

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Milena Bonaventurová

**Výchova, vzdělání a kvalita života jedinců
s mentálním postižením**

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Martina Karkošová, Ph.D

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED (PART TIME) STUDIES

2013-2015

DIPLOMA THESIS

Milena Bonaventurová

**Education and Quality of Life
of Mentally Retarded People**

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Martina Karkošová, Ph.D

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15. 5. 2015

Milena Bonaventurová

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Martině Karkošové, Ph.D za její cenné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracování této diplomové práce.

Anotace

Diplomová práce se věnuje výchově, vzdělávání a kvalitě života jedinců s mentálním postižením. Práce v úvodu nejprve vymezuje etiologii mentálního postižení, stejně jako specifické znaky tohoto druhu postižení. V praktické části se práce ve svém průzkumu zaměřuje na Domov v Mariánské, který je pobytovým zařízením pro klienty s mentálním a kombinovaným postižením a imobilní chlapce.

Klíčová slova

Domov, kvalita života, mentálně postižení, porucha, průzkum, ústavní výchova, vzdělávání.

Annotation

This thesis focuses on communication, education and quality of life of individuals with mental disabilities. Work at the beginning of first defines the etiology of mental disability, as well as the specific features of this type of disability. The practical part of the work in its research focuses on a home in Marienbad, which is to residence facilities for clients with intellectual and multiple disabilities and immobile boy.

Key words

Home, quality of life, mental disability, disorder, research, institutional care, education.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE.....	12
1.1 Etiologie a charakteristické rysy mentální retardace jedinců	12
1.2 Klasifikace mentální retardace	16
1.3 Adolescence a dospělost osob s mentální retardací	17
2 KOGNITIVNÍ DOVEDNOSTI U JEDINCŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.	22
2.1 Paměť.....	22
2.2 Vůle.....	23
2.3 Myšlení	24
2.4 Řeč	25
3 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ JEDINCŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.	27
3.1 Možnosti výchovy a vzdělávání u jedinců s mentálním postižením	27
3.2 Základní škola praktická.....	29
3.3 Základní škola speciální	30
3.4 Večerní školy	31
4 SYSTÉM PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	33
4.1 Ústavy sociální péče	33
4.2 Současné poslání ústavů sociální péče pro mentálně retardované.....	35
4.3 Klasifikace ústavů sociální péče pro mentálně postižené.....	36
4.4 Chráněné bydlení	37
5 KVALITA ŽIVOTA JEDINCŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	39
5.1 Rozsah a pojetí kvality života mentálně postižených	39
5.2 Potřeby a hodnoty	40
5.3 Přístupy ke kvalitě života.....	41
5.4 Oblasti (dimenze) kvality života.....	42
6 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V MARIÁNSKÉ	44
6.1 Charakteristika Domova v Mariánské	44
6.2 Historie péče, výchovy a vzdělávání v Domově v Mariánské.....	45
6.3 Současná situace v Mariánské	45
6.4 Terapie jako alternativa výuky	46
PRAKTICKÁ ČÁST	48
7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	48
7.1 Cíl práce, výzkumné otázky a průzkumové předpoklady.....	48

7.2 Metodologie	49
7.3 Charakteristika průzkumného šetření	50
7.4 Stanovení průzkumných předpokladů	50
7.5 Kazuistika	54
7.6 Dotazníkové šetření	63
7.7 Výzkumný soubor.....	65
7.8 Analytická část.....	66
8 DISKUSE.....	78
ZÁVĚR	80
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	82
SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK	84
SEZNAM PŘÍLOH.....	85

Motto:

„Jiné je Tvé dítě. Jiné ve svém duševním bohatství, jiné v rozvoji svých schopností, jiné ve vztazích ke světu, jiné ve svém jednání i počínání, jiné v běžných reakcích. Je jiné, ale není horší.“

Henrich Behr

ÚVOD

V každé společnosti se vedle zdravých občanů nachází i populace, která se nějakým způsobem liší od společenského průměru. Jsou to jedinci s různými formami postižení. Jednou z nejpočetnějších skupin jsou děti, mládež a dospělí s mentální retardací. Humanitní snahy o vzdělávání tělesně, zdravotně a mentálně postižené mládeže postupně přecházely od požadavku všeobecného vzdělávání k požadavku odborného vzdělávání. Počátky péče o tělesně a mentálně postiženou mládež se objevují začátkem 20. století v Mnichově, Kodani a u nás v Jedličkově ústavu v Praze. Myšlenka rehabilitační péče v plném rozsahu a moderním použití uskutečnil profesor Mudr. Rudolf Jedlička se svými spolupracovníky. Jejich koncepce představovala souhrn veškeré péče (léčebné, výchovně vzdělávací, pracovní, psychologické, právnické a ekonomické) potřebné k rehabilitaci a resocializaci tělesně, zdravotně a mentálně postižených osob k jejich zařazení do pracovního a společenského života. Současně rozvíjí a provazují snahy v preventivní péči. Vycházejí ze zásady, že je lepší zamezit vzniku defektu nebo nemoci, než vzniklý defekt nebo nemoc odstraňovat. Součástí této preventivní péče jsou i snahy genetické, zejména na úseku léčebné a výchovně poradenské péče pro nastávající manžele a pro rodiče. Tato péče je potřebná především u těch rodičů, u nichž se vyskytují vrozené dispozice, vady nebo choroby, které se mohou přenášet na potomstvo. Děti, mládež a dospělí s mentální retardací překonávají během svého života mnoho překážek, které pramení z jejich hendikepu a s kterými se musejí nějakým způsobem vyrovnat. I oni touží žít normálním způsobem, věnovat se kulturní, sportovní a zájmové činnosti, připravovat se na profesní uplatnění a v dospělosti mít odpovídající zaměstnání. Je proto věcí každé vyspělé společnosti, aby výchovným působením a cílevědomým vzděláváním umožnila takto postiženým rozvíjet jejich schopnosti, a tím umožnila jejich integraci mezi ostatní občany.

Cílem diplomové práce je zaměřit se na zjištění kvality života u mentálně retardovaných žen a dívek v Domově v mariánské. V teoretické části je definována základní terminologie, etiologie a projevy mentální retardace, vývojová stadia adolescence a dospělosti. Jsou popsána specifika ústavní péče, rodinné péče. Je popsán systém výchovy a vzdělávání, péče a podpory mentálně retardovaných. Práce se zabývá především otázkou kvality života mentálně postižených jedinců, vymezením tohoto

pojmu. Praktická část se zaměřuje na pohled speciálních pedagogů, zdravotního personálu a ostatních zaměstnanců Domova v Mariánské ve vztahu ke zkvalitňování života mentálně postižených jedinců. V praktické části je také prezentován cíl výzkumného šetření, použitá metodologie, analýza dat a jejich následná charakteristika.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE

1.1 Etiologie a charakteristické rysy mentální retardace jedinců

V současné době existuje v odborné literatuře celá řada definic termínu mentálního postižení; je to z toho důvodu, že se jedná o termín poměrně složitý a také proto, že v minulosti byl především na našem území používán pro tyto jedince termín zcela odlišný. Ani pojem mentální retardace se v předchozím období příliš neužíval. Obvykle se používalo pojmů oligofrenie či slabomyslnost a tyto postihovaly tak především handicap v rozvoji rozumových schopností. Dnes teoretické publikace oscilují zejména mezi pojmy mentální retardace a mentální postižení, kdy zejména druhý uvedený termín bývá častějším užívaným a to zejména z toho důvodu, že nejpřesněji vyjadřuje poruchu integrace psychických funkcí, které postihují jedince ve všech složkách osobnosti a mají za následek stav, který můžeme označit jako trvalý. Definici osoby s mentálním postižením tedy v podstatě vymezují jakési dvě základní charakteristiky, které vycházejí z diagnostiky mentálního postižení a jsou jimi snížení intelektových schopností a také zmíněné snížení schopnosti adaptace, jenž souhrnně představují tři typy dovedností: pojmové myšlení, sociální dovednosti a praktické dovednosti.¹ Nicméně definování mentální retardace je ovlivněno celou řadou faktorů a vychází z různých kritérií. Pojem mentální retardace je složen ze dvou latinských slov: mens (mysl, duše) a retardace (opozdit, zpomalit). „Opoždění či zpomalení“ myslí je však podstatně složitější postižení s vícerymi syndromy. Postihuje celou osobnost člověka ve všech jeho složkách a má zásadní vliv na vývoj a úroveň rozumových schopností, ale rovněž se týká emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů a možnosti pracovního i společenského uplatnění.²

¹ CHALOUPKOVÁ, S. *Analýza školních vzdělávacích programů a vyučovacího procesu na základních školách praktických v České republice*. Brno : MU- MSD, 2011. ISBN 978-80-210-5646-6.

² SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007, s. 110. ISBN 978-80-247-1733-3.

Definice mentálního postižení můžeme rozdělit podle toho, z jakých hledisek jsou koncipovány autory. Jedná se kupříkladu o posouzení inteligenčního kvocientu (IQ) či biologických faktorů, kde je mentální retardace chápána jako trvalé poškození poznávací činnosti, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku.³

Pro přehled si uvedeme několik definic. „*Mentální retardace je vrozený stav, který se vyjadřuje omezením rozumových a adaptivních schopností, jinými slovy nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka.*“⁴ Jiná definice říká: „*Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnost myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí), k němuž dochází v průběhu vývoje jedince.*“⁵ Nebo: „*Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.*“⁶

Jedinci s mentální retardací se od jedinců bez tohoto postižení odlišují v řadě aspektů. V souvislosti s tématem práce zmiňme základní psychické zvláštnosti, které ovlivňují zejména vzdělávání a výchovu těchto osob. V první řadě se jedná o paměť, kdy takto postižené osoby si nové věci osvojují jen velmi pomalu a to jen díky častému opakování. Jestliže jsou schopny si nějaké vědomosti vůbec zapamatovat, pak si informace zapamatovávají spíše mechanicky a nesnaží se jim porozumět. V určitých situacích si je vybavují dlouho a často chybně. Další oblastí, která je v jejich životě obvykle vymezena jinak než u jedinců bez postižení, je řeč. Jednak mají samozřejmě mnohem menší slovní zásobu, jednak mají velmi často nepřesnou a špatnou výslovnost. Jedinci s lehkým mentálním postižením zvládnou jednoduché pojmy i obraty, u těžce mentálně postižených se obvykle řečové schopnosti nerozvíjejí vůbec (klasifikaci mentální retardace uvedeme v kapitole níže). Také způsob učení je u mentálně retardovaných odlišný. Je převážně mechanický a díky poškození CNS dochází často k poruchám paměti. V myšlení se u těchto jedinců projevuje neschopností srovnávat si

³ RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 4.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 161. ISBN 80-244-1475-9.

⁴ ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007, s. 26. ISBN 978-80-7367-319-2.

⁵ PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006, s. 269. ISBN 80-7315-120-0.

⁶ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd. přepracované. Praha: Portál, 2003, s. 24. ISBN 80-7178-821-X.

myšlenky a činy, zejména v souvislosti s realitou. Myšlení se také vyznačuje značnou stereotypností a lpěním na určitém způsobu řešení konkrétní situace. City jsou pak neadekvátní zejména svou dynamikou na podněty z vnějšího světa, prožitky bývají často protikladné.⁷

Jestliže jsme se výše pokusili definovat mentální retardaci, přibližme si nyní, jakých hledisek se podle Slowíka mentální postižení dotýká.⁸ Je to jednak hledisko biologické, které popisuje postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku, syndrom, který je podmíněn chorobnými procesy v mozku. Psychologické hledisko zkoumá primárně sníženou úroveň rozumových schopností, které lze měřit standardizovanými IQ testy. Další hledisko, sociální, charakterizuje mentální postižení především desorientací ve světě a ve společnosti a způsobuje tak nemožnost vlastní sociální existence bez cizí pomoci. Dále můžeme rozlišit ještě hledisko pedagogické, jehož charakteristikou je snížená schopnost se učit a to i navzdory využívání specifických učebních metod a postupů. Posledním zmiňovaným hlediskem dle Slowíka je hledisko právní, které znamená sníženou způsobilost těchto jedinců k samostatným právním úkonům a jednání. Chceme-li tedy shrnout vymezení pojmu mentální retardace, můžeme použít následující definici dle Dolejšího. „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*“⁹

Co se týče etiologie neboli vnějších a vnitřních příčin vzniku mentální retardace můžeme s jistotou říci, že medicína stále ještě nezná zcela všechny a v této oblasti se stále provádí výzkum, neboť existuje mnoho případů, kde zkrátka nikdo není schopen relevantně odpovědět na jednoduchou otázku: proč? Obecně ale můžeme říci, že

⁷ PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s.r.o., 2006. s. 208. ISBN 80-86633-40-3.

⁸ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007, s. 110. ISBN 978-80-247-1733-3.

⁹ DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1983, 222 s. ISBN 08-048-83.

příčinou mentální retardace je postižení CNS, které může vzniknout různým způsobem. Tyto příčiny vzniku pak dělíme na endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). Dále pak můžeme rozlišit mentální retardaci podle jejího vzniku na prenatální, perinatální a postnatální období. Za exogenní faktory označujeme příčiny vzniklé vlivem prostředí, může se jednat například o špatnou výživu matky v těhotenství, nesprávný porod či úraz v dětství.¹⁰ Za endogenní faktory potom označujeme ty, za jejichž příčinou stojí genetické dispozice. Z tohoto hlediska může rozlišit poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury chromozomů – typickým příkladem je trizomie 21. chromozomu, známá jako Downův syndrom. Dále pak poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury pohlavních chromozomů – příkladem je syndrom lomivého X, postihující převážně chlapce. Dalším příkladem může být fenylketonurie a také polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje – jedinec s tímto postižením má malý počet funkčních genů potřebných k rozvoji mentálních schopností.

Za prenatální období vzniku mentální retardace označujeme období od početí do narození jedince. V tomto období ho například způsobují infekce a intoxikace v těhotenství, nezdravá strava matky, následky různých úrazů nebo fyzikálních vlivů, nezralost, poruchy výměny látek atd.

Za perinatální označujeme období těsně před, během porodu a bezprostředně po něm. Obvykle se jedná o dlouhotrvající a těžký porod, kdy má jedinec nedostatek kyslíku, nebo je porod špatně veden.

Za postnatální období označujeme období po porodu až do 2 let dítěte. Zde může vzniknout mentální retardace infekcí dítěte, špatnými životními návyky, úrazem mozku, nemocemi mozku apod.¹¹

Závěrem této subkapitoly tedy můžeme říci, že mentální retardace může být buď *vrozená*, jež je spojena s určitým poškozením nervového systému do dvou let věku života. Nebo může být mentální retardace *získaná*, kdy je zastavení mentálního vývoje zapříčiněno například úrazem nebo nemocí mozku. Nebo můžeme rozlišit mentální retardaci *sociálně podmíněnou*. Zde mluvíme zejména o citové a kulturní deprivaci.

¹⁰ VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika : Integrace školní a sociální*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004. s.463. ISBN 80-7315-071-9.

¹¹ PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. s.404. ISBN 80-7315-120-0.

Jedná se například o tzv. pseudooligofrenii, jejímiž příčinami jsou vlivy vnějšího prostředí.¹²

1.2 Klasifikace mentální retardace

Klasifikace mentální retardace je důležitá zejména pro určení odpovídající komplexní péče a odborného zacházení s postiženými jedinci jak v ústavech, tak ve škole. Ze zdravotnického hlediska jde potom především o určení správné diagnózy a medikace.

V České republice se v současné době pro klasifikaci mentální retardace používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí podle Světové zdravotnické organizace (WHO) vytvořené v roce 1992. Za základní faktor se zde považuje úroveň rozvoje rozumových schopností. Mentální retardace je druh postižení a u něj určujeme stupeň postižení na škále F70 až F79 (F označuje první písmeno oboru, do nějž mentální retardace spadá a tím je psychiatrie).

Podle **stupně postižení** jedince rozdělujeme:

F 70 Lehká mentální retardace (IQ 69-50),

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

F 72 Těžká mentální retardace (IQ 34-20),

F 73 Hluboká mentální retardace (IQ 19 a níže),

F 78 Jiná mentální retardace,

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace.¹³

Pipeková také dále rozlišuje kromě stupně postižení různé typy postižení a to na eretický typ (nepokojný, dráždivý, instabilní); torpidní typ (apatický, netečný, strnulý) a nevyhraněný. Typ eretický a typ torpidní jsou dva základní typy, mezi nimiž existuje celá škála jinak vyhraněných variant chování, nicméně se v podstatě jedná o škálu chování od naprosté apatie až po výrazný neklid v důsledku nedostatečného útlumu. Obecně platí, že výrazný neklid se zklidňuje s věkem a je také menší u lehčích poruch mentálního postižení. Můžeme říci, že **typ eretický** (dráždivý, neklidný) je charakterizován zvýšenou afektivní dráždivostí, výrazným celkovým neklidem,

¹² VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika : Integrace školní a sociální*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004. s.463. ISBN 80-7315-071-9.

¹³ PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s.r.o, 2006, s.63. ISBN 80-86633-40-3.

nadměrnou, nepřiměřenou a neúčelnou pohyblivostí, zvýšenou impulzivitou a nepozorností. Naproti tomu **typ torpidní** (netečný, apatický) je typem výrazně pomalým, se sníženou dráždivostí, často se stereotypními zautomatizovanými pohyby a těžkopádností.

1.3 Adolescence a dospělost osob s mentální retardací

Tělesný i psychický vývoj každého jedince je vždy ovlivněn vícero faktory: prostředím, ve kterém žije, dědičnými dispozicemi, ale také věkem a kulturou. Osobnost každého jedince je rovněž specifická tím, že je jedinečná a odlišuje se od jiných jedinců stejného věku a kultury. Během psychického vývoje se vyvíjí vlastnosti, ale současně také osobnost jedince. Dospělost se u zdravého jedince vymezuje celou řadou definic a charakteristických znaků; zpravidla to však pro člověka bez postižení znamená například ukončení vzdělání, založení rodiny, sňatku a možnost vykonávat různé právní a administrativní úkony.¹⁴ Vždy však jsou vývojové mezníky v životě člověka biologické, sociální a psychické.¹⁵ Jednotlivé fáze vývoje potom dělíme na období dětství, dospělosti a stáří, přičemž pubescence (dospívání) a adolescence jsou podle Krejčířové posledními fázemi dětství před dospělostí; dospělost pak dále dělí na časnou, střední a pozdní dospělost. Časové ohraničení jednotlivých období je ale značně problematické a nejednoznačné.¹⁶

Mentálně postižení jedinci nemají psychický vývoj kontinuální a rovnoměrný a pro tento proces je u nich charakteristické, že jednotlivé fáze a vlastnosti jsou individuální. U mentálně postižených je v psychickém vývoji ve vzájemné interakci psychická i somatická složka.¹⁷ Podle Švarcové má přechod jedince s mentálním postižením do dospělosti celou řadu specifík. Dospělý jedinec s mentálním postižením se do společnosti začleňuje pochopitelně obtížněji, než je tomu u zdravých jedinců a má na to vliv celá řada faktorů. Jedním z nich je i schopnost jedince adaptovat se na nové prostředí, která je základním předpokladem k tomu, aby se jedinec mohl úspěšně do

¹⁴ ŘÍČAN, P. *Cesta životem : vývojová psychologie*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.

¹⁵ ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost : Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd. Praha: UK Praha, 2005. s. 53. ISBN 80-246-0992-4.

¹⁶ LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3.přepřacované a doplněné vyd. Praha: Grada, 1998, s.183. ISBN 80-7169-195-X.

¹⁷ ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost : Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd. Praha: UK Praha, 2005. s 53. ISBN 80-246-0992-4.

společnosti začlenit. V této souvislosti jsou zmiňovány zejména povahové vlastnosti jedince a také jeho schopnost navazovat kontakt s ostatními lidmi.¹⁸ Dospělost u mentálně postižených jedinců je ovlivněna především mírou jejich závislosti na okolí. Již v období pubescence a pozdější adolescence dochází u jedinců bez postižení k uvažování na úrovni formálních logických operací, to znamená v rámci takové možnosti, která se sice ještě nestala realitou, ale nelze ji vyloučit.¹⁹ Dospívající jedinci takto uvažují i o sobě. Pro mentálně postiženého jedince není jeho defekt jednoznačnou a neměnnou daností. Je pro něj pouze jakousi variantou, s níž je třeba se vyrovnat. To znamená, že postižený jedinec je daleko sebekritičtější než zdravý jedinec a hledá pro sebe velmi výrazně nějakou přijatelnou roli. Pokud se postiženému pubescentovi nepodaří získat pro sebe alespoň trochu přijatelný sebeobraz, začne si vytvářet různé obranné mechanismy, které ale mohou narušit či poškodit pozdější vývoj jeho osobnosti a zároveň také trvale poškodit sociální vztahy se zdravými lidmi.²⁰

Období dospívání je také provázeno odpoutáváním se z vazeb na rodinu a k přesunu zájmů na vrstevnickou skupinu. Toto odpoutávání je ve vývoji člověka velmi důležité, pro postiženého jedince ale často nedostupné. Mentálně postižený jedinec často ani nemá tak výraznou potřebu osamostatnění, protože jeho rozumový vývoj nikdy nedosáhne takové úrovně, aby o sobě mohl uvažovat zcela sám a také o sobě zcela sám rozhodoval. Pro postižené jedince je období dospívání jako prostor pro hledání vlastní identity mnohem obtížnější, protože jsou často na okraji skupiny, jako bytosti, které mezi zdravé jedince nepatří. Dospívající postižený tak může trpět nedostatkem potřebných sociálních kontaktů; jiná je situace ve speciálních školách, kde obvykle je dostatek příležitostí k vytváření kontaktů se stejně postiženými jedinci. Na druhé straně to ale vytváří riziko pozdější izolovanosti a vytváření minoritních skupin, jak o tom budeme mluvit ještě později.

