

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Barbora Jelčová

**Historické proměny sociálního pojetí osob s mentálním
handicapem**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Neumeister, PhD.

OLOMOUC 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené literatury.

V Olomouci

Podpis

Děkuji Mgr. Pavlu Neumeisterovi, PhD. za jeho podněty a rady, které mi jako vedoucí mé bakalářské práce poskytoval při jejím zpracování.

Motto:

„Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován takový, jaký je.“

Sestra Michele Pascale Durierová

OBSAH

	s.
Úvod	1
1 Mentální retardace	3
1.1 Psychologická charakteristika osob s mentální retardací	3
1.2 Definice mentální retardace	4
1.3 Etiologie mentální retardace	5
1.3.1 Nejčastější příčiny mentální retardace	6
1.4 Diagnostika mentální retardace	7
1.5 Klasifikace mentální retardace	7
1.6 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace	7
1.6.1 Lehká mentální retardace	7
1.6.2 Středně těžká mentální retardace	8
1.6.3 Těžká mentální retardace	9
1.6.4 Hluboká mentální retardace	9
1.6.5 Jiná mentální restaurace	10
1.6.6 Nespecifikovaná mentální retardace	10
1.7 Prevence vzniku mentální retardace	10
2 Počátky a vývoj péče o slabomyslné	12
2.1 Starověk	12
2.2 Středověk	13
2.3 Novověk	15
3 Počátky systémového řešení péče o slabomyslné	18
3.1 Sociální péče	18
3.2 Ernestinum a další ústavy v Čechách	19
3.3 Ústavní péče o slabomyslné na Moravě	20
3.4 Zakládání pomocných škol	21
3.5 Nástin vývoje péče o slabomyslné v některých zákonných opatřeních	22

3.6 Meziválečné a poválečné období	24
4 Nový vědní obor - speciální pedagogika	26
4.1 Počátky speciální pedagogiky a sjednocení terminologie	26
4.2 Pojem speciální pedagogika, její předmět a cíle	28
4.3 Vztah speciální pedagogiky k dalším vědním oborům	29
4.4 Členění speciální pedagogiky	29
4.5 Transformace speciální pedagogiky	30
4.6 Transformace speciálního vzdělávání	31
4.6.1 Integrace v současném školství	32
4.7 Transformace v ústavech sociální péče	35
4.7.1 Nové trendy v péči o osoby s mentálním postižením	37
5 Právní rámec ochrany osob s mentálním postižením	40
5.1 Mezinárodní dokumenty z oblasti lidských práv a svobod, úmluvy a doporučení mezinárodních organizací vztahující se k osobám se zdravotním postižením	40
5.2 Handicapování v českém právním řádu	41
Závěr	43

ÚVOD

Mám ráda historii a téma mé bakalářské práce bylo pro mě výzvou. Osoby s mentálním postižením jsou součástí každé společnosti v každé fázi jejího vývoje. Nelze před tímto faktem zavírat oči.

Z pohledu historie mě zajímalo, jak se postupně měnily vztahy společnosti i jednotlivých lidí k mentálně postiženým. Záslouhou koho se péče a následně výchova a vzdělávání postižených posouvalo dál a bylo na stále lepší úrovni až do současnosti, kdy je snaha o začlenění osob s mentálním postižením do společnosti ve všech oblastech běžného života.

Každý z nás určitě obecně ví, že přístup společnosti k osobám s mentálním postižením nebyl vždy ideální, počínaje jejich vyvražďováním a vyobcováváním ze společnosti, přes snahu o humánnost v péči o ně, až k dnešním snahám o integraci a zavádění nových trendů do péče o osoby těžce mentálně postižené, které žijí v ústavech sociální péče.

Cílem mé bakalářské práce je, aby každý, kdo ji bude číst, byl seznámen, byť jen stručně, s proměnami sociálního pojetí osob s mentálním postižením v naší společnosti.

Bakalářská práce je členěna do pěti kapitol, z nichž každá má různý počet podkapitol.

První kapitola nás seznamuje s pojmem mentální retardace, s její etiologií, diagnostikou a klasifikací. Postupně jsou charakterizovány jednotlivé stupně mentální retardace a nastíněna prevence jejího vzniku.

Druhá kapitola přibližuje vývoj péče o slabomyslné ve starověku, středověku a novověku. Zde se seznámíme i s přínosem našeho nejvýznamnějšího pedagoga J. A. Komenského.

Ve třetí kapitole se časově dostáváme do konce 19. století, kdy u nás začínají vznikat první ústavy pro osoby s mentálním postižením (tehdy slabomyslné) a dochází k zakládání pomocných škol. Kapitola končí poválečným obdobím, kdy se znovu formuje péče o postižené.

S tím souvisí vznik nového vědního oboru - speciální pedagogiky. Ten popisují ve čtvrté kapitole bakalářské práce. Na konci kapitoly se dostávám k integraci v současném školství a novým trendům v péči o osoby s mentálním postižením.

Práci uzavírá pátá kapitola, v níž je výčet mezinárodních dokumentů z oblasti lidských práv a svobod a oblastí našeho právního řádu, ve kterých je zmínka o osobách s mentálním postižením.

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

1.1 Psychologická charakteristika osob s mentální retardací

Jednu z nejpočetnějších skupin mezi zdravotně postiženými občany tvoří děti, mládež a dospělí s mentální retardací. I přesto se o nich ví velice málo. Stále u některých lidí přetrvává názor, že mají být zavíráni do specializovaných zařízení, aby nebyli ostatním „normálním“ na očích.

Než se vědecká obec a celá společnost shodla a ustálila na označení jedinec s mentální retardací, prošel tento termín mnoha změnami přes označení šílenec, duševně chorý, děti duševně úchylné, slaboduché, děti blbé, nedoumné, debilní, slabomyslné až po osoby defektní. Od označení defektní osoba se upouští. Zdá se být příliš tvrdé, ponižující, společensky nepřijatelné. Snaha o přijatelnější pojmenování se odráží i v odborné literatuře – osoba abnormální, invalidní, nepřizpůsobená, problémová, děti a mládež vyžadující zvláštní péči. (Sovák, 1983).

„Význam termínů označujících mentální retardaci se v průběhu času proměňuje a z termínů původně neutrálních se často stávají zraňující nebo urážlivá označení. Takovýto osud potkal i termíny debilita, imbecilita a idiotie, které se v současné pedagogické a psychologické praxi již téměř nepoužívají.“ (Švarcová, 2001, s.25).

Často používaným slovem je termín handicap. Handicap je definován jako ztráta nebo omezení příležitosti účastnit se života na stejné úrovni jako ostatní. Termín handicap spíše vyznívá jako konflikt ve vztahu osoby s postižením k prostředí.

V současnosti se používá termín mentální retardace. Nedoporučuje se užívat označení mentálně postižený/mentálně retardovaný. Je to neetické. Organizace Inclusion International (dříve Mezinárodní liga asociací pro osoby s mentálním handicapem, ISLMH) doporučuje používat toto označení – člověk s mentálním postižením, člověk s mentální retardací.

U nás osoby s mentální retardací, zdravotně nebo sociálně postižené označujeme například člověk se speciálními potřebami, znevýhodněný člověk, člověk se specifickými potřebami, uživatel sociálních služeb. (Švarcová, 2001).

1.2 Definice mentální retardace

V odborné literatuře je několik definic mentální retardace. Každá je jinak pojatá, ale v zásadě se neliší.

V defektologickém slovníku je mentální retardace označená jako omezený až vadný duševní vývoj (převzato z americké odborné literatury), významově přesnější je ale dnes už méně užívaný termín oligofrenie. Oligofrenie je nedostatečný vývoj celé osobnosti, nedostatečně vyvinutá stránka duševní s tělesnými defekty. (Defektologický slovník, 1984).

Podle Sováka je oligofrenie (mentální retardace) omezený vývoj všech psychických funkcí, hlavně rozumových. V oblasti rozumové jde o omezení, přerušení nebo zastavení vývoje, navíc se objevují různé tělesné anomálie. (Sovák, 1983).

Kysučan definuje oligofrenii a slabomyslnost jako pojmy stejného významu. Označuje tak stavy rozumové zaostalosti, které jsou důsledkem organického poškození centrální nervové soustavy (např. patologická dědičnost, chromozomová aberace...). Mentální retardace je rozumový deficit bez ohledu na příčiny, které ho vyvolaly nebo ovlivnily. Mentální retardace zahrnuje širší skupinu osob s intelektovým deficitem než oligofrenie. (Kysučan, 1986).

Jako vážná opoždění a poruchy duševního vývoje mentální retardaci označuje Matějček. (Matějček, 1992).

Langer ve svém pojednání o mentální retardaci ji chápe jako celkovou nevyvinutost osobnosti s výrazným postižením intelektové oblasti, jako opožděnost rozumového vývoje. (Langer, 1996).

Psychologický slovník stručně uvádí mentální retardaci jako stav, kdy jsou sníženy intelektuální schopnosti a kdy dochází ke zpomalení, opoždění duševního vývoje jedince. (Psychologický slovník, 2000).

Pokud všechny uvedené charakteristiky porovnáme, zjistíme že *„mentální retardace je jev nesmírně složitý vzhledem k celé řadě faktorů, kterými může být determinován, proto stanovení definice je spojeno se značnými těžkostmi.“* (Krejčířová in Renotierová, Ludíková, 2004, s.161).

Mentální retardace (oligofrenie) je tedy opoždění duševního vývoje na dědičném a vrozeném podkladě. Někdy z neznalosti bývá zaměňována s demencí. Demence je důsledek poškození mozku různého druhu v průběhu života jedince.

Stavy napodobující duševní opoždění jsou označovány jako pseudooligofrenie. Můžeme se s nimi setkat u výchovně zanedbaných dětí, u dětí se smyslovým postižením, u osob se závažnými emočními poruchami. (Švarcová, 2001).

1.3 Etiologie mentální retardace

Etiologie je vědní obor, nauka o příčinách nemocí, vad a chorobných stavů nebo poruch. Hledá a vysvětluje příčiny těchto stavů, vede ke stanovení správné diagnózy, prognózy, prevence a profylaxe. (Defektologický slovník, 1984).

„K mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí.“ (Krejčířová in Renotiérová, Ludíková, 2004, s.163).

Příčiny mentální retardace můžeme rozdělit na

- endogenní (vnitřní)
- exogenní (vnější)

Endogenní (vnitřní) příčiny jsou zakódovány v systémech pohlavních buněk, z nichž vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické.

Exogenní (vnější) příčiny mohou spustit projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikovat její průběh. Vnější činitele působí od početí, v průběhu těhotenství, v době porodu, v poporodním období i v raném dětství. Nemusí mít bezprostřední vliv na poškození mozku plodu nebo dítěte.

Exogenní faktory můžeme rozdělit na

- prenatální
- perinatální
- postnatální

V prenatálním období, tj. v době těhotenství, mohou na poruchy plodu včetně jeho nervové soustavy špatně působit např. nesprávná výživa matky, dlouhodobé vyčerpávající choroby matky, toxoplazmóza, AIDS, virová onemocnění, ozáření rentgenovými paprsky.

Perinatální období je období těsně před porodem, v době porodu a těsně po porodu. Při protažovaném průběhu porodu může dojít k poškození mozkových tkání novorozence z nedostatku kyslíku nebo krevním výronem do mozku z abnormálních tlaků.

V postnatálním období i v průběhu celého dětství je duševní vývoj dítěte vystaven mnoha nebezpečím, např. zánět mozku, zánět mozkových plen, těžké úrazy hlavy. (Švarcová, 2001).

