuje pouze některé barvy. Grafický projev nezralý, značné disproporce, výrazná fixace na rodinu, jemná motorika narušena, celková úroveň kresby na úrovni 5 – 6 let.

V sedmnácti letech se snaží spolupracovat v rámci svých možností – místy nejistý a potom až úzkostlivě opakuje výkony, aby se nedopustil chyby.

Hrubá motorika je samostatná, bez nápadností a bez narušení hybnosti.

Jemná motorika – zapne knoflíky, zaváže klíčku, zapne zdrhovadlo.

Grafomotorika – kresby stromu i postavy nesou jasné stopy organického postižení CNS, vývojově odpovídají 7 – 8 letům věku.

Řeč výrazná dysartrie, hovoří až na vyzvání, v krátkých větách jen zřídka. Převažují jednoslovné odpovědi. V projevu nepřilíh jistý, spontánně se rozhovoří až při dotazech na rodinu.

Orientace – pouze částečná, ví, že se narodil v červnu, neuvede však věk a datum narození. Zcela správně orientuje bydliště, velmi dobře rodinné vztahy a jména sourozenců, jejich partnerů, nikoli však jejich věk.

Časem – rozlišuje dny v týdnu, vyjmenuje měsíce a roční období, bližší členění času na hodiny, minuty, sekundy selhává.

Paměť – mechanická, vázána na předměty (verbální znaky zapamatovává velmi obtížně).

Pozornost – poruchy koncentrace, zvýšená oscilace a únavnost.

Myšlení – je vázáno na konkrétní podněty, rozvinuta jen v základech analýza a syntéza.

Trivium – psaní – zde se nejvíce projevují organické symptomy – obtížně fixuje tvar jednotlivých písmen, píše s obrovskými zárazy, je nutno si po písmenkách přeříkávat psané slovo. Relativně nejlépe napíše jednoduchou větu „Táta jede na kole“ i zde záměny písmen. Delší slova není schopen napsat vůbec. Nepoužívá běžné písmo ke sdělení myšlenek.

Počty – sčítá a odčítá do 15 s pomocí počítadla nejistě s občasným pochybením. V zápise sám není schopen rozlišit symboly pro součet a rozdíl.

Čtení – slabikuje krátké čtyřverší, jeho smysl se však vytrácí. Není schopen zatím užít trivium v sociálních situacích samostatně na základní úrovni.

Hygienické a sebeobslužné návyky – soběstačný, vyžaduje občasnou kontrolu a dohled nad stavem svých osobních věcí, vnější úpravou. Úkoly na oddělení se snaží plnit dobře, občas nutno dohlédnout či kontrolovat. Mezi ostatními chlapci a muži na oddělení je nenápadný, tichý, nevyhledává jejich společnost příliš často podléhavý. Ve vztahu k pracovníkům slušný a podřídivý.

Osobnost – simplexní, nezralá, s relativně větším podílem fantazie. Nekonfliktní, pracovitý.

Aktuální prožívání – snaží se předejít odmítání a zklamání, snaží se být oblíben, horlivě proto pomáhá. Chce se k někomu přimknout, jistotu a stav bez napětí hledá ve spolehlivém a uklidňujícím bezpečí. Často volí kompromis, jen aby měl pokoj – submisivní, dělá si starosti s tím, co by mohla přinést budoucnost.

Ve dvaceti letech je jeho spolupráce již jistější, ale při obtížnějších zadáních se objevuje nejistota a úzkost, pozornost je odklonitelná a unavitelná.

Hrubá motorika – chůze je samostatná bez opory, vážne koordinace rukou a nohou, dle svých slov doma jízda na kole, v ústavu ne.

Jemná motorika – korále navléká obratně, uzavře šroubový uzávěr sklenice, držení je prstové. Stříhá obratně, pečlivě, otáčí papír i nástroj, zapne zdrhovadlo i menší knoflíky bez zjevných potíží.

Grafomotorika – v kresbách je nápadné črtavé provedení, kresba postavy je dysproporční, chybí mnoho detailů obličeje i dalších částí těla. Odpovídá cca věku 6 let.

Řeč – přetrvávají poruchy výslovnosti, hovoří v holých větách, pokud je dotazován na oblasti pobytu doma, zájmy a činnosti v domácím prostředí, pak spontánní projev bohatší. Přesto je slovní zásoba chudší.

Orientace – ukáže hlavní části těla, rozlišuje detaily na obličeji, hlavní vnitřní orgány, podrobnější členění selhává.

Osobou – uvede své jméno, věk (ne datum narození), místo bydliště, jména rodičů a sourozenců (ne věk).

Časem – rozliší dnes, zítra a pozítří selhává, odřiká dny v týdnu, roční období, rozlišuje celé hodiny, půl hodiny, podrobnější selhává. Ví, ve kterém čase se podává strava, kdy odchází do školy, který den odjíždí domů

Intelligence – chybná řešení jsou vesměs způsobena slabší schopností rozlišit podstatný a nepodstatný znak. Schopnost zobecnění je výrazně pod úrovní ostatních verbálních oblastí. Oblast porozumění sociálním vztahům je vzhledem k pravidelnému kontaktu s prostředím rodiny a místa bydliště rozvinuta v obraze lehkého postižení.

Další znalosti a dovednosti – rozlišuje běžné druhy ovoce, domácí zvířata, základní a doplňkové barvy. Naprosto nerozlišuje hodnotu peněz – ani v domácím prostředí nemá žádnou zkušenost.

Myšlení – je výrazně vázáno na konkrétní předměty, rozvoj konkrétní logiky je však jen v začátku. Masívně se projevuje zabíravost myšlení. Paměť na tři slova – spolehlivě tři znaky, pak následuje změna pořadí. Je patrný vliv organického poškození CNS. Nezná ceny jednotlivých základních potravin, oblečení, nápojů – nakupuje s bratrem či jinou osobou s rodiny.

Trivium – psaní – je schopen napsat dle diktátu jednoduché holé věty. Nerespektuje většinu gramatických pravidel, píše velmi pomalu, nejistě, odřikává si jednotlivé hlásky, u některých si nevybaví tvar. Písmo je vzhledově poměrně úhledné.

Čtení – čte s oporou, časté záměny hlásek, tempo čtení a spojování do slabik je velmi pomalé a odpovídá mentálním věkem 6,5 roku.

Počty – verbální řada do 20, v odpočtu konkrétních předmětů nejistý, porovnávání do 10 jistě, do 20 po odpočtu – ví, že je nutno ubrat či přidat, aby byl počet stejný. Aplikace do konkrétního života vážne, neporovná hodnotu bankovek ve stovkách, ale spolehlivě vizuálně rozliší do hodnoty sta korun, která bankovka má větší hodnotu.