Dospělost jako pojem lze definovat řadou různých pojetí v závislosti na odlišných autorech. Je třeba však vždy rozlišovat dospělost biologickou a duševní. Pro jedince bez postižení znamená dospělost mimo jiné ten fakt, že je způsobilý k samostatným právním úkonům a je schopen přijmout svoji roli v životě: založit

¹⁸ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd. přepracované. Praha: Portál, 2003. s. 192. ISBN 80-7178-821-X.

¹⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese – rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál, 2008, s. 113. ISBN 978-80-7367-414-4.

²⁰ Tamtéž, s. 113.

rodinu, chodit do zaměstnání, navazovat adekvátní sociální vztahy. Vágnerová jako dospělost označuje období, kdy se jedinec rozhoduje svobodně a za své činy přijímá zodpovědnost.²¹ Dospělost se podle ní projevuje také tím, že si dospělý jedinec vytváří určitou identitu, která samozřejmě zahrnuje i jeho handicap a počítá s omezeními, která mu přináší. Pokud se toto jedinci podaří, může se stát pro okolí rovnocenným partnerem a nikoliv jen objektem závislé péče.²² Ale postižený jedinec není vždy schopen zvládnout všechny nároky dospělosti. Bývá to zejména v oblasti, kdy nemůže nebo není schopen sám o sobě rozhodovat a nést za tato rozhodnutí zodpovědnost. Jedinci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením mají v období dospělosti úroveň tříletého až šestiletého dítěte. Dovedou se naučit základním hygienickým návykům a sami se obléct, jejich vyjadřování je však primitivní, často těžkopádné. V tom lepším případě mohou jedinci na této úrovni vykonávat jednoduché mechanické práce pod dohledem.

Jedinci s lehkým mentálním postižením dosahují úrovně přibližně jedenáctiletého dítěte. Mohou být i docela nezávislí co se týče osobní péče a dokáží samostatně vykonávat jednoduché práce.²³

Pro období dospělosti jsou důležité zejména dvě role: partnerská, respektive rodičovská role a zvládnutí profese. U mentálně postižených však dospělost probíhá poněkud odlišně. Jestliže je mentální retardace definována jako „*snížená schopnost charakterizovaná signifikantními omezeními intelektových funkcí a adaptability, která se projevuje především v oblasti pojmové, praktické a sociální inteligence. Tento stav vzniká do 18. roku života, je multidimenzionální a pozitivně ovlivnitelný individuálním přístupem a cílenou podporou (pokud nedochází ke zlepšení stavu, je třeba přehodnotit míru individuální podpory.*“²⁴, potom je jasné, že u mentálně postižených jedinců je dospělost ovlivňována především různou mírou závislosti na původní rodině či různých sociálních zařízeních. Míra závislosti je vždy dána stupněm postižení. Dospělost u mentálně postižených jedinců má tedy vždy svoji specifickou podobu; mentálně postižení jsou však vždy odkázáni na určitou míru podpory. Obtížné to bývá v oblasti navazování vztahů a sexuality, která však je mnohem častěji hůře uchopitelná pro rodiče

²¹ Tamtéž, s. 119.

²² Tamtéž, s. 119.

²³ ŘÍČAN, P. *Cesta životem : vývojová psychologie*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.

²⁴ VALENTA, M.; MÜLLER, O. a kol. *Psychopedie*. Praha : Parta, 2009, s. 12 ISBN 978-80-7320-137-1.

mentálně postižených jedinců. Zde je potřeba budovat osvětu, jak zmíníme v kapitole níže. Stejně tak je to ve vnímání mentálně postižených jedinců: nelze je vnímat jako „věčné děti“, jak tomu bylo v minulosti. I oni procházejí vývojem, mají své názory například na oblečení, účes a apod.

V oblasti partnerství Vágnerová uvádí, že pro postiženého člověka má získání partnera daleko větší význam než pro zdravého dospělého člověka. Kromě intimní oblasti jde zejména o sociální hodnotu vztahu, o symbolický význam toho, že jedinec je schopen navázat plnohodnotný vztah. Je to jakýsi další důkaz „normality.“ Mentálně postižení jedinci mají také vyšší potřebu uzavření manželství, neboť v ostatních oblastech bývá jejich seberealizace daleko obtížnější, proto se snaží realizovat alespoň na poli vztahovém a to nejen z důvodu potřeby citové vazby. Je poměrně obvyklým jevem, že nějaký druh postižení bude mít i manželský partner. Je tomu tak mnohdy proto, že se tito jedinci obvykle znají ze speciálních škol a center a mnoho příležitostí k seznámení jinde nemají. Navíc, pokud se stýkají v těchto zařízeních, mají obvykle i podobné problémy, stejná témata k hovoru a to jim přináší jednak pocit bezpečí a také jakýsi pocit rovnocennosti. Mentálně postižení jedinci jakou zkrátka při výběru životního partnera limitováni řadou omezení pramenících z jejich postižení; manželství pro ně znamená silný stabilizující faktor. Stejně jako je u těchto jedinců větší potřeba manželství, tak i rozpad těchto manželských svazků bývá méně obvyklý než ve zbývajících společnostech. Stabilita manželství však může být poměrně irelevantním faktem; často je jejím důvodem strach ze samoty a také z vědomí omezení šancí získat partnera nového.

Další alternativní podobu potřeby seberealizace představuje rodičovství. Vlastní potomci jsou dalším důkazem „normality.“ Důležitým aspektem je zde role vázanosti dítěte na svého rodiče, alespoň v prvních letech jeho života. Postižený člověk tak má možnost zažívat zcela novou vztahovou variantu, kdy je jiná osoba vůči němu podřízená a závislá. Obvykle to do té doby byl on, kdo byl na někom závislý. Nesamostatnost a vázanost dítěte na jeho osobu může u postiženého člověka posilovat jeho vlastní sebejistotu a sebedůvěru. To jsou pozitiva na straně jedné. Na straně druhé je na postižené jedince vyvíjen společností velký tlak na bezdětnost v případech, kde by bylo

riziko postižení dítěte hodně vysoké.²⁵ Tuto skutečnost však dospělý postižený jedinec může chápat jako další projev omezování jeho práv ze strany zdravých lidí. Někdy se tak touha po dítěti může stát pro postižené jakýmsi symbolem výhry nad těmi zdravými jedinci, kteří je mají snahu omezovat v jejich právech. Nelze to však jedním dechem nazývat necitlivostí vůči riziku postižení vlastního dítěte; je to z toho důvodu, že postižení svůj život zdaleka nevnímají jako tak „hrozný“ jak jej často vnímají zdraví jedinci. Postižení jedinci tak v mnoha ohledech svého chování připomínají chování skupin menšinových etnik. V konečném důsledku jí také jsou.

Jak již bylo zmíněno, dospělost se u člověka projevuje také seberealizací v profesní oblasti. Avšak postižený člověk je závažně omezen i v této oblasti; a to nejen při volbě vhodného povolání, ale také při výběru místa. Mentálně postižený člověk má často i různá fyzická omezení a v důsledku toho, není schopen pracovat, aniž by mu byl upraven pracovní prostor a pracovní podmínky. U postiženého člověka má zaměstnání mnohem širší perspektivu než u zdravého člověka. Kromě pocitu vlastní užitečnosti jde zároveň i o potřebu uchování potřebných návyků.²⁶ V rámci zaměstnání může také udržovat potřebné sociální aktivity, jako jsou komunikace v běžném kontaktu a respektování určitých norem chování a zvyklostí. Pokud však postižený člověk zůstává doma, dochází postupně k chátrání celého jeho osobnosti v důsledku izolovanosti a ztráty pro něj důležité role. Nezaměstnaný postižený člověk, který je navzdory svému handicapu určité formy práce schopen, je zasažen degradujícími pocity méněcennosti, které však u něj mají mnohem horší důsledky než u zdravých jedinců. Ztráta sociálního kontaktu vede postižené lidi k tělesnému i psychickému chátrání. Často v důsledku své bezmocnosti přijímají role obětí. Někdy tato nepříjemná a bezútešná situace může vyústit až k agresivnímu postoji vůči majoritní společnosti zdravých lidí. Posiluje to tendenci postižených lidí vymáhat všechno, o čem se domnívají, že jim po právu náleží.²⁷

²⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese – rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál, 2008, s. 120. ISBN 978-80-7367-414-4.

²⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese – rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál, 2008, s. 120. ISBN 978-80-7367-414-4.

²⁷ Tamtéž, s. 120.

2 KOGNITIVNÍ DOVEDNOSTI U JEDINCŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Tato kapitola se bude věnovat kognitivním dovednostem u jedinců s mentální retardací. V úvodu je potřeba si uvědomit, že každý člověk, ať bez postižení, nebo jedince s mentálním postižením, je individuální osobností, která má své typické chování, zvyky, návyky, dovednosti v určitých fázích svého života. Tyto projevy jsou samozřejmě ovlivněné i stupněm mentálního postižení. Pro kognitivní proces jsou nezbytné také psychické funkce. Z jejich hlediska nejde jen o časové opoždění vývoje mentálně retardovaného jedince, ale o strukturální vývojové změny. Nelze tedy například postižené dítě automaticky přirovnávat k mladšímu „normálnímu“ dítěti. Poškození se dotýká procesu poznávacích, zasahuje sféru emocionální, ovlivňuje adaptabilitu i chování jedince a projevuje se i ve zvláštnostech jeho motoriky.²⁸ Postižení kognitivních procesů je primárním specifíkem mentálního postižení.

2.1 Paměť

Paměť jedinců s mentálním postižením se vyznačuje pomalým a komplikovaným osvojováním si abstraktních pojmů. Paměť je převážně mechanická, to znamená, že se jedinci naučí obsah mechanicky, bez porozumění, a informace tak nemůžou reálně využít. Dalším znakem paměti u těchto osob je konkrétnost a krátkodobost. *„Člověk s mentálním postižením potřebuje pro hlubší zapamatování zpravidla mnoho opakování. Spontánní zapamatování je ovlivněno zejména atraktivností nabídky vybraných podnětů a dosaženým stupněm poznání.“*²⁹

Paměť umožňuje uchovávání různých informací. To zaručuje, že každým okamžikem nepoznáváme nové věci. Paměť mentálně postižených však vykazuje určitá specifika. Mentálně postižení jedinci si vše nové osvojují velmi pomalu, až po mnohačetném opakování a vše nově naučené rychle zapomínají. Pamětní stopy si vybavují nepřesně, vědomosti neumí uplatnit včas v praxi. K zvláštnostem paměti mentálně postižených jedinců náleží také nekvalitní třídění pamětních stop, jedná se především o mechanickou paměť, která není schopna větší selekce. S tím souvisí i větší

²⁸ BARTOŇOVÁ, M.; VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paido 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.

²⁹ VALENTA, M. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. - Praha : Grada Publishing, 2012., s. 214. ISBN 978-80-247-3829-1.

eidetismu představ, jenž má prvosignální charakter a znemožňuje z vnímaného vyčlenit to podstatné. Pozornost souvisí s bezprostředním vnímáním a poznáním a lze ji členit na bezděčnou a záměrnou. Záměrná pozornost je vázána na vůli a je z hlediska vyučovacího procesu nejdůležitější. U mentálně postižených jedinců vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více činností.

2.2 Vůle

Vůle je naučenou autoregulační schopností, která usměrňuje jednání člověka tak, že je dosaženo jednání, které je považováno za účelné či nutné.³⁰ Vůle bývá vymezená jako záměrné, cílevědomé úsilí směřující k vědomě vytvořenému cíli. Specifickým znakem volního jednání u mentálně postiženého jedince je tzv. hypobulie, neboli snížení či pokles volní činnosti.³¹ Slabost jejich vůle se ale neprojevuje vždy a ve všem. Nejvíce se tak děje v těch případech, kdy jedinci vědí, jak mají jednat, ale nepocítují vnitřní potřebu tak jednat. Charakteristickým znakem jejich vůle je zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulsivnost, agresivita a úzkostnost. Rozvoj volních vlastností závisí na úrovni rozvoje jejich potřeb. Jedinec s mentálním postižením se od svých vrstevníků liší ještě další specifickou aspirací a tou je sebehodnocení. Stabilita a reálnost této aspirace je přímo úměrná duševnímu zdraví jedince. Pro aspirační úroveň mentálně postižených je příznačný výkyv směrem k jedné straně, to znamená, že mají sklon buď k podhodnocování, nebo naopak nadhodnocování sebe sama.

Specifickými jedinci v oblasti mentálního postižení jsou jedinci s autismem. Odborníci uvádějí, že až 60 % autistů trpí střední a těžkou mentální retardací, 20 % vykazuje lehkou mentální retardaci a 20 % má průměrnou až nadprůměrnou inteligenci (zde mluvíme o tzv. Aspergerově syndromu).³² Zjednodušeně řečeno jejich potíže spočívají v tom, že nejsou schopni aplikovat naučené dovednosti v reálném životě. Kvalita jejich komunikace často spočívá v tom, že opakují to, co slyšeli, slova, ale i celé

³⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1.vydání. Praha: Portál, 1999. s. 44. ISBN 978-80-7367-414-4.

³¹ Tamtéž, s. 44.

³² BARTOŇOVÁ, M.; VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paido 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.

věty – hovoříme o tzv. echoláliích. Specifickým znakem autistů je jejich nezáměr o lidi v jejich okolí. Jsou pro ně pouze nástrojem k tomu, aby dosáhli toho, co zrovna chtějí. Pro autisty je typická agrese, výbuchy vzteku a sebezraňování. Autisté mají omezený okruh zájmů, projevují se neúčelným repetitivním chováním, jako je například přesypání kuliček či počítání věcí.³³

2.3 Myšlení

Typickým znakem poznávacích procesů mentálně postižených je omezenější potřeba zvědavosti. Jedinci s mentální retardací bývají také obecně pasivnější a závislejší na zprostředkování informací zdravými lidmi. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, chápou hůře vzájemné vztahy a svět je pro ně celkově méně srozumitelný.³⁴

Myšlení je druho signální funkcí. V souvislosti s myšlením hovoříme o poznání zobecněném zprostředkovaném, jehož nástrojem je řeč.³⁵ Myšlení osob s mentálním postižením je charakteristické značnou stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení.³⁶ Tato ulpívavost a preference známého je obranou před subjektivně nesrozumitelnými, novými a neznámými podněty, které jsou jim nepříjemné a mohou vyvolávat různé obavy.³⁷ Neschopnost dosáhnout přiměřené úrovně logického myšlení je jednou ze základních charakteristik poruchy. Lidé s mentálním postižením zaujímají k problémům pasivní postoj. Jejich omezenou flexibilitu je nutno respektovat neboť zvýšené nároky by působily jako stresový faktor. Jedinci s mentální retardací jsou schopni se mechanicky naučit určitá pravidla, ale nedovedou je účelně aplikovat v praxi. Realitu vnímají jako náhodnou, do určité míry i aktuální variantu. To znamená, že jedinci s mentální retardací obvykle vycházejí pouze z toho, jak se jim situace právě

³³ BARTOŇOVÁ, M.; VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paído 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.

³⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1.vydání. Praha: Portál, 1999, s. 151. ISBN 978-80-7367-414-4.

³⁵ VALENTA, M.; KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie : Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Netopejr, 1997. ISBN 80-902057-9-8.

³⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1.vydání. Praha: Portál, 1999, s. 152. ISBN 978-80-7367-414-4.

³⁷ Tamtéž, s. 152.

jeví, o její podstatě nejsou schopní uvažovat. Neschopnost logické úvahy je podtržena značnou sugestibilitou mentálně postižených.³⁸

Myšlení u mentálně postiženého jedince je zatíženo přílišnou konkrétností, nejsou schopni vyšší abstrakce a generalizace, analýzy a syntézy v myšlení. Myšlení je nedůsledné, vyznačuje se slabou řídicí funkcí. Pojmy jsou tvořeny těžkopádně, úsudky jsou nepřesné. Psychické aktivity znemožňují delší a soustředěné promýšlení nějaké otázky. Základním nedostatkem myšlení mentálně postižených jedinců je slabá schopnost zobecňování, což je nejvyšší, nejsložitější produkt lidského mozku. Neschopnost zobecňování je následek poškození mozku.³⁹

2.4 Řeč

Velmi nízká úroveň rozvoje myšlení je především dána nedostatečným rozvojem základního nástroje myšlení, kterým je řeč. „*Myšlenky vyjadřujeme pomocí slov, tedy řečí*“.⁴⁰ Ta však bývá u mentálně postižených často deformována, někdy se u závažnějších postižení nerozvine vůbec. Příčinou jsou nedostatky v kusových číslech analyzátorů, rozvoji fonemického sluchu a nedostatky v artikulaci. Z podstaty mentálního postižení plyne defekt nedostatečné schopnosti rozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči.⁴¹ U takto postižených dětí můžeme zaznamenat opožděný vývoj řeči, výrazně omezenou slovní zásobu, v řeči převládají agramatismy, přetrvávající dyslálii. Také výskyt dyslexie a dysgrafie je čtenější než u zdravé populace.

Schopnost sociálního využití řeči bývá u těžších postižení omezená z důvodů nedostatku v sociální adaptaci. Vágnerová píše o typických znacích řečového projevu mentálně postižených:

- a) jazyková necitlivost
- b) jednoduchost projevu, která je charakteristická preferencí krátkých vět, konkrétních pojmů a stereotypních slovních spojení.

³⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1.vydání. Praha: Portál, 1999, s. 152. ISBN 978-80-7367-414-4.

³⁹ VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. dopl. a upr. vyd. - Praha : Parta, 2009, s. 231. ISBN 978-80-7320-137-1.

⁴⁰ VALENTA, M.; KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie : Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Netopejř, 1997. ISBN 80-902057-9-8.

⁴¹ Tamtéž.

U závažnějších postižení bývají běžné perseverace a echolálie. V souvislosti s klinickým obrazem mentálního postižení se vyskytují specifické zvláštnosti řeči. U hydrocefalíků je vyspělá slovní zásoba, ale porucha obsahu sdělení – pouze reprodukuje. Schizofrenici mají bohatou slovní zásobu, řeč je však strojená, zvukově deformovaná, plná neologismů (novotvarů). U jedinců s úrazovou etiologií je deformované písmo při normálním vývoji řeči. Přemíra podrobností, slovních obrátů, zdobnělin a lichotek jsou typické zvláštnosti epileptiků.⁴²

⁴² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1.vydání. Praha: Portál, 1999, s. 44. ISBN 978-80-7367-414.

3 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ JEDINCŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

3.1 Možnosti výchovy a vzdělávání u jedinců s mentálním postižením

Nejprve definujeme vzdělávání dospělých jedinců bez postižení. Celoživotní vzdělávání či též jinak řečeno učení (z angl. *lifelong learning*) popisujeme jako takový stav, „*kdy všechny možnosti učení – ať už v tradičních institucích v rámci vzdělávacího systému, či mimo ně – jsou chápány jako jediný propojený celek, který dovoluje rozmanité a četné přechody mezi vzděláváním a zaměstnáním a který umožňuje získávat stejné kvalifikace a kompetence různými cestami a kdykoliv během života. (...) Celoživotní učení má člověku poskytovat možnost vzdělávat se v různých stádiích jeho rozvoje až do úrovně jeho možností v souladu s jeho zájmy, úkoly a potřebami.*“⁴³

Výše uvedeným je v podstatě řečeno, že současná společnost vyžaduje celoživotní vzdělávání svých členů jako nutný předpoklad sociální participace. Vzdělávání v průběhu celého dospělého života jedince není jen otázkou zvyšování profesní úrovně, ale také současně jako občanské právo na zvyšování kompetencí životních. Vzdělávání jako celoživotní proces podpořily rovněž takové instituce jako je UNESCO či OECD.⁴⁴

Problematika edukace a rozvoje osob s určitým znevýhodněním má samozřejmě svoje specifika v závislosti na druhu postižení. Jinak je tomu v případě osob se somatickým znevýhodněním, jinak je tomu například u osob s vybranými poruchami psychického vývoje či vybranými poruchami chování a sociálních vztahů. Nyní zde představíme edukaci a rozvoj osob s mentálním postižením.