1.3.1 Nejčastější příčiny mentální retardace

Jako nejčastější příčiny mentální retardace se uvádí:

- následky infekcí a intoxikací (zánět mozku, toxemie matky)
- následky úrazů nebo fyzikálních vlivů (mechanické poškození mozku při porodu, postnatální poranění mozku, hypoxie)
- poruchy výměny látek, růstu a výživy (fenylketonurie, glykogenózy)
- makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací)
- nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (vrozený hydrocefalus, mikrocefalie)
- anomálie chromozomů (Downův syndrom)
- vážné duševní poruchy
- nezralost
- psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek)
- jiné a nespecifické etiologie

Mentálně retardované bývají děti podobně postižených rodičů s nízkou intelektovou i vzdělanostní úrovní. Rodinné prostředí bývá nedostatečně podnětné. Neurčitý původ má i většina poškození v pásmu lehké mentální retardace. (Švarcová, 2001).

1.4 Diagnostika mentální retardace

Výsledky opakovaných vyšetření hodnoty inteligenčního kvocientu (IQ) bývají často kolísavé. Záleží na časovém odstupu, na formě kladení otázek, na kvalitě testu a na momentální psychické dispozici testované osoby.

Pro stanovení mentální retardace, kromě testování inteligence, je důležité podrobné klinické hodnocení chování a osobnosti dítěte při vyšetření, použití souboru zkoušek, zhodnocení anamnézy a životních podmínek dítěte apod. (Švarcová, 2001).

1.5 Klasifikace mentální retardace

Podle MKN-10, což je desátá revize manuálu zvaného Mezinárodní klasifikace nemocí, která byla schválena Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v Ženevě v roce 1992, s účinností od 1. 1. 1993, se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

- lehká mentální retardace (F70)
- středně těžká mentální retardace (F71)
- těžká mentální retardace (F72)
- hluboká mentální retardace (F73)
- jiná mentální retardace (F78)
- nespecifikovaná mentální retardace (F79)

F70 – F79 znamená označení mentální retardace v systému MKN-10.

1.6 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

1.6.1 Lehká mentální retardace (F70), IQ 50 – 69

Pod tuto diagnózu spadá:

- slabomyslnost
- lehká mentální subnormalita
- lehká oligofrenie (debilita)

Dospělí jedinci dosahují duševní úrovně dětí školního věku, maximálně 11 let. Pozdě začínají chodit, mluvit, osvojovat si společenské návyky. Ve školním věku nebývá jejich defekt patrný, projeví se až v náročnějších situacích např. ve školní práci, při psychologickém vyšetření. V dospělosti bývají sociálně nezávislí v osobní péči (mytí, oblékání, jídlo, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech. Až překvapivě dobře se dovedou uplatnit v jednoduchých pracích. Hodně jedinců na horní hranici lehké mentální retardace jde zaměstnat prací, kde se vyžadují praktické dovednosti.

Jedinci s lehkou mentální retardací dosáhnou schopnosti účelně užívat řeč v každodenním životě. Nemají dostatek kritického myšlení, v náročných životních situacích potřebují radu a pomoc.

Individuálně se u těchto osob mohou projevit v různé míře i přidružené chorobné stavy jako autismus, epilepsie, poruchy chování či tělesné postižení.

U jedinců s lehkou mentální retardací je možné vzdělání na základě speciálního vzdělávacího programu. (Matějček, 1992, Švarcová, 2001).

1.6.2 Středně těžká mentální retardace (F71), IQ 35 – 49

Pod tuto diagnózu spadá:

- středně těžká mentální subnormalita
- středně těžká oligofrenie (imbecilita)

Dospělí jedinci dosahují duševní úrovně předškolních a školních dětí, mentální věk 6 – 9 let.

Řeč je primitivní. Při dobrém výchovném působení se naučí oblékat, jíst, zachovávat čistotu, osvojí si základní hygienické návyky i jistou míru samostatnosti tzn., že nejsou přímo závislí na pomoci okolí, ale stále vyžadují dohled a vedení. V dospělosti mohou najít uplatnění v jednotlivých mechanických pracích pod přímým vedením.

U této skupiny osob se střední mentální retardací jsou podstatné rozdíly ve schopnostech. Někteří dosahují vyšší úrovně v senzorio-motorických dovednostech, jiní jsou schopni lépe komunikovat a pohybovat se v sociálním prostředí.

U většiny jedinců je přítomen dětský autismus, často se vyskytují tělesná postižení a epilepsie. Pokud o ně nepečuje rodina, bývají umístováni do ústavů sociální péče. Mohou být vzděláváni a vychováni podle speciálních programů v pomocných školách. (Matějček, 1992, Švarcová, 2001).

1.6.3 Těžká mentální retardace (F72), IQ 20 – 34

Pod tuto diagnózu spadá:

- těžká mentální subnormalita
- těžká oligofrenie (idioimbecilita)

Dospělí jedinci dosahují duševní úrovně dětí ve věku 3 – 6 let. Pokud jde o klinický obraz, přidružené stavy a přítomnost organické etiologie je charakteristika těžké mentální retardace podobná středně těžké mentální retardaci.

Většina těchto jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky a jinými přidruženými vadami.

Možnosti výchovy a vzdělávání jsou značně omezené, i když včasná systematická výchovná a vzdělávací péče může přispět k jejich rozvoji. (Matějček, 1992, Švarcová, 2001).

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

Pod tuto diagnózu spadá:

- hluboká mentální subnormalita
- hluboká oligofrenie (idiocie)

Dospělí jedinci dosahují duševní úrovně kojenců, nejvýše batolat. Nikdy se nenaučí stát, chodit, kousat a polykat tuhou stravu. Nedorozumějí se s okolím, nechápou nebezpečí, neosvojí si návyky samoobsluhy a čistoty. Jedinci jsou těžce omezeni ve schopnosti porozumět požadavkům a vyhovět jim. Jsou odkázáni na ošetřování a pomoc okolí.

Běžně se u nich vyskytují těžké neurologické a tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie, poškození zraku a sluchu.

Pokud se dožijí dospělého věku, nejsou schopni pracovního uplatnění. Bývají umisťováni do ústavů sociální péče.

Jejich výchova a vzdělávání jsou velice omezené. (Matějček, 1992, Švarcová, 2001).

1.6.5 Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie se využívá jen tehdy, když je nesnadné nebo nemožné stanovit stupeň intelektové retardace, dle obvyklých metod, pro přidružené senzorické nebo somatické poškození např. nevidomí, nemluvící, neslyšící, autisté.

1.6.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Pod tuto diagnózu spadá:

- mentální retardace nespecifikovaná
- mentální subnormalita nespecifikovaná
- oligofrenie nespecifikovaná

U této kategorie je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby byl jedinec zařazen do některé shora uvedené kategorie. (Švarcová, 2001).

Ve starších klasifikacích mentální retardace byla ještě uváděna kategorie mírná mentální retardace s hodnotou IQ 85 – 69. Toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, ale bývá ovlivněno jinými faktory (genetickými, sociálními). (Švarcová, 2001).

„Děti s opožděným rozumovým vývojem, u nichž k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin, než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady apod.) se nepovažují za mentálně postižené.“ (Švarcová, 2001, s.31).

1.7 Prevence vzniku mentální retardace

I přes vyspělost vědy a moderní medicíny výzkum příčin mentální retardace zdaleka není u konce. *„Čím dříve byl vyvíjející se organismus zasažen a čím déle a*

čím silněji působily nepříznivé vlivy, tím těžší pravidlem bývají následky.“ (Matějček, 1992, s.15). Proto je třeba zaměřit se na prevenci.

Prevenci můžeme rozdělit na:

- primární
- sekundární

Primární prevence se zaměřuje na zamezení vzniku fyzické, intelektové, smyslové nebo psychické vady. Důležitá je péče o matku a dítě v těhotenství - pravidelné prohlídky, ultrazvuk, vyšetření plodové vody, dodržování zásad zdravého životního stylu

Sekundární prevence má zabránit tomu, aby vada způsobila trvalé postižení nebo funkční omezení např. rehabilitační cvičení – Vojtova metoda. (Švarcová, 2001).

2 POČÁTKY A VÝVOJ PÉČE O SLABOMYSLNÉ

V této kapitole se budu navracet ke kořenům péče o slabomyslné. Budu používat tento nebo jiné termíny označující v té které době osoby s mentální retardací, protože současné označení nebylo známo.

Hledání počátků názorů na slabomyslné a náznaků péče o ně není snadné, neboť jak uvádí Zeman: „*pátráme-li po počátcích péče o slabomyslné, musíme se vždycky spokojiti jen s kusými zprávami, někdy dokonce jen s náznakem.*“ (Zeman, 1939, s.3).

Zdravotní omezení, která označujeme jako postižení, provázejí lidstvo od počátku. Zdravotní omezení existují a přes veškeré vědecké úsilí budou pravděpodobně existovat dál. Postižení jsou součástí společnosti přes snahu internace, vytlačování nebo vyobcování ze strany majoritní společnosti.

Pojďme se tedy ve stručnosti podívat na jednotlivá období, kdy se formoval vztah jednotlivců i společnosti ke slabomyslným a na osobnosti, které se zasloužili o to, aby majoritní společnost uznala a integrovala slabomyslné, dnes osoby s mentální retardací, mezi sebe.

Mühlpachr k tomuto poznamenává: „*v jednotlivých etapách společenského vývoje se internace lidí odehrávala v úzkém sepětí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní té které doby.*“ (Mühlpachr, 2001, s.44).

Zmínky o způsobu léčení nemocí se datují minimálně do doby 25 000 let před Kristem. Po tisíciletí byly nemoci přisuzovány posedlosti. U lidí vznikalo magické myšlení na základě abstraktního náboženského názoru. Nemoc znamenala posedlost zlým duchem. Jediná osoba, která mohla navázat spojení s dobrými i zlými nadpřirozenými silami byl vyvolený jedinec – šaman. Šaman vyháněl zlé duchy a přivolával dobré prostřednictvím hluboké znalosti přírody, připravoval přírodní léčiva podle tajných receptů. Na tomto základě se postupně vyvinulo lidové léčitelství. (Kronika medicíny, 1994).

2.1 Starověk

Slabomyslnost byla známa již ve starověku. Ve svých dílech ji zmiňují například filozofové Aristoteles a Platon nebo lékaři Hippokrates a Galenos. Ze střípků můžeme poskládat tuto starověkou mozaiku:

V primitivních společenských formacích byli neduživí, defektní a staří vylučováni z pospolitosti zdravých jedinců vyhoštěním nebo utracením.

U prvních civilizací jako byl Egypt, Čína, Mezopotámie nebo Indie byli postižení právoplatnými členy společnosti.

Ve starověkém Řecku ve Spartě byl preferován zdatný jedinec, neduživé děti končily ve slujích pohoří Taygetos. Také Platon doporučuje, aby se děti neduživých a zpustlých rodičů odstraňovaly. V Aténách defektní dítě dávali do hliněných nádob, které ponechali někde u cesty.

Ve starověkém Římě měl otec neomezené právo nad životem svých dětí, mohl je utratit nebo poslat do otroctví.

Ve starověkém Řecku a Římě byla fyzická likvidace abnormálních dětí společností uznávána za správnou. Na druhé straně bylo o postižené postaráno. Jednalo se ale o příslušníky vládnoucí vrstvy, bohaté. Pro ty byla zajištěna péče.

Vědecká medicína v antice nahlížela na posedlost jako na tělesnou poruchu, která je způsobena přirozenými příčinami. Tzv. Lykurgovo opatření zakazovalo v den sňatku pití alkoholu, protože se předpokládalo, že dojde k početí dítěte.

O slabomyslnosti se mluví již ve zprávě z Pergamu. Galenos Claudius (130 – 200 n.l.) byl lékař Marka Aurelia a rozeznával slabomyslnost vrozenou a získanou.

Zmínka o slabomyslných je i v Koránu. O slabomyslné mělo být postaráno, ale s hmotnými statky neměli nakládat. Duševní nemoc byla považována za boží milost.

Ve starověku nebyly děti jen vybíjeny. Byly ponechány na živu a později byly využívány na nejhrubší práce nebo na žebrotu.