Sociální a hygienické návyky – v oblasti hygienických návyků je samostatný, je však potřebné občas kontrolovat pořádek, unikají mu konečné úpravy vzezření a detaily – úprava nehtů a jejich očista, účes, apod.

Osobnost – nezralá, tendence k nejistotě v neznámých situacích k úzkostnému prožívání v situaci zdravotního ošetření, atd. V prožívání intervenuje dozrívající pubertální vývoj, touží po jasných a stabilních vztazích, na druhé straně touží po volnosti bez zábran.

Budoucnost – velmi ostražitě sleduje, má výhrady, je nejistý (obává se zklamání, je lehce zranitelný a přecitlivělý k odmítání), úzkostný.

V těchto letech ukončil školu praktickou, od září začal docházet do sociálně terapeutických dílen, které jsou součástí ústavu. Zde se velmi rychle zapojil do činnosti, ať to bylo venku při pomocných pracích na zahradě, ve sklenících či v zámecké oboře, kterou ústav spravuje a udržuje. Tato činnost není pro něj nic nového, protože jeho rodiče bydlí na venkově v rodinném domku s velkou zahradou, na které často vypomáhá. Není líný a většinu prací bez problémů zvládá. Doma dokonce i seče trávnik benzínovou sekačkou. Zde ho velmi zaujala práce se strunkovou sekačkou (křovinořezem). S tímto zařízením pracují vybraní klienti, a proto požádal o práci se strunkovou sekačkou (křovinořezem) a zařazení mezi vybrané klienty. Po domluvě se začal učit pracovat tímto zařízením a bez velkých obtíží to zvládl. Dnes patří do skupiny, která pracuje nejen v areálu ústavu, ale pracuje i pro fyzické osoby mimo ústav.

Uživatel č. 2. – Jaroslav, 26 let

Diagnóza: středně těžká mentální retardace na bázi chromosomální aberace typu M. Down.

Rodinná anamnéza: otec – strojní zámečnick, zdrav, dcera z prvního manželství má 3 ledviny; matka – mzdová účetní, zdráva; sourozenci sestra Klára, zdráva.

Osobní anamnéza. Narozen z nekomplikované gravidity, ve 40 týdnu, spontánním porodem, PH 3 830g, PD 50cm. Po narození přeložen na JIP, kyslík, inkubátor. Do roka byl kojen, slabý, nepřibýval, špatně spal, opožděný motorický vývoj. Chodit začal ve 22 měsících, žvatlá od roka, ale smysluplná slova netvoří. Rodina se s postižením dítěte velmi těžko vyrovnává, ale na radu lékaře se rozhodli požádat o umístění k trvalé ústavní péči. Rodiče podali žádost o umístění dítěte v ÚSP již v 1 roce života. Matka zcela upřímně sděluje, že již není schopna dále čelit pozornosti lidí venku. Žádost byla vyřízena až po dovršení věku 3 let.

Ve třech letech přijat do DÚSP Černovice. Jde o chodícího chlapečka se znaky Downova syndromu, sám pomalu a neobratně jí s malou pomocí, při oblékání spolupracuje. Snaha komunikovat pomocí gest, podanou tužkou spontánně čmárá, ze dvou kostek postaví věž. Lateralita nevyhraněná, při manipulaci s předměty ruce střídá. V oblasti řečového vývoje je na úrovni cca 9 měsíců, porozumění cca 15 měsíců, zručnost a manipulace na úrovni 15 měsíců, kresba odpovídá 24 měsíců a sociální

chování na úrovni 18 měsíců. Mentální úroveň odhadem v pásmu imbecility (spíše dolní hranice).

Ve čtyřech letech v sebeobslužných činnostech nutná pomoc vychovatelky, jinak se snaží zapojovat do všech výchovných činností. Obtíže při navazování kontaktu, v chování projevy náladovosti. Jeho testová úroveň odpovídá věku 2 let.

V deseti letech má osvojeny základní hygienické a sebeobslužné návyky. Jí samostatně, příborem a čistě. Zvládá zapínat knoflíky a zipy, umí i kličku. Sám se oblékne i svlékne, úprava je dobrá, věci si po sobě složí. Zvládá jednoduché kolektivní hry, rád kreslí a prohlíží si knihy nebo časopisy, povídá si. Zvládá střihání, nápodobu geometrických tvarů. Barvy diferencuje správně, přiřazuje předměty a tvary i předměty k barvě. Pravolevá orientace není vytvořena. S pomocí vyjmenuje některá roční období a některé dny v týdnu. Správně vyjmenuje činnosti jednoho ročního období. Analogie a pochopení pouze základní jednoduché. Pojmenuje některá domácí zvířata, přiřadí i zvuky. Plete si krávu s kozou a ovci, kohouta se slepicí. Předměty dle jejich užití určí správně. Pojmy malý, velký, hezký, ošklivý, osvojeny správně. Osobnost bez tendencí k agresivním reakcím v chování, rysy negativismu při direktivnějším přístupu, což lze bez výraznějších problémů odklonit. V práci nápadná stereotypie při zacházení s pomůckami. Aktuální úroveň rozumových schopností odpovídá středně těžké duševní zaostalosti.

Ve dvanácti letech ochotně navazuje verbální kontakt, řeč je dyslalická, místy obtížně srozumitelná, odpovídá jednoslovně či krátkou větou. Slovní zásoba je na úrovni 5 let, doprovodná gestikulace je přiléhavá, mimika snižená. V oblasti hrubé motoriky je méně obratný, jinak bez omezení. Jemná motorika – hra je rozvinuta do konstruktivní podoby, staví ze stavebnic i drobných kostek, napodobí i stavbu náročnějšího charakteru. V oblasti grafické – rozezná základní barvy, držení tužky je správné, podepíše se velkými tiskacími písmeny. Geometrické tvary odpovídají úrovni 7 let, kresba postavy je na úrovni 8 let. Pravolevá orientace není vytvořena spolehlivě, orientace časová není vytvořena vůbec, orientace místem je pouze částečná. Jsou vytvořeny základy abstraktního myšlení, dominuje však složka názorná. Pozornost bez nápadností. Paměť nejvýrazněji snižena ve složce vstřípivosti. V oblasti hygienických návyků má osvojeny základy hygienických návyků, dodržuje osobní čistotu, učeše se, vyčistí si zuby, umyje se. Při koupání vyžaduje jen ojediněle pomoc, nutná je však

kontrola. V oblasti sebeobsluhy se sám oblékne i svlékne, složí si oděv, nají se sám, příborem, čistě, v jídle není vybíravý. I v sebeoslužných činnostech však vyžaduje kontrolu. Na oddělení se zapojuje do pomocných prací (utírání nádobí, vytírání podlahy). Ve výchovných činnostech je velmi snaživý a chce dosáhnout nejlepších výsledků. Obtíže mu činí zapamatování básničky. Ve vztahu k dětem se nechová agresivně, rád je však pokouší, pokud něco provede, svádí to na druhé. Celkově lze jeho chování hodnotit jako bez vážnějších problémů. Rád organizuje ostatní děti. Ve výchovných činnostech spokojený, vyžaduje pozornost. Osobnost nezralá, dětská, s tendencí k negativistickému vzdorovitému chování v konfliktní situaci, extravertovaná, dominantní. Perfekcionalistické rysy. Zkusmé zařazení do pomocné školy při ÚSP.