Základní definice mentální retardace jsme již představili výše. Jednou ze základních charakteristik je mimo jiné to, že tyto jedinci se obtížněji adaptují na běžné životní podmínky a také to, že defekt je vrozený a trvalý. Od toho se také samozřejmě odvíjí možnosti výchovy a vzdělávání. Je nutné říci, že u mentálně postižených jedinců je třeba brát učení jako celoživotní proces daleko více než u zdravých jedinců. Tento proces lze realizovat buď přímo v rodinách, nebo v ústavních zařízeních sociální péče či

⁴³ PALÁN, Z.; LANGER, T. *Základy andragogiky*. 1. vyd. Praha : UJAK, 2008, s. 101. ISBN 978-80-86723-58-7.

⁴⁴ ŠERÁK, M. *Zájmové vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.

ve vzdělávacích zařízeních.⁴⁵ Tomuto dělení se ještě budeme věnovat v kapitole následující.

Jedinci s mentálním postižením mají oproti ostatní populaci výrazné limity v poznávacích procesech. Na rozdíl od běžné populace je také důležité jejich permanentní rozvíjení, stálé opakování, prohlubování znalostí a dovedností také soustavné vedení ke komplexnějšímu chápání souvislostí. Učení lze také dle řady pedagogů chápat zároveň jako nejúčinnější terapii mentální retardace.⁴⁶

V naší společnosti tvoří mentálně postižení jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi handicapovanými, avšak přesný počet mentálně retardovaných v naší zemi znám není, odhaduje se, že jsou to zhruba 3 % procenta populace.⁴⁷ Nejčastěji jde o lehký stupeň mentální retardace, jíž trpí 80 % takto postižených jedinců. Mentálně retardovaní jedinci nejsou schopni porozumět obecně platným hodnotám a normám a pochopit jejich podstatu. Nejdůležitější je ale to, že nestačí, aby jedinec situacím rozuměl, ale aby se podle nich také dokázal chovat. U mentálně postižených jedinců s lehčím stupněm defektu lze sice očekávat, že vědí, jak se v určitých situacích chovat, nelze však od nich vždy očekávat standardní reakce. Mají zvýšené sklony k afektivním reakcím a nedovedou se také přiměřeně ovládat.⁴⁸ Také schopnost učení je v obecné rovině omezena. Nejen nedostatky v přiměřeném porozumění, ale také neschopnost koncentrace a pozornosti vedou k tomu, že učení je převážně mechanické. Veškeré dovednosti i návyky se fixují, neboť jakákoliv změna působí mentálně retardovaným potíže. Jedince je třeba dostatečně motivovat. Například specifické odměny, jako sladkosti, jsou velmi pozitivně přijímány. Výchova a vzdělávání jedinců s mentálním postižením není možná bez pedagogického vedení ze strany učitelů, vychovatelů, ale také rodičů. Míra vzdělatelnosti, zejména u osob s těžkou mentální retardací, není sice dodnes uspokojivě vyřešena, ale existuje řada speciálních přístupů, jako je metoda bazální stimulace a bazální komunikace; souhrnně metoda bazálního dialogu, které jsou dobře využitelné při rozvíjení elementárních schopností a dovedností i u jedinců

⁴⁵ FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Speciální pedagogika : edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008, s. 99. ISBN 978-80-7387-014-0.

⁴⁶ PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno : MSD, 2006, s. 43. ISBN 80-86633-40-3.

⁴⁷ FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008, s.91. ISBN 978-80-7387-014-0.

⁴⁸ Tamtéž, s. 97.

s hlubokou mentální retardací.⁴⁹ Avšak ani děti a žáci s lehčí formou mentálního postižení nebyly prakticky až do roku 1999 integrováni do běžných tříd základních škol. K tomuto kroku došlo až s platností nového školského zákona, tedy 1. 1. 2005. Děti s lehkým až středním mentálním postižením mají tedy šanci být integrovány do běžných základních škola a navštěvovat je za pomoci asistenta pedagoga, alternativně mohou navštěvovat školu praktickou. Žáci s těžkou mentální retardací, kombinovaným postižením nebo autismem se mohou vzdělávat v základní škole speciální. U jedinců s hlubokou mentální retardací existují speciální vzdělávací programy na bázi tzv. rehabilitačních tříd, popřípadě je možné zajistit výuku formou individuálního vzdělávání v domácím prostředí.⁵⁰ Nejdůležitější je však podporovat rozvoj a vzdělávání dospělých osob s mentálním postižením, což ovšem komplikuje fakt, že zde neexistuje žádný ucelený systém a mentálně postižení jedinci jsou tak především na podporu a péči neziskových organizací.

3.2 Základní škola praktická

V tomto typu školského zařízení se vzdělávají žáci, kteří se nemohou s úspěchem vzdělávat na základní škole běžného typu. Jedná se o žáky s lehkým mentálním postižením. Hlavním cílem základní školy praktické, (původně zvláštní) je umožnit žákům s lehkým mentálním postižením pomocí výchovně vzdělávacích prostředků a metod dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a rozvoje osobnostních kvalit při respektování jejich individuálních zvláštností. Veškeré cíle výchovné a vzdělávací práce směřují k přípravě žáků na jejich zapojení, případně úplnou integraci do běžného života.

„Zařazení žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do základní školy praktické provádí ředitel školy na základě doporučení školského poradenského zařízení a souhlasu zákonného rodinného zástupce. Žáci základní školy praktické se vzdělávají pod vedením kvalifikovaných učitelů, speciálních pedagogů.“⁵¹

⁴⁹ VÍTKOVÁ, M. In: SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007, s. 115. ISBN 978-80-247-1733-3.

⁵⁰ §42 zák. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním a vyšším odborném vzdělávání (Školská zákon). In. *Sbírka zákonů ČR, ročník 2004*. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>. cit. 2014-11-28.

⁵¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd. přepracované. Praha: Portál, 2003. s. 75. ISBN 80-7178-821-X.

Základní škola praktická trvá devět ročníků a člení se na 1. stupeň (1. – 5. ročník) a 2. stupeň (6. – 9. ročník).

Poněkud znepokojujícím jevem je skutečnost, že v základních školách praktických stoupá počet žáků s poruchami chování. Tito žáci jsou obtížně vychovatelní než mentálně postižení. Doporučuje se, aby byli vzděláváni v běžných základních školách a aby se jejich kázeňské problémy řešily spíše etopedickými než psychopedickými přístupy.

Žáci s lehkým mentálním postižením se od školního roku 2007/2008 vzdělávají podle školních vzdělávacích programů vytvořených na základě Rámcového vzdělávacího programu pro základní školy s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (RVP ZV LMP).⁵²

Vzdělávací obsah je RVP ZV LMP rozdělen do vzdělávacích oblastí. V tomto programu je respektována snížená rozumová úroveň žáků a rozsah učiva je přizpůsoben. Očekávané výstupy jsou prakticky zaměřené a využitelné i v běžném životě. Cílem edukačního procesu v základní škole praktické je vybavit žáky s lehkým mentálním postižením souborem klíčových kompetencí na úrovni, která je pro ně dosažitelná a umožní jim efektivně a odpovídajícím způsobem jednat v různých situacích. K důležitým klíčovým kompetencím pro žáky s lehkou mentální retardací patří kompetence pracovní, komunikativní, kompetence sociální a personální.

K hodnocení žáků se používá tradiční klasifikační stupeň. Hodnocení může být také prováděno formou slovního hodnocení nebo kombinací obou způsobů.⁵³ Stupeň základní vzdělávání získá žák úspěšným ukončením základního vzdělávání dle příslušného vzdělávacího programu v základní škole nebo v základní škole praktické.

3.3 Základní škola speciální

V základních školách speciálních, původně školách pomocných, se vzdělávají zpravidla žáci s mentálním postižením středního až těžkého stupně. Vzdělávání žáků s tímto postižením vyžaduje nejen odborné speciálněpedagogické vzdělání učitelů, ale také vhodně upravené vnější podmínky: nízký počet žáků ve třídě, školní třídy

⁵² MŠMT. *Rámcový vzdělávací program pro základní školy s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením*. Praha : VÚP, 2005. cit. 2015-03-25. Dostupné z: msmt.cz.

⁵³ MŠMT. *Zákon č. 561/2004 Sb., O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. cit. 2015-03-25. Dostupné z: msmt.cz.

přizpůsobené potřebám žáků, speciální učebnice a pracovní sešity, přizpůsobený časový rozvrh a především klidné, nehlukné a nestresující prostředí, které poskytuje žákům pocit bezpečí a jistoty a umožňuje jejich koncentraci na školní práci.⁵⁴

Obsah výchovně vzdělávací činnosti se zaměřuje na osvojování a rozvíjení přiměřených poznatků a základních dovedností, dále na rozvíjení komunikačních a motorických schopností. Důraz je kladen na vypěstování návyků a dovedností, samoobsluhy a sebeobsluhy, potřebných ke snižování závislosti na péči ostatních osob.

Od škol běžného typu se odlišuje strukturou a organizací a podobou učebního plánu. K základní škole speciální může být přiřazen tzv. přípravný stupeň základní školy speciální. Cílem přípravného stupně, který trvá maximálně 3 roky je umožnit vzdělávání žáků s těžším stupněm mentální retardace, kteří by jinak nebyli schopni nastoupit do nižšího stupně základní školy speciální. Učební plán přípravného stupně obsahuje výtvarnou, tělesnou a hudební výchovu. Učební plán základní školy speciální zahrnuje výuku trivia (čtení, psaní, počítání). Věcné učení a jednotlivé výchovy obsahují přípravný stupeň, který trvá 3 roky. Základní škola speciální a její stupně jsou nižší (3 roky), střední (3 roky), vyšší (2 roky), pracovní (2 roky).

Základní škola speciální má desetiletou školní docházku, s přípravným stupněm pak třináctiletou. Prospěch žáků je hodnocen formou širšího slovního hodnocení, a to v jednotlivých předmětech i na konci jednotlivých stupňů.

3.4 Večerní školy

Jednou z možností celoživotního vzdělávání pro osoby s mentálním postižením jsou večerní školy. Ty jsou určeny pro absolventy praktických škol. Tyto večerní školy obvykle organizují neziskové organizace a výuka probíhá ve školních prostorách nebo v prostorách vhodných pro výuku. Navzdory názvu „večerní“ probíhá výuka obvykle v odpoledních hodinách, někdy dokonce dopoledne.

Obsah vzdělávání vychází z potřeb a zájmů žáků a zároveň z jejich schopností a dovedností. Jednou z výukových oblastí je rozvoj komunikace, schopnost vyjádřit své potřeby, názory, pocity a rozvíjet schopnost komunikovat s okolím. Další oblastí je opakování znalostí a dovedností, které nabyli v základní škole praktické. Jedná se o

⁵⁴ ŠVARCOVÁ, I *Mentální retardace*. 2. vyd. přepracované. Praha: Portál, 2003. s. 78. ISBN 80-7178-821-X.

trénování čtení, psaní, počítání, ale také poznávání barev, tvarů či nácvik sebeobsluhy.⁵⁵ Dalším tématem je orientace v okolním světě, tedy probírání okruhů jako je příroda, nakupování, orientace v životě, např. přání k narozeninám, k svátku, opakování významných dnů apod. Dále pak je to práce s počítačem, výtvarné či hudební znalosti a tělesná výchova. Některé večerní školy také učí své žáky základy cizích jazyků, jako je pozdrav, poděkování, jednoduché otázky a odpovědi.

Ve večerních školách vyučují speciální pedagogové. Tyto instituce znamenají pro žáky možnost osobního rozvoje a zároveň jim pomáhají v orientaci ve společnosti, která podporuje zdařilou integraci do ní. Pro osoby s mentálním postižením se jedná o možnost, jak trávit volný čas a zároveň trávit čas se svými přáteli, které si ve skupině mohou najít. Mají dostatek sociálního kontaktu. Fungování večerních škol předchází hrozbě segregace ze společnosti či ztráty maximální možné samostatnosti, což by mohlo nastat, pokud by žáci nerozvíjeli své schopnosti a dovednosti.

Nastavit rovné příležitosti v oblasti celoživotního vzdělávání je důležité pro zdařilou integraci všech osob ve společnosti, tedy také osob s mentálním postižením. Je zde rovněž podstata individuálního rozvoje a je tedy důležité princip celoživotního vzdělávání nastavit podle potřeb a zájmů osob, pro které je tento princip tvořen. Tento motiv také podporuje účast na společenském dění a zařazení do pracovního procesu.

V České republice se zatím neposkytuje ucelený koncept celoživotního vzdělávání, nicméně existuje několik možností, které můžou jedinci s mentálním postižením využít.

⁵⁵ ŠVARCOVÁ, I *Mentální retardace*. 2. vyd. přepracované. Praha: Portál, 2003. s. 108. ISBN 80-7178-821-X.

4 SYSTÉM PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

4.1 Ústavy sociální péče

Ve většinové společnosti je handicap mentálního postižení brán ze všech ostatních handicapů jako nejméně přijatelný. Zejména u lidí, u nichž je diagnostikována těžká či hluboká mentální retardace převažuje jako řešení stále segregáčnı přístup. Většina těchto hluboce a těžce postižených lidí se v minulosti ocitala výhradně v ústavnı péči a bohužel i dnes je tam ve většině případů nalezneme.⁵⁶ Je zároveň faktem, že pokud péči o takového člověka nepřevzme rodina a to může být část nad její síly, existuje jen málo dalších přijatelných alternativ. Ač pro mnohé zápory ústavnı péče převažují, je nesporné, že pokud nebude dostupná nabídka jiných vhodných sociálních služeb pro klienty, budou nadále zařízení ústavnıho typu naplněny, ač byly přejmenovány na domovy pro osoby se zdravotním postižením dle nového zákona o sociálních službách (zák. č. 108/2006 Sb.).⁵⁷

Zřizovatelem ústavů sociální péče, respektive domovů pro osoby se zdravotním postižením, mohou být různé subjekty. V České republice jsou nejčastějšími zřizovateli orgány státnı správy a samosprávy.⁵⁸ Sociální péče neboli služby a jejich koordinační, metodická a řídicı činnost spadá do činnosti Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (zákona o sociálních službách). Dne 4. 10. 2013 byla ve Sbírce zákonů zveřejněna novela zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a tato novela znamenala určitý průlom v poskytování sociálních služeb a ústavnı péči. Zejména v tom, že se snaží o rovnoprávnost, individuální přístup, dobrovolnost a nevyčleňování uživatelů z přirozeného prostředí: *„Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a poskytování příspěvku na péči osobám se zdravotním postižením (tělesným, mentálním, duševním, smyslovým nebo kombinovaným), jehož dopady činı nebo nemohou činıt osobu s postižením závislou na pomoci jiné osoby.“*⁵⁹

⁵⁶ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007, s. 119. ISBN 978-80-247-1733-3.

⁵⁷ Tamtéž, s. 120.

⁵⁸ FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Speciální pedagogika : edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008, s.100. ISBN 978-80-7387-014-0.

⁵⁹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 4. vyd. přepracované Praha: Portál, 2011. s. 168. ISBN 978-80-7367-889-0.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením byly dříve nazývány jako ústavní péče a dělily se podle věku na péči o mládež a dále péči o dospělé. Do ústavní péče pro mládež byly zařazovány děti ve věku od tří let do ukončení povinné školní docházky, eventuálně do ukončení přípravy na povolání, tedy maximálně do věku 26 let. Vzhledem k mentálním schopnostem a mentálnímu věku jedinců se však toto ustanovení nedodržovalo, a postupně se stíraly rozdíly mezi ústavami pro mládež a dospělé.⁶⁰

Ústavní péče o mentálně postižené se také dělila podle délky pobytu, který zde jedinec trávil. Byly tak ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Dnes se již od tohoto rozdělení ustupuje, zejména díky zmiňovanému novému zákonu o sociálních službách. Za největší změnu však lze považovat je skutečnost, že postižený jedinec prostřednictvím příspěvku na péči, může do určité míry rozhodovat o tom, jaké služby bude využívat a u jakého poskytovatele. Zákon o sociálních službách z roku 2006 již rozeznává pouze jeden typ celoroční pobytové služby v této oblasti, a to domov pro osoby se zdravotním postižením. Dalšími pobytovými službami jsou pak chráněná bydlení a týdenní stacionáře.

Mezi další sociální služby, které využívají lidé s mentálním postižením, patří denní stacionáře, sociálně terapeutické dílny, sociálně aktivizační služby, centra denních služeb, podpora samostatného bydlení, osobní asistence a pečovatelské a odlehčovací služby.⁶¹

Denní ústavy neboli stacionáře pečují o děti, mládež i dospělé v případě, kdy je jejich rodina v zaměstnání. Nutno podotknout, že často tak suplují péči mateřských a základních škol, kam by ale děti s mentální retardací měly být zařazovány. Pro rozvoj osobnosti mentálně retardovaných je dobré, aby nebyli tito jedinci vyřazováni ze systému základního vzdělávání a naopak ho například společně s asistentem pedagoga navštěvovali, případně zvolili alternativu v podobě praktické základní školy. Praktickým školám se bude věnovat též analytická část práce. I v případě dospělých mentálně postižených jedinců ústavy pro ně zřízené často suplují roli chráněných

⁶⁰ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd. přepracované. Praha: Portál, 2003. s. 137. ISBN 80-7178-821-X.

⁶¹ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. s.81. ISBN 978-80-2620-041-3.

pracovišť, kam by měli docházet.⁶² V denních stacionářích se mentálně postižení mohou věnovat vzdělávacím aktivitám, různým druhům terapií, ale i volnočasovým aktivitám.

Týdenní zařízení jsou jakýmsi kompromisem mezi domácí a ústavní péčí. Pro rodiny představují velkou pomoc, neboť ta během týdne může žít normálním životem a věnovat se i nepostiženým dětem, o víkendu potom tvořit rodinu i s postiženým členem. Tato varianta je považována za jednu z nejlepších; postižený jedinec neztrácí kontakt se svou rodinou a domácím prostředím, zároveň ale může trávit i dostatek času se svými „sobě podobnými“ vrstevníky. Zároveň mu to přináší i možnost neustále se na něco těšit a radovat se tak ze života: v týdnu se těší domů, na konci víkendu pak za svými kamarády.⁶³

Ústavy sociální péče s celoročním pobytem jsou určeny především klientům s mentálním defektem těžšího stupně nebo pro ty občany, kteří mají vedle mentálního defektu ještě tělesnou či smyslovou vadu.⁶⁴ Pro rodinu je volna tohoto způsobu péče velmi složitá a části i bolestná, bohužel však mnohdy nemají jinou možnost. I když přibývají, tak alternativ je stále málo a pokud rodina potřebuje fungovat v běžném životě a starat se i o ostatní nepostižené členy, je umístění zejména těžce mentálně postižených do ústavu s celoroční péčí jedinou možností, neboť obvykle potřebují prakticky nepřetržitou péči.

4.2 Současné poslání ústavů sociální péče pro mentálně retardované

Existence ústavů je u nás spojena s vývojem naší společnosti. Je pravdou, že jen pomalu a obtížně nastává situace, kdy budeme moci říci, že je připravena na nové formy péče o osoby s mentální retardací. Tedy takové formy jako je osobní asistence, komunitní péče či integrované bydlení.

Ústavní péče je jednou ze základních forem sociálních služeb. Posláním ústavů je pomoc rodinám s výchovou a péčí o děti, mládež a dospělé s mentální retardací. V některých případech ústav supluje rodinu a rodinné prostředí.

⁶² ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd. přepracované. Praha: Portál, 2003. s. 137. ISBN 80-7178-821-X.

⁶³ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd. přepracované. Praha: Portál, 2003. s. 137. ISBN 80-7178-821-X.

⁶⁴ FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Speciální pedagogika : edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008, s.100. ISBN 978-80-7387-014-0.

S rozvojem sociální péče, dříve označované jako ústavní péče, se do povědomí dostává nový pojem označovaný jako humanizace. Humanizace se snaží o to, aby společnost brala jedince se zdravotním postižením jako rovnoprávné partnery a svou roli plnila zejména v tom, že jim bude pomáhat s překonáním jejich postižení. Humanizace společnosti znamená, že bude společnost vytvářet adekvátní podmínky pro život mentálně postižených a umožní jim rozhodovat o věcech, které se jich týkají a to v co nejvyšší možné míře a tím bude bránit jejich segregaci.⁶⁵ Další používaný trend v péči o jedince se zdravotním postižením je normalizace, která vyjadřuje skutečnost, že postižený jedinec má právo na normální život stejně jako ostatní lidé bez postižení.

4.3 Klasifikace ústavů sociální péče pro mentálně postižené

Ústavy sociální péče členíme z hlediska délky pobytu, druhu postižení, věku, pohlaví, kapacity a zřizovatele.

Dělení z hlediska délky pobytu:

- Ústavy sociální péče s denním pobytem,
- Ústavy sociální péče s týdenním obytem,
- Ústavy sociální péče s celoročním pobytem.