U některých starověkých národů se ukazovaly zárodky veřejné péče, např. v Egyptě dostal defektní jedinec práci. (Zeman, 1939).

2.2 Středověk

Vztah středověké společnosti ke slabomyslným ovlivňovaly náboženské názory. V Bibli se slabomyslnost považuje za boží trest za hříchy rodičů. Duševně nemocní byli zavíráni v chudobincích, ve věznicích mezi opilce, tuláky, byli spoutáni v řetězech, tělesně trestáni. Zacházelo se s nimi jako se zvířaty, byli mučeni jako posedlí ďáblem nebo upalováni jako čarodějnice. Nebyla tady vůle napravovat a

uzdravovat. Museli vést život tuláků a žít v úkrytech. Mezi obyčejnými lidmi byli slabomyslní vnímáni jako divoké bestie, které krvežíznivě napadají lidi.

Také postoj církve k těmto jedincům byl rozporuplný, někde slabomyslné považovali za „děti boží“, jinde za „děti ďáblovy“. V podstatě ale církev zastávala démonologickou koncepci vzniku duševní nemoci. Posedlost ďáblem byla její ideologická zbraň a jediné možné řešení byla fyzická likvidace lidí.

Ve středověku se objevují první pokusy o charitativní péči. Přijetí křesťanství přineslo nové sociálně etické názory na defektní jedince. Nastupuje charitativní prvek s almužnictvím. Defektní byli pokládáni za označené od boha a jakákoli podpora znamenala nábožensky dobrý skutek. Postupně se charitativní péče přesunula do církevních zařízení. Při kláštorech vznikají hospitaly, kde je sociální péče poskytována. Mimochodem, zmínka o prvním hospitalu na Moravě je z 11. století v Olomouci.

Musíme si ale uvědomit, že vládnoucí třída si této činnosti nevšímala, a tak pomoc byla čistě individuální a postihla vždy jen několik jedinců. Většina defektních jedinců byla nadále vykořisťována nucenou žebrotou.

Po dlouhou dobu bylo léčení duševně nemocných neřešitelné. Klidní nemocní byli přijímáni do klášterních špitálů a tam zanecháni svému osudu, nebo o ně bylo postaráno v komunitě středověkého venkova. Osud neklidných se podobal postavení vězňů, byli zavíráni v celách, připoutáni řetězy, žili v nehygienických podmínkách a jediným „léčebným“ prostředkem byly dŮtky nebo kádě se studenou vodou.

Ve středověku nepanuje jen většinový postoj k duševní chorobě jako k posedlosti ďáblem. Připouští se i možnost racionální, přírodovědecké interpretace duševní nemoci. Ve 14. a 15. století se evropští lékaři seznamují se znalostmi starých Řeků a Římanů o slabomyslnosti.

I přesto ve středověké společnosti žádná velká tolerance k šílencům neexistovala, i když někteří našli uplatnění v blízkosti nejvyšších míst středověké hierarchie. Byli ti postavy bláznů a šašků, kteří svými komickými radami obveselovali panovníka.

Za zmínku stojí i budování tzv. věží bláznů nebo klecí bláznů. Sem byli zavíráni agresivní duševně nemocní a ti, o které se okolí odmítlo postarat. Veřejnost se na ně chodila za poplatek dívat. (Černoušek, 1994).

Krise a rozpad středověké kultury, jejích tradičních hodnot, přinesly sociální změny, novou ekonomiku a nový životní styl. Možná proto Foucault vidí symbolický význam v „lodi bláznů“, která brázdila říční cesty Vlámka a celého Porýní. Na lodi

byli choromyslní vyloučení z lidské společnosti . Pluli od města k městu bez možnosti vystoupit. Existence „lodi bláznů“ není historicky doložena. Můžeme ji chápat jako symbol rozpadu středověké společnosti i jako formu předpsychiatrické instituce, kterou se společnost bránila duševní nemoci. (Foucault, 1994).

2.3 Novověk

Novověk lze rozdělit na období renesance (16.- 17. století) a osvícenství (18. století). V této době byl názor společnosti na slabomyslné stále rozporuplný. Slabomyslní byli zavíráni do věznic, nebo vyobcováni ze společnosti. Naproti tomu v obecních špitálech vznikaly ochranné prostory pro „šílence“, zárodek jakési přednemocniční péče. (Černoušek, 1990).

V období renesance se začínají rozvíjet humanistické tendence a názory na slabomyslné, mění se vztah společnosti k defektním osobám, do popředí vystupují osvícenské názory na jejich výchovu a vzdělání. Objevují se první myslitelé, kteří se zajímají o slabomyslné, o jejich péči, o jejich možnosti výchovy a vzdělání.

Tak v roce 1543 v Mohuči napsal Petr Jordan knihu, kde popsal způsob, jak učit děti nedostatečného rozumu. Proti zájmu a péči o slabomyslné se postavil náboženský reformátor Martin Luther (1483- 1546), který věřil v posedlost ďáblem a tyto jedince doporučoval fyzicky likvidovat. (Zeman, 1939).

Od 16. století můžeme pozorovat první náznaky soustavnějšího sledování slabomyslných. Duševními chorobami se zabýval Johannes Weyer (1515 – 1588). Posedlost ďáblem vysvětloval medicínsky jako symptomy určitých poruch. Snažil se prosadit humánní zacházení s duševně nemocnými. Napsal spis „O klamech démonů“, namířený proti víře v čarodějnice.

Jeho současník basilejský lékař Felix Platter (1536 – 1614) byl prvním, kdo rozeznal mezi duševními poruchami formu s charakterem trvalého poškození intelektu. Sestavil první vědeckou klasifikaci duševních nemocí a rozdělil ji na 4 druhy:

- imbecilita (slabomyslnost)
- choromyslnost
- zádumčivost
- znavenost (apatie).

V období renesance se o osud slabomyslných začínají zajímat i pedagogové, z nichž nejvýznamnější byl Jan Ámos Komenský (1592 – 1670). Byl hluboce přesvědčen o možnosti výchovy a vzdělávání defektních dětí. Ve svém pedagogickém díle „Velká didaktika“ vyzýval ke změně postojů společnosti k slabomyslným dětem. Poukázal na individuální rozdíly mezi nimi. Tvrdil, že v každém člověku jsou možnosti, které by se měly zachytit a dále rozvíjet. Z toho vyplýval požadavek výchovy a vzdělání pro všechny děti. Napsal první učebnici čtení pro zaostalé děti. Komenský dělil děti do šesti skupin podle nadání:

- děti vtipné, chtivé, povolné
- děti vtipné, povolné, váhavé
- děti vtipné, ale svémyslné
- děti povolné, vtipné, ale tupé
- děti hloupé a nechtivé
- děti hloupé a vzpurné.

Komenský dospěl k velice modernímu stanovisku o možnostech výchovy a vzdělávání slabomyslných dětí a následujícím generacím pedagogů ukázal cestu k nápravě. (Kysučan, 1986).

Od konce 17. století a po celé 18. století se ozývaly hlasy za oddělení slabomyslných od vězňů, nemocných, chudých a tuláků.

Velký obrat v nazírání na duševně nemocné v celé Evropě způsobil francouzský lékař Filip Pinel (1745 – 1826). Pracoval jako lékař a psychiatr v pařížském Hospice de Bicetre. Propagoval lidský vztah k duševně nemocným. Jeho zásluhou nebyli nemocní vsazováni do okovů. Poukazoval na to, že slabomyslní nejsou viníci, kteří si zaslouží trest. Kladl důraz na přátelský přístup k duševně nemocným, laskavost a pochopení. Ke zlepšení jejich stavu doporučoval lehkou smysluplnou práci, slušné zacházení a zklidňující slova.

Pinelův žák Jean Etienne Dominique Esquirol (1772 – 1840) byl reformátorem v péči o slabomyslné. Přesněji rozlišil vrozenou a získanou slabomyslnost a vysvětlil, že slabomyslnost není nemoc, ale stav, při kterém se nikdy neobjevily rozumové schopnosti. V podstatě vybudoval základy klinického výzkumu slabomyslnosti. (Kysučan, 1986).

Po velké francouzské revoluci zavládly ideje humanismu. Pomoc slabomyslným nebyla chápána jako milosrdenství, ale jako povinnost státu. Například Dekretem

Napoleonovým z roku 1803 bylo stanoveno, aby sirotky, chudé a opuštěné děti byly přijímány do zvláštních útulků a potom umístovány do rodin. (Řezanina, 1931).

Konec 18. a začátek 19. století byla doba, kdy byly známy teoretické úvahy o výchově a vzdělávání slabomyslných dětí z pera Komenského, ale péče o slabomyslné byla soustředována do klášterů a nemocnic, nebo byla poskytována neplánovitě a nekoordinovaně jednotlivci, což neodpovídalo systematické péči o tyto jedince.

Až rozvoj lékařských věd a změny ekonomických podmínek na počátku 19. století přinesly začátky praktické a soustavné péče o slabomyslné. Byly zakládány ústavy, které už nebyly pouze azyly, ale byly rehabilitačními zařízeními. (Ludvík, 1956).

3 POČÁTKY SYSTÉMOVÉHO ŘEŠENÍ PÉČE O SLABOMYSLNÉ

3.1 Sociální péče

Každý člověk má právo na důstojný život, na zdraví a na zajištění jak hmotných (strava, bydlení, ošacení), tak duševních potřeb (vzdělání, zábava). Lidé, kteří strádají svojí vinou či nezaviněně jsou odkázáni na pomoc společnosti, na sociální pomoc. Nejde jen o tělesně nebo zdravotně postižené, ale i ty, kteří jsou na sociální pomoc odkázáni dočasně z důvodu nemoci, úrazu nebo živelné pohromy.

Ve společnosti stále panovaly dva rozdílné názory na poskytování sociální péče potřebným. Zastánci selekční teorie Darwina a Spencera poukazovali na to, že sociální péče o tělesně nebo duševně zatížené jedince je proti přírodnímu výběru. Podle této teorie přežijí jen zdatní, zdraví a silní jedinci. Naopak zásada humanity poukazovala na to, že poskytnutím sociální péče se zachová řada zdatných jedinců, kteří byli postiženi nepříznivými okolnostmi. (Řezanina, 1931).

Zásada humanity zvítězila, a tak byly zakládány ústavy pro slabomyslné. První ústav pro slabomyslné děti byl založen v roce 1828 v Bicetre v Paříži ve Francii lékařem Ferrusem. Následovaly další lékaři v jiných zemích, např. Guggenmoos v Solnohradě, Guggenbühl ve Švýcarsku, Saegert v Berlíně (rok 1842). Roku 1846 založil ústav Kern v Lipsku, od roku 1848 se začaly zřizovat ústavy v Anglii a v Americe, v Rakousku byl založen ústav Levana (rok 1856). V Čechách byl první soukromý ústav pro slabomyslné založen v Praze roku 1871 (viz kapitola Ernestinum). V zemi Moravskoslezské to byl ústav na Velehradě, v Brně a ve Fryštáku. Na Slovensku ústavy v Plešivci a v Petrovjanech. Péči o slabomyslné děti poskytoval i Spolek pro péči o slabomyslné v R. Č. S. nebo Spolek pro péči duševně úchylných v Brně. (Mauer, 1914).

Řezanina píše, že ústavní péče byla poskytována za úplatu. Pokud se jednalo o dítě nemajetných rodičů, platili ústavu příspěvek 20 – 30 korun měsíčně. Na dítě, které pobíralo sirotčí důchod a bylo umístěno v ústavu, přispíval poručenský soud částkou 50 korun měsíčně. Výše příspěvku na děti majetných rodičů byla určena dohodou. Stejně tak se výše příspěvku určovala i v soukromých ústavech.