V patnácti letech navštěvuje nižší stupeň pomocné školy. Jeho chování se změnilo, upoutává na sebe pozornost, předvádí se. Navazuje verbální kontakt. Na kladené otázky odpovídá většinou jednoslovně či krátkou větou, slovní zásoba je chudá, užívá k provokaci vulgárních výrazů. V chování není zachován odstup, má sklon opravovat dospělého, diktovat si požadavky. Řeč je místy obtížněji srozumitelná, dyslalická.

Vědomosti – vyjmenuje některé dny týdne, pravolevá orientace není vytvořena, určí zvířata dle hlasu, jejich mláďata nezná. Správně diferencuje základní barvy a pojmenuje geometrické tvary.

Trivium – čte některá písmena, počítá s názorem na prstech, chybuje i v sečítání v rozsahu do 5, pokud není usměřován přímým názorem. Odečítání nezvládá.

Písmo – podepíše se velkými tiskacími písmeny. Napodobí geometrické tvary na úrovni 7 let, kresba odpovídá úrovni 8 let.

Práce v řízené činnosti – ulpívavé chování, zadaný úkol si transformuje dle svých představ, výkon je ovlivněn okamžitým laděním. Nekritický, vše bude dělat sám. Vyžaduje zvýšenou pozornost.

V sedmnácti letech stále navštěvuje nižší stupeň PŠ. Chlapec s typickými rysy Downova syndromu, usměvavý, paličkovité prsty, větší jazyk, gotické patro.

Hrubá motorika – neobratná, bez výraznějšího omezení

Jemná motorika – velice pomalá, ale dovede provést všechny požadované úkoly s až pedantickou přesností

Orientace – v místnosti bez obtíží, pojmy pod, nad, vedle jsou pozitivně zvládnuty, při praktických úkolech.

Orientace časem – s dopomocí, neví kdy se narodil, datum nezná, pojmy včera, zítra s obtížemi. Vyjmenuje však za sebou dny v týdnu mechanicky bez schopnosti aplikovat zítra, včera. Roční období stejně mechanicky, měsíce nezná.

Řeč – výrazná dyslalie, má naučené odpovědi, nemá stud při komunikaci s jinými lidmi, v obraze postižení lze označit za hovorného, v odpovědi na otázky volí spíše jednoslovné formulace, často bez patřičné gramatické vazby, slovní zásoba chudá.

Paměť – snížená kapacita v oblasti konkrétních podnětů i slovních znaků.

Pozornost – odklonitelná, unavitelná, objevuje se zabíravost.

Trivium – psaní – dle diktátu napíše souhlásky

Čtení – přečte jednotlivá písmena, malý rozsah znalostí, slabikuje jednotlivé slabiky, čtení však naprosto neplní funkci získávání informací, ani komunikační funkci.

Počty – písemně sčítá a odčítá do dvaceti, vždy však s jednociferným číslem, porozumění těmto operacím je v rozlišení uvedeného znaménka, při výkonu si vždy pomáhá na prstech, jednoduchý slovní úkol však ve stejném rozsahu nevyřeší – chybí schopnost vytvoření symbolu ze slyšené informace, rozliší některé bankovky a mince není však schopen sečíst jejich hodnotu, stejně tak chybí orientace v hodnotě základních potřeb.

Grafomotorika – obkreslování na úrovni 7 let, kresba postavy se znatelným silným tlakem na materiál, s výraznými znaky mentální retardace, má rád barvy.

Osobnost – výrazně nezralá, v emocích patrná ulpívavost (pokud má náladu, pak je vše v pořádku, usměvavý), pokud se na něco zaměří, pak neodklonitelný – typické pro osoby s tímto typem postižení. Dovede s dospělými manipulovat, na druhou stranu mazlivý, přítulný. V prožívání převaha pozitivního ladění. Je významně emočně vázán na rodinu, kterou navštěvuje o víkendech, zvláště pak na otce, se kterým se účastní (pasivně) sportovních utkání a jiných akcí. V kontaktu s ostatními klienty na oddělení bez výrazných konfliktů.

Sebeobsluha, hygienické návyky – je schopen sám zvládat péči o osobní hygienu, až pedantický na zevnějšek či své věci (chce být „fešák“). Stravuje se samostatně, příborem, ne příliš obratně – raději má lžiči.

Dlouhodobá stagnace vývoje, vzhledem k etiologii je prognóza dalšího vývoje nepravděpodobná.

Ve dvaadvaceti letech ukončil povinnou školní docházku a začal docházet do sociálně terapeutických dílen. Zde se postupně zapojil do činnosti, ať je to v zimě prohrnování sněhu, od jara do podzimu se starají o úpravu a údržbu zámeckého parku, který je součástí ústavu. Ve všední dny Jára dochází do dílen, většinou bez problémů, ale jsou i dny kdy má určité výkyvy spojené s jeho postižením, kdy nechce chodit do práce ani pracovat. Vymýšlí si různé výmluvy, proč nemůže pracovat a dokonce odchází sám z pracoviště. Při větší fyzické zátěži má sklony k „ulejvání“. Je u něho nutná velká motivace a důslednost, i když jsou určité činnosti, které Járu baví a dělá je rád. Patří mezi ně například moštování ovoce, které se provádí každý podzim z ovoce, které pochází z přilehlých ovocných zahrad ústavu. Před nějakým časem ho zaujalo i výroba pletených košíků, které se v dílnách také učí. Tato činnost ho velmi baví, i když ještě pořád není schopen bez cizí pomoci košík uplést. Musí mu někdo říkat, jak má postupovat a ukazovat jak dál. Jeho schopnost si něco nového zapamatovat je velmi malá, musí činnost opakovat pořád dokola, aby si ji zautomatizoval. Nejvíce ho mrzí, že košíky se vyrábějí většinou jen v zimě a to pouze v případě, že mají dost nařezaných proutků, a když zrovna není velký příval sněhu, kdy odklizení sněhu má přednost před výrobou košíků. Jára se musí při veškerých pracovních činnostech důsledně a trpělivě vést s respektováním jeho individuálních zvláštností.