Ústavy sociální péče s denním pobytem zajišťují komplexní denní péči klientů, která zahrnuje výchovně – vzdělávací, rehabilitační, kulturní a zájmovou složku. Ústavy s týdenním pobytem zajišťují péči od pondělí do pátku. Výhodou tohoto typu je, že klient má neustálé kontakty s rodinou a rodinným prostředím. Ústavy péče s celoročním pobytem zajišťují komplexní péči po celý rok.

Podle Pipekové se na základě druhu postižení dělí na:

- Ústavy pro tělesně postiženou mládež,
- Ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením,
- Ústavy pro tělesně postiženou mládež s více vadami,
- Ústavy pro tělesně postiženou mládež,
- Ústavy pro tělesně postižené dospělé občany,
- Ústavy pro tělesně postižené dospělé s přidruženým mentálním postižením,

⁶⁵ FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Speciální pedagogika : edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008, s.100. ISBN 978-80-7387-014-0.

- Ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami,
- Ústavy pro smyslově postižené dospělé občany,
- Ústavy pro mentálně postižené dospělé občany,
- Domovy důchodců,
- Domovy – penziony pro důchodce.⁶⁶

Ústavy pro mentálně postižené občany jsou určeny pro děti a mládež od 3 do 26 let, výjimečně déle. Ústavy pro dospělé mentálně postižené občany jsou určeny pro občany ve věku od 26 let postižené mentálním postižením těžšího stupně a také pro občany postižené vedle mentálního postižení též tělesnou nebo smyslovou vadou.

4.4 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení spadá do kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí ČR rezortu sociálních péče. Chráněné bydlení je sociální služba, která pomáhá zdravotně postiženým občanům řešit vzniklou nepříznivou sociální situaci. Chráněné bydlení je zařazeno do zařízení sociálních služeb s pobytovou službou. Tyto služby umožňují uživatelům vést relativně samostatný život v prostředí vlastní domácnosti.⁶⁷ Chráněné bydlení pro osoby se zdravotním postižením se řídí podle zákona o sociálních službách. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů, podle § 51. Švarcová uvádí: „*Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a poskytování příspěvku na péči osobám se zdravotním postižením (tělesným, mentálním, duševním, smyslovým nebo kombinovaným), jehož dopady činí nebo nemohou činit osobu s postižením závislou na pomoci jiné osoby.*“⁶⁸

V České republice je však chráněné bydlení pro mentálně postižené jedince stále ještě v počátcích. První projekty začaly vznikat hned po roce 1989, kdy se začal klást důraz nejen na péči zdravotní, ale také na péči sociální.

⁶⁶ PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s.r.o, 2006, s.133. ISBN 80-86633-40-3.

⁶⁷ PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s.r.o, 2006, s.133. ISBN 80-86633-40-3.

⁶⁸ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 4. vyd. přepracované Praha: Portál, 2011. s. 168. ISBN 978-80-7367-889-0.

Dle Pipekové je chráněné bydlení komplexní služba, která poskytuje jedincům podporu do té míry, aby mohli vést běžný způsob života.⁶⁹ Služby chráněného bydlení mohou využívat jedinci s psychickým, tělesným nebo mentálním postižením a autismem. Jsou to jedinci, kteří jsou v důsledku své nemoci postižení, nebo nějakým způsobem znevýhodnění. Přijímání nových klientů do služeb chráněného bydlení má flexibilní a zavedený proces přijímání.⁷⁰

V České republice je chráněné bydlení nová služba a modernější forma celoroční péče. Nemá tedy v našich podmínkách doposud žádnou tradici. „...*pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby*“⁷¹

Jednou ze základních charakteristik chráněného bydlení je počet uživatelů, kteří budou chráněné bydlení využívat. Velké skupiny v takto poskytované službě nejsou obvyklé, ideálním počtem uživatelů je pět. Je to zejména proto, že se jednotliví uživatelé mohou lépe poznat, ale také je lépe simulováno rodinné prostředí. Uživatel chráněného bydlení má za úkol starat se o chod domácnosti a to v takovém rozsahu, které mu umožňuje stupeň jeho postižení. V chráněném bydlení jsou také přítomní asistenti, kteří se dostávají ke slovu ve chvíli, kdy má jedinec udělat nějaký úkol, který sám nezvládne. O chodu chráněného bydlení jsou vedeny přesné záznamy. Chráněné bydlení by se mělo vyznačovat společnou domácností, kde zdravotně postiženým osobám pomáhají asistenti se sebeobsluhou, úklidem, vařením, hygienou a se vším, co tyto osoby nemohou samy zvládat. Důležitým aspektem je to, že asistenti v chráněném bydlení nezastávají funkci vychovatele, spíše mají funkci jakéhosi pomocníka a důvěrníka.

Chráněné bydlení může mít formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení v bytech. Možné je také bydlení v domcích, které ale musí být uzpůsobeny svým uživatelům.

⁶⁹ PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s.r.o., 2006, s.133. ISBN 80-86633-40-3.

⁷⁰ Tamtéž, s. 133.

⁷¹ *Zákon o sociálních službách, předpis č. 505/2006 sb. cit. 2014-11-3. Dostupné z <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-17-kvetna-2010-kterou-se-meni-vyhlaska-c-5052006-sb-kterou-se-provadeji-nektera-ustanoveni-zakona-o-socialnich-sluzbach-ve-znemi-pozdejsich-predpisu-17794.html>.*

5 KVALITA ŽIVOTA JEDINCŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V této kapitole se budeme věnovat pojmu kvalita života. Podle Vaňurové je pojmem kvalita života v České republice spojován především s Psychiatrickým centrem v Praze a s E. Dragomireckou, dále pak s I. Lékařskou fakultou UK v Praze a jejím centrem lékařské etiky. Touto problematikou se také zhruba od 80. let 20. století, zabývá J. Křivohlavý a další odborníci.⁷² V celosvětovém měřítku se pak touto problematikou zabývají desítky organizací a institutů.

5.1 Rozsah a pojetí kvality života mentálně postižených

V zásadě existují tři přístupy ke zkoumání kvality života. Jde o pojetí ze sociologického, psychologického a medicínského hlediska.

Sociologické pojetí kvality života

Kvalita života je „odborný pojem, vyjadřující a operacionalizující kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení.“⁷³ Je zde posuzována podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možností podílet se na řízení společností, dále pak podle osobního i kolektivního bezpečí, sociálních jistot a občanských svobod.

Psychologické pojetí kvality života

Z psychologického hlediska jde o snahu zachytit prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým.

Podle Payna⁷⁴ jde o:

- *spokojenost se životem* – zjišťování životní spokojenosti, kdy se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaká je struktur faktorů, které ke spokojenosti přispívají, a také jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí.
- nebo pak jde o *prožívanou subjektivní pohodu* – kdy je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života jako takového.

⁷² VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života : Teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU 2005, s. 9. ISBN 80-210-3754-7.

⁷³ Tamtéž, s. 14.

⁷⁴ PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON 2005, s. 209. ISBN 80-7254-657-0.

Medicínské pojetí kvality života

Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice opírající se o pojetí zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO), kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. „Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu.“⁷⁵ Vypovídá tedy o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince.

5.2 Potřeby a hodnoty

Ke zmírnění nevyrovnanosti mezi mentálně postiženým jedincem a jedincem zdravým je potřeba vždy většího úsilí tam, kde je i postižení větší. Nicméně zmírňovat tyto rozdíly znamená vytvářet pro mentálně postižené takové podmínky, které přispívají ke zvýšení kvality jejich života. Výše zmíněný medicínský model popisuje zdravotní postižení jako „...*problém primárně zapříčiněný nemocí nebo jinou situací a lékařskou péčí považuje za požadavek pro uzdravení a řešení problému.*“⁷⁶ Jenomže ne všechny druhy postižení se dají léčit a vyléčit. Někdy lze jen soustavnou a odbornou péčí lidem s postižením mírnit následky jejich postižení a usnadňovat a zkvalitňovat jejich každodenní život.

Světová zdravotnická organizace (WHO) „popisuje omezení, spojované s postižením jako z velké většiny sociální problém. Toto pojetí nesdílí zcela předpoklad, že všechna postižení jsou založena na funkčním defektu nebo že tato omezení představují primární problém, se kterým se musejí osoby s postižením vyrovnávat.“⁷⁷ Obtíže osob s postižením často pramení z nedostatku vědomostí, sociálních stereotypů a postojů jejich okolí. Z těch pak vyplývá i častá diskriminace nebo úplná lhostejnost k osobám s postižením.

Kvalita života a péče o mentálně postižené jedince je v současné době jednou z aktuálních otázek v mnoha oblastech, včetně sociální politiky státu, nebo speciální pedagogiky. Současný stav společnosti umožňuje poskytnout těmto jedincům celou řadu

⁷⁵ PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON 2005, s. 208 ISBN 80-7254-657-0.

⁷⁶ VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života : Teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU 2005, s. 86. ISBN 80-210-3754-7.

⁷⁷ Tamtéž, s. 86.

forem péče v duchu inkusivních a integračních tendencí, vyplývajících ze současného legislativního rázu. Otevřeným problémem však nadále zůstává otázka kvality života a posléze i kvalita péče o jedince s mentální retardací na prahu dospělosti a v dospělosti. Jde o to, že problematika mentálně retardovaných přetrvává po celý jejich život a přináší s sebou mnoho negativních stránek ve vztahu ke kvalitě života těchto lidí. Není ještě daleko doba, kdy děti s mentálním postižením byly oficiálně rozdělovány na „vzdělatelné“ a „nevzdělatelné“.

Oblasti kvality života jedinců s mentálním postižením stále ještě není v našich končinách Aadekvátní pozornost. Stávající pozornost a okruh péče je úzce zaměřen především na populaci nižší věkové kategorie, ale dospělí jedinci jsou opomíjeni.

5.3 Přístupy ke kvalitě života

Do psychologie se zavádí pojem QOL (*quality of life*) koncem 30. let minulého století. Postupně je tématika QOL sledována z různých hledisek, teoretických, odborných i časových. E. Dragomirecká a E. Škoda uvádějí, že definiční vymezení kvality života lze pomocí jiného používaného pojmu stanoveno výčtem charakterizováno znakem, který je pro ni považován za podstatný, nebo objasňuje vzájemnou souvislost daných znaků.⁷⁸

Definici QOL může provést pomocí jiného pojmu.

1) Z definice zdraví dle WHO vychází i Nagpal, který definuje kvalitu života jako komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí a spokojenosti.⁷⁹

2) Definice vyjadřující vztah mezi charakteristikami QOL. Kirby z tohoto pohledu vymezuje QOL jako stupeň v němž prožívání života uspokojuje individuální, psychologická a fyzická přání a potřeby. Dále uvádí, že kvalita života může být nahlížena jako objektivní měření sociálních ukazatelů (v termínech možností, bariér a zdrojů okolí). Dále také jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem a v neposlední řadě jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.

⁷⁸ DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠKODA, C. *Kvalita života : Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. Čes.-slov. Psychiatr, 1997, s. 103.

⁷⁹ Tamtéž, s. 104.

K prvnímu bodu dodává, že ukazatele jako bezpečnost, vzdělání, stabilita atd. se více hodí pro účely měření kolektivní kvality života než pro jednotlivce. Celkovou spokojenost považuje za výsledek osobních hodnot a životního stylu, jehož prostřednictvím se je jedinec snaží naplnit. Pokud jde o třetí bod, existují rozmanité výčty oblastí života. Kirby do kvality života nezahrnuje životní úroveň samu o sobě, ale spokojenost se životní úrovní.

3) Definici QOL lze učinit rovněž pomocí výčtu. Bluden vymezuje QOL v rámci čtyř oblastí spokojenosti: fyzická pohoda, materiální pohoda, kognitivní pohoda (pocit spokojenosti) a sociální pohoda.

4) Definice zaměřená na typický znak QOL. Podle K. Skatze definuje QOL jako subjektivní hodnocení vlastní životní situace.

5.4 Oblasti (dimenze) kvality života

Podle Křivohlavého jsme zcela běžně zvyklí mluvit o kvantitě života, tedy o jeho délce. Tu lze vyjádřit velmi jednoduše, pomocí čísel. Co je to vlastně ale kvalita života a co pod pojmem kvalita života rozumíme? „Slovo kvalita je odvozené od latinského základu „qualitas“ – kvalita či „qualis“ – jaký. Přičemž latinské slovo „qualis“ je odvozeno ještě od hlubšího kořene „dui“ – kdo... “kdo to je?” – jakého je charakteru atp. je? Český kořen tohoto tázacího zájmena kdo nás dovede až ke slovům kěž či kýženy, tj. žádoucí, cílová stav.“⁸⁰

I sémantická neboli významová rovina může poskytnout výklad tohoto pojmu. Kvalitou se totiž obecně míní nějaká jakost, hodnota – buďto špatná, nebo naopak dobrá. „Je to určitý charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku.“⁸¹

Z výše uvedeného je tedy jasné, že pakliže kvantita života je poměrně snadno měřitelná, o kvalitě života už tento výrok tak jistě neplatí. Do určité míry je to způsobeno i tím, že kvalita života je něco, o čem mají různí lidé různé představy. Otázkou kvality života se lidé zabývali od nepanšti. Během 20. století se zvýšila hladina zájmu o otázky kvality života. Pozornost byla věnována i problematice chronicky

⁸⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002, s. 162. ISBN 80-247-0179-0.

⁸¹ Tamtéž, s. 162.

nemocných pacientů a starých lidí. Vedle klasicky medicínských postupů při léčbě těchto pacientů tak začaly do hry vstupovat otázky psychologické, a sociálně – psychologické v otázce péče o tyto lidi. Medicínská kritéria stavu chronicky nemocných pacientů bylo třeba doplnit o další kritéria, a čerpat přitom z širšího pojetí lidské existence.⁸²

Kvalita života je tedy spojena s jakýmsi absolutním smyslem života, kdy je život chápán jako absolutní morální hodnota a v tomto kontextu musí kvalita života tento závěr ve své definici respektovat. V problematice kvality života rozlišujeme několik rovin:

- **Mezo-rovina** – jde o otázku kvality života v malých sociálních skupinách – například ve škole, v nemocnici, v domově důchodců nebo pečovatelském domě. Zde se jedná zejména o otázky sociálního klimatu, o otázky vztahů mezi lidmi a o otázky uspokojování a neuspokojování (satiace a frustrace) základních potřeb každého člena dané společenské skupiny.
- **Personální rovina** – je rovina kvality života, kterou lze definovat nejjednoznačněji. V ní se jedná o život jednotlivce, individua. Jde o subjektivní hodnocení zdravotního stavu, spokojenosti, bolesti, naděje. Je to dimenze, ve které každý sám hodnotí kvalitu svého života. Ve hře jsou tedy především osobní hodnoty jednotlivce – jeho představy, očekávání, přesvědčení.
- **Tělesná existence – fyzická rovina** – v této rovině kvality života jde o pozorovatelné chování druhých lidí, které je možné objektivně měřit a porovnávat, například jak kdo chodí. Ačkoliv jsou tyto údaje objektivně měřitelné, postrádají širší záběr pojetí kvality života, a proto odborníci nedoporučují používat údaje z této roviny při definování kvality života.⁸³

⁸² KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002, s. 163. ISBN 80-247-0179-0.

⁸³ Tamtéž, s. 164.

6 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V MARIÁNSKÉ

6.1 Charakteristika Domova v Mariánské

Cílem Domova v Mariánské je vytvoření plnohodnotného domova pro lidi s mentálním postižením, sociálním znevýhodněným natolik, že nemůžou využívat jiných už poskytovaných služeb. Domov je určen především pro osoby s mentálním postižením, s případnými kombinacemi tělesných, zrakových, sluchových a jiných chronických onemocnění ve věku od 7 let do konce života.

Práce zaměstnanců směřuje k začlenění klientů do běžného života a k ochraně jejich práv v rizikových situacích, se kterými se mohou v běžném životě potkávat. Snahou je předcházet sociálnímu vyloučení klientů ze společnosti. Zařízení nabízí klientům takovou podporu, která by jim otevřela cestu k využívání celé škály alternativních sociálních služeb.

V běžném životě je poskytována klientům komplexní péče, která je všestranně podporuje a má rysy rodinné péče. Klient si může spoluvytvářet prostředí, které je blízké běžnému způsobu života. Může rozvíjet své schopnosti a dovednosti, získávat vzdělání, dále rozvíjet a samostatně rozhodovat v osobních záležitostech. Domov nabízí klientům uplatnění v pracovních programech a také bohatou nabídku zájmových, kulturních, sportovních a rekreačních aktivit.

Všechny tyto činnosti směřují k přípravě klientů na možnost života s asistenční službou mimo Domov. K podpoře individuálního přístupu má každý klient svého klíčového pracovníka, který mu pomáhá žít podle jeho přání a tužeb.

Hlavní prioritou Domova pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské je umožnit lidem s mentálním nebo kombinovaným postižením žít v přirozeném prostředí, které se co nejvíce podobá životu v rodině, podle jejich přání a potřeb a v rámci jejich tělesných a duševních schopností. Probíhá zde deinstitutionalizace a transformace podle Transformačního plánu schváleného MPSV v 1. polovině roku 2013. Vizí je plná transformace Domova, opuštění současné nevyhovující lokality v Mariánské, a to do roku 2017, kde zásadním nedostatkem této lokality je, že uživatelé Domova nemají možnost kontaktu s jejich vrstevníky a nemají možnost běžné veřejné služby. Zařízení se nachází v malé horské osadě v Krušných horách.

6.2 Historie péče, výchovy a vzdělávání v Domově v Mariánské

V roce 1958 se většina horníků Jáchymovských dolů přestěhovala z osady Mariánská do Ostrova a jednotlivé domky sloužící jako zázemí dolů a ubytovny se postupně předávaly pro rekreační účely. Z bývalých kasáren Sboru národní bezpečnosti byl v roce 1962 zřízen Domov pro oligofrenní dívčí dorost a ženy.

V objektech převzatých od ministerstva vnitra byla převedena rychlá adaptace pro sociální účely a v průběhu roku se postupně nastěhovalo 160 svěřenek, o které se staralo 45 zaměstnanců, z toho 30 ošetřovatelek z řádu Školských sester. Civilní pracovnice se přizpůsobily vysokému standardu sester, pro něž byla práce životním posláním. Zastaly stejný rozsah i kvalitu práce a společně utvářely a udržovaly domov pro výchovu postižených osob.

Počet a složení pracovníků se postupně měnil a v roce 1982 školské sestry svoji činnost ukončily a vrátily se do svých mateřinců. Přestože objekty byly mimořádným úsilím a z velké části svépomocí udržovány, nebylo možné nadále udržovat jejich životnost a tak se v roce 1982 začalo v těsné blízkosti s výstavbou nového zařízení pavilónového typu. Kolaudace nových budov a jejich zařízení, demolice starých objektů, stěhování do nových objektů se protáhlo až do roku 1993, kdy byla dokončena první etapa celé stavby. Tím byl dán k dispozici ucelený komplex, který je zařízen k poskytování široké škály služeb na odpovídající úrovni služeb.

Od roku 1992 byla v Domově zavedena pomocná škola pro mentálně postižené. V roce 1994 proběhla kolaudace dalších nových prostor a kapacita se zvýšila ze 190 na 230 klientů. Od 1. 7. 2023 je zařízení příspěvkovou organizací a jejím zřizovatelem je karlovarský kraj.

6.3 Současná situace v Mariánské

Probíhá zde intenzivní příprava na přechod do mimoústavních služeb- např. chráněné bydlení, kde by mohli klienti žít s podporou návazných služeb. Následně by ve spolupráci se současnými sociálními pracovníky byl klientům umožněn přesun do chráněného bydlení v regionu Karlovy Vary nebo také po vzájemné dohodě v kraji jiném. Několikrát do týdne do zařízení dojíždí asistent, který poskytuje klientům podporu.

V Domově je detašované pracoviště základní školy speciální Karlovy Vary. V souladu s novými poznatky a trendy ve vzdělávání a výchově je i klientům s nejlubším stupněm postižení umožněno právo se individuálně vzdělávat v rámci rehabilitačního programu speciální školy. Jsou zde dvě třídy, z nichž právě jedna funguje jako třída s rehabilitačním programem, kde výuka probíhá individuálně, a to pro nejtěžší stupeň. V současné době školu navštěvuje deset žáků. Od října 2007 probíhá v Domově program celoživotního vzdělávání klientů. Programem se rozumí rozvíjení a upevňování znalostí základů Trivia. Návěst, trénink a upevňování základních sociálních dovedností a návyků. Hlavním cílem je rozvoj psychických a fyzických schopností klientů.

Klienti si mohou vybrat ze široké nabídky aktivit- od sportovních, kulturních, výletů, dovolených až po zájmovou činnost. Mohou vyrábět, vyšívát, zpívat, vyrábět z pediku, hlíny, učit se na počítači, hrát divadlo, pracovat v dílně, prádelně v kuchyni, v kavárně“ Sluníčko“.