Dále podotýká, že péče o dítě je ve všech kulturních státech právem a povinností jeho rodičů. Pokud rodiče zemřou, nebo dítě opustí z důvodu své nezodpovědnosti, nebo pro tělesné nebo duševní postižení dítěte, je úkolem sociální politiky státu se o dítě postarat a zabezpečit jeho budoucnost. (Řezanina, 1931).

Nejen církevní nebo soukromé ústavy pro slabomyslné děti se zabývaly péčí o ně. Zeman ve své publikaci uvádí: „*Péče o slabomyslné znamená také boj proti sociální patologii, neboť slabomyslní bývají obtíží rodiny, obce, země, jsou živlem neproduktivním, matný rozum jejich nerozezná vždycky dobro od zla, zhusta přicházejí do konfliktu se společenským řádem buď jako tuláci a žebráci nebo prostitutky, jako pachatelé asociálních činů*“. (Zeman, 1939, s.23).

A tak na pražském policejním ředitelství bylo na popud vrchního policejního rady jistého Jana Schneidra zřízeno sociální oddělení pro boj proti prostituci, žebrání a jiným nežádoucím společenským jevům. Sociální oddělení mělo za úkol podchytit ohrožené jedince a pokusit se o jejich převýchovu. Schneider se zajímal o osudy slabomyslných dětí, které dokončily pomocnou školu a pomáhal při zakládání zemědělských kolonií a zprostředkovatelen práce. (Zeman, 1939).

3.2 Ernestinum a další ústavy v Čechách

V Českých zemích jsou počátky péče o slabomyslné vymezeny rokem 1871. V tomto roce byl založen první soukromý ústav pro slabomyslné v Praze. Na jeho zřízení měl zásluhu Spolek paní sv. Anny, který financoval a podporoval péči o slabomyslné děti v Čechách. Prvním ředitelem ústavu se stal Karel Slavoj Amerling (1807 – 1884).

Amerling ve své práci se slabomyslnými šířil zásady Komenského, hlavně zásadu názornosti. Slabomyslnost třídil podle tělesného vzezření, ne podle vzdělavatelnosti. Studoval tělesné abnormality chovanců, jejich nehty, chrup, vlasy. Kladl důraz na tělesnou výchovu, zpěv a ruční práce, aby se chovanci dokázali uživit. V ústavu vládl pevný režim, den byl rozdělen na 8 hodin spánku, 8 hodin přípravy a odpočinku a 8 hodin práce a učení. Obsah vyučování se zaměřoval na získání základních životních dovedností jako např. hygiena, nákup, ochrana zdraví, oblékání. Částečně také realizoval svůj systém denní, týdenní a roční školy. Po smrti Amerlinga vedla ústav jeho manželka Svatava a později Amerlingův synovec Čeněk Amerling.

Od roku 1902 ústav vedl Karel Herfort (1871 – 1940). Chtěl jít ve stopách Amerlinga, a proto pozoroval a studoval chovance ústavu. Zavedl osobní archy chovanců, antropometrická měření a lékařské chorobopisy. Vypracoval desítky rodokmenů slabomyslných. Zdůrazňoval nutnost těsné a stálé spolupráce mezi lékaři a pedagogy ústavu. Jeho návštěvy v zahraničních ústavech a setkání s mnoha zahraničními autoritami z oboru měly vliv na to, že pod jeho vedením ústav dosáhl výborných výchovných výsledků.

Herfort dělil slabomyslnost do dvou skupin. V první rozlišoval, zda je slabomyslnost vrozená nebo získaná po 4. roce věku (demence). Jeho druhé dělení bylo podle vzdělavatelnosti slabomyslných:

- debil – dítě schopné výchovy a vzdělávání
- imbecil – dítě schopné výchovy, ne však vzdělání
- idiot – dítě neschopné výchovy ani vzdělání.

Kladl důraz na rozvíjení motoriky a na odstraňování vad řeči. Opatřoval učební pomůcky pro slabomyslné. (Zeman, 1939).

Malé svědectví z činnosti Ernestina nám zanechává páter Ludvík Bláha, který sepsal pár postřehů ze života chovanců v roce 1921. Škola v ústavu měla tři třídy, kde se dopoledne vyučovalo čtení, psaní, počty, náboženství, zeměpis, dějepis a přírodopis. Odpoledne se děti věnovaly ručním pracím v košíkářských, obuvnických, čalounických a natěračských dílnách, pracovaly také na zahradě. Podotýká, že v péči o slabomyslné je potřeba velké trpělivosti, vytrvalosti, soucitu a lásky. (Bláha, 1921).

Druhý ústav v Čechách byl založen Českou zemskou komisí v roce 1910 v Hradci Králové a byl určen slabomyslným chlapcům. Další vznikly v Opařanech, v Hloubětíně z iniciativy Spolku pro péči o slabomyslné v republice Československé a ve Slatiňanech u Chrudimi, kde byli umisťováni slabomyslní s těžkou formou postižení. (Ludvík, 1956).

3.3 Ústavní péče o slabomyslné na Moravě

Situaci na Moravě koncem 19. a začátkem 20. století popisuje Mühlpachr stručně výčtem ústavů pro slabomyslné. V roce 1889 byl v Opavě otevřen Slezský zemský ústav pro duševně choré. Pro nedostatek míst byl v roce 1893 vybudován nový Zemský ústav pro duševně choré pro spádovou oblast severní Moravy ve Šternberku.

Počátkem 20. století vznikla Moravská zemská filiálka ústavu pro choromyslné v Jihlavě pro spádovou oblast Brna. Roku 1908 byl otevřen Zemský léčebný ústav císaře Františka Josefa I. v Kroměříži, kde bylo dosaženo vysokého světového standardu koncepce péče o slabomyslné. V roce 1922 z filiálky v Jihlavě vzniká Moravský zemský chorobinec a až roku 1934 je zřízena nová Zemská léčebna pro duševně a nervově choré. (Mühlpachr, 2001).

Bláha nám podrobněji uvádí, že počátkem 20. století byly na Moravě dva církevní ústavy. První v roce 1913 založila v Brně Cecilie Nesvadbová. Ústav byl udržován z veřejných sbírek a darů od dobrodinců. V ústavu byl internát pro chlapce a děvčata a později dvojtřídní pomocná škola. V roce 1919 se ústav rozdělil, slabomyslné dívky zůstaly v Brně a slabomyslní chlapci se přestěhovali do ústavu ve Střelcích u Brna. V obou ústavech se na výchově a vzdělávání slabomyslných podíleli podobně jako v pražském ústavu Ernestinu.

Druhý ústav na Moravě Charitas ve Fryštáku založily v roce 1919 Školské sestry Neposkvrněného Početí Panny Marie. Ústav podporovaly svým nákladem a z příspěvků dobrodinců. V ústavu bylo oddělení pro těžce duševně nemocné děti. (Bláha, 1921).

3.4 Zakládání pomocných škol

Na sklonku 19.století bylo všeobecně známé, že slabomyslnost je trvalý stav a nelze ji vyléčit. Pedagogové té doby mínili, že je třeba podporovat to, co je člověku přirozeně dané. Prosazovali, že se slabomyslní mohou učit a vychovávat. Učení mělo být přizpůsobeno jejich povaze a důležitou složkou měla být příprava pro praktický život.

Významným mezníkem v péči o slabomyslné byl rok 1896, kdy byla na obecné škole U sv. Jakuba v Praze zřízena pomocná třída. Byla zřízena na podnět Jana Šauera z Augenburku, který poznal, že „duševně vadné“ děti nemohou být vzdělávány společně s ostatními dětmi. První pomocná třída mimo Prahu byla otevřena v roce 1908 v Kladně. (Ludvík, 1956).

Zeman k tomu poznamenává: *„Trvalo velmi dlouho, než se veřejnost obrátila k lidem neplnomyslným, duševně úchylným, neduživým a antisociálním a než si i sama věda lékařská, psychologie, pedagogika i sociologie ujasnila pojem jednotlivých*

úchylek, jejich příčiny, vznik, léčbu a než se přišlo k poznání, že i slabomyslné děti nutno vychovávat a to způsobem odchylným od výchovy dětí normálních.“ (Zeman, 1939, s.3).

Počátkem 20. století, které bylo vyhlášeno za „století dítěte“, se zvýšil zájem o řešení otázky pomocného školství. Významným iniciátorem byl František Čáda (1865 – 1918). Pod jeho vlivem začalo přibývat pomocných škol. Organizoval přednášky, v letech 1909 – 1913 uspořádal tři sjezdy pro péči o slabomyslné a pomocné školství, kde poukazoval na nutnost zabývat se péčí o slabomyslné a potřebu seznámit veřejnost s pomocným školstvím. Za důležitou považoval spolupráci mezi lékaři, učiteli a rodiči slabomyslných dětí. František Čáda byl jedním ze zakladatelů Českého pedologického ústavu v Praze v roce 1910.

Na rozvoj péče o slabomyslné děti měly vliv i některé instituce, např. zemské péče o mládež a jejich odbory, okresní péče. V Čechách byly založeny roku 1907 po sjezdu „Vše pro dítě“ ve Vídni. Velký vliv na budování pomocného školství měl právě pedologický ústav, který pořádal kurzy, přednášky, výstavy a sjezdy pro výzkum dítěte. (Ludvík, 1956).

Na počátku 20. století byla situace v péči o slabomyslné děti v Čechách mnohem příznivější než na Moravě. První pomocná škola byla otevřena v Brně roku 1919 a zanedlouho v Olomouci 7. ledna 1920. Mezi první propagátory pomocného školství na Moravě patřil Konrád Sedláček (1876 – 1939). V roce 1907 napsal publikaci „Zachraňte slabomyslné“, což byl první samostatný spis o pomocném školství. Sedláček se stal prvním ředitelem pomocné školy v Olomouci. Školu modernizoval a materiálně ji vybavil a roku 1922 byla škola již trojtřídní. Na Slovensku byla první pomocná třída otevřena v Bratislavě roku 1924. (Kysučan, 1986).

3.5 Nástin vývoje péče o slabomyslné v některých zákonných opatřeních

Otázka pomocných škol a ústavů pro slabomyslné nebyla jen otázkou pedagogickou a školskou, ale hlavně sociálně politickou. Péče o slabomyslnou mládež nebyla upravena školským zákonodárstvím, i když snahy o začlenění péče o slabomyslné do zákona jsou doloženy už z doby Marie Terezie. Jak nám přibližuje Kysučan, v Tereziánském školním řádu z roku 1774 byl zaznamenán první projev

právního zájmu o řešení výchovy neprospívajících dětí. Dítě se nemělo trestat pro malé nadání, nemělo být vylučováno z vyučování, ale mělo být drženo v pozornosti.

Občanský zákoník z roku 1811, zajímavostí je, že s dílčími úpravami platil až do roku 1950, upravoval péči o zdárný tělesný, rozumový a zdravotní vývoj dítěte jako povinnost rodičů k manželským dětem. Duševně nemocní podle zákona nemohli uzavírat manželství a před soudem za ně musel jednat opatrovník.

V zákoně o domovském právu z roku 1863 bylo ustanoveno, že ústavy pro duševně „vadné“ mají vydržovat zemská zastupitelstva. Platnost zákona se nijak neprojevila.

Zákon o obecných školách z roku 1869, novelizován byl v roce 1883, nařizoval, aby slabomyslné děti, kterým jejich stav překáží při návštěvě školy, byly osvobozeny od školní docházky. Stejná situace byla na Slovensku. Tam otázku školní docházky slabomyslných dětí upravoval Uherský školský zákon z roku 1868.

V bývalém Rakousku-Uhersku se právní úprava výuky slabomyslných dětí vyvíjela pozvolna v rámci ustanovení o činnosti ústavů pro nevidomé a neslyšící.

Říšský zákon z roku 1869 ponechal péči o slabomyslné na zemských zastupitelstvech. V zemském zákonodárství ale tato péče zakotvena nebyla. Stejně jako u v zákoně o domovském právu z roku 1863.