Uživatel č. 3. – Roman, 26 let

Diagnóza: Dětská mozková obrna, psychomotorická retardace

Rodinná anamnéza: matka – prodavačka, zdravá, otec – soukromí zemědělec, zdravý, sourozenci: Václav, Magdaléna, Anna, zdraví.

Osobní anamnéza. Narozen z nekomplikovaného těhotenství v 37. týdnu těhotenství PH 2700g, PD 50cm. Nebyl kříšen. V 6 týdnech zjištěn defekt komorového septa. Vývoj opožděný sedí od 16 měsíců, chodí od 19 měsíců. V 7 letech podstoupil srdeční operaci, která odstranila defekt komorového septa. V 8 letech operován pro strabismus. Ve 14 letech kontrolní zobrazovací vyšetření uropoetického traktu, kde byla zjištěna dobrá funkce levé ledviny, která proto přejímá 76% funkce pravé

ledviny. Koncentrační schopnost omezena na 50% funkce, což souvisí s postižením svrašťující se pravé ledviny.

V šesti letech diagnostikována mentální retardace lehkého stupně, těžší dyslalie a byl navržen odklad školní docházky.

V sedmi letech hodnocen jako výrazně opožděné dítě, duševní stav odpovídá 3 – 4 letům, mentální defekt hodnocen jako těžší a opět doporučen odklad školní docházky.

V osmi letech nastoupil do 1. ročníku ZŠ v Počátkách, kde neprospěl, bylo doporučeno přerazení do Zvláštní školy v Pelhřimově. Tuto školu navštěvoval 4 roky a jednou propadl. Jako žák 3. třídy se neorientoval ani v početní řadě do 10, nezvládal číselnou řadu do 20, chyboval při sčítání i odčítání do 10. Nepamatoval si písmena, měl problémy se čtením textu. Nedokázal se vyrovnat se zátěží, pokud se mu nedařilo plnit úkoly, reagoval vztekem. Třídní učitelka doporučovala přerazení do pomocné školy.

Ve třinácti letech přerazen do pomocné třídy v Zvláštní škole Pelhřimov, kde úspěšně absolvoval jeden školní rok.

Ve čtrnácti letech byl přijat do ÚSP na výchovné oddělení a možností docházet do pomocné školy, později i do praktické školy. Vzhledem k silným citovým vazbám na rodinu je optimální zařazení do týdenního pobytu. V ústavu zůstával přes týden a na víkendy, svátky a prázdniny jezdil pravidelně domů. Na nové prostředí si zvykl bez problémů a poměrně rychle se zorientoval v zařízení. Kontakt navazuje verbálně, výběrově, kvalita odpovídá mentálnímu defektu, stejně tak pozornost. Spontánně vypráví o rodině, o hospodářství.

Orientační zkouška zraku: opakovaně operovaný strabismus. Předměty zrakem vyhledává. Snížená koordinace oko x ruka.

Orientační zkouška sluchu: zvuky prostředí diferencuje, snaží se vyhledat zdroj zvuku. Při čtení diferenciaci snížena v důsledku dyslalie.

Komunikace - vyjadřuje se v krátkých větách, dyslallycky. Mimika je chudá, použití gest nízké, napodobuje neobratně. Na své jméno reaguje, rozumí jednoduchému pokynu, rozumí zákazu a respektuje ho.

Hrubá motorika: DMO, vadné držení těla, pohyb bez omezení.

Jemná motorika: preference levé ruky, při všech úkonech patrné známky organicity. Stavby z kostek, korálky navléká, zapne i rozeptne knoflík, rozšroubuje víčko, listy v knize obrací po jednom.

Grafomotorika: kresba postavy na úrovni 5 – 6 let, disproporce – známky organicity, dynamika snížena.

Vědomosti: udává své jméno, věk, datum narození nezná, adresu svého trvalého bydliště zná. Vyjmenuje členy rodiny, ví, kde pracuje otec i matka, vyjmenuje školy, které navštěvují jeho sourozenci.

Orientace v čase: vyjmenuje dny v týdnu, měsíce v roce, kolik má měsíc týdnů neví, roční období zná, včetně charakteristiky. Hodiny odhaduje, pravděpodobně nadřilovány časy odjezdů autobusů domů.

Orientace v prostoru: zvládnuta orientace v základu, pravolevá orientace nezafixována.

Orientace somatem: opět v základu, prsty rukou jmenuje s chybami, lokalizace vnitřních orgánů nezvládne. Barvy rozliší, pojmenuje, základní i doplňkové, včetně odstínů. Geometrické tvary určuje správně.

Trivium: psaní na diktát s velkými obtížemi, s chybami, píše velké tiskací písmo. Přepis a opis zvládne poměrně dobře.

Se vstupem do pomocné školy neměl žádné problémy. Dobře a rychle se adaptoval na prostředí školy, na formy a styl práce ve třídě. Výborně se včlenil mezi spolužáky, získal si kamarády ihned. Preferuje kontakt s chlapci a to z důvodu zájmu o zemědělství (traktory, zemědělské stroje, auta, technická zařízení), vytváří hry, s chlapci staví ze stavebnic (lego, combi – dřevěné kostky) auta a domy. Nejraději něco montuje a rozebírá.

S ostatními dětmi ve škole vychází velmi dobře, není agresivní, nevyhledává konflikty. Zároveň se dokáže prosadit, nenechá sebou manipulovat.

Pracuje samostatně, pouze občas vyžaduje kontrolu a povzbuzení. Úkoly musí mít stanoveny předem, aby je mohl celé splnit. Je poměrně pečlivý a spolehlivý.

Rád a velmi přesně hovoří o rodině, vypráví události ze života a práce rodiny, rád také kreslí a vysvětluje. Velmi se pokaždé těší na pátek a víkendový pobyt doma.

V sedmnácti letech samostatný, usměvavý chlapec, vyšší s nápadně dlouhými prsty a vadným držením těla. Navazuje kontakt bez obtíží.

Orientace: uvede správně den, rok, roční období. Jeho základní orientace v čase – dopoledne, odpoledne (vázáno na činnost), určí podle hodin. Orientace v prostoru – bez narušení, orientace somatem – nejisté zrcadlové provedení, nejisté některé části těla – nárt. Neshledána porucha vědomí.