V prostorách Domova je otevřená kavárna s čajovnou, jako místo setkání, aktivit, posezení a popovídání nad šálkem čaje či dobré kávy. Z krajské knihovny v Karlových Varech dostávají klienti zdarma odepsané knihy, ze kterých se buduje vlastní knihovna právě v prostorách kavárny s čajovnou. Cílem a hlavní myšlenkou projektu je nabídka místa setkání s přáteli a blízkými v odpoledních a večerních hodinách, možnost individuálních pohovorů či využití nabídky programu, větší komunikace mezi klienty a pracovníky zařízení, snaha zapojit vybrané klienty na chod a obsluhu kavárny, možnost změnit prostředí a zaběhlé rituály, spokojenost klientů.

6.4 Terapie jako alternativa výuky

V zařízení fungují dvě pracovní terapeutické skupiny, se kterými pracují dvě pracovnice. V rámci terapeutických skupinek je nutno pracovat s klienty individuálně a to v závislosti na jejich zdravotním a psychickém stavu a aktuálním stavu. Pracovní terapie se zaměřuje na zdokonalování pracovních technik. Klienti zde pracují s různým materiálem- hlínou, papírem, kovem, textilem, kameny a jinými druhy přírodních materiálů. Využívají tkalcovského stavu na tkaní základu pro gobelíny. Vyšívají obrázky, dečky. Výrobky slouží k prezentaci při akcích Domova i mimo něj.

Alternativní a augmentativní komunikaci se v Domově věnují od roku 2006 dvě pracovnice, které se průběžně školí a pak své poznatky předávají ostatním pracovnícím.

Dohlíží na obsluhu počítačového programu v AC KEYBORD s hlasovým výstupem, který má alternativní dotykový spínač pro ovládání pohybem. Z netechnických pomůcek jsou to např. komunikační tabulky složené ze symbolů, program BOARDMAKER, Méd'a čte, Méd'a počítá, Méd'a a obrázky a také se používají i starší černobílé piktogramy s tematickými okruhy pro nejmladší klientky zařízení.

V Domově je muzikoterapeutická místnost, kterou využívají mobilní a imobilní klienti. Muzikoterapie se provádí ve skupině od 8 klientů. Je to silná, pozitivní terapie. Emoční reakce jsou často díky zvuku a hudbě dramaticky zesíleny a lze pozorovat intenzivní prožitky spojené s abreakcí a katarzí. Zvuk a hudba je ideálním prostředkem abrace, k uvolňování psychické tenze a zátěžových stavů. Zvuk a hudba je výborným prostředkem neverbální komunikace.

V Domově se ctí právo každého člověka na práci. Klientům je poskytnuta realizace tohoto práva formou možností uzavřít s Domovem pracovní smlouvu nebo dohodu o práci. Na úseku prádelny, kuchyně a úklidu pracuje v současné době 13 klientů, z toho 9 klientů na pracovní smlouvu a na dohodu 4 klienti. Někteří klienti vzhledem ke svému postižení a zdravotnímu omezení nebyli uznáni práce schopnými, ale pracovat chtějí, chvíli u práce vydrží a baví je to. Z těchto důvodů je zaveden status tzv. motivační odměny. Znamená to prakticky, že každý týden dostanou dohodnutou finanční odměnu.

Nabízené aktivity zpestřují všední život a vedou klienty k poznání, že sedět nečinně v koutě je horší, než se bavit, něco hezkého vyrábět nebo se něčemu zajímavému přiučit.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

7.1 Cíl práce, výzkumné otázky a průzkumové předpoklady

Cílem průzkumu diplomové práce bylo zjistit, jaká je kvalita života jedinců s mentálním postižením, kteří žijí v Domově v Mariánské. Tito klienti mají rozsah postižení od lehkého až po těžké mentální postižení.

V návaznosti na hlavní cíl byly stanoveny také dílčí cíle. Byly zjišťovány metody, formy a způsoby, které jsou při tom uplatňovány.

Průzkumné otázky:

VO1: Jaké metody a formy vzdělávání jsou nejčastěji používány v oblasti výchovy a vzdělávání v Domově v Mariánské?

VO2: Jakými způsoby, metodami a formami je zvyšována kvalita života jedinců v Mariánské?

VO3: Jaké postoje převažují u vychovatelů a učitelů v Domově v Mariánské ve smyslu zkvalitňování života mentálně postiženým jedincům?

VO4: Pociťují vychovatelé a učitelé dostatečné naplnění ze své práce s jedinci s mentálním postižením?

Průzkumné předpoklady:

Průzkumný předpoklad č. 1: Metody a formy, které jsou používány v oblasti výchovy a vzdělávání, jsou dostatečné pro zkvalitňování způsobu života mentálně postižených jedinců.

Průzkumný předpoklad č. 2: Práce zaměstnanců Domova je pro ně smysluplná.

Průzkumný předpoklad č. 3: Pracovní uplatnění a možnosti volnočasových aktivit jsou pro klienty Domova v Mariánské dostatečné.

Průzkumný předpoklad č. 4 : Klienti jsou v prostředí Domova motivováni k rozvoji soběstačnosti v péči o vlastní osobu.

7.2 Metodologie

V diplomové práci byl pro sběr dat zvolen smíšený výzkum. Cílem je získat komplexní představu založenou na specifickém vztahu a hlubokých datech. Autor, který provádí průzkum, má záměr pomocí různých metod a postupů reprezentovat, jak lidé chápou, prožívají a vytváří si sociální realitu.

Pro průzkum byly autorkou zvoleny dvě techniky. První z nich byla metoda pozorování podložená studiem interních materiálů Domova a analýzou dokumentů. Jednalo se tedy o materiály, které autorka sama nevytvořila, ale byly to již existující materiály. Gavora vymezuje zúčastněné pozorování jako pozorování, kdy se pozorovatel pohybuje přímo v prostředí, kde se respondenti nacházejí, už před začátkem pozorování zná, co a jak bude pozorovat.⁸⁴

Zúčastněné pozorování autorka prováděla dlouhodobě. Toto pozorování neprobíhalo pouze v Domově, ale také na veřejnosti, například při jejich výletech či vycházkách mimo Domov. Zaměřila se na zvládání některých stresových situací, jako je například cesta autobusem do města, nákupy, návštěva kina a divadla.

Toto zúčastněné pozorování autorka ověřila ještě dále dotazníkovou metodou na základě nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce, který byl předložen zaměstnancům Domova v Mariánské, kteří zde pracují v přímé péči. Jedná se o pracovníky výchovného úseku, zdravotního úseku a zaměstnance Základní školy speciální, která se též nachází v areálu ústavu a jejíž pracovníci jsou v denním styku s velkou částí klientů. V úvodu dotazníku byly po krátkém průvodním dopise, v němž byli respondenti seznámeni s účely dotazníku, použity krátké identifikační otázky: věk, vzdělání, délka praxe na pracovišti a pracovní zařazení. Dotazníkové otázky byly koncipované jako uzavřené, tedy s možností výběru z nabídnutých možností, bylo jich celkem 11. Otázky byly směřované vzhledem ke stanoveným hypotézám. Poslední, dvanáctá otázka, byla koncipována jako otevřená, kde se měli respondenti možnost vyjádřit k tomu, jak spatřují koncepci Domova v Mariánské, výhody/nevýhody ústavního bydlení, s čím jsou spokojeni a s čím naopak ne.

⁸⁴ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

7.3 Charakteristika průzkumného šetření

Pro průzkumné šetření v rámci diplomové práce byla zvolena organizace, která poskytuje sociální službu pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské, které je pobytovým zařízením sociálních služeb Karlovarského kraje, je poskytovat lidem s mentálním a kombinovaným postižením služby, které jim umožní žít plnohodnotný život a podpoří je v rozvoji nebo upevnění jejich dovedností a schopností. Hlavním účelem organizace je poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb. Poskytování pobytové služby v domově pro osoby se zdravotním postižením osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Jednalo se o záměrný výběr respondentů. Záměrný výběr je potřebný proto, aby vybrané osoby byly vhodné, aby měly potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí. Jen tak mohou podat informativně bohatý a pravdivý obraz. Ty výzkumník vyhledává a potřebuje je zkoumat.⁸⁵ V domově pro osoby se zdravotním postižením může být vykonávána ústavní výchova podle zákona č.89/2012 Sb., o rodině ve znění pozdějších právních předpisů, a zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších právních předpisů.

7.4 Stanovení průzkumných předpokladů

Průzkumný předpoklad č. 1: Metody a formy, které jsou používány v oblasti výchovy a vzdělávání, jsou dostatečné pro zkvalitňování způsobu života mentálně postižených jedinců.

Ověření v interních materiálech organizace

Hlavní prioritou Domova pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské je umožnit lidem s mentálním a kombinovaným postižením žít v přirozeném prostředí, které se co nejvíce podobá životu v rodině, respektuje jejich přání a potřeby v rámci jejich tělesných a duševních schopností. Dívky a ženy, které v Domově pobývají, pokrývají celé rozpětí mentální retardace, to znamená od lehké mentální retardace až po těžkou

⁸⁵ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

mentální retardaci. Součástí transformace Domova je deinstitucionalizace, v rámci které probíhá také plánované opuštění stávajícího areálu, a to do roku 2017.

V oblasti výchovy se zde uplatňuje ještě dále program tak zvaného tréninkového bydlení. Jde o snahu zintenzivnit přípravu klientů na přechod do mimoústavních služeb, například chráněného bydlení, kde by klienti mohli žít s podporou návazných služeb. V oblasti vzdělávání funguje v areálu Domova detašované pracoviště ZŠ speciální Karlovy Vary, v současné době jsou zde zřízeny dvě třídy. V rámci ZŠ speciální je jedno z těchto tříd zřízeno jako třída s rehabilitačním programem, kde je ke každému jednotlivci přístupováno individuálně, což znamená, že se zde mohou vyučovat žáci i s nejtěžším stupněm postižení. Domov tak respektuje nové poznatky a trendy ve vzdělávání a výchově a i klientům s nejhlubším stupněm hendikepu umožňuje právo se individuálně vzdělávat. Od roku 2007 probíhá v Domově program tzv. celoživotního vzdělávání klientů. Tím se rozumí rozvíjení a upevňování znalostí základů Trivia. Jedná se o nácvik, trénink a upevňování získaných sociálních dovedností a návyků. Hlavním cílem je rozvoj psychických a fyzických schopností klientů, aby se mohli v maximální možné míře zapojit do společenského života. Program celoživotního vzdělávání probíhá zejména ve večerních a podvečerních hodinách, v nové prostorné třídě, která je pro tyto účely speciálně vybavena didaktickými pomůckami, včetně nejmodernějšího počítačového vybavení a speciálních pedagogických softwarových programů. V tomto programu je v současné době zapojeno pod vedením jedné vychovatelky celkem 12 klientů Domova ve dvou třídách.

V oblasti vzdělávání je zde tak od roku 2006 funguje tak zvaná alternativní a augmentativní komunikace. Z netechnických pomůcek jsou to například komunikační tabulky, složené ze symbolů, barevné, dále program Boardmaker, Altík a jiné.

V Domově se i přes jeho kapacitu snaží vytvořit rodinné zázemí, které zkvalitňuje život klientů jak v oblasti výchovy, tak i vzdělávání. Individuální přístup ke každému klientovi navazuje přínosný psychosociální kontakt a zaručuje klientovi maximální možný rozvoj. Klientům je dále nabízeno ubytování na tak zvaném přípravném chráněném bydlení ve dvoulůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením s přítomností pomáhajícího personálu a také tréninkové bydlení v samostatné vilce. V současné době se v Domově nachází 167 klientů mentálně postižených a

imobilních. Imobilní klienti jsou chlapci, kterých je 19, z toho jsou tři děti ve věku 7 a 9 let. Kapacita Domova je 180 lůžek.

Průzkumný předpoklad č. 2: Práce zaměstnanců Domova je pro ně smysluplná.

Ověření v interních materiálech organizace

Domov je koncipován jako pobytové zařízení pro klienty s mentálním a kombinovaným postižením a imobilní klienty. Úzce spolu souvisí kvalita ústavní péče z hlediska vychovatelské, ošetrovatelské a týmové spolupráce a pocit naplnění z odváděné práce učiteli a vychovateli v Domově. Personál ve všech těchto úsecích se v maximální možné míře snaží zvyšovat kvalitu života zde žijících klientů a respektovat jejich přirozené potřeby tak, aby byl časem co největší počet z nich připraven na alternativní způsob péče, tedy na chráněné bydlení. Všichni zaměstnanci jednotlivých úseků také spolupracují s učiteli a vychovateli, což tento záměr dále podporuje. Vychovatele a učitele i z těchto důvodů jejich práce naplňuje a to zejména z toho důvodu, že v ní vidí nejen smysl, ale také určitý progres a snahu vedení Domova neustrnout na určitých zažitých konvencích, ale dále se rozvíjet v souladu s nejnovějšími trendy v oblasti sociální péče. Jsou zároveň také podporováni studenty všech humanitních oborů, kteří zde chtějí vykonávat praxi, neboť je zde spatřován oboustranný přínos, jak na straně klientů, tak praxi vykonávajících studentů.

Průzkumný předpoklad č. 3: Pracovní uplatnění a možnosti volnočasových aktivit jsou pro klienty Domova v Mariánské dostatečné.

Interní materiály organizace:

Domov nabízí svým klientům dostatečnou možnost pracovního uplatnění a zaměstnání. Klienti mohou být podle stavu svého postižení zaměstnáváni uvnitř Domova i mimo něj. Přiměřené pracovní možnosti jsou v dostatečné míře nabízeny i klientům, kteří mají diagnostiku těžkého mentálního postižení. V rámci pracovní terapie při počtu dvou pracovníků fungují dvě pracovní skupiny. Tyto pracovní terapie se zaměřují na zdokonalování pracovních technik. Klienti v rámci nich například pracují s různým materiálem – hlinou, papírem, kůží, kameny a jinými druhy přírodních materiálů. Také mají možnost využívat tkalcovského stavu na tkaní základu pro

gobelíny. Vyšívají též různé obrázky, dečky apod. Vzniklé výrobky jsou pak prezentovány v rámci Domova i mimo něj.

Klienti Domova mohou podle svých schopností daných stupněm postižení být zaměstnáváni v rámci Domova. Je u nich rozvíjena manuální zručnost, stejně jako práce s různými materiály. Každému klientovi je věnován individuální zájem při volbě pracovních aktivit. Vždy je přihlíženo ke schopnostem klienta, hloubce postižení, ale zároveň také jeho zájmům. Zároveň je důsledně dbáno na to, aby práce nepůsobila klientovi nadměrnou fyzickou, ani psychickou zátěž. Klienti v rámci Domova pracují na úseku prádelny, kuchyně, úklidu a venkovního areálu Domova. V současné době je to 13 klientů, z toho 9 má pracovní smlouvu a 4 pracují na dohodu o provedení činnosti. I zde se projevuje individuální přístup ke každému klientovi, neboť vedení Domova respektuje, že někteří klienti vzhledem ke stupni svého postižení, nebo zdravotnímu omezení nebyli uznáni schopnými práce na dohodu či smlouvu, což ale neznamená, že nechtějí pracovat. Pro ty, kteří pracovat chtějí, byl zaveden tak zvaný status motivačních odměn. Na ně v současné době v Domově pracuje 21 klientů. Motivační odměny v praxi znamenají, že i za drobnou, ale poctivě odvedenou práci, dostanou klienti dohodnutou finanční částku. Pokud se jim do práce nechce či nemohou, dostanou poměrnou částku. Tímto krokem tak lze motivovat a odměnit vůli a píli i u klientů s relativně těžším typem postižení či poruchou chování, kde dohoda ani smlouva nepřicházejí v úvahu.

Průzkumný předpoklad č. 4: Klienti jsou v prostředí Domova motivováni k rozvoji soběstačnosti v péči o vlastní osobu.

Interní materiály organizace:

Domov zajišťuje systematický rozvoj osobnosti klientů, ale také jejich možného potenciálu v oblasti výchovné, pracovní či vzdělávací. Také se snaží všechny nabitě dovednosti udržovat na příslušné úrovni, nebo je dle možností klientů rozvíjet. Domov se také snaží vycházet u nejnovějších poznatků v oblasti sociální a odborné péče a nabízet příslušné vzdělávací aktivity a terapie. Snaží se také podporovat psychomotorický vývoj klientů a jejich socializaci. Každý klient na svého klíčového pracovníka – vychovatele. Na jednoho takového pracovníka připadají maximálně tři klienti, což zajišťuje empatický a citový přístup a navázání adekvátního

psychosociálního kontaktu. Klientům je v Domově poskytována také poradenská činnost a to v oblasti sociální a právní problematiky, finanční poradenství a životní situace. Mimo prostředí Domova jsou jim nabízeny služby nákupu – konzultovaného, nebo asistovaného, doprava – asistovaná, nebo konzultovaná, a také úzká spolupráce rodinami klientů. Toto všechno přispívá ke zvyšování samostatnosti klientů a ke zvyšování schopnosti péče o vlastní osobu.

Každý klient je veden k co největší možné míře samostatnosti tak, jak mu to umožňuje druh a stupeň jeho postižení. Každý klíčový pracovník na základě sběru informací a vytvořeného obrazu klienta zpracovává jeho individuální plán. Je to plán práce s klientem, který obsahuje i metody práce tak, aby se klient, pokud možno trvale rozvíjel a zdokonaloval. Plány se pravidelně aktualizují a na jejich základě se upravují cíle i metody jejich dosažení. V nich klíčový pracovník především stanovuje i cíle ve zvyšování míry klientovi soběstačnosti v sebeobsluze.

7.5 Kazuistika

Kazuistika nebo případová studie je popis a výklad konkrétních případů. Používá se především v medicíně, klinické psychologii, psychiatrii a v sociálních službách.

Případová studie patří mezi metody často používané, zabývá se popisem jednotlivých případů, slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy. Díky případovým studiím lze postihnout souvislosti, které nejsou na první pohled zjevné, a máme tak možnost pochopit celý případ do hloubky. Kazuistiky byly sestaveny na základě interních zdrojů a zjištěných poznatků pracovníků zařízení. Na příkladu kazuistik je patrné, jak je životní situace některých dívek značně komplikovaná, jak je problémový jejich život před vstupem do Domova. Díky pobytu v Domově v Mariánské se kvalita života těchto dívek velmi zlepšila, poznaly, co to je mít rodinu, přátele a mít se na koho obrátit, když mají problémy.

V Domově se i přes jeho kapacitu snaží vytvořit rodinné zázemí, které zkvalitňuje život klientů jak v oblasti výchovy, tak i vzdělávání. Snaha vytvořit rodinné prostředí je pro klienty motivací pro další vzdělávání a zároveň podle svých možností také motivace pro nácvik samostatnosti v osobním životě a také k přechodu na jiný způsob péče, než je ta ústavní. Individuální přístup ke každému klientovi navazuje přínosný psychosociální kontakt a zaručuje klientovi maximální možný rozvoj. To je

vidět zejména v oblasti vzdělávání, neboť se zde pracuje i se skutečně těžce hendikepovanými jedinci a to individuální formou v rehabilitačních třídách. Také zde byl zaveden systém práce klíčových pracovníků. Klíčový pracovník má na starosti v průměru tři klienty a na základě sběru informací a vytvořeného obrazu klienta zpracovává jeho individuální plán a kazuistiku.

Kazuistika č. 1

Pohlaví: žena

Věk: 40 let

Jméno: Olina

Jedná se o klientku, která má diagnostikované středně těžké mentální postižení, po fyzické stránce je na tom velmi dobře a nemá žádné pohybové omezení.

Rodinná anamnéza:

Oba rodiče mají středoškolské vzdělání a jsou již v důchodovém věku. V rodině otce ani v rodině matky neměl nikdo žádné postižení či jiné problémy. Oba rodiče jsou v dobrém zdravotním stavu a mohou svou dceru kdykoliv navštěvovat a brát ji domů či na výlety. Olina má o tři roky starší sestru, která je absolventkou vysoké školy. Její zdravotní stav je bez problémů, je vdaná, má dvě dospívající zdravé děti. S Olinou má velmi hezký vztah.

Osobní anamnéza:

Těhotenství a porod proběhl běžným způsobem a bez problémů. Příčina postižení je zánět mozkových blan v prvním roce života. Na psychiatrii lékaři diagnostikovali, že pacientka trpí duševní zaostalostí- středně těžkou mentální retardací, encefalopatií s neklidem a projevy agresivity. Je v plném invalidním důchodu a je zbavena svéprávnosti. Se svým postižením je zcela odkázaná na pomoc jiné osoby. Pokud má nějaké zdravotní problémy, tak je to poznat na jejím chování. Klientka není schopna říct, jestli jí něco bolí. Je buď velmi klidná a nenápadná, nebo naopak velmi rozrušená a zmateně chodí sem a tam.

Školní vývoj:

V předškolním věku navštěvovala běžnou mateřskou školu. Po krátkém čase musela zařízení opustit a zůstala doma, protože nedodržovala osobní hygienu. Ve dvanácti letech začala chodit do denního stacionáře. Zde se hodně naučila v oblasti soběstačnosti a zručnosti. Paní učitelka se jí hodně věnovala a klientka se zde velmi dobře vyvíjela po

všech stánkách. Bohužel pan ředitel stacionáře rodičům vytýkal, že do tohoto zařízení dívka nepatří. Po dvou letech přišla nabídka k umístění klientky do celoročního Ústavu sociální péče. Výrazně se jí zlepšila komunikace.