Až v ministerském výnosu z roku 1905 se povolovalo, ale nenařizovalo, zakládání pomocných nebo podpůrných tříd.

7. května 1907 byl výnosem ministerstva kultury a vyučování stanoven konkrétní program péče o slabomyslné. Vymezoval podmínky pro přijetí dítěte do pomocné školy, určoval základní organizační zásady pomocné školy. Tento výnos byl nejdříve zveřejněn na Moravě díky Zemské školní radě.

Pro slabomyslné děti umístěné v ústavech nebyla školní docházka povinná. Teprve v roce 1928 vydalo ministerstvo školství a národní osvěty společnou normu pro ústavy Učební osnovy a výchovné směrnice škol dětí úchylných.

Velice důležité bylo přijetí zákona č. 86, o pomocných školách ze dne 24. 5. 1929. Školství pro slabomyslné tak dostalo zákonný podklad. Zákon i přes svou pokrokovost nevyřešil otázku poskytování vzdělání všem slabomyslným dětem. (Kysučan, 1986).

Péče o slabomyslné děti byla podchycena i v jiných zákonech, např.: zákon č. 91 z roku 1918 upravoval dětskou výdělečnou práci, zákon č. 256 z roku 1920, o

ochraně dětí v cizí péči nebo zákon z roku 1931, o trestním soudnictví nad mládeží. (Zeman, 1939).

3.6 Meziválečné a poválečné období

V období mezi lety 1918 až 1939 se objevují další osobnosti, které se zajímali o otázku výchovy a vzdělávání mentálně postižených dětí a mládeže. Byli to například Otakar Chlup, Josef Zapletal, Karel Beneš nebo Vlasta Novotná, která v roce 1929 vydala první učebnici pro pomocné školy. (Kysučan, 1986).

Jako protiváha k těmto počínům byl v Německu v roce 1920 vydán spis lipského právníka Karla Bindinga a freiburského psychiatra Alfreda Hocheho s názvem „Povolení zničit bezcenné životy. Jejich míra a forma.“ Hoche byl přesvědčen, že odstraňování duševně mrtvých jedinců není zločin, nemorální jednání ani citová hrubost naopak je to racionální a užitečný akt. Tvrdil, že existence „totálních idiotů“ zatěžuje společnost. Jejich likvidace by měla být schválena společností a úředně povolena. Tyto teze posloužily jako základ pro ideologii nacionálních socialistů, kteří razili heslo: „zničení nehodnotného života“ a masově vraždili lidi z důvodu jejich duševní nemoci nebo z rasových důvodů. (Kronika medicíny, 1994).

Ve válečných letech 1939 až 1945 byla zřetelná stagnace a úpadek všech typů škol. Humánní poslání škol pro defektní děti se neshodovalo s fašistickou ideologií německých okupantů. Léčebny a ústavy se přeměnily na vojenské nemocnice.

Do roku 1948 se zájem státu a samosprávných svazků upíral jen na materiální pomoc při úhradě schodku provozu ústavů. I přes toto se v ústavech vytvářela tradice zásluhou vynikajících lékařů, učitelů a sociálních pracovníků, kteří přes nepříznivé podmínky dali základ dnešní speciální pedagogice. Organizovali spolky, sjezdy, vydávali odborné časopisy a starali se o další vzdělávání učitelů dlouho bez pomoci státu. (Defektologický slovník, 1984).

Období po roce 1945 přináší nový pohled na výchovu a vzdělávání postižených, byla snaha o demokratizaci našeho školství a o realizaci zásad socialistického humanismu. Postupně byly přijímány školské zákony, ve kterých byly konkrétní body o výchově a vzdělávání mentálně postižených dětí a mládeže.

Např.:

- Zákon č. 95/1948 Sb., o jednotném školství. Zařazuje výchovu a vyučování postižených dětí do jednotného školského systému s pojmenováním „mládež vyžadující zvláštní péči“.
- Zákon č. 31/1953 Sb., školský zákon. Dochází ke zřizování zvláštních učňovských škol.
- Zákon č. 188/1960 Sb., školský zákon. V zákoně byla zajištěna institucionální předškolní výchova mentálně postižených dětí.

Po roce 1948 vznikají stále nové ústavy pro imbecilní a idiotické děti a mládež. (Kysučan, 1986).

4 NOVÝ VĚDNÍ OBOR - SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

4.1 Počátky speciální pedagogiky a sjednocení terminologie

S rozvojem pomocného školství se objevovala otázka nového pedagogického oboru, který by se zabýval výchovou a vzděláváním slabomyslných dětí. V naší i zahraniční odborné literatuře byla velká nejednotnost v používání terminologie, jak u samotného označení defektu, tak i z rozdílného historického chápání významu některých pojmů.

Názory na výchovu defektních dětí byly uváděny ne v pedagogických, ale v přírodovědných, lékařských, biologických, psychologických, historických a filozofických spisech. Po celé 19. století se odehrával proces sbližování speciální výchovy hluchoněmých, slepých a slabomyslných s myšlenkami obecné pedagogiky (myšlenky J. A. Komenského, J. J. Rousseaua, J. H. Pestalozziho). Až do počátku 20. století si speciální pedagogika půjčovala nebo mechanicky přebírala ideje z obecné pedagogiky. Teprve na počátku 20. století se začíná správně chápat poměr obou těchto disciplín. Výsledky obecné pedagogiky nelze automaticky aplikovat na mládež vyžadující zvláštní péči. (Defektologický slovník, 1984).

Speciální pedagogika je poměrně historicky mladá vědní disciplína. Její vývoj souvisí s rozvojem sociální, zdravotnické a pedagogické péče o defektní jedince. Speciální pedagogika jako teoretická disciplína začala být uznávána koncem 19. a počátkem 20. století., její pojetí se postupně měnilo a specifikovalo. (Renotierová, Ludíková, 2004).

V roce 1911 byl v Německu zaveden pojem léčebná pedagogika (Heilpädagogik). V českých zemích se tento pojem neujal.

Ve druhé polovině 19. století a počátkem 20. století vznikají v Praze, v Čechách a na Moravě střediska odborné péče o postižené. Vydávají se první české učebnice pro postižené. V období 1901 –1913 se konaly tři české sjezdy pro péči o slabomyslné a školství pomocné. Vznikla nová vědní disciplína pedologie. Jejím představitelem byl František Čáda (1865 – 1918). Pedologie zahrnovala teorii výchovy mládeže a hygienu mládeže. Čáda kladl důraz na to, *že dítě má nárok na vlastní právo, dětskou svéráznost a dětské hodnoty.*“ (Renotierová, Ludíková, 2004, s.10).

V období 1. světové války a po ní vznikla potřeba řešení sociálních problémů, k nimž patřili i děti a mládež „abnormní“. Vznikla pedopatologie a Fr. Čáda poprvé užil pojem „děti úchylné“. Od roku 1925 vycházel 1. samostatný odborný časopis „Úchylná mládež“.

Na počátku 20. století se v naší odborné terminologii vžil pojem nápravná pedagogika, který zavedl významný teoretik 1. republiky Jan Mauer (1878 – 1937). Rozlišoval dva základní pojmy – pedopatologie jako teorie o dětech úchylných a nápravná pedagogika jako praktická nauka o výchově dětí úchylných. Podle Mauera „napravit“ neznamenalo odstranit vadu, ale velmi časté zlepšení působením výchovy na slabomyslné děti. Nápravná pedagogika dosáhla největšího pokroku ve výchově a vzdělávání tělesně postižených, dala základy pro rehabilitační péči a integraci postižených mezi zdravé. (Renotierová, Ludíková, 2004).

V 50. letech 20. století pojem nápravná pedagogika postupně z terminologie mizí, jelikož podstata práce ve školách a v zařízeních pro děti a mládež vyžadujících zvláštní péči nespočívala v nápravě. (Edelsberger, 1964).

Další označení pro výchovu a vzdělávání dětí s postižením užil antropolog František Štampach (1895 – 1976). Označil ji jako sociální pedagogiku. Snažil se vymezit obecnou teorii pro nápravu vad a chorob mládeže. Použil termín pedagogická defektologie, která měla zkoumat formy a příčiny poruch a obtíží, jenž se mohou vyskytnout ve výchovném procesu. (Renotierová, Ludíková, 2004).

Péče o osoby se sníženými schopnostmi záležela také na vývoji společnosti. Naše socialistická společnost měla za úkol věnovat pozornost a péči všem potřebným. Péče o postižené byla zájmem celé společnosti a pomoc byla součástí státní politiky. Cílem bylo zařazení postiženého jedince do společnosti jako rovnocenného člena.

Názvosloví stále nebylo sjednoceno. Postižení byli označováni jako neplnomyslní, úchylná mládež, vadná mládež, mládež tělesně, duševně a smyslově vadná nebo mládež vyžadující zvláštní péči.

Po roce 1948 se začala budovat speciální pedagogika na základě marxismu-leninismu. Po sovětském vzoru se speciální výchova defektních dětí začala označovat jako defektologie. Defektologie byla věda o zákonitostech rozvoje, výchovy a vyučování dětí s tělesnými nebo duševními vadami. Snažila se o vypracování metod výzkumu defektních dětí, stanovení prostředků kompenzace defektů v rozvoji dítěte, o vypracování obecných základů systému výchovy a vyučování a zařazení dětí do výrobní činnosti. (Edelsberger, 1964).

Slovy Miloše Sováka (1905 – 1989) defektologie zkoumá, co je příčinou a podstatou defektů, jaký vliv a důsledky má defekt na psychiku a na společenské vztahy postiženého člověka, jaké jsou možnosti odstranění nebo omezování důsledků defektů. (Sovák, 1983).

V roce 1965 Ludvík Edelsberger užil pojem speciální pedagogika defektologická. V roce 1972 definitivně zavedl pojem speciální pedagogika Miloš Sovák, současně speciální školství označil jako „školství pro mládež vyžadující zvláštní péči“.

Pojem speciální pedagogika se ustálil jako označení vědní disciplíny, „*kteřá se zabývá zákonitostmi rozvoje, výchovy, vzdělávání, přípravy pro pracovní a společenské začlenění postižených jedinců a na řešení výzkumných úkolů vyplývajících z poslání oboru.*“ (Renotierová, Ludíková, 2004, s.13).

Ve světě se pro speciální pedagogiku užívá různých termínů, např. Special Education, Heilpädagogik, Sonderpädagogik. (Renotierová, Ludíková, 2004).

4.2 Pojem speciální pedagogika, její předmět a cíl

Speciální pedagogika v širším slova smyslu je každá speciálně zaměřená pedagogika, která je ve vztahu k obecné pedagogice.

Speciální pedagogika v užším slova smyslu je samostatná vědní disciplína, která zkoumá zákonitosti speciální výchovy a vzdělávání a přípravy pro pracovní a společenské uplatnění handicapovaných jedinců v důsledku smyslového, motorického, mentálního postižení nebo sociálního znevýhodnění.

Dříve se naše speciální pedagogika zaměřovala jen na oblast speciálního vzdělávání a profesní přípravy. V současnosti jsou předmětem zájmu speciální pedagogiky jedinci se speciálními potřebami od narození do stáří a snaha o jejich integraci do běžných školských zařízení a širší společnosti.

Předmětem speciální pedagogiky je zkoumání podstaty a zákonitostí výchovy a vzdělávání jedinců se speciálními potřebami.

Předmětem péče speciální pedagogiky je zdravotně nebo sociálně znevýhodněný člověk, který potřebuje podporu ve výchově, vzdělávání, v přípravě pro pracovní a společenské začlenění.