Řeč: dyslalická, zřetelné zadrhávání na počátku slov či krátkých vět. O známých jevech (péče o zvířata doma) dovede hovořit v rozvinutějších větách. Slovní zásoba chudší, užívá některé obecnější pojmy – zvířata, náradí, ovoce – v kontextu s dotazy. Porozumění obsahu některých testovaných slov (vynález, léčka) se odvíjí od podobnosti s jinými slovy (najdu to, co si kamarád schová, léčit).

Hrubá motorika: jednotlivé poskoky na jedné noze neobratné, dyskoordinace pohybu, fázový pohyb bez poruch, hybnost nenarušena, jezdí na kole, plave, vadné držení těla.

Jemná motorika: postaví schody, stavba kostek do kruhu nepřesná, vystřihává pomaleji, méně zručně, ale poměrně přesně, preferuje levou ruku.

Grafomotorika: kreslí levou rukou, s velkým přtlakem, dynamika pohybu nenarušena, kresba na vývojové úrovni 5 a půl roku, nápadně chudé detaily či jiné chybění na jedné straně, na druhé straně nápadný přebytek zdobných detailů, je patrná organická symptomatologie.

Vyšetření intelektu – neverbální oblast – nedokáže rozlišit podstatné znaky, soustřeďuje se na detaily, aktuálně dosažená úroveň odpovídá mentálnímu věku 9 let.

Verbální oblast – nejsilnější stránkou je běžně užívané slovní zásoby – zde se úroveň přibližuje 10 letům mentálního věku, opačně velice slabé stránky jsou v oblasti paměti na slovní znaky (mentální úroveň 5 let) a schopnosti verbalizovat běžné sociální události včetně porozumění těmto jevům – zde úroveň necelých 8 let mentálního věku.

Trivium: čtení – pozná všechny písmena, čte velmi pomalu, delší slova slabikuje, bez intonace.

Psaní – píše velkými grafémy, nedrží horní výšku, drží však liniaturu, psané číslice jsou velké.

Počty – nejistě sečítá a odečítá do 100, vždy pod sebe, nedovede však použít násobení a dělení, výrazně pro všechny výkony používá prsty. Jednoduchý slovní příklad i při nutnosti použít základní odečet do 30 však selhává pro nepochopení nutně použité operace.

Zná základní a doplňkové barvy, zná cenu některých základních druhů potravin. Selhává při součtu fiktivních bankovek, nedovede vypočítat, kolik peněz bude vráceno z jednoduchého nákupu. Jednotlivé fiktivní bankovky a mince však rozliší správně. Celková orientace v ekonomické náročnosti zabezpečení základních životních potřeb selhává. V současné době navštěvuje vyšší stupeň PŠ.

Osobnost: nezralá, dětská, bez přítomnosti agresivních projevů, s občasným výskytem nejistoty a obav ze selhání. Potřebuje výraznější oporu a neustálé ujišťování o kvalitě výkonu. Ve vztahu k ostatním svěřencům je kamarádský, nevyvolává konflikty. Ve vztahu k dospělým podřídív. O budoucnosti má zcela nereálné představy – chtěl by jít do Humpolce na zemědělkou.

Zájmová oblast: rád poslouchá dechovky, lepí či sestruje z dřevěných součástí v dílně pod dohledem dřevěné modely zemědělských strojů. Občas se rád s ostatními s doprovodem dospělého účastní kratších vyjížděk na kole (do 20 km).

Sebeobsluha, hygiena: samostatný v oblékání a hygieně, je však nutná občasná kontrola vnější úpravy, ukládání svých věcí a čistoty v pokoji (přirozeně „mužská“ menší chuť k těmto činnostem). Stravování – naprosto samostatný, bez potřeby dopomoci dospělých, pomůže popř. nalít nápoje pro ostatní, prostřít atd.

Dosažená úroveň duševních schopností nerovnoměrně rozložena do pásma hranice středně těžké až lehké duševní zaostalosti na bázi organického postižení centrální nervového systému typu DMO, bez poruchy chování, s osobnostní nezralostí a až jemně neurotickými projevy. Aktuálně stagnace duševního vývoje.

V jednadvaceti letech po absolvování Pomocné školy zkusmo zařazen do praktické školy dvouleté. Zde vydržel jeden školní rok a důvodů neprospěchu školu ukončil.

V dvaadvaceti letech začal Roman docházet do sociálně terapeutických dílen. Zde byl zařazen do pracovní skupiny, která se stará o zámeckou oboru a park o rozloze cca 28ha. Romana od dětství zajímá zemědělství, jeho otec má zemědělskou farmu a Roman nemluví o ničem jiném. Doma pomáhá krmit dobytek, ale i pracuje na polích, když je potřeba. Přes týden je v ústavu, kde dochází do dílen a o víkendech, prázdninách, svátcích odjíždí domů. Domů jezdí Roman sám a musí jednou přestupovat, což zvládá jako i manipulaci s penězi na autobus. Má zafixované údaje o odjezdech jeho autobusů. Na rodinu je hodně fixovaný. V pracovní skupině, do které byl zařazen je spokojený. Práce je tu různorodá a Roman je velmi pracovitý. Od jara do podzimu se starají o zámecký park a oboru, sečou trávu, shrabují listí, češou ovoce ze stromů, stahují větve, upravují v areálu cestičky a chodníky. V zimě zase prohrnují a vyvážejí sníh z areálu. Po určité době přišel Roman se žádostí, zda by mohl jednou za týden nebo za 14 dní docházet na jeden den docházet do truhlářské dílny. Velice rád totiž vyrábí dřevěné modely různých zemědělských strojů, ale i hračky, krmítka a jiné.

Po domluvě s jeho klíčovým pracovníkem, vedoucím truhlářské dílny i ergoterapeutkou mu bylo nakonec vyhověno. Roman dochází pravidelně do truhlářské dílny, kde se velice rychle zapojil do všech činností, vymýšlí a zkouší vyrábět pořád nové a nové modely. Tato práce ho velice baví, když o tom vypráví je zřetelně vidět jak je spokojený a jak ho tato činnost uspokojuje.

Uživatel č. 4. – Petra, 24 let

Diagnóza: střední mentální retardace s poruchami chování, hemiparetická forma DMO, epilepsie – dlouhodobě kompenzovaná, deprivací syndrom, strabismus, subluxace kyčelních kloubů.

Rodinná anamnéza: otec – dělník, zdravotní stav není uveden, matka uklízečka, zdravotní stav není opět uveden, dvakrát soudně trestána pro týrání dětí, sourozenci: David – v náhradní rodinné péči, Martin – v náhradní rodinné péči, Lucie – údajně v péči matky, zdravotní stav sourozenců není znám, zátěž v širší rodině nelze posoudit, chybí podklad.