Současný stav:

Komunikace: mluví rok od roku více, komentuje okolní dění, hlasitě vykřikuje, ale její řečový projev není smysluplný. Řeč je na úrovni asi pětiletého dítěte s omezenou slovní zásobou. Ve slovech některé souhlásky komolí a zaměňuje. V hygieně a oblékání není samostatná, nutná pomoc asistentů. Umí se najíst sama, dokáže použít příbor a sama si nalije pití. Při mazání chleba potřebuje pomoc, Nezná míru, kdy už je najezená, proto ji asistentka dává pouze určitou dávku jídla.

Záliby a volnočasové aktivity:

Velmi ráda si prohlíží obrázkové knížky a pohledy. Vše si chrání a bere s sebou do postele. Dále ráda pozoruje zvířata. Má ráda procházky v přírodě i ve městě. Díky své rodině, která ji navštěvuje každý týden, se dostane hodně často právě na výlety do okolí a jedenkrát za rok si ji sestra bere na zahraniční dovolenou. Má velké štěstí, že má milující rodinu. Díky své rodině může prožít kvalitnější život v Domově i mimo něj.

Kazuistika č. 2

Pohlaví: žena

Věk: 30 let

Jméno: Kamila

Kamila je třicetiletá dívka drobnější postavy. I když se usmívá, čiší z ní nejistota, úzkost a napětí. Je spíše samotářská, kontakt sama nevyhledává, citově připoutaná pouze ke své kamarádce ze zařízení. V Domově žije 7 let, od smrti své matky, která se o ní starala. Kamila je žena, která vyrůstala v sociálně slabém prostředí, diagnóza je lehká mentální retardace, citová deprivace a na jejím základě porucha osobnosti.

Rodinná anamnéza:

Kamila se narodila v devátém měsíci těhotenství, porod proběhl spontánně, bez obtíží, narodila se jako třetí dítě. Matka, žena bez vzdělání, žena v domácnosti, zemřela před sedmi lety. Opakovaně se léčila u psychiatra. Otec také bez vzdělání, léta závislý na alkoholu, odešel od rodiny a žije jako bezdomovec, s rodinou se nestýká. Bratr absolvoval základní školu, nyní je invalidní důchodce- amputace ruky (manipulace s výbušninou v mládí), v současné době ve výkonu trestu. Sestra trpí Downovým

syndromem a, pásnu středně těžké retardace a žije společně s Kamilou v Domově. Obě sestry před příchodem do zařízení musely tvrdě pracovat, starat se hospodářská zvířata, které matka chovala ve velkém množství. Obě žily v nevyhovujících hygienických podmínkách, spaly v jedné místnosti se zvířaty, nedostávaly řádnou stravu. Často byly matkou krutě trestány. Kamile bylo znemožněno navazování sociálních kontaktů a tím byl značně omezen její rozvoj socializace, výchova byla omezena na rozkazy a příkazy. Kamila si plně uvědomovala, v jakých podmínkách žijí a smrt matky byla pro ni a sestru vysvobozením.

Osobní anamnéza:

O porodu a raném vývoji je jen minimum informací. Do deseti let se pomočoval, prodělala běžné dětské nemoci, několik zlomenin, trpěla bolestmi zad a kloubů, objevily se žaludeční problémy. Nekouří, nepije, drogy nikdy neužívala. Vzhledem ke špatným hygienickým podmínkám v dětství proběhla u dívky rekonstrukce chrupu. Dle dostupných informací nenapadlo nikdy matku vyhledat pro sebe a obě dcery odbornou pomoc, zkvalitnit jejich život. Kamila přes celou dobu věřila, že jejich nelehký úděl jednoho dne skončí.

Školní vývoj:

Předškolní zařízení navštěvovala Kamila pouze několik dní. V šesti letech nastoupila na základní školu, ve které neprospívala. Ve druhé třídě byla přeřazena do tehdejší zvláštní školy, vyšla v šesté třídě. Po dobu školní docházky hodnocena jako tichá, neprůbojná a uzavřená dívka, do kolektivu se příliš nezačlenila. Školu navštěvovala pravidelně, absenci mívala omluvenou, úkoly v rámci možností vypracované, na hodiny však přicházela nepřipravená. Učivo zvládala s obtížemi, neprospívala, opakovala ročník. Hygienické podmínky rodiny byly velmi nízké, což se odráželo na i na vizáži dívky. Chodila neupravená, velmi špatně oblečená. Po ukončení školy dělala přijímací zkoušky na učiliště- obor zahradnictví, ale nebyla přijata. Zůstala tedy s matkou a sestrou doma, později byla v evidenci úřadu práce, pomáhala matce s postiženou sestrou. Než matka zemřela, pracovala chvíli v blízkém Domově pro seniory, kde vykonávala pomocné práce v kuchyni. Vzhledem ke zdravotnímu stavu musela práci ukončit.

Komunikace:

U dívky se objevují určité potíže ve společenské konverzaci, je spíše zdrženlivá, umí aktivně naslouchat, vyčkává, až ji osloví ostatní, odpovídá, jen když je tázána. Hovoří

ve větách, souvětí tvoří správně, ve víceslabičných slovech ji dělají problémy souhláskové shluky. Výslovnost je dobrá, při nejistotě lze hovořit o nevýrazné, setřelé artikulaci.

Rozumové schopnosti:

Má kusé poznatky o okolním světě, pozná a pojmenuje barvy, tvary, zvířata a jejich mláďata, dvojice správně přiřadí. Pozná a pojmenuje různé předměty, zvládá třídění podle obsahu. Orientuje se na svém těle, v prostoru, zvládá směrovou a pravolevou orientaci. Čtení zvládá výborně, plynule dokáže přečíst text a dokáže interpretovat s porozuměním. Zvládá opis, přepis, diktát jednoduchého textu- bez chyby, grafický projev je úhledný, dobře čitelný. Počítá do sta, sčítání a odčítání dvojciferných čísel ji nečiní potíže. Číselnou řadu doplní, umí porovnat více, méně. Hodnotu bankovek a mincí rozezná, při nákupech v obchodě si perfektně ověří správnost vrácených mincí.

Motorika:

Cvičení dle nápodoby zvládá dobře, ale tělovýchovnou činnost nepreferuje. Velmi hezky vyšívá, stříhá, modeluje. Pracuje v terapeutické dílně, nejraději s hlínou, kde dokáže vymodelovat i složité tvary. Ráda kreslí a maluje, nejraději barvami, pečlivě využívá celou plochu a celou škálu barev.

Sebeobsluha:

V oblasti hygieny a sebeobsluhy je plně samostatná, hygienické návyky upevněny. Stolování nedělá problémy, dokáže obsloužit sebe i ostatní.

Volnočasové aktivity a zájmy:

Kamila je manuálně zručná, ve volném čase vyšívá a věnuje se výrobě koberečků na tkalcovském stavu. Ráda čte, poslouchá folkovou hudbu, sleduje televizi. Naučila se zahrát na kytaru, ráda zpívá. S radostí se také věnuje nalezenému psovi, kterého má v Domově. Rituálem jsou pravidelné procházky se psem a také péče o koně v nedalekém ranči. V rámci rehabilitačního programu je zařazena do hippoterapie. Péče o zvířata Kamilu naplňuje, projevuje se její náklonnost ke zvířatům.

Kazuistika č. 3

Pohlaví: žena

Věk: 39let

Jméno: Helena

Helena je dívka, která je na první pohled velmi přitažlivá, výrazný obličej a milý úsměv celému obličejí dominují. V Domově žije už 25 let. Byla přijata s diagnózou lehká mentální retardace.

Rodinná anamnéza:

Helena pochází ze čtyř sourozenců, narodila se jako druhé dítě. Matka je zdravá, bez vzdělání, krátkou dobu pracovala jako dělnice, v současné době je nezaměstnaná, pobírá sociální dávky. Otec před pěti lety zemřel, pracoval jako zahradník. Oba rodiče byli závislí na alkoholu, denně navštěvovali místní restauraci.

Má dvě sestry. Bratr nešťastnou náhodou utonul v dětství. Starší sestra absolvovala zvláštní školu, krátce pracovala jako dělnice. Do nedávné doby žila se svým manželem a čtyřmi dětmi společně s rodiči. Nedávno se odstěhoval do vedlejší vesnice. Své neteře a synovce Helena velmi miluje, veškeré úspory schovává na dárky pro ně. Mladší sestra byla v dětství předána k adopci. Nemá o ní žádné zprávy a nechová k ní žádné citové vazby.

Heleniny rodiče neplnili své povinnosti, nezajišťovali svým dětem potřebnou výchovu, rodina žila v nuzných podmínkách ve zchátralém domě, kde nebyla ani voda ani plyn. Vzhledem závislosti obou rodičů na alkoholu, nezbyvaly finanční prostředky na koupi uhlí a základních potravin. Děti chodily po vesnici nemyté, hladové, prosily obyvatele vsi o jídlo.

Z důvodu závažného zanedbání péče o nezletilou dceru byla Heleně, v jejích čtrnácti letech, nařízena ústavní výchova. Avšak místo do dětského domova byla umístěna do ústavu pro mentálně postižené. I přes nepříznivou situaci v rodině, Helena se ráda vrací k matce, udržuje kontakty také se sestrou a její rodinou.

Osobní anamnéza:

Z prenatálního a postnatálního vývoje nejsou známy žádné významné informace, dle všeho porod proběhl spontánně a v termínu. Prožila běžné dětské nemoci. Opožděn je psychomotorický vývoj, při gestikulaci mává rukama, luská prsty a natáčí se v bocích.

Komunikace:

V řeči je patrný opožděný vývoj, řeč je v podstatě srozumitelná, často překotná a zbrklá. Objevují se dramatismy, špatné časování, skloňování slov. Slovní zásoba je přiměřená, komunikační dovednosti jsou charakteristické obsahovou chudostí. Během hovoru

skáče mluvícímu do řeči, užívá vulgární výrazy, pubertálně se směje, plácá ostatní do zad a objímá je. V hovoru nebo v situaci, která je pro ni významná občas zadržává.

Rozumové schopnosti:

Úroveň rozumových schopností spadá do úrovně lehké mentální retardace. Rozumové schopnosti dosahují průměru ve složce názorové a verbální. Čtení zvládá průměrně, čtené si ukazuje prstem, těžší text si slabikuje, přeskakuje slabiky. Dokáže ale přečíst tenkou knihu, časopisy, obsah zvládne převyprávět.

Opis, přepis a diktát zvládá bez obtíží, ale s gramatickými chybami. Sčítání a odčítání zvládá do sta, přes 100 pak s kalkulátorem. Dělení a násobení bezchybně pouze do dvaceti.

Zvláštní školu navštěvovala celkem 4 roky, vyšla ze 2. třídy. Ve škole velmi špatně prospívala, školní výsledky se zhoršovaly, na vyučování chodila nepřipravená, vykazovala velký počet neomluvených absencí. Ve zprávě ze školy je napsáno, že dívka je velmi zanedbaná, se špatnou hygienou, při vyučování často spala, odmítala chodit do školy, ze školy utíkala. Po přijetí do ústavu byla zbavena školní docházky a později byla zbavena způsobilosti k právním úkonům.

Volnočasové aktivity a zájmy:

Dívka sama vykonává pomocné práce jako je úklid, praní, žehlení, pečuje o společenskou místnost na oddělení. Ráda plete a vyšívá. Miluje sport, tanec, vycházky do města. Vyhledává a navazuje nové společenské kontakty. V budoucnu by si přála mít samostatné bydlení.

Partnerská a sexuální oblast:

Helena je heterosexuálně založená, nebrání se kontaktům s muži. Několik let měla přítele z jiného zařízení, se kterým se vídala několikrát do měsíce., psali si a telefonovali si. Zhruba po šesti letech vztah ukončila, důvodem bylo zejména to, že se přítel odstěhoval na chráněné bydlení do jiného okresu.

V současné době má dívka opět známost, jedná se spíše o kamarádský vztah. Zda přeroste ve vztah partnerský, to ukáže budoucnost.

Kazuistika č. 4

Pohlaví: žena

Věk: 27 let

Jméno: Marie

Marie trpí kvadruparetickou formou dětské obrny. Pohybuje se s pomocí vozíku. Je téměř soběstačná, milá, komunikativní dívka.

Rodinná anamnéza:

Matka – pracovala jako uklízečka, nyní je v invalidním důchodu, má základní vzdělání, lehká mentální retardace, operace páteře.

Otec – je vyučený tesař, nyní v invalidním důchodu, epilepsie.

Sestra – 15 let, dětská mozková obrna kvadruparetické formy, syndrom krátkého střeva, epilepsie, atopický ekzem, těžká mentální retardace.

Otec a matka bydlí v menším městě blízko Plzně. Sestra je umístěna ve stacionáři pro těžce handicapované děti. Marie se s rodiči téměř nestýká.

Osobní anamnéza:

Marie se narodila jako prvorozené dítě ve 36. Týdnu, porodní hmotnost byla necelá dvě kila. Byla kříšena, chyběl sací a polykací reflex. Ihned po porodu byla stanovena diagnóza dětská mozková obrna- kvadruparetická forma. Dítě bylo umístěno na JIP po dobu šesti týdnů, dýchalo pomocí přístrojů, krmeno bylo sondou. Po propuštění z nemocnice docházela matka s dívkou na rehabilitaci, kde cvičily pod vedením fyzioterapeutky Vojtovu metodu.

Z důvodu nedostatečné péče je Marie od šesti let v Domově, kde navštěvuje školu, cvičí pod vedením zkušené fyzioterapeutky. Cvičení probíhá na lůžku vleže, na zádech a na břiše. Dále využívají chodítka, míče a žebřiny. Dále má k dispozici dvakrát týdně bazén v nedalekém Ostrově, aktivně se zúčastňuje hippoterapie.

Komunikace:

Je to velmi příjemná, chytrá dívka, která nemá problém navázat přátelství.

Školní docházka:

Marie nastoupila do praktické školy v nedalekém městě, kam jí denně vozili z ústavu. Během školní docházky absolvovala operaci kotníku, učila se chodit pomocí chodítka a později přešla z kočáru na vozík. Zvládla bez problému celou školní docházku a začala studovat knihovnickou školu, kterou také úspěšně dokončila. V Domově se stará o knihovnu, několikrát za měsíc má možnost navštívit krajskou knihovnu v Karlových Varech, kde si díky své dobrosrdečné povaze získala mnoho přátel.

Volnočasové aktivity a zájmy:

Kromě zájmu o knihy ráda maluje, chodí do výtvarného kroužku, kde pracují převážně s hlínou, což ji baví. Je také členkou hudebního souboru, ve kterém zpívá a hraje na zobcovou flétnu. Každé léto má možnost jezdit do lázní, kde má spoustu přátel. Je ráda, že nemusí trávit prázdniny s rodiči, domů jezdí nerada. S rodiči nemá dobrý vztah. Sestru také nenavštěvuje, ale má často obavy o její budoucnost. Občas trpí depresemi, občas si pokládá otázku, proč právě ona trpí DMO, nicméně se odmítá touto otázkou zabývat do hloubky. Umí se vcítit do lidí s podobným postižením. V kolektivu zaměstnanců i klientů je velmi oblíbená.

Kazuistiky na konkrétních případech ukazují jednotlivé problémy, se kterými se potýkají mentálně postižené dívky a jejich rodiny. Cílem bylo ukázat, jaké možné podoby mohou mít životy některých lidí.

7.6 Dotazníkové šetření

Na začátku dotazníku byly nejprve použity identifikační otázky, to znamená věk, pohlaví, vzdělání a pracovní zařazení v Domově, které jsou blíže charakterizovány na další stránce č. 67. Další otázky, celkem jedenáct, byly koncipovány jako uzavřené a možností výběru odpovědí. V závěru dotazníku byl ponechán prostor, kde se mohli respondenti vyjádřit k tomu, jak celkově Domov v Mariánské vidí, jaké spatřují výhody a nevýhody, co by případně chtěli změnit a kam Domov směřovat. Dotazníkového šetření se zúčastnili vychovatelky, sociální pracovnice, asistenti pedagoga a učitelé. Otázky v dotazníku se přímo vztahovaly k vytyčeným hypotézám. Celkem bylo v Domově v Mariánské distribuováno 50 dotazníků, vráceno bylo 36 z nich. To znamená, že návratnost vyjádřená v procentech byla 72 %.

Otázky v dotazníku (bez identifikačních otázek):

1 *Jak jsou obyvatelky (dívky) žijící v Domově vzdělávány?*

- a) individuální výuka podle možností a schopností obyvatelek,
- b) základní škola speciální - detašované pracoviště Karlovy Vary,
- c) speciální rehabilitační program ZŠS v Domově.

2 *Jaké jsou ještě další možnosti vzdělávání?*

- a) celoživotní vzdělávání, upevňování a rozvíjení základů Trivia,
- b) alternativní a augmentativní komunikace,
- c) výuka PC.

3 *Jaká je možnost pracovního uplatnění dívek? Zaškrtněte klientkami nejvíce preferovanou možnost.*

- a) v Domově – v prádelně,
- b) v Domově – na zahradě,
- c) v Domově – v kuchyni.

4 *Jak mohou dívky trávit volný čas? Zaškrtněte klientkami nejvíce preferovanou možnost.*

- a) navštěvovat kavárnu Sluníčko,
- b) volnočasové aktivity v rámci zájmových kroužků: pěvecký, sportovní hry, kuželky,
- c) osobní volno celý den,
- d) zúčastňovat se zábav, výletů a rekreací, například mohu jezdit ve dvojicích do města Ostrov či Jáchymov.

- 5** *Funguje podle Vás v tomto zařízení ucelený přístup a týmová spolupráce?*
- a) ano,
 - b) spíše ano,
 - c) spíše ne,
 - d) ne.
- 6** *Jakým aktivitám se mohou klienti věnovat v Domově?*
- a) hraní divadla,
 - b) zahradničení,
 - c) vyšívání, ruční tvoření.
- 7** *Zdá se Vám zdejší práce vychovatelek dostatečná?*
- a) ano,
 - b) spíše ano,
 - c) spíše ne,
 - d) ne.
- 8** *Myslíte si, že jsou klienti dostatečně vedeni a motivováni k soběstačnosti v péči o vlastní osobu?*
- a) ano,
 - b) spíše ano,
 - c) spíše ne,
 - d) ne.
- 9** *Myslíte si, že klienti v tomto zařízení nacházejí dostatečné pracovní uplatnění?*
- a) ano,
 - b) spíše ano,
 - c) spíše ne,
 - d) ne.
- 10** *Zdá se Vám četnost různých kulturních, společenských, sportovních akcí a rekreačních pobytů klientů postačující?*
- a) ano,
 - b) spíše ano,
 - c) spíše ne,
 - d) ne.
- 11** *Myslíte si, že jsou pro Vaše klienty důležité dobré pracovní vztahy a atmosféra na pracovišti?*
- a) ano,
 - b) spíše ano,
 - c) spíše ne,
 - d) ne.

7.7 Výzkumný soubor

Zde je uvedeno vyhodnocení identifikačních otázek, které se týkaly, pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, pracovního zařazení, pracovního působiště. Celkem bylo v Domově v Mariánské distribuováno 50 dotazníků, vráceno bylo 36 z nich. To znamená, že návratnost vyjádřená v procentech byla 72 %.

Pohlaví:

žena – **30** (88,3 %) respondentů,

muž – **6** (11,7 %) respondentů.

Věk:

20 – 25 let – **2** (6,5 %) respondentů,

26 – 30 let – **5** (6,5 %) respondentů,

31 – 40 let – **15** (33,7 %) respondentů,

41 – 50 let – **6** (22,1 %) respondentů,

51 – 60 let – **8** (26 %) respondentů.

Nejvyšší dosažené vzdělání:

základní – **2** (2,6 %) respondenti,

střední odborné (výuční list) – **0** (0 %) respondentů,

střední odborné (maturitní vysvědčení) – **10** (57,1 %) respondentů,

vyšší odborné – **1** (7,8 %) respondentů,

vysokoškolské – **23** (18,2 %) respondentů.

Pracovní zařazení:

vychovatel – **28** (44,1 %) respondentů,

pracovník v sociálních službách – **2** (13 %) respondentů,

pedagog – **4** (11,7 %) respondentů,

asistent pedagoga – **2** (3,9 %) respondenti.

Pracovní působiště:

zdravotní úsek – **21** (27,3 %) respondentů,

výchovný úsek – **43** (55,8 %) respondentů,

škola – **13** (16,9 %) respondentů.

7.8 Analytická část

Průzkumný předpoklad č. 1: Metody a formy, které jsou používány v oblasti výchovy a vzdělávání, jsou dostatečné pro zkvalitňování způsobu života mentálně postižených jedinců.