Cíle speciální pedagogiky vycházejí z principu humanismu a jsou to tyto:

- cíl humanitární - právo postižených na respektování jejich osobnosti

- cíl výchovný - právo postižených na vzdělání, které zajistí jejich optimální rozvoj
- cíl ekonomický – právo postižených na odpovídající pracovní zařazení vzhledem k jejich schopnostem a dovednostem

V praxi je cílem speciální pedagogiky vychovávat a vzdělávat jedince se speciálními potřebami tak, aby se vnitřně vyrovnali se svým postižením a aby se přes všechna omezení dokázali integrovat do pracovního procesu a do společnosti. (Renotíerová in Renotíerová, Ludíková, 2004).

4.3 Vztah speciální pedagogiky k dalším vědním oborům

Speciální pedagogika patří z hlediska svého předmětu do soustavy věd o člověku, v užším pojetí patří do systému pedagogických věd. Speciální pedagogika je provázána s obecnou pedagogikou, v rámci biologických věd vychází z fyziologie a patologie. Velký význam při studiu speciální pedagogiky mají psychologické a sociologické vědní disciplíny jako např. obecná a vývojová psychologie, patopsychologie, psychologie dítěte, sociální psychologie, sociologie.

Za pomocné vědy deskriptivního charakteru můžeme označit vědy lékařské, např. neurologii, foniatrii, psychiatrii, dětské lékařství. Speciální pedagogika využívá poznatků z logiky, etiky a estetiky. Jsou to normativní pomocné vědy.

Specifický vztah má speciální pedagogika k defektologii. V defektologii se dosahuje socializace postižených osob prostřednictvím komplexní rehabilitace, která se člení na léčebně-preventivní, sociální a výchovně-vzdělávací složku. Speciální pedagogika svých cílů dosahuje jen pedagogickými prostředky, tj. výchovou a vzděláváním. Můžeme konstatovat, že defektologie má širší rozsah než speciální pedagogika a spíše jí tvoří biologickou základnu. (Renotíerová in Renotíerová, Ludíková, 2004).

4.4 Členění speciální pedagogiky

Současné členění vychází z pojetí Miloše Sováka, který v roce 1972 definitivně zavedl pojem speciální pedagogika. Každá kategorie postižených jedinců potřebuje

specifické formy výchovy, vzdělávání a přípravy pro pracovní a společenské uplatnění.

Speciální pedagogika se člení na 6 kategorií, ke kterým v posledních letech řadíme další dvě:

- psychopedie - speciální pedagogika mentálně postižených osob, zabývá se zkoumáním příčin, projevů a společenských důsledků mentální retardace, zabývá se teorií výchovy a vzdělávání mentálně retardovaných jedinců (Kysučan, 1986)
- tyflogedie - speciální pedagogika zrakově postižených
- etopedie - speciální pedagogika obtížně vychovatelných, osob s poruchami chování
- logopedie - speciální pedagogika osob s narušenou komunikační schopností
- surdopedie - speciální pedagogika osob sluchově postižených
- somatopedie - speciální pedagogika osob s postižením hybnosti, tj. tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených
- speciální pedagogika osob s vícenásobným postižením – tj. osob s více vadami
- speciální pedagogika osob s parciálními nedostatky – tj. osob se specifickými poruchami učení, chování a pozornosti (Renotierová in Renotierová, Ludíková, 2004).

4.5 Transformace speciální pedagogiky

Své počátky měl systém institucí a forem speciálního vzdělávání dětí s postižením již v posledních desetiletích 19. století (Ernestinum). Jejich působnost však nepřesahovala hranice větších měst. A tak se nabízelo řešit otázku, jak pomáhat dalším potřebným osobám.

Začátkem 20. století a v období 1. republiky byla snaha poskytnout výchovu a vzdělání prakticky všem lidem, i když ještě nemůžeme hovořit o metodách speciální pedagogiky. I přes to byly pokládány základy tzv. speciální péče z řad lékařů, pedagogů, právníků a dalších. Postiženým v daných zařízeních nebylo poskytováno jen zabezpečení sociálního charakteru, ale i výchova a vzdělávání v rámci tehdejších možností.

Naopak v letech 1950 – 1990 do popředí vystupuje prvek segregace. Oddělují se osoby s postižením od ostatní populace, i osoby s jednotlivými druhy postižení. Postupně se segregovaly i společenské instituce z resortů sociálních věcí, zdravotnictví a školství, které se zabývaly péčí o postižené. Spolupráce mezi nimi byla velice omezena. Jednalo se o resortismus, který byl velkou překážkou transformace speciální pedagogiky.

I po celá 90. léta byl resortismus a úřednický systém veřejné správy brzdícím momentem oboru. (Michalík in Renotiérová, Ludíková, 2004).

4.6 Transformace speciálního vzdělávání

Mimo jiné se Česká republika vlivem společensko-politických poměrů stala zemí s děleným školstvím do dvou proudů. Obecné vzdělávání (předškolní, základní, středoškolské) bylo určeno pro fyzicky, mentálně a smyslově zdravé děti a na druhé straně komplex zařízení pro děti, která kritéria zdraví nespĺňovaly. Celý společenský systém podporoval a vyvolával segregaci postižených dětí. Ze vzdělání byly vyčleňovány děti s těžšími stupni mentálního postižení a děti s kombinovanými vadami, stačil jen posudek ředitele příslušné školy. Zejména v letech 1970 - 1989 byla tato praxe běžná.

Výjimečná byla integrace dítěte s postižením do běžné školy s přímluvou jeho rodičů. Vzdělávání takového dítěte bylo ponecháno na libovůli učitele. Tehdejší mocenský a direktivní systém nepočítal s názory rodičů postiženého dítěte. V moci školy bylo přeřadit dítě do jiné školy a zákonným zástupcům dítěte dát tento krok pouze na vědomí!

Tento mocenský systém měl i svá pozitiva. V mnoha školských zařízeních, speciálních školách a některých ústavech pracovala celá řada obětavých a vzdělaných lidí, kteří usilovali o zlepšení podmínek vzdělávání a péče o děti s postižením. Vypracovali tak řadu obecných didaktických zásad a metodických postupů. Byla možnost používat kompenzační a rehabilitační pomůcky, které pro postižené v občanském životě byly nedostupné. Na dobré úrovni byly i studijní materiály k problematice postižených.

Zpravidla se nedařilo prosadit individuální přístup k žákům vyžadujícím zvláštní péči. Přetrvávala představa o nutnosti splnit dané obecné vzdělávací standardy obsažené v tehdejších osnovách.

Děti s postižením vzdělávali odborníci a profesionálové, úloha rodičů a rodiny byla zcela potlačena. Přirozené rodinné, komunitní a širší sociální vazby dítěte byly omezeny na minimum.

Po roce 1990 se majoritní společnost začala seznamovat s existencí svých postižených spoluobčanů. Vznikaly desítky občanských nadací a sdružení, které usilovaly o zrovnoprávnění podmínek života občanů se zdravotním postižením. Na bázi soukromých speciálních institucí byly zaznamenány i nové vzdělávací projekty.

To vše vznikalo většinou z vůle rodičů postižených dětí a části osvětlené odborné společnosti jako reakce na dosud nehumánní instituce ústavního typu. I přes upřímnou snahu pomoci postiženým dětem se zakladatelům nových zařízení nepodařilo překonat tradici a dosavadní odborné zkušenosti profesionálů, kteří pokračovali v dosavadním směru speciálněpedagogické péče. Většinou tato péče pokračovala v lepších prostorových a materiálních podmínkách, humánněji, ale dále v segregaci. Volba segregovaného modelu vzdělávání je chápána a většinově přijímána jako přirozená a odpovídající zájmům a potřebám postiženého dítěte.

Od počátku 90. let byl enormní zájem rodičů o prosazení integrace dětí s postižením mezi děti zdravé. (Michalík in Renotiérová, Ludíková, 2004).

4.6.1 Integrace v současném školství

Základy postupné integrace dětí s postižením do běžných škol byly položeny začátkem 90. let. Mezníkem se stalo přijetí vyhlášky o základních školách v roce 1991. Ta poprvé zmiňovala možnost začleňování dětí s postižením do běžných škol. Důležité je zmínit i mezinárodní dokument, ve kterém je zmíněna forma vzdělávání dětí se zdravotním postižením, a to dokument OSN Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.

Standardní pravidla schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. 12. 1993. Jde o důležitý dokument sloužící zdravotně postiženým a jejich organizacím v národních kampaních za rovnoprávnost. Pravidla nejsou závaznou právní normou. Pro státy světového společenství jsou ale morálním a politickým závazkem. Standardní pravidla mají 22 dílčích oblastí, např. léčebnou péči, rehabilitaci, zaměstnávání,

sociální zabezpečení, kulturu. Vzdělávání zdravotně postižených je věnována oblast č. 6. Prioritou je integrované vzdělávání při zabezpečení všech dostupných podpůrných prostředků, flexibilitě učebních plánů a osnov a adekvátního vzdělání učitelů. Vzdělávání dětí s postižením ve speciálních školách by mělo být výjimečné. Standardní pravidla totiž preferují model integrovaného vzdělávání. (Michalík in Renotiérová, Ludíková, 2004).

Jako aplikace Standardních pravidel sloužil v České republice Národní plán pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, který byl přijat v roce 1998. Posledním realizovaný je Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením z let 2006 – 2009. Za nejvýznamnější pozitivní změnu v oblasti školství v realizovaném Národním plánu lze považovat přijetí nového školského zákona, ve kterém byly zpřesněny podmínky, jejich cílem je umožnit vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením v obou základních proudech vzdělávání – hlavním i speciálním, při respektování základních práv zákonných zástupců dítěte anebo občana se zdravotním postižením. Zároveň byl kladen stále větší důraz na rovný přístup a nediskriminaci těchto osob.

V současnosti je schválena nová podoba Národního plánu na období 2010 - 2014. Obsahově a strukturou vychází z obecných zásad Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, kterou v prosinci 2006 přijalo Valné shromáždění OSN a Česká republika ji ratifikovala v září 2009.

Při zpracování nového Národního plánu byly vybrány pouze ty články Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, které byly nejdůležitější a nejaktuálnější z hlediska vytváření rovnoprávného a nediskriminujícího prostředí pro osoby se zdravotním postižením.

Každá kapitola Národního plánu obsahuje citaci příslušného článku Úmluvy, stručný popis stávajícího stavu a cílů, kterých má být dosaženo, soubor termínovaných a průběžných opatření a uvedení resortu, který je za jejich plnění odpovědný.

Základním cílem Národního plánu na období 2010 - 2014 je uplatňování principu inkluzivního vzdělávání, tzn., že každé dítě má právo na vzdělávání ve škole hlavního vzdělávacího proudu (základního a středního) v místě, kde žije. S tímto cílem souvisí postupné přetváření dosavadního systému škol speciálně zřízených pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením a rozšíření jejich působnosti směrem ke školám

hlavního vzdělávacího proudu, které by měly nově poskytovat odborné, didaktické, metodické a technické zázemí.

K 30. 9. 2008 z celkového počtu 1 713 523 dětí, žáků a studentů mateřských, základních, středních a vyšších odborných škol navštěvovalo tyto školy 60 832 dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením.

Přehled počtu dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením v jednotlivých druzích škol a organizačních formách vzdělávání je v následující tabulce.

Počty, dětí, žáků a studentů v druzích škol		Celkem	Mateřské školy	Základní školy	Střední školy **	Vyšší odborné školy
Celkem		1 713 523	301 620	816 015	567 861	28 027
z toho	s postižením *	60 832	8 338	39 159	13 318	17
	individuální integrace	8 620	1 541	6 290	772	17
	speciální třídy	12 355	3 940	3 010	5 405	0
	speciální školy	39 857	2 857	29 859	7 141	0

* bez specifických poruch učení

** včetně konzervatoří

Přirozeně se také zvyšuje počet zájemců o studium na vysokých školách z řad studentů se zdravotním postižením, kteří byli v minulém období integrováni do běžných středních škol. Vystává aktuální potřeba cíleného systémového řešení vzdělávání lidí se zdravotním postižením v terciárním stupni vzdělávání. Je nezbytné zajistit podmínky pro možnost jejich studia.