Osobní anamnéza. Narodila se ze třetí fyziologické gravidity, ve 40. týdnu těhotenství s PH 3000g, PD 50cm. Po porodu se u dítěte objevily masívně petechie, v inguinách sufuse. Přeložena na JIP, zde inkubátor. Z nemocnice přeložena do kojeneckého ústavu. Matka dítě nikdy neviděla, ani o ní nikdy neprojevila zájem, taktéž otec.

Ve třech letech přeřazena do Jedličkova ústavu v Liberci. Zde navštěvovala mateřskou školu, ve které příliš nespolupracovala, ale okolí sledovala se zájmem. Hrála si, pohyboval se šoupáním po zadku nebo lezla po všech čtyřech. Dokázala i samostatně chodit, ale chůze byla nejistá. Ve třetím roce života jí byla diagnostikována epilepsie.

V šesti letech byl její duševní vývoj nevyrovnaný a opožděný, mentální věk se tehdy pohyboval v rozmezí 2 – 4 let. Nebyla schopna sebereflexe případné sociální korekce problémového chování. Jednala na základě momentální nálady a vnitřního ladění, bez přemýšlení. Byl jí odložen nástup do školy pro duševní nezralost.

V sedmi letech opět doporučen odklad školní docházky.

V osmi letech doporučen další odklad školní docházky, případně zařadit do nultého ročníku. Nakonec byla zařazena do Zvláštní školy pro tělesně postižené v Liberci, kde splnila čtyři roky povinné školní docházky.

Mezi desátým a jedenáctým rokem dochází k výraznému zhoršení stavu objevuje se nezvládnutelné afektivní chování, projevy agresivity a sebepoškozování, vztek, slovní agrese na dospělé, menší děti škrábe, fackuje, svléká se, vyhazuje věci z oka, rozbíjí, co jí přijde pod ruku. Pedopsychologického vyšetření ukázalo, že jde o těžce deprimované dítě, bez stálé vazby na klíčovou osobu a bylo doporučeno umístění v menším zařízení rodinného typu a perspektivou vytvoření citových vazeb při minimálním střídání personálu.

Ve dvanácti letech byla přeřazena z Jedličkova ústavu v Liberci do DÚSP Černovice. Zde byla zařazena do skupiny stejně starých děvčat a ve škole do středního stupně PŠ. Začaly se však objevovat neshody, používala vulgarismy, trucovala, všemožně se snažila získat pozornost personálu. Následně byla přeřazena do skupiny mladších děvčat a nižší stupeň PŠ a stav se stabilizoval. Tato kombinace ji evidentně lépe vyhovuje.

Sociální kontakt: výběr je zaměřen na dospělou osobu, kvalita je nižší, používá naučené mluvní fráze

Řízená činnost: zapojitelná do 15 minut, pak dochází k útlumu, je unavená. Musí být silně motivována, činnost je nutné často střídat, volit spíše jednoduché úkoly, doprovázené jednoduchou instrukcí a názorem.

Orientační zkouška zraku: předměty sleduje, horší je vyhledávání rozdílů a podobností – chyby.

Orientační zkouška sluchu: snížený práh slyšitelnosti, ale na běžné zvuky reaguje dobře.

Hrubá motorika: celkově lze hodnotit jako méně obratná při DMO.

Jemná motorika: navlékne korálky na tkaničku, dokáže vkládat i malé předměty, listy v knize obrací po jednom, stříhání nůžkami je nepřesné, trhání papíru zvládá.

Grafomotorika je taktéž retardovaná, v kresbě jsou patrné známky organicity, úroveň 5 – 6 let. Vázne koordinace oko x ruka. Lateralita je levostranná, pravděpodobně v důsledku postižení pravé strany.

Komunikace: řeč je srozumitelná, objevují se často odposlouchané fráze, gestikulace a grimasování.

Trivium: bezpečně pozná pouze souhlásky, další písmena zaměňuje nebo hádá. Sama říká, že se umí podepsat, podpis je pravděpodobně trénován. Po vyslechnutí pohádky, nedokáže vyslechnutí text reprodukovat, vzpomene si pouze na hlavní postavu, děj ji

zcela uniká. Matematické představy taktéž na nízké úrovni, jednoduchý příklad nespočítá ani s dopomocí názoru, nevyjmenuje řadu čísel do pěti. Hodnotu peněz nezná.

Další vědomosti: z anamnestických dat uvádí pouze své jméno a příjmení

Orientace osobou na nízké úrovni, v prostoru určí: nad, pod, za, nahoře, dole, na, vedle dopomocí. V čase je orientace chabá – s dopomocí vyjmenuje dny v týdnu, měsíce v roce nevyjmenuje, plete si roční období. Barvy určí (odstíny jí dělají problémy), některé tvary napodobí dle předlohy, přiřadí, ale určí pouze kruh. Pojmenovává věci na obrázkách (detaily neučí, rozdílly taky ne). Vyjmenuje domácí zvířata, ale mláďata jí dělají problémy. V řešení sociálních situací selhává, pouze k požáru by zavolala hasiče, ale neví jak.

Hra: nejraději ve volném čase kreslí /opakuje stále jednu kresbu – dům, strom, slunce). Sleduje televizi (na dotaz co viděla, však odpovídá vyhýbavě, pravděpodobně děj nepochopila). Do skupinových her se nezapojuje, děti pouze pozoruje, téměř s nimi nekomunikuje.

Jednoduché pracovní činnosti: zvládá s dopomocí, do práce se zapojuje ochotně, sama se nabízí (pravděpodobně si chce naklonit personál – touha po citové odezvě u dospělého člověka).

Hygiena a sebeobsluha: jsou v základu vytvořeny. Čistotu udržuje, sama se oblékne i umyje. Nají se příborem, o jídlo i o pití si umí říct. Při všech činnostech je však nutný dohled a většinou i verbální vedení.

V sedmnácti letech navštěvuje PŠ. Kontakt se známou osobou navazuje spontánně, výběrově, kvalita nižší. K personálu se chová submisivně, občas se však objevují výkyvy chování – používá vulgarismy, odmlouvá. Je ráda středem pozornosti. Preferuje společnost dospělých, stává se, že na vrstevníky žárlí. Nejraději je však sama, pokud ji někdo z dětí vyruší, hned se zlobí.

Komunikace: vyjadřuje se v celých větách, jsou patrné naučené fráze, které opakuje. Na své jméno reaguje spolehlivě, rozumí dvojstupňovému pokynu i zákazu. Neverbální komunikace – živá mimika až grimasování, jednoduchá gesta.

Hrubá motorika: chůze po schodech v obou směrech již se střídáním, s dopomocí (madlo), běh na úrovni zrychlené chůze, poskoky nízké a nestabilní, hod a chytání míčku zvládne, ráda chodí do bazénu, plavat neumí. Celková obratnost je narušena DMO.