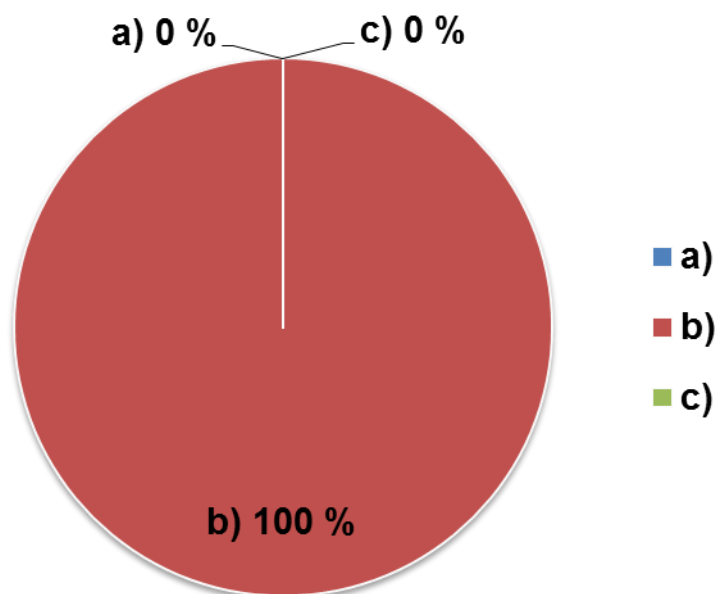
Na tento průzkumný předpoklad se autorka ve své práci zaměřila otázkami:

Otázka z dotazníku č. 1

1. Kde jsou obyvatelky (dívky) žijící v Domově vzdělávány?

- a) individuální výuka podle možností a schopností obyvatelek,
- b) základní škola speciální - detašované pracoviště Karlovy Vary,
- c) speciální rehabilitační program ZŠS v Domově.

Graf 1: Vzdělávání klientů v Domově



Zdroj: Vlastní průzkum autorky, 2015.

Klienti jsou v Domově vzděláváni na integrovaném pracovišti ZŠ speciální Karlovy Vary. To byla v této části průzkumu také jediná měřitelná hodnota, protože školu navštěvuje v současné době 10 žáků. Avšak i těžce hendikepovaní klienti mají možnost se vzdělávat pomocí individuálních programů nebo rehabilitačních programů

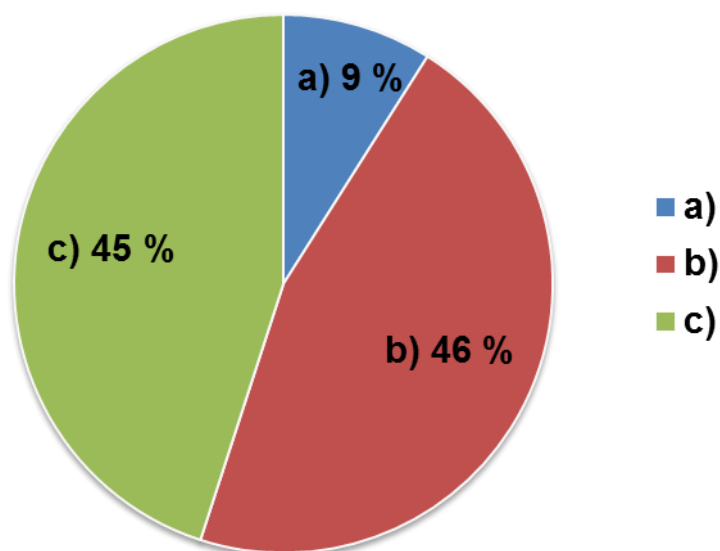
v rámci ZŠ speciální. Jejich počet se však mění podle jejich aktuálního fyzického a psychického stavu.

Otázka z dotazníku č. 2

2. Jaké jsou ještě další možnosti vzdělávání?

- a) celoživotní vzdělávání, upevňování a rozvíjení základů Trivia,
- b) alternativní a augmentativní komunikace,
- c) výuka PC.

Graf 2: Další možnosti vzdělávání klientů v Domově



Zdroj: Vlastní průzkum autorky, 2015.

V rámci dalšího vzdělávání je to podobné jako v předchozí otázce. Program celoživotního vzdělávání navštěvuje v současné době 10 klientů. Ostatní formy vzdělávání se vždy odvíjí od aktuálního fyzického a psychického stavu klientů. Mají možnost výuky na PC, alternativní a augmentativní komunikaci, mohou navštěvovat muzikoterapii. Muzikoterapie se provádí ve skupině do 8 klientů. Muzikoterapie je silnou prožitkovou terapií. Hudba vytváří nosnou vlnu pro zážitky. Emoční reakce jsou často díky zvuku a hudbě dramaticky zesíleny a lze pozorovat intenzivní prožitky spojené s abreakcí a katarzí. Zvuk a hudba je ideálním prostředkem abreakce, k uvolňování psychické tenze a zátěžových stavů. Zvuk a hudba je výborným prostředkem neverbální komunikace. Využití muzikoterapie často překračuje intenzitu a

hloubku odpovídajících jevů ve verbálních přístupech (hudba totiž směřuje do hlubších sfér psychiky než mluvené slovo). Relaxační techniky představují účinný prostředek prevence napětí a stresu, nadměrné zátěže a nemoci, které jsou nadměrným stresem vyvolávány. Dále je zde nabízeno tréninkové bydlení a poradenství v různých oblastech. Všechny oblasti vzdělávání jdou v duchu transformace Domova tak, aby byl co nejvíce zkvalitňován život klientů a podporoval je jejich samostatnosti.

Průzkumný předpoklad č. 2: Práce zaměstnanců Domova je pro ně smysluplná.

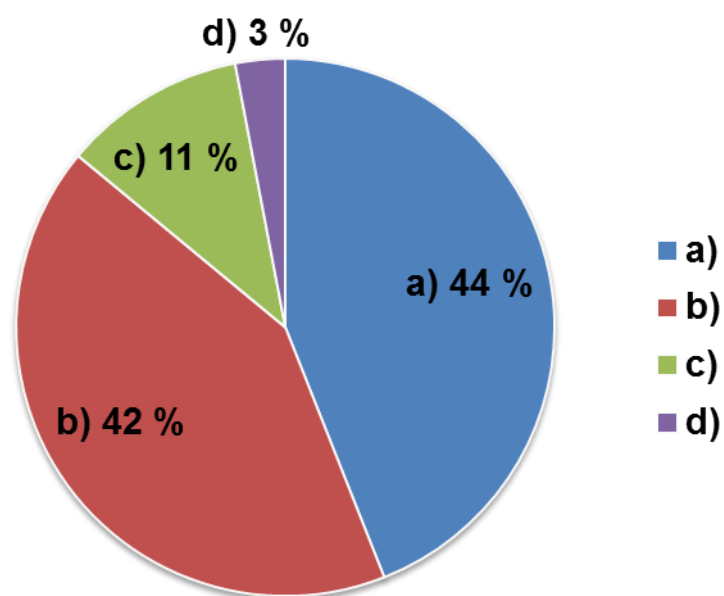
Na tento průzkumný předpoklad se autorka ve své práci zaměřila otázkami:

Otázka z dotazníku č. 5

5. Funguje podle Vás v tomto zařízení ucelený přístup a týmová spolupráce?

- a) ano,
- b) spíše ano,
- c) spíše ne,
- d) ne.

Graf 3: Týmová spolupráce na pracovišti



Zdroj: Vlastní průzkum autorky, 2015.

Ucelený přístup a týmová spolupráce jsou nezbytnou součástí vytvoření stabilního zázemí pro klienty. Na základě šetření lze usoudit, že taková spolupráce tady

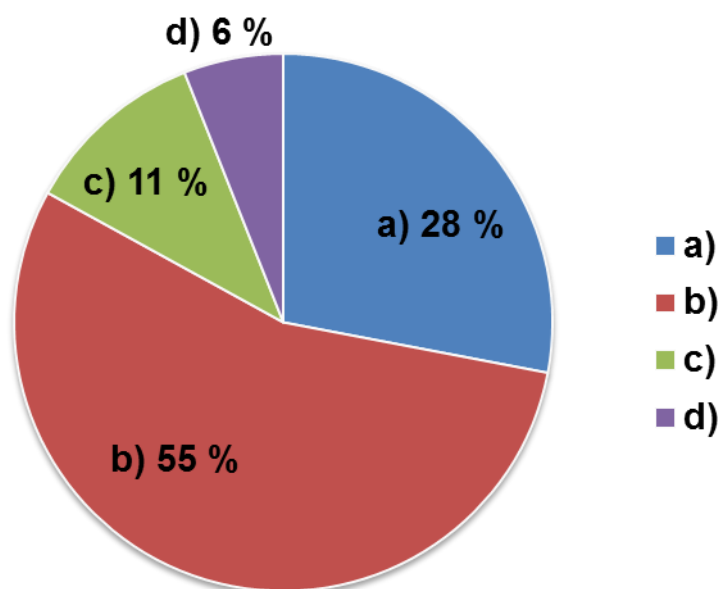
funguje, protože 16 respondentů zvolilo možnost ano a 15 respondentů zvolilo možnost spíše ano. Tedy 86 % respondentů vyjádřilo souhlas s tím, že na pracovišti v Domově funguje týmová spolupráce. Naproti tomu 15 % respondentů vyjádřilo svůj nesouhlas.

Otázka z dotazníku č. 7

7. Zdá se Vám zdejší práce vychovatelek dostatečná?

- a) ano,
- b) spíše ano,
- c) spíše ne,
- d) ne.

Graf 4: Kvalita péče vychovatelek



Zdroj: Vlastní průzkum autorky, 2015.

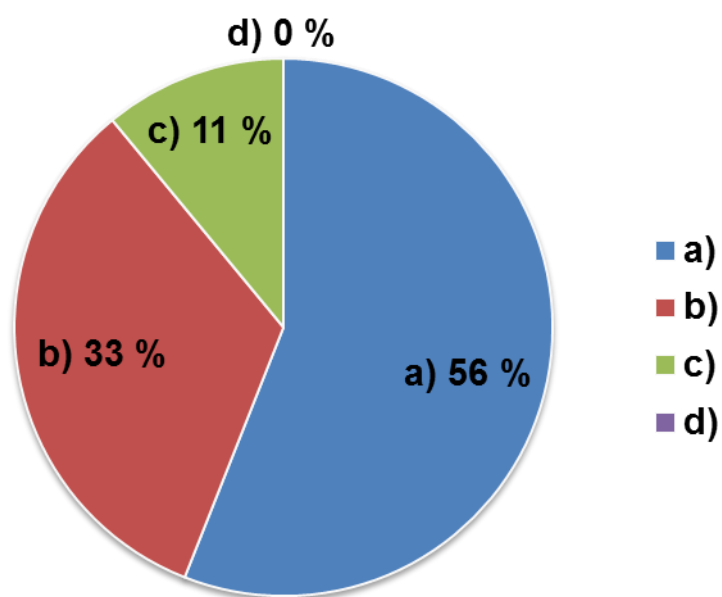
Respondenti měli zhodnotit, jaká je kvalita péče vychovatelek ve vztahu ke zkvalitňování života klientů. Zde se 30 respondentů vyjádřilo kladně, tedy 10 odpovědělo ano a 20 spíše ano. Celkem tedy 83 % všech dotazovaných zvolilo kladnou odpověď a vyjádřilo se, že práce vychovatelek v Domově je dostatečná vzhledem ke zkvalitňování života klientů. Naopak 6 respondentů vyjádřilo zápornou odpověď, 2 zvolil odpověď ne a 4 spíše, dohromady tedy 17 %.

Otázka z dotazníku č. 11

11. Myslíte si, že jsou pro Vaše klienty důležité dobré pracovní vztahy a atmosféra na pracovišti?

- a) ano,
- b) spíše ano,
- c) spíše ne,
- d) ne.

Graf 5: Pracovní vztahy na pracovišti vzhledem k pohodě klientů



Zdroj: Vlastní průzkum autorky, 2015.

Tato otázka měla zjistit, zda se respondenti domnívají, že pohoda na pracovišti a dobré vzájemné vztahy mezi zaměstnanci přispívají také k pohodě klientů a tím ke zkvalitňování jejich života. Zde kladnou odpověď vyjádřilo 32 respondentů, 20 zvolilo odpověď ano, 12 odpověď spíše ano. Celkem tedy 89 % všech respondentů vnímá atmosféru na pracovišti jako důležitou pro kvalitní život klientů. Žádný respondent zde nezvolil odpověď ne, 4 respondenti zvolili odpověď spíše ne, tedy 11 % ze všech dotazovaných respondentů.

Průzkumný předpoklad č. 3: Pracovní uplatnění a možnosti volnočasových aktivit jsou pro klienty Domova v Mariánské dostatečné.

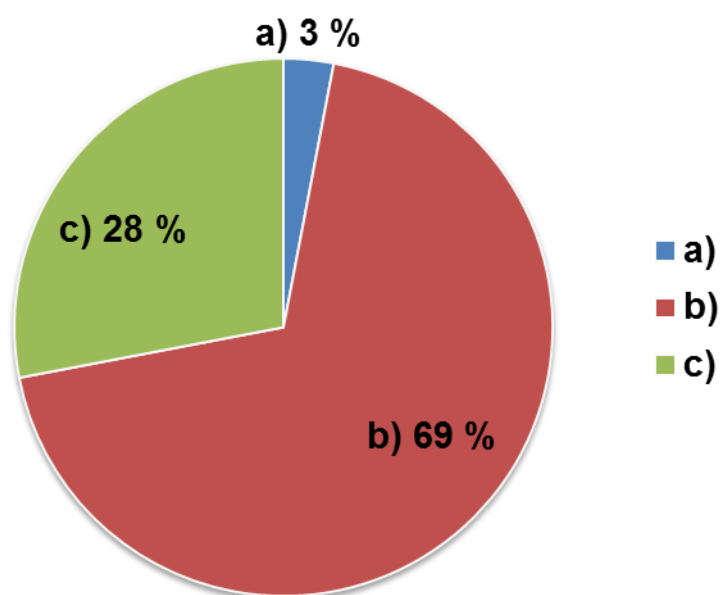
Na tento průzkumný předpoklad se autorka ve své práci zaměřila otázkami:

Otázka z dotazníku č. 3

3. Jaká je možnost pracovního uplatnění dívek? Zaškrtněte klientkami nejvíce preferovanou možnost.

- a) v Domově – v prádelně,
- b) v Domově – na zahradě,
- c) v Domově – v kuchyni.

Graf 6: Možnost pracovního uplatnění klientek



Zdroj: Vlastní průzkum autorky, 2015.

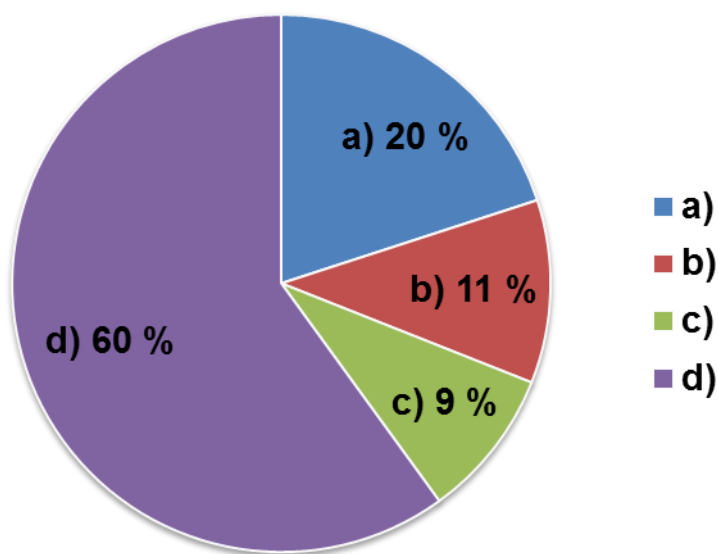
Tato otázka zkoumala, jaká je možnost pracovního uplatnění klientek v Domově. Zde je úmyslně použito slovo klientky, protože klienti jsou těžce imobilní a zaměstnávání se jich netýká. Otázka také měla zjistit, která z pracovních možností patří u klientek k nejoblíbenějším. Nejvíce odpovědí získala možnost práce na zahradě, kterou zvolilo 25 respondentů, tedy 69 %. Pouze jeden respondent zvolil práci v prádelně (3 %) a 10 zvolilo práci v kuchyni (28 %).

Otázka z dotazníku č. 4

4. Jak mohou dívky trávit volný čas? Zaškrtněte klientkami nejvíce preferovanou možností.

- a) navštěvovat kavárnu Sluníčko,
- b) volnočasové aktivity v rámci zájmových kroužků: pěvecký, sportovní hry, kuželky,
- c) osobní volno celý den,
- d) zúčastňovat se zábav, výletů a rekreací, například mohou jezdit ve dvojicích do města Ostrov či Jáchymov.

Graf 7: Způsob trávení volného času



Zdroj: Vlastní průzkum autorky, 2015.

Otázka měla zjistit, jak mohou klienti Domova trávit volný čas a jaké jsou v Domově nabízené volnočasové aktivity. Z nabízených možností byla nejčastěji uváděná možnost zúčastňovat se zábav, výletů a rekreací, například mohou jezdit ve dvojicích do města Ostrov či Jáchymov. Evidentně patří u klientů k nejoblíbenějším aktivitám. Možnost této odpovědi zvolilo 21 respondentů, tedy 60 %. Potom následovala návštěva zdejší kavárny Sluníčko, odpovědělo 7 respondentů, 20 %, 3 respondenti odpověděli, že osobní volno celý den je nejpreferovanější možností v rámci

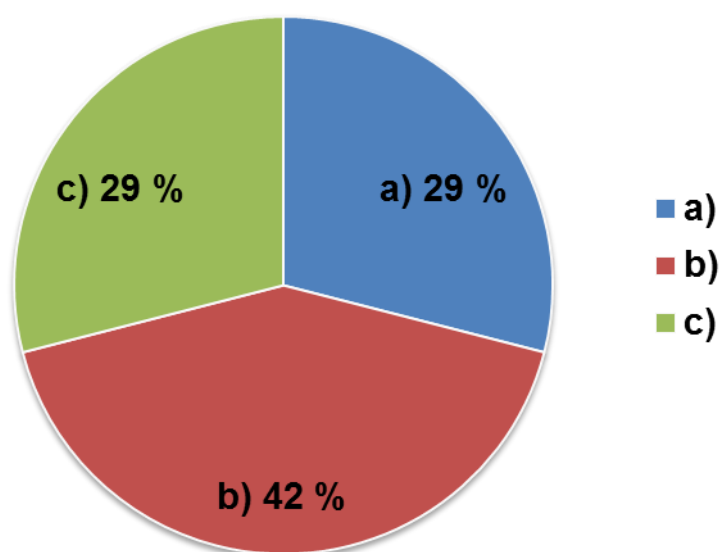
volnočasových aktivit u klientů (9 %) a 4 respondenti zvolili možnost volnočasové aktivity v rámci zájmových kroužků: pěvecký, sportovní hry, kuželky (11 %).

Otázka z dotazníku č. 6

6. Jakým aktivitám se mohou klienti věnovat v Domově?

- a) hraní divadla,
- b) zahradničení,
- c) vyšívání, ruční tvoření.

Graf 8: Aktivity klientů



Zdroj: Vlastní průzkum autorky, 2015.

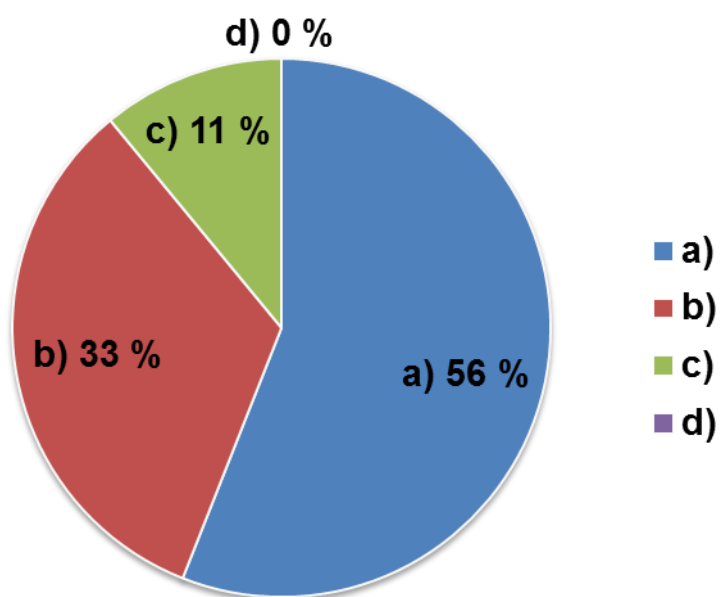
Otázka se zaměřila, jakým konkrétním aktivitám se klienti v Domově mohou věnovat. Hraní divadla zvolilo jako možnost 10 respondentů, tedy 29 %. Sodně na tom bylo vyšívání, ruční tvoření, tedy jako odpověď ji vybralo znovu 10 respondentů (29 %). Možnost zahradničení vybralo 15 respondentů, tedy 42 % ze všech dotazovaných.