Inkluzivní vzdělávání dětí, mládeže a studentů se zdravotním postižením je podmíněno kvalitním zabezpečením podmínek, služeb a opatření v legislativní, pedagogické, personální, ekonomické a technické oblasti. Sem patří změny poradenského systému, dokončení kurikulární reformy, informační činnost a podpora dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků.

Stanovené cíle jsou rozpracovány do konkrétních opatření. Například:

- připravení a přijetí koncepce pro lepší přístupnost škol v hlavním vzdělávacím proudu na všech stupních vzdělávání i pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením
- stanovení podmínek pro poskytování asistenčních služeb v oblasti primárního a sekundárního vzdělávání
- sjednocení metodické, organizační a personální zajištění vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením
- zkvalitnění organizačního, procesního a obsahového rámce speciálně pedagogického poradenství a diagnostiky
- věnování pozornosti vzdělávání dětí, žáků a studentů s lehkým mentálním postižením s cílem odstranit dřívější takřka výlučné vzdělávání těchto žáků ve školách samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením. (www.nrzp.cz).

4.7 Transformace v ústavech sociální péče

Do roku 1990 byly podmínky života lidí s postižením v ústavech výrazně horší než ve školských zařízeních. Nejdůslednější segregace byla v ústavech sociální péče s celoročním provozem. Bydleli zde tisíce lidí celý svůj život v nedůstojných podmínkách bez uspokojování svých přirozených potřeb a bez respektování jejich základních lidských práv. Většina personálu byla bez patřičného vzdělání, rodiče postižených dětí nemohli naprosto nic ovlivnit, chyběla kontrola a dohled ze strany zřizovatelských institucí. Situace v ústavech připomínala vězení a jejich jednání by se dnes dalo označit za omezování osobní svobody. Samozřejmě i zde se našli schopní a obětaví pracovníci. Ještě dlouho po roce 1990 nebyla působnost ústavů sociální péče adekvátně zahrnuta v našem zákonodárství. (Michalík in Renotíerová, Ludíková, 2004).

S podobnými závěry přichází i Mühlpachr. Poukazuje na uzavřenost ústavů sociální péče před veřejností. Personál ústavu byl silným ovlivňujícím činitelem, sloužil postiženým dětem jako model pro identifikaci a napodobování.

Dnes se ústavní péče zaměřuje na potřeby klientů. Hlavní funkce každého ústavu jsou podpora a péče, léčba, výchova a resocializace, omezení, vyloučení a represe. Současně přibývá hodně neústavních forem péče o postižené. Ústavy se otevírají

okolní společnosti, která hledá alternativy ke státem organizované ústavní péči. (Mühlpachr, 2001).

Švarcová poukazuje na předsudky vůči mentálně postiženým, které panovaly v naší společnosti velmi dlouho a stále panují. V předcházejících desetiletích bylo samozřejmé, že mentálně postižený člověk byl umístěn v ústavu sociální péče. Výjimkou byli rodiče, kteří své takto postižené dítě vychovávali doma sami.

Péče o těžce mentálně postižené osoby je velmi náročná a pokud se situace v rodině stávala neúnosnou, bývalo jediným možným řešením umístit dítě do ústavu s celoročním pobytem. Některé ústavy měly zdravotnický režim. V důsledku přemíry volného času postižených a následným projevům neklidu, nekázně či agresivity se toto řešilo podáváním tlumivých léků a prášků na spaní.

Koncem 90. let byla legislativně zahájena transformace velkých ústavů sociální péče pro těžce zdravotně postižené v modernější formy trvalé péče. V těchto zařízeních se má poskytovat zejména bydlení, zaopatření, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče, v případě potřeby osobní vybavení a s přihlédnutím ke stupni postižení též přiměřené pracovní uplatnění. *„Lze pozorovat i změny v materiální oblasti. Dříve se nejtíže mentálně retardovaní zdržovali v téměř holých prostorách svých ubytovacích zařízeních. Tyto prostory se vybavovaly nábytkem co nejméně, protože se vycházelo z toho, že mentálně retardovaní, zejména s těžkým postižením, by zařízení zničili. Pečovatelé zastávali názor, že postiženým jen málo záleží na tom, zda jsou prostory dobře zařízeny a vybaveny. Dnes už víme, že i těžce a hluboce mentálně retardovaní mají velmi mnoho citu pro atmosféru a poznají a uvítají, když se na ní něco zlepší“.* (Švarcová, 2001, s.102-103).

Dnes můžeme sledovat tři základní trendy v péči o osoby s těžkými formami mentálního postižení v ústavech sociální péče. Jedná se o integraci, normalizaci a humanizaci.

Integrace je opak institucionálního přístupu k postiženým. Je to překonání nepřírozeného oddělování jedinců s mentálním postižením od světa nepostižených, zdravých. Nelze ale počítat s tím, že všichni lidé s mentálním postižením se začlení do společnosti, právě naopak. Jen malé procento se plně integruje do společnosti. Integrace umožňuje postiženým žít uvnitř společnosti a dle svých možností se zapojit do různých sociálních aktivit.

Normalizace v ústavní péči znamená, že i tady mohou postižení žít poměrně běžným životem. Chodí do školy, později do zaměstnání, mají své koníčky a zájmy,

své kamarády. U osob s těžkým mentálním postižením snahy o zlepšení kvality života narážejí na jejich vlastní možnosti.

Humanizace péče o mentálně postižené a humanizace celé společnosti spočívá ve vytváření podmínek pro život postižených, v jednání a zacházení s nimi, v potlačování verbálně vyjadřovaných postojů k nim.

V České republice se pro osoby s mentálním postižením zřizují i ústavy s denním a týdenním pobytem. Jsou velkým přínosem pro jejich integraci. Denní ústavy (stacionáře) pečují o osoby s mentálním postižením v době, kdy bývají jejich rodiče v zaměstnání. Týdenní zařízení je kompromis mezi domácí a ústavní péčí. Pro rodiny těchto osob je to ohromná pomoc. Rodina během týdne žije svým běžným životem a o víkendu se věnují svému postiženému dítěti. To neztrácí kontakt s rodinou a domácím prostředím a zároveň není odtrženo od svých kamarádů v zařízení. (Švarcová, 2001).

4.8 Nové trendy v péči o osoby s mentálním postižením

Světové trendy v péči o osoby s mentálním postižením se odklání od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a dávají přednost humánnějším formám péče, která by byla zajišťovaná v chráněných bytech, v zařízeních rodinného typu, ve společných bytech pro několik uživatelů nebo v integrovaném bydlení v běžné zástavbě za pomoci osobních asistentů. I u nás se tyto typy péče dostávají do povědomí a do praxe.

Osobní asistence

- jsou to služby vymezené a řízené uživatelem. Osobní asistence se vnímá jako služba pro osoby s fyzickým postižením (např. příprava jídla, osobní hygiena). V péči o mentálně postižené se osobní asistence jeví jako jedna z progresivních forem. Osobní asistent mentálně postižené osoby nesupluje roli některého z fyzických orgánů postiženého, ale pomáhá kompenzovat závažné nedostatky jeho psychiky. Má velkou míru osobní zodpovědnosti. Mentálně postižený člověk není schopen řídit a organizovat asistentskou péči o sebe. Etickou povinností osobního asistenta je respektovat přání a vůli klienta. Měl by mít základní znalosti o potřebách postiženého, měl by být citlivý a vnímavý, laskavý a mravný, měl by se rozhodovat v zájmu klienta.

Osobní asistent je prostředníkem k dosažení maximálně možné míry osobní nezávislosti zdravotně postižených osob. V České republice se osobní asistenti uplatňují při individuální péči o děti s těžkým postižením, při doprovodu dětí do školy, v individuální péči o dítě v průběhu vyučování, při péči o mentálně postižené v chráněném bydlení, při práci v chráněných dílnách nebo se starají o mentálně postižené v době onemocnění jejich rodičů.

Pěstounská péče

- u nás tato netradiční forma péče o osoby s mentálním postižením není obvyklá. V mnoha zemích je již běžná a je to i otázka společenské prestiže, že rodina k vlastním dětem přijme dítě s mentálním postižením do pěstounské péče.

Neformální komunitní péče

- v některých zemích se rozvíjí péče o osoby s mentálním postižením za pomoci komunity, což znamená pomoc sousedů, přátel rodiny nebo spolupracovníků rodičů postiženého. Péče funguje neformálně na základě přátelských a sousedských vazeb. Např. v Dánsku si rodiny berou na víkend nebo i delší dobu děti s těžkým mentálním postižením, aby si jejich rodiče mohli odpočinout a načerpat nové síly.

Služby dočasné výpomoci

- tyto služby jsou určeny pro osamělé osoby, které pečují o osobu s mentálním postižením. Využívají se v případě, že péči už nemohou zvládat, náhle onemocní, v případě úrazu nebo náhlého zhoršení zdravotního stavu. V našich podmínkách jsou tzv. stanice první pomoci, které blízkým mentálně postižených pomáhají řešit náročné situace. V některých městech jsou rodiče takto postižených dětí v telefonickém spojení a v případě nouze si navzájem pomáhají. I v tomto případě by se daly využít služby osobního asistenta.

Také při práci s osobami s těžkým a hlubokým mentálním postižením se hledají nové formy práce a netradiční technické prostředky. Ty vycházejí z možností a schopností osob s postižením a snaží se respektovat jejich zájmy. Jsou to snoezelen a bílý pokoj.

Snoezelen

- snoezelen vznikl kombinací slov „snuffelen“ - čichat a „doezelen“- dřímat, výraz vznikl v Nizozemí. Je to zvláštní nabídka pro využití volného času pro osoby s těžkým mentálním postižením. Primární zásadou je nechat klientovi

co nejvíc volnosti a času pro označení a zvolení podnětů, které pociťuje jako příjemné. Motivují ho samotné věci a předměty v místnosti, ne doprovodná osoba. Postižený volně nakládá s předměty a materiály. Např. trampolínu může využít k ležení, vodní postel k pohybu jako ve vlnách, hudbu poslouchá z reproduktorů nebo ze sluchátek, čichové vjemy podporuje výběr různých voňavých předmětů, hmatem zkouší povrch materiálů jako je plyš, samet, koberec. Cílem snoezelenu je celkové uvolnění.

Bílý pokoj

- označuje se takto speciálně upravené prostředí psychorelaxační místnosti. Pokoj je izolován od rušivého vlivu okolního prostředí. Postižení se zde přenesou do světa zvuků, světla, barev a fantazie. Postižený pomocí barevných tlačítek ovládá technické zařízení a vytváří si prostředí, které vyhovuje jeho potřebám.

Ze zahraničí se k nám dostávají další formy práce o osoby s těžkým mentálním postižením, především využívání přírodního prostředí k získání nových prožitků. Budují se zahrady pocitů, které nabízí možnosti seberealizace postiženým. (Krejčířová in Renotierová, Ludíková, 2004).

5 PRÁVNÍ RÁMEC OCHRANY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

5.1 Mezinárodní dokumenty z oblasti lidských práv a svobod, úmluvy a doporučení mezinárodních organizací vztahující se k osobám se zdravotním postižením

Lidé s mentálním postižením mají stejná lidská práva jako ostatní. Respektování lidských práv a svobod je základem každé společnosti.

Zájem o lidská práva se začal rozvíjet po 1. světové válce. Součástí Versailleské dohody, která stanovila podmínky míru, bylo založení Společnosti národů a Mezinárodní organizace práce. V roce 1924 byla Společností národů přijata Ženevská deklarace o právech dítěte. (Švarcová, 2001).

Po skončení 2. světové války v roce 1945 vznikla Organizace spojených národů (OSN) a 10. 12. 1948 přijala Všeobecnou deklaraci lidských práv. Deklarace je považována za neformální Ústavu lidských práv a obsahuje přehled lidských práv a svobod. Jen nepřímě se dotýká problematiky handicapovaných. (Michalík, 1993).

V roce 1959 na XIV. zasedání OSN byla vyhlášena a jednomyslně schválena Deklarace práv dítěte.

V 60. letech se začal ozývat hlas organizací rodičů dětí s mentálním postižením. Vznikla Evropská liga společností mentálně handicapovaných, která si dala za cíl hájit zájmy mentálně postižených bez ohledu na národnost, rasu či přesvědčení. V roce 1961 byla přijata Evropská sociální charta, která zůstala po dlouhou dobu jedinou mezinárodní smlouvou o lidských právech, jenž výslovně poukazovala na postižené osoby jako na nositele lidských práv. (Švarcová, 2001).

16. 12. 1966 Valné shromáždění OSN přijalo Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, které u nás vstoupily v platnost až 23. 3. 1976. V paktech není výslovná zmínka o handicapovaných, což může vypovídat o vztahu mezinárodního společenství k nim.

V prosinci 1975 OSN schválilo Deklaraci práv osob se sníženou pracovní schopností. Vyzdvihnout z ní můžeme např. článek 3, který obsahuje úctu k lidské

důstojnosti osoby se sníženou pracovní schopností, v odstavci 6 je zahrnut proces integrace, právo na lékařské a psychologické léčení, právo na vzdělání, v odstavci 8 je zakotveno právo na život ve vlastní rodině.

Činnost vládních mezinárodních orgánů a organizací je doprovázena činností dobrovolných nevládních mezinárodních organizací. V roce 1980 vydala Mezinárodní společnost pro rehabilitaci Chartu na osmdesátá léta. Není to dokument čistě legislativní povahy. Je v něm preferována integrace handicapovaných do společnosti a obsahuje požadavek, aby byly vytvořeny národní orgány, které by spolupracovaly s vrcholnými vládními institucemi a které by řídily a koordinovaly státní politiku péče o handicapované. Na základě tohoto vznikl v České republice v roce 1992 Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. (Michalík, 1993).

Významným dokumentem přijatým v roce 1987 v rámci Rady Evropy byla Evropská konvence o prevenci týrání a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání. Na základě tohoto dokumentu se zkoumá zacházení s lidmi, kteří byli zbaveni svobody. Evropský výbor pro prevenci týrání sleduje dodržování lidských práv v nápravných zařízeních, v psychiatrických léčebnách a dalších institucích, kde jsou umístovány osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům, tedy i lidé s těžkým mentálním postižením.

Dalším důležitým dokumentem schváleným v prosinci 1993 Valným shromážděním OSN byla Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Znamenají silný morální a politický závazek států podnikat akce pro vyrovnávání příležitostí lidí se zdravotním postižením. V České republice byla tato pravidla vydána v roce 1997. (Švarcová, 2001).

5.2 Handicapovaní v českém právním řádu

„Náš právní řád neuvádí žádnou kompletní definici, která by odpověděla na otázku, koho je třeba považovat za handicapovaného. Tento stav je důsledkem toho, že v naší republice neexistuje právní norma, která by ucelenou formou upravovala postavení handicapovaných ve společnosti.“ (Michalík, 1993, s.15). A tato situace trvá dosud a je značně nepřehledná. Zmínky o osobách se zdravotním postižením najdeme v mnoha právních odvětvích. Převažuje právo pracovní a právo sociálního zabezpečení, dále právo občanské, rodinné, správní atd.

Hlavním cílem všech legislativních prací musí být jednoznačná podpora antidiskriminačních tendencí.

Oblast fungování nejvyšších státních orgánů a institucí zahrnuje ústavní právo. Součástí ústavního práva je Listina základních práv a svobod (ústavní zákon č. 2/1993 Sb.), v jejíchž úvodních člancích je potvrzena rovnost všech lidí. Neobsahuje ale výslovné uvedení zákazu diskriminace osob se zdravotním postižením. Jen ve čtvrté hlavě Listiny základních práv a svobod čl. 29, odst. 1 a 2 najdeme zmínku o handicapovaných pouze ve vztahu k potencionálnímu uplatnění na trhu práce. (Michalík in Renotierová, Ludíková, 2004).

Další právní odvětví je občanské právo, které upravuje zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník. Jednotlivá ustanovení mají význam pro všechny občany, to znamená, že i pro občany se zdravotním postižením. Podle tohoto zákona se řeší např. způsobilost k právním úkonům, její omezení nebo zbavení, odpovědnost za škodu, sepsání závěti a další písemné právní úkony postižených, právo na ochranu osobnosti.

Z rodinného práva, jehož normou je zákon č. 94/1963 Sb., zákon o rodině lze pro účely osob se zdravotním postižením vybrat oblast rodičovské zodpovědnosti, její omezení a zbavení, otázky náhradní rodinné výchovy, nebo ústavní výchovy. Velký význam má i problematika výživného, kdy je v zákoně uvedeno, že vyživovací povinnost rodičů k dětem trvá tak dlouho, dokud se nejsou schopny samy žít. Je třeba zajistit řádnou výživu handicapovanému dítěti, pokud má natolik závažné postižení, které vylučuje jeho samostatnou obživu. (Michalík, 1993).

Pracovní právo upravuje zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, který obsahuje značně rozsáhlou problematiku pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením. (www.business.center.cz).

Právo sociálního zabezpečení svou povahou i obsahem výrazně provází občana se zdravotním postižením. Tvoří ho právní předpisy upravující hmotné zabezpečení a služby zabezpečované, regulované a poskytované státem občanům, kteří nemohou být výdělečně činní a jejichž sociální práva zaručená ústavou jsou ohrožena. Patří sem zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších změn, zákon č. 100/1998 Sb., o sociálním zabezpečení a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění zákona č. 227/2009 Sb. s účinností od 1. 7. 2010. (www.wikipedia.org).

ZÁVĚR

Z práce vyplývá, že v průběhu staletí se zájem a péče o osoby s mentálním postižením formovaly velmi pozvolna v závislosti na společenském zřízení. Nikdy vztah k postiženým nebyl jen dobrý nebo špatný. Vždy do popředí vystupoval ten trend, který s sebou přinášela doba, např. vyobcování ze společnosti kdysi a integrace postižených do společnosti dnes.

I v dnešní moderní společnosti mezi lidmi panují předsudky, že osoby s mentálním postižením se mají zavírat do ústavů a neměli by se objevovat mezi zdravými lidmi.

Shodou okolností jsem dne 15. 6. 2010 na internetovém portálu www.novinky.cz objevila zprávu, že ve Šternberské psychiatrické léčebně se šlape po lidské důstojnosti. Pod článkem se rozpoutala bouřlivá diskuze a já ze svého „růžového“ vidění péče o osoby s mentálním postižením musela ustoupit.

Tato práce přiblížila vývoj přístupu k mentálně postiženým teoreticky. Samozřejmě, že se integrace postižených dětí do běžných škol děje a v ústavech sociální péče se o těžce mentálně postižené starají několikanásobně lépe než před rokem 1989. Ne tak se ale děje ve všech zařízeních.

Stále je co zlepšovat hlavně v přístupu nás zdravých k postiženým. Mnoho lidí z oboru nejvíce poukazuje na nedostatek financí v této oblasti, na špatnou organizaci práce, na nedostatek personálu a také na nevhodný přístup ošetřovatelů k postiženým. Toto je obraz dnešní uspěchané doby, kdy mezilidské vztahy jaksi ztrácí na síle. Také státní politika vnímá sociální oblast pouze okrajově.

Přístup společnosti a jednotlivců k osobám s mentálním postižením je velmi široké téma. Při psaní této práce mě napadalo mnoho otázek, které by bylo třeba zodpovědět. O tomto tématu by se dalo psát a psát, ale já doufám, že hlavně v praxi bude vidět změna v přístupu k našim postiženým spoluobčanům.

Seznam prostudované literatury:

- BLÁHA, Ludvík. *Několik kapitol z dějin naší charity*. Olomouc: Arcibiskupská tiskárna, 1921. s. 22 - 28.
- ČERNOUŠEK, Michal. *Historie pojmu duševní zdraví a duševní nemoc. Studie k dějinám psychiatrického myšlení III*. 1. vyd. Praha: Novinář, 1990. 115 s. ISBN 80-7013-047-4.
- ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 228 s. ISBN 80-7169-086-4.
- Defektologický slovník*. 2. upravené vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.
- EDELSBERGER, Ludvík. *Speciální pedagogika defektologická*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.
- FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství v době osvícenství. Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Lidové noviny, 1994. 209 s. ISBN 80-7106-085-2.
- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- KYSUČAN, Jaroslav. *Úvod do psychopedie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1986.
- LANGER, Stanislav. *Mentální retardace. Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. vyd. Hradec Králové: Kotva, 1996. s. 5 - 44. ISBN 80-900254-8-X.
- LUDVÍK, František. *Dějiny defektologie. Historický nárys péče o mládež vyžadující veřejné ochrany a pomoci*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1956. s. 3 - 39.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 2. upravené vyd. Praha: HaH, 1992. s. 14 - 21. ISBN 80-85467-42-9.
- MAUER, Jan. *O výchově slabomyslných a školství pomocném*. Prostějov, 1914.
- MICHALÍK, Jan. *Právní úprava postavení handicapovaných občanů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1993. 72 s. ISBN 80-7067-333-8.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče. Filozoficko-historický přehled*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2001. 49 s. ISBN 80-210-2512-3.
- RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Ludmila, a kol. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. s. 5 - 173. ISBN 80-244-0873-2.

ŘEZANINA, František. *Vychovatelství. Tělověda a zdravotní péče, psychologie, pedagogika a sociální péče*. 2.vyd. Praha: Česká grafická unie, 1931. s. 122 -127, s. 159 - 163.

SCHOTT, Heinz. *Kronika medicíny*. Praha: Fortuna Print, 1994. s. 12 - 402.
ISBN 80-85873-16-8.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 5. upravené vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983. s. 7 - 142.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 178 s.
ISBN 80-7178-506-7.

ZEMAN, Josef. *Črty z pedopatologie*. Praha: Dědictví Komenského, 1928. s. 37 - 76.

ZEMAN, Josef. *Dějiny péče o slabomyslné*. Praha: Spolek pro péči o slabomyslné, 1939.

Elektronické zdroje informací:

<http://www.nrzp.cz/dokumenty/> , čerpáno 10. 6. 2010

<http://novinky.cz/domaci>, čerpáno 15. 6. 2010

<http://atre.cz/zakony/page0048.htm>, čerpáno 10. 6. 2010

<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zakonik-prace>, čerpáno 16. 6. 2010

http://www.zakonik.net/zakon_o_statni_socialni_podpore, čerpáno 16. 6. 2010

http://www.wikipedia.org/wiki/kategorie:pravo_socialniho_zabezpeceni,

čerpáno 16. 6. 2010

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Barbora Jelčová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Pavel Neumeister, PhD.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Historické proměny sociálního pojetí osob s mentálním handicapem.
Název v angličtině:	Historical changes in the social conception of people with mental handicap.
Anotace práce:	Bakalářská práce přibližuje vztah jednotlivců a společnosti k osobám s mentálním postižením z historického hlediska, přes zakládání prvních ústavů a pomocných škol až k vytvoření relativně nového vědního oboru speciální pedagogiky.
Klíčová slova:	mentální retardace, osoby s mentálním postižením, slabomyslnost, sociální péče, pomocné školství, speciální pedagogika
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis draws near the relationship of individuals and community to mentally handicapped people from the historical view-point, starting with the foundation of the first institutions for mentally handicapped and the foundation of associated schools up to the establishment of the relatively new discipline of special education.
Klíčová slova v angličtině:	mental retardation, mentally handicapped people, oligophrenia, social-service work, assistance education, special education
Přílohy vázané v práci:	bez příloh
Rozsah práce:	43 s.
Jazyk práce:	čeština