Jemná motorika: uchopuje levou rukou, pravá ji při práci dopomáhá. Poměrně zručně navléká korálky, stříhání nůžkami zlepšeno, snaha o držení linie. Z plastelíny vyválí váleček i kuličku. Listy v knize obrací po jednom, zapne knoflík, tkaničku zaváže na uzel.

Grafomotorika: kresba postavy cca 6 let, patrná organicita, dynamika střídavá.

Vědomosti: z anamnestických dat udává své jméno, příjmení, věk, datum narození nezná. Určí správně barvy základní i doplňkové, včetně odstínů. Z geometrických tvarů zná kruh, čtverec a trojúhelník. Dle obrázků určuje domácí zvířata, mláďata pouze některá. Dějové obrázky nezvládne. Skládání celku ze čtyř částí.

Orientace somatem: zvládnuta v základu prsty rukou pojmenuje chybně, vnitřní orgány nedokáže lokalizovat ani přibližně.

Orientace v prostoru: na oddělení orientována, zvládne již i areál ústavu. Bez chyb zvládne pojmy nahoře, dole v dalších nejistá, zaměňuje. Pravolevá orientace pouze v základu, při kombinaci stran chybuje.

Orientace v čase: vyjmenuje dny v týdnu, ví co je dne za den. Měsíce v roce nepřesně, neví, kolik má měsíc týdnů ani dnů. Roční období s mírnou dopomocí, charakteristika pouze v hrubém základu. Hodiny nezná. Fiktivní nákup a 20 korunami nezvládá.

Trivium: zvládne napsat křestní jméno – natrénováno, dle diktátu píše pouze některá písmena, střídá malé a velké grafémy. Přepis věty zvládne. Čtení na velmi nízké úrovni – pojmenovává jednotlivá písmena, některá složí do slabiky, slovo nepřečte. Vyjmenuje číselnou řadu do šesti, při počítání nutný názor a dopomoc, samostatně nevypočítá ani jednoduchý příklad. Slovní úloha 0.

Sociální situace: při řešení patrná infantilita, nesamostatnost (např. požár – zavolala by hasiče, na dotaz jak by to udělala, říká, že z okna, úraz – šla by na ordinaci, konflikt – prala by se).

Generalizace též na nízké úrovni

Jednoduché pracovní činnosti: ochotně pomáhá, motivací je jí pochvala, nutný dohled. Z volnočasových činností má nejraději kreslení a poslech hudby, velice ráda zpívá (písničky se učí rychle, zvládne rytmus i slova).

Hygiena a sebeobsluha: zvládá samostatně, nutný dohled není důsledná.

Celková úroveň odpovídá cca 6 let, předškolnímu věku a odpovídá spodní hranici střední mentální retardace. Prognóza dalšího vývoje je nejistá (za posledním 5 let došlo

jen k nepatrnému pokroku, nyní lze hovořit o stagnaci). Školní prognóza je málo příznivá, s ohledem na dosaženou úroveň nelze předpokládat ani zvládnutí základního trivía.

Ve dvaceti letech úspěšně ukončila základní školu speciální, dříve označovanou jako školu pomocnou. Po té nastoupila do dvouleté školy praktické v oboru pěstitelské práce. S velkým úsilím nakonec složila i závěrečnou zkoušku.

V dvaadvaceti letech začala docházet do sociálně terapeutických dílen. Protože v praktické škole se učila v oboru pěstitelské práce, byla automaticky zařazena ke skupině pracující v zahradních sklenících. Tato práce ji ale nebavila a z důvodu i jejího tělesného postižení nevyhovovala a asi po roce si zažádala o přeřazení k jiné skupině. Po dohodě s jejím klíčovým pracovníkem a ergoterapeutkou bylo rozhodnuto o přeřazení na jiné pracoviště. Z důvodu jejího tělesného postižení nepřicházeli v úvahu práce v oboře, práce na údržbě budov, úklidové práce v areálu ani práce v truhlářské dílně. Jediné pracoviště, které přicházeli v úvahu, byla práce keramické dílně nebo práce v textilní dílně. Po dlouhém jednání a domlouvání si nakonec Petra vybrala práci v textilní dílně. Zde se Petra snažila zapojit do všech druhů činností, ať to bylo jednoduché vyšívání, pletení, háčkování, tkání malých koberečků a různých předložek na jednoduchém ručním tkalcovském stroji. Některé z těchto prací nakonec s určitou dopomocí i zvládla, ale žádná ji úplně nezaujala. Jediné co jí v dílně opravdu zaujalo, bylo jednoduché navlékání korálků. Tato činnost Petru opravdu zaujala a i přes její kombinované postižení, jí tato práce opravdu bavila. S pomocí vedoucích dílen začala vyrábět z korálků různé náramky na ruce, hvězdy jako vánoční dekorace, ale i jiné dekorační předměty. Samozřejmě, že některé věci jí šli vyrábět pomaleji a hůře. Občas když se jí práce nedaří, objevují se u ní typické záchvaty vzteku. V těchto obdobích je nejlepší jí vždy na několik dní přemístit k jiné činnosti, aby odpoutala svou mysl na něco jiného. Po několika dnech se vrací k rozdělané práci na korálkách jako by se nic nestalo. Několikrát se i stalo, že muselo skoro hotový výrobek celý rozebrat a začít znovu. Je ale na ní vidět, že jí tato činnost plně uspokojuje a hlavně baví.

8.3. Závěr šetření

Na závěr mého šetření bych chtěla říci, že skoro žádný z klientů v ústavu by nebyl schopen pracovat v klasických chráněných dílnách. Většina uživatelů má středně těžký až těžký stupeň mentální retardace nebo i kombinované postižení. Práce formou terapie v sociálně terapeutických dílnách je pro ně daleko důležitější, protože se snaží u klientů o vytváření a upevňování základních pracovních dovedností, ale také rozvíjení schopností v oblasti kognitivní, sensorické, motorické a sociální. Každý z nich vám řekne, proč je potřeba chodit do práce a pracovat. Pracují, aby si vydělali peníze a za ně pak mohli jezdit na výlety, rekreace, chodit do kina nebo do divadla, nebo si mohou koupit i něco dobrého. Pracují na pracovištích, které jim vyhovují a mohou požádat i o přeřazení do jiné skupiny, když v té stávající jim nevyhovují pracovní podmínky, nebo ostatní klienti, nemusí jim též vyhovovat vedoucí dané skupiny. Tito klienti nepracují pouze v dílnách, ale musejí se zapojovat do chodu na jednotlivých odděleních, kde jsou ubytováni. Zde nejsou zaměstnány uklízečky, ale o úklidové práce se tu starají sami klienti pod dohledem výchovných pracovníků. Všichni pracovníci ústavu se snaží udržovat a posilovat sociální schopnosti a dovednosti klienta s cílem dosažení jeho větší samostatnosti, nezávislosti, soběstačnosti a sociálního začlenění.