Otázka z dotazníku č. 9

9. Myslíte si, že klienti v tomto zařízení nacházejí dostatečné pracovní uplatnění?

- a) ano,
- b) spíše ano,
- c) spíše ne,
- d) ne.

Graf 9: Pracovní uplatnění klientů



Zdroj: Vlastní průzkum autorky, 2015.

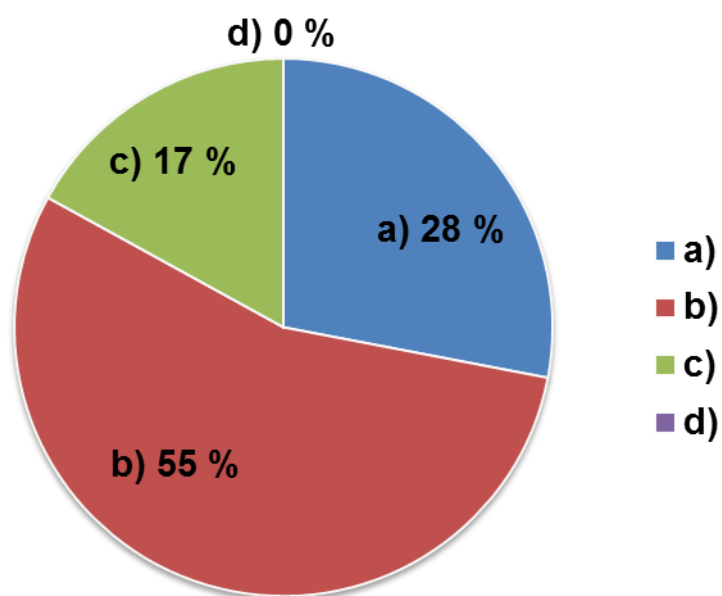
Tato otázka zjišťovala, zda-li je pracovní uplatnění klientů dostatečné. Jednoznačně převážily kladné odpovědi. 20 respondentů (56 %), odpovědělo ano, 12 respondentů odpovědělo spíše ano (33 %). Z celkového počtu dotazovaných, tedy 89 %, respondentů odpovědělo kladně. Odpověď ne nezvolil žádný respondent, odpověď spíše ne zvolili 4 respondenti, což odpovídá 11 % ze všech dotazovaných. Odpovědi korespondují s nabídkou Domova. Klienti mohou pracovat dokonce na pracovní smlouvy, nebo dohody o pracovní činnosti. Pracují na úseku prádelny, kuchyně a zahrady. Ti, co jsou takovým způsobem znevýhodněni, že nemohou pracovat ani na pracovní smlouvu, ani na dohodu o pracovní činnosti, se mohou zapojit do systému motivačních odměn, kdy jim je vyplácena dohodnutá finanční částka i za drobnější, ale poctivě odvedené práce.

Otázka z dotazníku č. 10

10. Zdá se Vám četnost různých kulturních, společenských, sportovních akcí a rekreačních pobytů klientů postačující?

- a) ano,
- b) spíše ano,
- c) spíše ne,
- d) ne.

Graf 10: Dostatek kulturních a jiných akcí



Zdroj: Vlastní průzkum autorky, 2015.

Otázka směřovala k tomu, zda-li je četnost různých kulturních, společenských, sportovních akcí a rekreačních pobytů klientů postačující. Z odpovědí vyplynulo, že klienti četnost těchto akcí je postačující. Spíše ano odpověděl 20 respondentů (55 %), ano odpovědělo 10 respondentů (28 %). Z celkového počtu respondentů tedy 83 % odpovědělo kladně. Odpověď ne nevybral žádný respondent, odpověď spíše ne vybralo 6 respondentů, tedy 17 %.

Průzkumný předpoklad č. 4: Jak jsou klienti v prostředí náhradní rodinné péče motivováni k rozvoji soběstačnosti v péči o vlastní osobu?

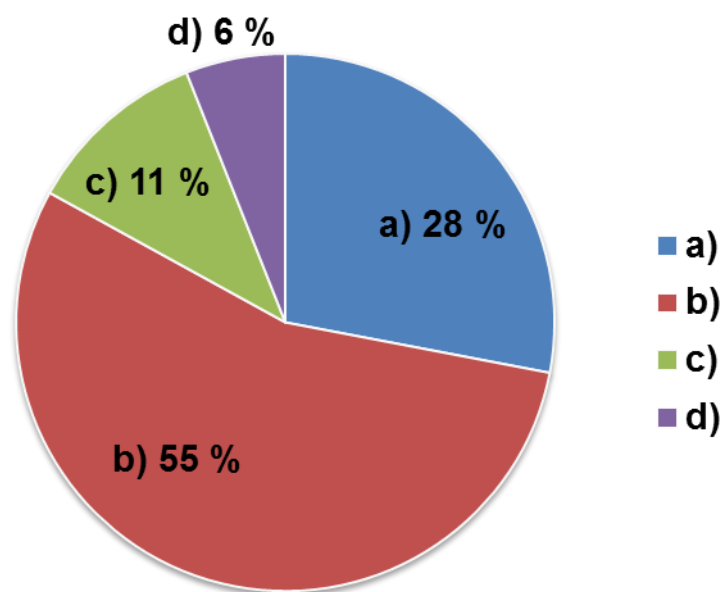
Na tento průzkumný předpoklad se autorka ve své práci zaměřila otázkami:

Otázka z dotazníku č. 8

8. Myslíte si, že jsou klienti dostatečně vedeni a motivováni k soběstačnosti v péči o vlastní osobu?

- a) ano,
- b) spíše ano,
- c) spíše ne,
- d) ne.

Graf 11: Vedení klientů k samostatnosti



Zdroj: Vlastní průzkum autorky, 2015.

Otázka směřovala ke zjištění, zda-li jsou klienti dostatečným způsobem vedeni k samostatnosti v péči o svoji osobu. Spíše ano odpovědělo 20 respondentů (55 %), ano odpovědělo 10 respondentů (28 %). Kladné odpovědi tedy zvolilo 83 % ze všech dotazovaných respondentů. Odpověď ne zvolili 2 respondenti (6 %) a odpověď spíše ne 4 respondenti (11 %).

I zde odpovědi korespondují s nabídkou a chodem Domova. Klienti mohou nacvičovat samostatnost v tzv. tréninkovém bydlení, mohou využívat asistence při

nákupech a jiných běžných úkonech. Do zařízení dojíždí psycholog od ledna 2008 jedenkrát týdně. Psycholožka pracuje v Domově již 7 rokem. Dochází do zařízení vždy v pondělí s tím, že každé poslední pondělí v měsíci mohou psychologickou službu využít i zaměstnanci Domova, k řešení svých problémů. Do Domova také přijíždí sociální asistent, který klientům poskytuje podporu. Toto všechno je rozvíjí v samostatnosti a ve schopnosti péče o svou osobu

8 DISKUSE

Průzkumový předpoklad č. 1: Metody a formy, které jsou používány v oblasti výchovy a vzdělávání, jsou dostatečné pro zkvalitňování způsobu života mentálně postižených.

K tomuto průzkumovému předpokladu se vztahuje otázka č. 1 z dotazníku, kdy se respondenti 100 % shodli na tom, že dívky žijící v Domově se vzdělávají v základní škole speciální v Karlových Varech, v detašovaném pracovišti v Mariánské. Na otázku č. 2 odpovědělo 46 % respondentů, že klienti Domova využívají alternativní a augmentativní komunikaci, 45 % napsalo, že v rámci dalšího vzdělávání využívají program celoživotního vzdělávání, upevňování a rozvíjení základů Trivia a 9 % všech dotázaných odpovědělo, že klienti mají také možnost využívat výuku na PC.

Průzkumový předpoklad č. 2: Práce zaměstnanců Domova je pro ně smysluplná.

Na otázku č. 5 odpovědělo 44 % respondentů ano, v Domově funguje spolupráce, 42 % odpovědělo spíše ano, spíše ne 11 % a zápornou odpověď napsalo 3 % z celkového počtu dotazovaných respondentů. Celkem 86 % respondentů vyjádřilo souhlas s tím, že na pracovišti v Domově v Mariánské funguje týmová spolupráce. Naproti tomu 15 % respondentů vyjádřilo svůj nesouhlas.

V otázce č. 7 měli respondenti zhodnotit péči vychovatelek ve vztahu ke zkvalitnění života klientů. Celkem 83% dotazovaných zvolilo kladnou odpověď (ano 28 % a spíše ano 55 %), naopak 17 % vyjádřilo odpověď zápornou (ne 6 % a spíše ne 11 %).

V otázce č. 11 vnímá 89 % respondentů atmosféru na pracovišti jako důležitou pro zkvalitnění života klientů, z toho 56 % napsalo ano a 33 % spíše ano. Žádný respondent nezvolil odpověď ne, spíše ne zvolilo 11 % všech dotazovaných respondentů.

Průzkumový předpoklad č. 3: Pracovní uplatnění a možnosti volnočasových aktivit jsou pro klienty Domova v Mariánské dostatečné.

Jaké pracovní činnosti jsou pro klienty Domova nejoblíbenější, měla zjistit otázka č. 3 z dotazníku. Práci na zahradě zvolilo 69 % dotazovaných respondentů, 28 % práci v kuchyni a 3 % dotazovaných napsalo práci v prádelně.

Otázka č. 4 nabízela možnosti zábavy, výletů, rekreací. Možnost zúčastnit se zábav, výletů a rekreací zvolilo 60 % dotazovaných, návštěvu kavárny Sluníčko odpovědělo 20 % respondentů a 9 % dotazovaných odpovědělo, že osobní volno celý den je nejpreferovanější možností v rámci volnočasových aktivit klientů, a 11 % zvolilo zájmové kroužky nabízené v Domově.

Otázka č. 6 se zaměřila na konkrétní aktivity v Domově v Mariánské. Možnost zahradničení vybralo 42 % ze všech dotazovaných, ruční práce a vyšívání zvolilo 29 % a 29 % všech dotazovaných respondentů napsalo možnost hraní divadla.

Pracovní uplatnění klientů obsahovala otázka č. 9. Z celkového počtu dotazovaných, tedy 89 % respondentů odpovědělo kladně (ano 56 % a spíše ano 33 %), odpověď ne nezvolil žádný respondent a spíše napsalo 11 % dotazovaných.

Další otázka z dotazníku, otázka č. 10 směřovala ke kulturním akcím. Zde 55 % dotazovaných odpovědělo ano, 28 % spíše ano, celkem to bylo 83 % dotazovaných, odpověď ne nevybral žádný respondent a spíše ne odpovědělo 17 % dotazovaných respondentů.

Průzkumový předpoklad č. 4: Jak jsou klienti v prostředí náhradní rodinné péče motivováni k soběstačnosti v péči o vlastní osobu.

Poslední otázka z dotazníku směřovala k tomu, zda jsou klienti vedeni k samostatnosti. Spíše ano odpovědělo 55 % respondentů, ano 28 % respondentů. Kladné odpovědi zvolilo 83 % ze všech dotazovaných. Odpověď ne zvolilo 6 % a odpověď spíše ne 11 % všech dotazovaných respondentů. Celkem zápornou odpověď zvolilo 17 % respondentů. Ve všech případech korespondují odpovědi s nabídkou Domova.

Průzkumový předpoklad č. 1 se potvrdil, většina respondentů odpověděla, že klientky využívají dostupné možnosti vzdělávání. I další průzkumový předpoklad byl potvrzen, protože většina respondentů se shodla na tom, že v Domově funguje týmová práce. Možností, jak využívat volný čas, nabízí Domov velké množství a jeho klienti je využívají, jak potvrdil průzkumový předpoklad č. 3. I v posledním průzkumovém předpokladu se respondenti shodli na tom, že jsou klienti vedeni k samostatnosti.

ZÁVĚR

Hlavním tématem této práce jsou mentálně postižení jedinci, jejich výchova, vzdělávání a v neposlední řadě také kvalita života. Stupně mentálního postižení jsou u jedinců různé; někteří jedinci se při dobrých podmínkách dají dokonce vzdělávat s žáky bez postižení. Jiní jsou schopni naučit se docela dobře základním dovednostem a návykům a za pomoci kvalifikovaných pracovníků jsou schopni tyto dovednosti rozvíjet.

Tato práce se věnuje mentálně postiženým dívkám v Domově v Mariánské. V tomto Domově současně žijí také imobilní chlapci. Hlavním smyslem práce bylo postihnout úroveň vzdělání a pracovních terapií v tomto vybraném ústavu sociální péče a zjistit, jaký to má pro klienty přínos. Dalším cílem bylo postihnout kvalitu života jedinců žijících v Domově a zároveň to, jakým způsobem k tomu přispívá personál, od ošetřovatelů po vychovatele a učitele.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje kapitoly, které vymezují mentální retardaci, její etiologii, zmínila dále oblast kvality života a definovala tento pojem. Dále se věnovala zařízení Domova v Mariánské, jeho historii, současnosti a probíhající transformaci.

Praktická část se potom věnovala cílům výzkumného šetření, použité metodice a analýze dat s následnou charakteristikou domova v Mariánské a představení závěrů výzkumného šetření, které se opírá zejména o dotazníky a také dokumentaci poskytnutou vedením domova pro účely této práce. Vycházelo se z několika zkoumaných oblastí: týmová spolupráce na pracovišti, kvalita péče vychovatelů o klienty Domova, vztahy na pracovišti vzhledem ke klientům, volnočasové aktivity klientů, vzdělávání klientů, pracovní uplatnění klientů.

První kapitola teoretické části se věnuje především základní klasifikaci mentální retardace, etiologii a charakteristickým rysům mentální retardace jedinců. Rovněž charakterizuje vývojová stadia adolescence a dospělosti u těchto osob. Poslední subkapitola se pak krátce věnuje sexualitě jedinců s mentálním postižením. Druhá kapitola byla věnována kognitivním schopnostem u mentálně retardovaných jedinců. Třetí kapitola hovoří o systému a možnostech vzdělávání, čtvrtá kapitola potom vymezuje ústavy a jejich klasifikaci. Následující kapitoly teoretické části již byly

věnovány oblastem kvality života klientů Domova pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské. Kvalita života jedinců s mentálním postižením se odvíjí od vyspělosti společnosti, která by měla uspokojit potřeby a přání těchto jedinců. Žijeme bohužel stále ve společnosti, kde dochází k segregaci mentálně postižených, i když v poslední době dochází k velkým změnám. Člověk s mentálním postižením je navzdory svému omezení schopen směřovat k pozitivním hodnotám. Překonáním těchto překážek přináší radost, kterou my, zdraví, bohužel neznáme.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- BARTOŇOVÁ, M.; VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.
- ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
- DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1983. 222 s. ISBN 08-048-83.
- DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠKODA, C. Kvalita života – vymezení, definice, historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*, roč. 93, č. 2, 1997. s. 102 – 108.
- FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Speciální pedagogika – edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha : TRITON, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- CHALOUPKOVÁ, S. *Analýza školních vzdělávacích programů a vyučovacího procesu na základních školách praktických v České republice*. Brno : MU-MSD, 2011. 232 s. ISBN 978- 80-210-5646-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 2. vyd. Praha : Portál, 2011. ISBN 978-80-2620-041-3.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
- PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha : TRITON, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- PALÁN, Z.; LANGER, T. *Základy andragogiky*. 1. vyd. Praha : UJAK, 2008. ISBN 978-80-86723-58-7.
- PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno : MSD, spol. s.r.o, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.

- PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. rozšířené a přepracované vydání*. Brno : Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- ŠERÁK, M. *Zájmové vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd. přepracované. Praha : Portál, 2003. 192 s. ISBN 80-7178-821-X.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 4. vyd. přepracované Praha : Portál, 2011. 168 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : rozšířené a přepracované vydání*. Praha : Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života : Teoretická a metodologická východiska*. Brno : MU, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
- VALENTA, M.; KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie : Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc : Netopejr, 1997. ISBN 80-902057-9-8.
- VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika : Integrace školní a sociální*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno : Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie*. 4. vyd. Praha : Parta, 2008. ISBN 978-80-7320-099-2.

Seznam použitých internetových zdrojů

- MŠMT. *Rámcový vzdělávací program pro základní školy s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením*. Praha : VÚP, 2005. cit. 2015-03-25. Dostupné z: msmt.cz.
- MŠMT. *Zákon č. 561/2004 Sb., O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. cit. 2015-03-25. Dostupné z: msmt.cz.
- Zákon o sociálních službách, předpis č. 505/2006 sb.* cit. 2014-11-3. Dostupné z <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-17-kvetna-2010-ktou-se-meni-vyhlaska-c-5052006-sb-ktou-se-provadeji-nektera-ustanoveni-zakona-o-socialnich-sluzbach-ve-zneni-pozdejsich-predpisu-17794.html>.

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Seznam grafů

Graf 1	66
Graf 2	67
Graf 3	68
Graf 4	69
Graf 5	70
Graf 6	71
Graf 7	72
Graf 8	73
Graf 9	74
Graf 10	75
Graf 11	76

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – OBRÁZKY Z DOMOVA V MARIÁNSKÉ.....	I
Příloha B – DOTAZNÍK	IV

PŘÍLOHY

Příloha A – OBRÁZKY Z DOMOVA V MARIÁNSKÉ.....	I
Vánoční akademie	I
Řezbářské sympozium.....	I
Řezbářské sympozium.....	II
Areál Domova	II
Výstava výrobků klientů zařízení.....	III
Řezbářské sympozium.....	III
Příloha B – DOTAZNÍK.....	IV

Příloha A – OBRÁZKY Z DOMOVA V MARIÁNSKÉ

Zdroj: Domov v Mariánské



Vánoční akademie



Řezbářské sympozium



Řezbářské sympozium



Areál Domova



Výstava výrobků klientů zařízení



Řezbářské sympozium

PŘÍLOHA B – DOTAZNÍK

Na začátku dotazníku byly nejprve použity identifikační otázky, to znamená věk, pohlaví, vzdělání a pracovní zařazení v Domově. Další otázky, celkem jedenáct, byly koncipovány jako uzavřené a možností výběru odpovědí. V závěru dotazníku byl ponechán prostor, kde se mohli respondenti vyjádřit k tomu, jak celkově Domov v Mariánské vidí, jaké spatřují výhody a nevýhody, co by případně chtěli změnit a kam Domov směřovat. Otázky v dotazníku se přímo vztahovaly k vytyčeným průzkumovým předpokladům.

Otázky v dotazníku (bez identifikačních otázek):

1. Jak jsou obyvatelky (dívky) žijící v Domově vzdělávány?

- a) individuální výuka podle možností a schopností obyvatelky,
- b) základní škola speciální - detašované pracoviště Karlovy Vary,
- c) speciální rehabilitační program ZŠS v Domově.

2. Jaké jsou ještě další možnosti vzdělávání?

- a) celoživotní vzdělávání, upevňování a rozvíjení základů Trivia,
- b) alternativní a augmentativní komunikace,
- c) výuka PC.

3. Jaká je možnost pracovního uplatnění dívek? Zaškrtněte klientkami nejvíce preferovanou možnost.

- a) v Domově – v prádelně,
- b) v Domově – na zahradě,
- c) v Domově – v kuchyni.

4. Jak mohou dívky trávit volný čas? Zaškrtněte klientkami nejvíce preferovanou možnost.

- a) navštěvovat kavárnu Sluníčko,
- b) volnočasové aktivity v rámci zájmových kroužků: pěvecký, sportovní hry, kuželky,
- c) osobní volno celý den,
- d) zúčastňovat se zábav, výletů a rekreací, například mohou jezdit ve dvojicích do města Ostrov či Jáchymov.

5. Funguje podle Vás v tomto zařízení ucelený přístup a týmová spolupráce?

- a) ano,
- b) spíše ano,
- c) spíše ne,
- d) ne.

- 6. Jakým aktivitám se mohou klienti věnovat v Domově?**
- a) hraní divadla,
 - b) zahradničení,
 - c) vyšívání, ruční tvoření.
- 7. Zdá se Vám zdejší práce vychovatelek dostatečná?**
- a) ano,
 - b) spíše ano,
 - c) spíše ne,
 - d) ne.
- 8. Myslíte si, že jsou klienti dostatečně vedeni a motivováni k soběstačnosti v péči o vlastní osobu?**
- a) ano,
 - b) spíše ano,
 - c) spíše ne,
 - d) ne.
- 9. Myslíte si, že klienti v tomto zařízení nacházejí dostatečné pracovní uplatnění?**
- a) ano,
 - b) spíše ano,
 - c) spíše ne,
 - d) ne.
- 10. Zdá se Vám četnost různých kulturních, společenských, sportovních akcí a rekreačních pobytů klientů postačující?**
- a) ano,
 - b) spíše ano,
 - c) spíše ne,
 - d) ne.
- 11. Myslíte si, že jsou pro Vaše klienty důležité dobré pracovní vztahy a atmosféra na pracovišti?**
- a) ano,
 - b) spíše ano,
 - c) spíše ne,
 - d) ne.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Milena Bonaventurová

Obor: Speciální pedagogika- učitelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Výchova, vzdělání a kvalita života jedinců s mentálním postižením

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 85

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 25

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Martina Karkošová, Ph.D.