ZÁVĚR

Ještě v 19. století se mentální retardací téměř nikdo systematicky nezabýval, mentálně retardovaní byli považováni za duševně nemocné a tak s nimi bylo i zacházeno. Problém mentálně postižených byl problémem rodin a společnost se o ně nestarala. V době komunismu je společnost maximálně umístila do ústavu, daleko od tzv. normálních lidí. Od roku 1989 se situace mentálně handicapovaných neustále zlepšuje, mentálně handicapovaný v rodině, ve společnosti již nevzbuzuje vlny odporu, soucitu, údivu, jako v dřívějších dobách, ale je ve většině případů přijímán jako plnohodnotný občan a člen společnosti.

Zvýšení kvality péče o mentálně postižené v naší zemi vyžaduje ještě mnoho změn a každý z nás může k této změně přispět. V péči poskytované mentálně handicapovaným se ještě stále nemůžeme rovnat zemím Evropské unie, ale vše záleží na lidech, na každém z nás, kteří pracují s mentálně handicapovaným, aby handicapovaným bylo umožněno žít svůj život plnohodnotně a v co nejmenší závislosti na okolí.

Ve své práci jsem se zabývala významem sociálně terapeutických dílen pro osoby s mentálním postižením. Cílem mé práce bylo ukázat, jak jsou tyto dílny důležité pro dlouhodobou a pravidelnou podporu osob s mentálním nebo kombinovaným postižením při vytváření a zdokonalování pracovních návyků a dovedností, vedoucích k jejich možnému pracovnímu uplatnění na chráněném, popřípadě otevřeném trhu práce.

Ke zlepšení situace v péči a pomoci o mentálně handicapované by jistě došlo i vyšší úrovni vzdělávání pracovníků. Kvalita péče a pomoci je závislá nejen na získávání praktických dovedností a dlouholetou praxí v oboru, ale také celoživotním vzděláváním nejen typicky ve svém oboru, ale i v oborech příbuzných. Netvrdím, že každý pracovník by nutně měl studovat další školy, ale odborné kurzy a přednášky a dostatek informací na aktuální téma v oboru by jistě byly přínosem pro další práci a zvyšovaly by kvalifikaci pracovníků. Aby péče a pomoc byla kvalitní, musí být znalosti pracovníků, vyhledávání a plánování uspokojování potřeb uživatelů samozřejmá. Dalším přínosem v péči by byla jistě i větší vzájemná spolupráce s odbornými pracovníky v plánování strategií při pomoci uspokojování jejich potřeb.

Každého z nás může potkat, že se v jeho blízkém okolí vyskytne mentální handicap. Jistě by si každý přál, aby mentálně handicapovanému, ať už žije kdekoli, byla poskytnuta kvalitní, odborná péče na vysoké úrovni, srovnatelná se standardem v zemích Evropské unie.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTOŇOVÁ, M. – BAZALKOVÁ, B. - PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie*: Paido, Brno 2007. ISBN 978 – 80 – 7315 – 161 – 4.
2. ČADKOVÁ, V. – JŮN, H. – THOROVÁ, K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*: Portál, Praha 2007. ISBN 978 – 80 – 7367 – 319 – 2.
3. ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*: Praha, UK 1995. ISBN 80 – 7066 – 899 – 7.
4. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. vydání Praha Avicenum 1973
5. DOLEŽEL, R. – VÍTKOVÁ, M. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. Brno: Paido 2007. ISBN 978 – 80 – 7315 – 143 – 0.
6. EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha, Portál 2008. ISBN 978 – 80 – 7367 – 390 – 1.
7. HLADÍLEK, M. – JENŠÍ, J. *Doplňky k psychopedické praxi*. 1. vydání. Pelhřimov: OV SPMP, 2000
8. KREJČÍŘOVÁ, O. *Praktická škola v systému modernizace profesní přípravy mentálně postižených*. Olomouc: UP, 2002. ISBN 80 – 7198 – 531 – 7.
9. LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc 2008. ISBN 978 – 80 – 244 – 2071 – 4.
10. *Mezinárodní klasifikace nemoci. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. ISBN 80 – 85121 – 37 – 9.
11. MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. 1. dotisk 1. Vydání. Brno: Masarykova univerzita, 1995. ISBN 80 – 210 – 1009 – 6.
12. NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie osobnosti*. 1. vydání. Praha: MANAGEMENT PRESS, 1993. ISBN 80 – 85603 – 34 – 9.
13. RUBINŠTEJNOVÁ, S. *J. Psychologie mentálně zaostalého žáka*. 3. vydání Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.
14. ŠTĚCH, S. – VÁGNEROVÁ, M. _ HADJ – MOUSSOVÁ, Z. *Psychologie handicapu 1*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita, 1997. ISBN 80 – 7083 – 208 – 8.
15. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 4. vydání Praha: Portál 2011. ISBN 978 – 80 – 7367 – 889 – 0.

16. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1.vydání Praha: Portál 2000. ISBN 80 – 7178 – 506 – 7.
17. ŠVARCOVÁ, J. *Základní otázky psychopedie*. 1. vydání. Pelhřimov: SPMP, 1997.
18. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie handicapu – 1. Část*, 2. vydání Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003. ISBN – 80 – 7083 – 763 – 2.
19. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychopedie*. Praha: UK Karolinum, 2004. ISBN 80 – 7067 – 2111.
20. VÁGNEROVÁ, M. – HADJ – MOUSSOVÁ, Z. – ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*. 2. vydání. Univerzita Karlova v Praze – nakladatelství Karolinum, 1999. ISBN 80 – 7184 – 929 – 4.
21. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*: 1999. ISBN 80 – 7178 – 214 – 9.
22. VALENTA, M. – MÚLLER, O. *Psychopedie*. Nakladatelství Parta, 2. vydání, Praha, 2004. ISBN 80 – 7320 – 063 – 5.
23. VÍTKOVÁ, M. *Otázky speciálně pedagogického poradenství*. Brno:MSD, 2003. ISBN 80 – 86633 – 08 – X.
24. *Zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách*

PŘÍLOHY

Příloha A – Sociálně terapeutické dílny



Příloha B – Výrobky uživatelů v sociálně terapeutických dílnách





BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Zdenka Čekalová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Chráněná dílna pro osoby s mentálním postižením

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 54

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů české literatury a pramenů: 24

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann