

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Andrea Kvapilová

III. ročník, kombinované studium

Obor pedagogika – sociální práce

**RODINA S MENTÁLNĚ POSTIŽENÝM
V SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH DÁVEK**

Bakalářská práce

Vedoucí práce PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.

Olomouc 2013

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s pomocí citovaných zdrojů.

Souhlasím, aby moje práce byla uložena na Univerzitě Palackého v knihovně Pedagogické fakulty a ve studijní agendě a dále zpřístupněna ke studijním účelům.

V Litovli dne

.....

Andrea Kvapilová

Děkuji PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D. za odborné a profesionální vedení mé bakalářské práce i za veškeré rady a vstřícný přístup.

Také bych ráda poděkovala svému manželovi a celé své rodině, za podporu, pochopení a pomoc nejen v době psaní bakalářské práce, ale po celou dobu mého studia na vysoké škole.

OBSAH

ÚVOD	9
A) TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 KATEGORIE MENTÁLNÍ RETARDACE	11
1.1 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE	11
1.2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	12
1.3 TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	12
1.4 HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	12
1.5 JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE	13
1.6 NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	13
2 PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE.....	14
3 MOŽNOSTI PREVENCE VZNIKU MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	16
3.1 VÝSKYT MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH V POPULACI	17
3.2 PSYCHICKÉ ZVLÁŠTNOSTI MENTÁLNĚ RETARDOVANÝCH.....	17
4 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	19
4.1 PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ	19
4.2 ŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ	19
4.2.1 Základní škola praktická	20
4.2.2 Základní škola speciální.....	20
4.2.3 Přípravný stupeň základní školy speciální	20
4.2.4 Rehabilitační třídy speciální školy	21
4.3 PROFESNÍ PŘÍPRAVA	22
4.3.1 Odborná učiliště.....	22
4.3.2 Praktické školy	22
4.4 DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ.....	23
5 PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ JEDINCŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	25
5.1 ÚŘAD PRÁCE (ÚP).....	26
6 ÚSTAVY SOCIÁLNÍ PÉČE – DOMOVY PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ (POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB).....	28
7 DÍTĚ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM, V RODINĚ.....	31
8 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	35
8.1 PODMÍNKY NÁROKU	35

8.2	VÝŠE PŘÍSPĚVKU	36
9	REFORMA V SYSTÉMU DÁVEK PRO ZPO	38
B)	PRAKTICKÁ ČÁST.....	41
1	ÚVOD DO PROBLEMATIKY.....	41
1.1	ZÁKLADNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA	41
2	KAZUISTIKY	42
2.1	KAZUISTIKA 1 – DÍVKY SE STŘEDNĚ TĚŽKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ	42
2.2	KAZUISTIKA 2 - CHLAPCE S DIAGNOSTIKOVANÝM INFANTILNÍM AUTISMEM	45
2.3	KAZUISTIKA 3 - MLADÉ ŽENY S LEHKOU FORMOU MENTÁLNÍ RETARDACE, S PŘIDRUŽENOU SLUCHOVOU VADOU	48
2.4	KAZUISTIKA 4 – CHLAPCE S TĚŽKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ ŽIJÍCÍHO V RODINĚ	51
2.5	KAZUISTIKA 5 – DÍVKY SE STŘEDNĚ TĚŽKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ ŽIJÍCÍ VE SPOLEČNÉ DOMÁCNOSTI S PRARODIČI.....	54
2.6	SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ	57
	ZÁVĚR.....	59
	SLOVNÍK CIZÍCH POJMŮ	61
	ANOTACE.....	64

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je seznámení se s problematikou mentálního postižení, včetně jejich finančního zabezpečení, jako jsou sociální dávky či příspěvek na péči. Toto téma jsem si zvolila nejen na základě toho, že se v poslední době často hovoří o mentálně postižených, ale také proto, že se posledních 12 let setkávám s těžce mentálně postiženým člověkem velmi často a chtěla jsem proto vědět o této problematice více. Lidé s mentálním postižením byli pro svou odlišnost vytlačováni ze společnosti. Tato situace se však v poslední době mění a společnost zaujímá k mentálně postiženým jiný postoj. Začíná se hovořit o výchově, vzdělávání, o integraci mentálně postižených i o jejich sociálním zabezpečení.

V šedesátých letech 20. století byla ustanovena Evropská liga společností mentálně handicapovaných, která hájila zájmy postižených. Hlavní snahou bylo zabezpečit postiženým péči v oblasti léčby, vzdělávání, přípravy na povolání, zaměstnání a v oblasti sociálních služeb. Nejdůležitějším požadavkem ligy bylo, aby společnost poskytovala mentálně postiženým služby na základě lidských práv a ne dobročinnosti (Švarcová, 2000).

Práce je rozdělena na dvě části. První část je část teoretická a na ní navazuje část praktická.

Cílem této práce je popsat problematiku mentální retardace, zjistit na jaké dávky a příspěvky mají mentálně retardovaní nárok a v neposlední řadě se seznámit s příběhy takto postižených lidí.

Teoretická část obsahuje celkem 9 kapitol. V prvních třech kapitolách se zabývám charakteristikou jednotlivých kategorií mentální retardace, příčinami vzniku a prevencí vzniku. Druhá polovina teoretické části pojednává o možnostech začlenění postiženého jedince do společnosti, konkrétně o jeho možnostech výchovy, vzdělání a následnému pracovnímu uplatnění. V další kapitole popisují ústavní péči. V posledních třech kapitolách popisují život dítěte s mentálním postižením v rodině, jeho finanční zajištění příspěvkem na péči či sociálními dávkami včetně aktuálních změn, které v této oblasti proběhly v minulém roce, kdy se zrušily některé příspěvky (viz kap. 9) a nově se začaly poskytovat:

- příspěvek na mobilitu,
- příspěvek na zvláštní pomůcku.

Praktická část zahrnuje pět kazuistik. První tři jsou o lidech, se kterými jsem se setkala před lety, když jsem absolvovala praxi pracovníka v sociálních službách a také nyní při absolvování praxe na VŠ. Poslední dvě kazuistiky pojednávají o mentálně postižených jedincích, kteří žijí ve svých rodinách již několik let. Těmito kazuistikami bych se chtěla pokusit zodpovědět otázku, zda může mentálně postižený jedinec rozvíjet své schopnosti a dovednosti v domácím prostředí stejně tak dobře jako v ústavu sociální péče a jaký má vliv na život těchto jedinců stát se svými sociálními dávkami a příspěvky.

A) TEORETICKÁ ČÁST

1 Kategorie mentální retardace

V této kapitole se zaměřím na vymezení mentální retardace tak, jak je uvedena v poslední revizi mezinárodní klasifikace nemocí. „*Od roku 1992 vstoupila v platnost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě*“ (Švarcová 2000, s. 27).

Tato klasifikace rozděluje mentální retardaci do 6 základních kategorií a to na:

- lehkou mentální retardaci,
- středně těžkou mentální retardaci,
- těžkou mentální retardaci,
- hlubokou mentální retardaci,
- jinou mentální retardaci,
- nespecifikovanou mentální retardaci.

V následujících podkapitolách si jednotlivé kategorie rozebereme více.

1.1 Lehká mentální retardace

IQ dosahuje hodnot 50 až 69. U jedinců s lehkou mentální retardací hraje velkou roli dědičnost. První větší problémy nastávají v předškolním věku dítěte. „*Většina lehké mozkové retardace se diagnostikuje až ve věku školní docházky, kdy má dítě nejvýraznější problémy: omezenost logického, abstraktního a mechanického myšlení, je lehce opožděna jemná a hrubá motorika, slabší paměť atd.*“
<http://cs.wikipedia.org/>.

Dle Švarcové (2000) má většina z nich potíže se čtením a psaním. Na druhou stranu jsou schopni bez nějakých větších problémů mluvit, jsou soběstační v sebeobsluze a v dospělosti je většina z nich schopna manuálně pracovat. „*U osob*

s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení“ (Švarcová 2000, s. 28).

1.2 Středně těžká mentální retardace

IQ dosahuje hodnot 35 až 49. Fischer a Škoda (2008) přirovnávají myšlení člověka se středně těžkou mentální retardací k myšlení dítěte předškolního věku.

Dle Švarcové (2000) jsou do této skupiny zařazeni jedinci, u kterých je ve velké míře opožděn vývoj myšlení, řeči i sebeobsluhy. Pod dohledem odborníka jsou jedinci se středně těžkou mentální retardací většinou schopni zvládnout jednoduchou manuální práci, ale vést samostatný život je jen málokdy možný. U velké části takto postižených se objevuje dětský autismus, epilepsie a jiné vývojové a tělesné vady.

1.3 Těžká mentální retardace

IQ dosahuje hodnot 20 až 34. Jedinci trpí značnou poruchou motoriky a dalšími nemocemi, *„které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému“ (Švarcová 2000, s. 29).*

Dle Fischera a Škody (2008) tyto jedinci uvažují na úrovni batolete. V oblasti řeči jsou někteří schopni se naučit jen několik slov, které nejsou dobře artikulovány a někteří nemluví vůbec.

Švarcová (2000) tvrdí, že včasná péče může pomoci k rozvoji myšlení, motoriky, komunikace i soběstačnosti.

1.4 Hluboká mentální retardace

IQ dosahuje hodnot 0 až 19. Dle Fischera a Škody (2008) jsou jedinci schopni nejvýše rozpoznat, co je pro ně známé a co není a podle toho reagovat kladně či záporně. Jsou zcela závislí na péči ostatních.

Dle Švarcové (2000) jsou jedinci s hlubokou mentální retardací velmi omezeni v pohybu. Omezené jsou i možnosti jejich výchovy a vzdělávání. Běžně jsou přidruženy další choroby, epilepsie, autismus, také tělesné vady a poškození zraku nebo sluchu.

1.5 Jiná mentální retardace

Dle Švarcové (2000) se jedná o kategorii mentální retardace, která je použita při nesnadném či nemožném stanovení stupně intelektové retardace např. u nemluvicích, neslyšících, nevidomých jedinců nebo u jedinců s autismem, těžce tělesně postižených jedinců či u jedinců s těžkou poruchou chování.

1.6 Nespecifikovaná mentální retardace

Tento druh kategorie je užit v případě, že je prokázána mentální retardace, ale pro nedostatek informací nelze jedince zařadit do některé z výše uvedených kategorií (Švarcová, 2000).

V této kapitole jsem popisovala rozdělení mentální retardace. Dělení je popsáno postupně od nejlehčí formy postižení k té nejtěžší. V praxi jsem se setkala s prvními třemi kategoriemi, kdy musím dát za pravdu a souhlasit s názory Fischera a Škody (2008), kteří napsali, že myšlení člověka se středně těžkou mentální retardací se dá přirovnat k myšlení dítěte předškolního věku a myšlení člověka s těžkou formou mentální retardace se dá přirovnat k myšlení batolete.

2 Příčiny vzniku mentální retardace

S příchodem mentálně retardovaného dítěte na svět, nebo při pozdějším zjištění, že je dítě mentálně postižené, se rodina a její blízcí zajímají o příčiny vzniku mentálního poškození. Ptají se, proč a jak k tomu mohlo dojít a chtějí od lékařů slyšet jednoznačnou odpověď. K tomuto je vede nejenom strach z budoucnosti, že by i jejich další dítě mohlo být postižené, ale většinou hledají viníka. Obvykle však nikdo takový neexistuje. Mentální postižení může být způsobeno celou řadou příčin (Švarcová, 2000).

Dle Slowíka (2007) jsou v období do 9. týdne těhotenství typické např. zarděnky způsobující srdeční vady, sluchové vady a jiné komplikace. Od 9. týdne těhotenství do období porodu je nejvíce nebezpečné onemocnění cukrovkou. Toto onemocnění je nebezpečné jak pro matku, tak pro dítě. Nejvíce rizikový je však samotný porod, kdy může dojít k poškození mozku z důvodu pohmoždění hlavičky, k infekci a k jiným komplikacím.

Slowík (2007) rozděluje nejčastější vady a poruchy vnější a vnitřní:

1. Vnější faktory:

a) v prenatálním období negativně působí například: stres, viry, infekce, jedy, drogy, léky, sociálně patologické prostředí, nesprávná výživa, škodlivé záření, úraz.

b) v perinatálním období mluvíme zejména o riziku při porodu a následně po něm – mechanické poškození plodu při porodu, nedostatečná zásoba kyslíku, infekce a další.

c) v postnatálním období jde o shodné negativní a rizikové vlivy jako v období prenatálním. Rozdíl je jen v tom, že tyto vlivy nepůsobí na jedince skrze matku, ale přímo na organismus jedince.

2. Vnitřní faktory:

Vnitřními faktory rozumíme faktory genetické a dědičné.

Příčin vzniku mentálního postižení je mnoho. Obavy z toho, že právě vaše dítě může být postižené, se začíná u matky objevovat již v prvních měsících těhotenství.

Postižení může vzniknout v podstatě kdykoliv. Velmi důležitá je prevence, kterou se budeme zabývat v následujících kapitolách.

3 Možnosti prevence vzniku mentálního postižení

Trendem dnešní doby je zaměření se na prevenci vzniku mentálního postižení. Tuto možnost nabízí dnešní moderní medicína, obzvláště pak genetika. Působí zde také společnost, která se nechce smířovat s vady člověka a snaží se primárně či sekundárně zabránit tomuto vzniku (Slowík 2007).

Kozáková (2005) uvedla tři body prevence:

1. primární prevence = činnost vedoucí k zabránění vzniku mentální retardace - např. předcházení nemocem ...,
2. sekundární prevence = činnost je zaměřena již na ohrožené jedince např. včasná diagnostika postižení...,
3. terciární prevence = snaha zmírnit následky.

Švarcová (2000) ve své knize vyjmenovala desatero zásad vedoucí k omezení vzniku mentálního postižení, které prosazuje *Mezinárodní liga pro mentálně postižené* (ILSHM).

- návštěva lékaře čtvrt roku před plánovaným početím z důvodu posouzení zdravotního stavu nastávající matky a doporučení různých vitamínů, cvičení apod.,
- správná výživa matky a jejího nenarozeného dítěte – maso, ryby zelenina, ovoce, chléb, mléko apod.,
- v těhotenství se vyvarovat pití alkoholu,
- chránit se očkováním – proti zarděnkám, hepatitidě typu B, spalničkám apod.,
- nekouřit,
- podstoupit genetické vyšetření – zejména pokud je nastávající matce víc jak 35 let, nebo se vyskytuje v rodině genetická vada, také z důvodu vícera potratů, či narození mrtvého dítěte,
- neuzívat žádné léky, které nepředepíše samotný lékař,
- vyvarovat se RTG záření,
- vyvarovat se infekčním onemocněním,
- pravidelně docházet na prohlídky ke svému ošetřujícímu lékaři.

Prevence je z mého hlediska velmi důležitá. Je třeba udělat co možná nejvíce, aby se tomuto vzniku zabránilo.

3.1 Výskyt mentálně postižených v populaci

Vágnerová (2004) uvádí, že v celkovém počtu všech obyvatel žije asi 3% takto postižených osob. Záleží na míře postižení. Přibližně 70% tvoří osoby s lehkou mentální retardací. Dále uvádí, že výskyt postižení je u mužského a ženského pohlaví přibližně stejný, jen zřídka je u mužského pohlaví výskyt o něco četnější.

Švarcová (2000) tvrdí, že největší počet postižených u nás i v zahraničí tvoří právě skupina osob s mentální retardací a počet postižených se stále zvyšuje. Je tomu tak z důvodu lepší a dokonalejší zdravotní péče, kdy se zachraňují děti, které by jinak nepřežili. Úplný počet mentálně postižených není znám, ale odhaduje se, že v České republice žije asi 300 tisíc takto postižených.

Pipeková (2006) uvádí, že výskyt osob s mentální retardací se pohybuje okolo 1-5%, ale nejpravděpodobněji právě již uváděné 3%. Dále uvádí, že asi polovina z nich potřebuje ke svému životu pomoc odborníků. Nejpočetnější skupinu vyžadující speciální péči tvoří děti ve věku 0-16 let.

3.2 Psychické zvláštnosti mentálně retardovaných

Dle Švarcové (2000) netvoří mentálně retardovaní stejnorodou skupinu, proto je lze těžko charakterizovat. Každý mentálně retardovaný má své specifické rysy. Společné mají jen určité znaky, jejichž přizpůsobení závisí na hloubce, druhu či rozsahu postižení.

Zvláštnosti projevů mentální retardace dle Švarcové (2000):

- zpomalené chápání, jednoduchost, konkrétnost,
- snížená schopnost až neschopnost srovnávání logických vztahů,
- snížená mechanická a hlavně logická paměť,
- těkavost,
- nedostatečná slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování,
- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace,
- impulzivnost, hyperaktivita nebo celková zpomalenost chování,

- citová vzrušivost,
- ovlivnitelnost, přejímání názorů druhých a strnulé chování,
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“,
- opožděný psychosexuální vývoj,
- nerovnováha ambicí a výkonů,
- zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí,
- poruchy v mezilidských vztazích a v komunikaci,
- snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům.

V této části práce jsem se zabývala prevencí vzniku mentálního postižení, počtu postižených v naší populaci a specifickými rysy mentálně postižených. Prevencí rozumíme činnost jak primární, tak sekundární. Znamená to, že se snažíme zabránit vzniku již v perinatálním období např. pravidelnou návštěvou gynekologa, absolvováním genetického vyšetření, dodržování správné životosprávy, hygieny atd., ale také prevencí sekundární, která se uskutečňuje např. včasnou diagnostikou.

4 Výchova a vzdělávání dětí s mentální retardací

Výchovu a vzdělávání postižených jedinců je třeba chápat jako celoživotní proces. I zdravé, nepostižené děti se musí vzdělávat, prohlubovat znalosti a dovednosti. U dětí mentálně retardovaných je tento proces pomalejší a je zapotřebí stálého prohlubování a opakování (Švarcová 2000).

Švarcová (2000, s. 55) uvádí: *„Každý národ má odpovědnost za to, aby se jeho školský systém postaral o děti se zdravotním postižením v takové úplnosti jako o děti ostatní.“*

4.1 Předškolní vzdělávání

Předškolní vzdělávání mohou navštěvovat děti od 3 - 6 (7) let. Mentálně postižené děti mohou navštěvovat buď mateřskou školu, nebo speciální mateřskou školu nebo také speciální třídu při mateřské škole (Pipeková 2006).

Dle Švarcové (2000) je předškolní zařízení velkým pomocníkem při výchově dětí a o to víc to platí pro děti mentálně postižené. Předškolní období představuje jeden z nejdůležitějších kroků rozvoje po psychické i fyzické stránce.

„Speciální mateřská škola pro děti s mentálním postižením ve své výchovně-vzdělávací nabídce uspokojuje potřeby mentálně postiženého dítěte a vytváří optimální podmínky pro jeho rozvoj. Zajišťuje soustavnou individuální péči v kolektivu i mimo něj v oblasti rozvíjení řeči, myšlení, hrubé a jemné motoriky, sociálním i citovém vývoji, vždy v úzké spolupráci s rodinou. Děti jsou vedeny k samostatnosti, k sebeobsluze a odpovědnosti. Pomocí individuálních i kolektivních her se rozvíjí jejich smyslové vnímání, základní formy rozumové aktivity a spolupráce s jinými dětmi. Soustavně se rozvíjejí i praktické dovednosti a správné životní návyky“ (Švarcová 2000, s. 59).

4.2 Školní vzdělávání

Dle Pipekové (2006) je možné vzdělávat děti s mentálním postižením v základní škole, v základní škole praktické, v základní škole speciální nebo ve třídě při základní škole.

4.2.1 Základní škola praktická

V této škole se vzdělávají ty děti, které nejsou schopni prospívat v běžné základní škole. Většinou se jedná o jedince s formou lehké mentální retardace. Úkolem praktické školy je vstítit žákům s pomocí výchovně-vzdělávacích prostředků nejvyšší možnou míru znalostí, dovedností a připravit je tak k zapojení do života. Tak jako běžná základní škola, tak i praktická škola je devítiletá. Žáci se vzdělávají dle učebního plánu, který tvoří např. český jazyk, prvouka, matematika, hudební výchova, výtvarná výchova, tělesná výchova, řečová výchova atd. Žáci jsou hodnoceni buďto slovně, nebo je užíváno klasické známkování. Možné je i použít kombinaci těchto dvou způsobů. Základní škola praktická je rozdělena na první stupeň – od 1. do 5. ročníku a druhý stupeň – od 6. do 9. ročníku (Pipeková 2006).

4.2.2 Základní škola speciální

V této škole se vzdělávají ty děti, které nejsou schopni prospívat v běžné základní škole a nejsou schopni prospívat ani v základní škole praktické. Jedná se většinou o jedince s formou středně těžké mentální retardace. Základní škola speciální má za úkol vstítit žákům základní vědomosti, dovednosti a vést je k větší samostatnosti a nezávislosti na péči ostatních. Základní škola speciální je desetiletá. Žáci se vzdělávají dle učebního plánu, který tvoří např. čtení, psaní, základy matematiky, pracovní a výtvarná výchova, řečová výchova atd. Žáci jsou hodnoceni slovně. Základní škola speciální je rozdělena na první stupeň – od 1. do 6. ročníku a na druhý stupeň – od 7. do 10. ročníku (Pipeková 2006).

4.2.3 Přípravný stupeň základní školy speciální

Přípravný stupeň základní školy speciální je zřízen pro jedince s formou těžké mentální retardace, u kterých je předpoklad rozumového rozvoje, a kteří z důvodu svého postižení, nebo z důvodu dalších zdravotních vad, nejsou schopni prospívat nikde jinde. Přípravný stupeň může trvat až tři roky. Pokud by v průběhu těchto tří let nastalo zlepšení, může žák přejít na konci roku, či výjimečně v pololetí, na jinou formu vzdělávání, která bude odpovídat jeho schopnostem. Ve třídě může být max. 4 – 6 žáků a jejich hodnocení provádí vyučující slovně (Pipeková 2006).

Vzhledem k tomu, že postižení žáků je závažné, vykonávají ve třídě výchovně-vzdělávací činnost hned dva pedagogičtí pracovníci souběžně. Ke zdárnému vyučování přispívá i vhodné vybavení učeben. Mimo místnost, ve které probíhá výuka, by přípravný stupeň měl mít k dispozici ještě jinou místnost, která by sloužila k odpočinku a k individuální práci žáků (Švarcová 2000).

Švarcová (2000) uvádí, že Výzkumný ústav v Praze ověřil projekt přípravného stupně a ukázalo se, že dvě třetiny žáků z přípravného stupně mohlo po ukončení dále pokračovat ve vzdělání ve speciální škole a pro jednu třetinu žáků, kteří nedosáhli určité úrovně rozvoje, bylo nutné hledat jinou cestu jejich dalšího vzdělávání, jíž může být např. rehabilitační třída speciální školy.

4.2.4 Rehabilitační třídy speciální školy

I když je ve vzdělávání jedinců s mentální retardací dosaženo velkého pokroku, nadále existuje určitá skupina dětí, která vzhledem ke svému postižení nemohla být vzdělávána a také se jedná o žáky z přípravných stupňů speciálních škol, kteří v průběhu tří let nezvládli požadavky nižšího stupně speciální školy. Tyto děti vyžadují jinou metodu práce a vzdělávání. Zpravidla trpí vážnými poruchami motoriky, komunikace a dalšími poruchami. Vzdělávání takto postižených dětí je velice náročné. V rehabilitační třídě je 4 – 6 žáků. Většinou se jedná o jedince s těžkou, kombinovanou nebo hlubokou formou mentální retardace (Švarcová 2000).

Vzdělávání v rehabilitační třídě speciální školy je desetileté, rozdělené na první stupeň a druhý stupeň po pěti letech. Žáci si tak splňují povinnou školní docházku. Učební osnovu tvoří např. rozumová výchova, pracovní a výtvarná výchova, smyslová výchova, pohybová výchova atd. Ve třídě vyučují dva pedagogičtí pracovníci, z nichž jeden by měl být spíše orientován na rehabilitaci. Také v těchto třídách mohou vykonávat výchovně-vzdělávací činnost i tři pedagogičtí pracovníci. Jeden z nich bývá asistent pedagoga. Třída by měla být vybavena rehabilitačními pomůckami a také by zde měla být další místnost sloužící k relaxaci, odpočinku a k individuální práci se žáky (Pipeková 2006).

4.3 Profesní příprava

Po skončení povinné školní docházky se mohou žáci s mentálním postižením dále vzdělávat a to v odborných učilištích nebo v praktických školách (Švarcová 2000).

4.3.1 Odborná učiliště

Odborná učiliště navazují v části teoretické na vzdělávací program základních škol praktických. Učivo se zejména doplňuje a prohlubuje. Hlavním cílem je připravit žáky na profesní uplatnění s předáním praktických dovedností. Učebních oborů, které mají žáci na výběr je poměrně dost a celková délka studia je dva nebo tři roky (Švarcová 2000).

„Odborné učiliště může též poskytovat přípravu pro výkon jednoduchých činností žáků, kteří nejsou schopni samostatně pracovat, ale jejichž pracovní a společenské uplatnění musí být řízeno jinými osobami. Tato příprava se uskutečňuje v samostatné třídě odborného učiliště a trvá jeden rok. Zakočení zde není výučním listem, ale vysvědčením“ (Pipeková 2006, s. 282).

4.3.2 Praktické školy

Tyto praktické školy byly vytvořeny na základě požadavků škol jako další vzdělávání mentálně postižených (Švarcová 2000).

a) Praktická škola s tříletou přípravou

Tato škola má za úkol připravit žáky pro výkon jednoduchého povolání, zaměřeného na vedení domácnosti a péči o rodinu. Poskytuje, doplňuje a rozšiřuje žákům všeobecné vzdělání, které bylo dosaženo při plnění povinné školní docházky a dává jim základy odborného vzdělání dle jejich oboru a zaměření. Do praktické školy s tříletou přípravou mohou být přijati žáci s ukončeným studiem ve zvláštní škole, s ukončenou docházkou v nižším než devátém ročníku zvláštní školy, žáci základní školy nebo žáci s neúspěšným ukončením devátého ročníku základní školy (Švarcová 2000).

b) Praktická škola s dvouletou přípravou

„Praktická škola s dvouletou přípravou je určena žákům se speciálními vzdělávacími potřebami, plynoucí ze snížené úrovně rozumových schopností, případně žákům s více vadami, kteří ukončili povinnou školní docházku v základní škole praktické, v základní škole speciální, v nižším než devátém ročníku základní školy a v odůvodněných případech v devátém ročníku základní školy“ (Pipeková 2006, s. 282).

Tato škola poskytuje žákům základní vědomosti, dovednosti a návyky v oblasti praktického života. Dříve tato škola fungovala jako rodinná škola a připravovala dívky na praktický život v rodině. V nynější době se zde vzdělávají i chlapci. Většinou se jedná o mládež z nefungujících rodin, která si pod odborným vedením osvojuje způsoby chování, praktické dovednosti a návyky, které většinou dětem předává fungující rodina. Tímto se praktické školy podílejí na lepší budoucí výchově dětí nynějších absolventů (Švarcová 2000).

c) Praktická škola s jednoletou přípravou

Tato škola je určena především pro jedince s těžkou formou mentální retardace, pro jedince s více vadami či autismem, kteří ukončili vzdělání na základní škole speciální nebo na základní škole praktické a kteří se z nějakých důvodů nejsou schopni vzdělávat v jiném druhu a typu škol. V této škole se žáci zejména připravují na práci v chráněných pracovištích (Pipeková 2006).

„Pozitivní zkušenosti byly získány s pracovním uplatněním mentálně postižených absolventů také v zařízeních sociální péče (v domovech důchodců, ústavech sociální péče) a ve školství (v mateřských školách, ve speciálních školách), zejména při pomocných pracích ve školních a ústavních kuchyních, na zahradách, při úklidu a ve zdravotnických zařízeních, kde vykonávají práce spojené s úklidem, s přípravou a roznášením jídla a další činnosti“ (Švarcová 2000, s. 84).

4.4 Další vzdělávání

Jedinci s mentálním postižením se mohou nadále vzdělávat i v dospělosti. Existují dva způsoby: večerní škola, různé kurzy (Pipeková 2006).

a) Večerní školy: jsou otevřeny dospělým lidem s některou formou mentální retardace, kteří absolvovali základní školu speciální, nebo základní školu praktickou, ale i těm, kteří nemohli navštěvovat ani jednu z těchto škol. Zřizovatelem bývají občanská sdružení, ale také rodiče a pracovníci ústavů sociální péče. Výuka se koná dvakrát týdně v rozmezí dvou až tří hodin. Vyučuje se ve školách nebo v prostorách ústavů sociální péče. Zejména se opakuje učivo, rozvíjí komunikace, čte se, píše se, pracuje se s počítačem. Můžeme se zde také setkat s hudební výchovou, dramatickou výchovou, výtvarnou výchovou či tělesnou výchovou. Večerní školy pomáhají těmto jedincům k dalšímu rozvoji, sociálnímu kontaktu a k účelnému trávení volného času (Pipeková 2006).

b) Kurzy: poskytují základní školy speciální nebo základní školy praktické. Kurzy slouží k doplnění vzdělání a mohou se ho zúčastnit i ti mentálně postižení, kteří nemohli své vzdělání vůbec kdy započít (Pipeková 2006).

V této kapitole jsem popisovala důležitost výchovy a vzdělávání mentálně postižených. I mentálně postižení mají právo se vzdělávat, jelikož jedině učením se mohou posouvat kupředu.

„Hlavní a neúčinnější terapií mentální retardace je učení.“

(zkušenost mnoha speciálních pedagogů)

5 Pracovní uplatnění jedinců s mentální retardací

Poskytnout mentálně postiženým práci neznamena jenom dopomoci jim k nějakému příjmu, nýbrž jim přiznat určité postavení ve společnosti, ekonomickou a sociální úroveň i určitý stupeň svobody (Pipeková 2006).

Krahulcová a kol. (2002, s. 31) shrnuje význam práce do několika bodů:

- *„Práce poskytuje ekonomickou nezávislost a vyšší životní standard.*
- *Práce pozitivně ovlivňuje sebeurčení člověka (je-li zaměstnán, nemusí žít podle diktátu někoho jiného).*
- *Status „být zaměstnán“ u člověka s postižením pozitivně ovlivňuje postoje společnosti ke zdravotně postiženým. Prostřednictvím viditelného zaměstnání lidí s mentálním postižením v integrovaném prostředí se zvyšují vyhlídky na jejich přijetí širší společností.*
- *Pracovní místo v integrovaném prostředí je prostředkem pro vytváření a rozvíjení sociálních interakcí pracovníka s postižením a jeho okolí.*
- *Práce je jeden ze způsobů, kterým většina lidí pokračuje v učení a rozvíjení znalostí a dovedností, kompetencí a intelektových schopností.*
- *Vytváření nových pracovních příležitostí je finančně efektivní.*
- *Placená práce přispívá k vysvobození z dlouhodobé závislosti na podpůrných službách a péči“.*

Mentálně retardovaní se středním a těžším stupněm postižení pracují většinou v chráněných pracovištích či v podporových zaměstnáních. Mentálně retardovaní mívají z práce pocit uspokojení, protože jsou někomu užiteční. Práce může být pro ně i prostředkem léčebné rehabilitace, integrace a rozvojem jejich osobnosti. Většinou se jedná o pracovní příležitosti, které jsou jednotvárné a nejsou proto vyhledávány ostatními. Jedná se většinou o pomocníka v kuchyni, pomocníka ve zdravotnictví, pomocníka ve školství či pomocníka v zahradnictví. Jsou to zejména manuální práce s minimální zodpovědností (Pipeková 2006),

Chráněné dílny – slouží zejména k nácviku pracovních dovedností, návyků, pracovního režimu... Cílem těchto dílen je osoby s mentálním postižením pracovně rehabilitovat, aby byli v budoucnu připraveni pracovat i v nechráněných pracovištích (Pipeková 2006).

Podporované zaměstnání – tento program usiluje o plnohodnotnou integraci lidí s mentální retardací na otevřený trh práce. Podporované zaměstnání představuje komplex služeb s cílem najít a udržet zájemci pracovní místo za rovných mzdových podmínek. Celou službu podporovaného zaměstnání zprostředkovávají vyškolení lidé, kteří pomáhají zaměstnanci ve všech potřebných bodech. Je zvykem se nejdříve vzdělávat a poté uplatňovat své vědomosti a dovednosti, ale u podporovaného zaměstnání je to přesně naopak. Pracovní dovednosti se trénují přímo na pracovišti a zaměstnanec se tímto přizpůsobuje a vzdělává v tom, co zaměstnavatel vyžaduje.

Podporové zaměstnání zahrnuje služby pro zaměstnance i pro zaměstnavatele. Pro zaměstnance: pracovní asistenci, poradenství, konzultace, pomoc při jednání na úřadech, doprovod....

Pro zaměstnavatele: pomoc s administrativou, vytvoření podmínek pro přijetí postiženého, úprava pracovní náplně....

Zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají více jak 25 zaměstnanců, jsou ze zákona povinni zaměstnat osobu se zdravotním postižením. V praxi však je známo, že většina z nich odmítá zaměstnat osobu s postižením mentálním (Pipeková 2006).

Krahulcová a kol. (2002) uvádí, že zaměstnavatelé jsou různě motivováni k tomu, aby přijali do pracovního poměru zaměstnance s postižením a to snížením mzdových nákladů, systémem daňových pobídek, zviditelněním jejich firmy ...

5.1 Úřad práce (ÚP)

Úřady práce mají také svou úlohu při zaměstnávání lidí se zdravotním postižením a to:

- *„poskytují zaměstnavatelům zaměstnávajícím více než 50% zaměstnanců se zdravotním postižením příspěvek,*
- *ukládají zaměstnavatelům povinnost obsazovat volná pracovní místa vymezená pro občany se zdravotním postižením pouze těmito osoby,*
- *poskytují poradenské, informační a další služby o volbě povolání,*
- *zabezpečují přípravu pro pracovní uplatnění a po jejím absolvování vhodné pracovní uplatnění občanům se zdravotním postižením,*

- *vyžadují od zaměstnavatelů seznamy pracovních míst vhodných pro tyto občany,*
- *zabezpečují pracovní rehabilitaci,*
- *vedou evidenci uchazečů o zaměstnání se zdravotním postižením (identifikační údaje, omezení v možnostech pracovního uplatnění, o pracovní rehabilitaci atd.),*
- *zřizují a spravují výcviková střediska pro občany se zdravotním postižením“* (Pipeková 2006, s. 297).

Zaměstnání znamená pro každého člověka určitou cestu vedoucí do společnosti. Lidé s postižením mají tuto cestu daleko těžší než zcela zdravý člověk. Zaměstnavatelé nemají zájem zaměstnávat lidi s postižením, i když jsou státem různě motivováni k přijetí takového pracovníka. Když už zaměstnavatelé přijmou do pracovního poměru handicapovaného pracovníka, jen málokdy je to člověk s postižením mentálním.

6 Ústavy sociální péče – Domovy pro zdravotně postižené (poskytovatelé sociálních služeb)

Státní ÚSP spadají pod Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV ČR), ale můžeme se také setkat i s nestátními soukromými či církevními zařízeními (Kozáková 2005).

Ústavy sociální péče se zřizují buďto s denním pobytem, týdenním pobytem nebo s celoročním pobytem (Švarcová 2000).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách provedl změnu názvu zařízení poskytující sociální služby, z ústavů se staly domovy pro zdravotně postižené.

Ústavy s denním pobytem (stacionáře) - se starají o děti, dospívající i o dospělé, když jejich rodiče pracují. V péči o děti tato zařízení suplují činnost mateřských škol a v péči o dospělé chráněná pracoviště (Švarcová 2000).

Ústavy s týdenním pobytem - znamenají něco jako dohodu mezi ústavní péčí a péčí domácí. Tyto ústavy znamenají pro rodiče postižených dětí obrovskou pomoc. V týdně mohou rodiče docházet do zaměstnání a věnovat se ostatním členům rodiny a o víkend se mohou věnovat svému postiženému dítěti. Mentálně postižení, kteří žijí v týdenním zařízení, zpravidla vedou velmi spokojený život. V průběhu týdne jsou v zařízení, kde mají i své kamarády a na víkend se těší zase naopak domů k rodině (Švarcová 2000).

Ústavy s celoročním pobytem – umístění dítěte do tohoto typu zařízení je pro rodinu často velice traumatizující. Většinou k takovému rozhodnutí dochází při zjištění matky, že není v jejích silách se dál o dítě starat. Najednou matka zjišťuje, že nemá čas na své ostatní děti, na manžela a rodina se ocitá v krizi. Často také dochází k problémům ekonomickým, bytovým a situace v rodině začíná být neúnosná. V tuto chvíli přichází na řadu těžké rozhodnutí, kdy rodině nezbývá nic jiného, než umístit své dítě do ústavu sociální péče (Švarcová 2000).

„Ústavní péče je jednou ze základních forem sociálních služeb. Obvykle přichází v úvahu, když rozsah a náročnost potřebné péče překročí možnost rodiny a je nutno zajistit přechodně či trvale komplexní péči člověku, který ji potřebuje“ (Pipeková 2006, s. 301).

Švarcová (2000) tvrdí, že společnost měla v minulosti takový názor, že každý postižený člověk patří do ústavu, protože z něj nikdy nic nemůže být. Ti rodiče, kteří si chtěli své postižené dítě nechat doma a pečovat tak o něj sami, byli označováni jako podivíni.

Pipeková (2006) tvrdí, že v dnešní době společnost zaujímá na téma ústavy různé názory. Někteří odpůrci by ústavy sociální péče rádi zlikvidovali, jiní naopak tvrdí, že je ústavní péče dobrá a není co měnit. Ústavy sociální péče mají u nás stále své místo a jejich zrušením by přišlo o svůj „domov“ mnoho klientů. Existují nové formy péče o jedince s mentálním postižením jako např. osobní asistence, integrované bydlení, komunitní péče apod. Naše společnost není ale zcela připravena na tyto formy a proto se otázkami ústavní péče musíme nadále zabývat (Pipeková 2006).

„Ústavní prostředí vážně zasahuje do života každého klienta ústavu, proto současná sociální práce se zaměřuje na pomoc rodinám s mentálně retardovaným jedincem. Cílem je, aby každá osoba s mentálním postižením mohla vyrůstat v rodinném prostředí“ (Pipeková 2006, s. 301).

„Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech, ve společných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě“ (Švarcová 2000, s. 138).

Nové cesty, které by mohly vést ke zlepšení péče o lidi s mentálním postižením, jsou: integrace, normalizace a humanizace (Švarcová 2000).

Integrace - znamená začlenění postiženého jedince mezi zdravé spoluobčany. Nežít na okraji společnosti, nýbrž uvnitř lidské společnosti a zúčastnit se různých sociálních aktivit (Švarcová 2000).

Normalizace - znamená skutečnost, že i postižení mají právo žít normálním životem, tak jako jejich nepostižení vrstevníci. Mají právo na vzdělání, zaměstnání, na své koníčky apod. Mohou také vlastnit nějaké věci či majetek (Švarcová 2000).

Humanizace – znamená respektovat postižené občany a brát je jako rovnoprávné členy. Humanizace se projevuje zejména v jednání a zacházení s nimi. I postižení lidé mají právo rozvíjet své kvality a schopnosti (Švarcová 2000).

V této kapitole jsme si popsali typy ústavů sociální péče a zabývali se novými cestami začlenění postiženého jedince do společnosti.

7 Dítě s mentálním postižením, v rodině

Narození mentálně postiženého dítěte způsobuje jeho rodičům značné trauma. Někteří tvrdí, že narození mentálně postiženého dítěte znamená nejbolestivější skutečnost, která se může v životě člověka stát. Každý rodič vidí ve svém dítěti svého pokračovatele a zjištění, že dítě není zdrávo, pro ně znamená obrovský šok. Radost z narození dítěte vystřídá pocit viny, beznaděj, smutek a úzkost. Přesto by v sobě rodiče měli najít sílu a dítě přijmout. Snažit se jej co nejlépe vychovávat a vést, aby byl v životě šťastný a spokojený. Rodiče dnes již dospělých takto postižených dětí tvrdí, že smířením se a přijetím dítěte do rodiny se nestali nešťastnými. Právě naopak. Ve svém dítěti našli toho nejoddanějšího člověka, který je nikdy v životě neopustí, neublíží jim a ani je nezradí (Švarcová 2000).

Klenková (2000) popisuje tři fáze, kterými si procházejí rodiče, když zjistí, že je jejich dítě postižené:

- **šok a popření** - první reakce na tuto skutečnost. Rodiče se prozatím nesmířili s existencí postiženého dítěte a ani nechtějí řešit možnosti péče o takové dítě,
- **postupná akceptace a vyrovnání se s problémem** – rodiče začnou pomalu pátrat po příčinách postižení jejich dítěte, hledají viníka a začínají mít zájem řešit, co bude s dítětem v budoucnu,
- **realismus** – rodiče se postupně smiřují s tím, že jejich dítě není zdravé a začnou se chovat přiměřeněji. (Klenková 2000, s. 68) zdůrazňuje, že *„adaptace na takovou skutečnost trvá dlouho a jako typické přechodné stadium se objevuje fáze smlouvání. Rodiče mají tendenci získat alespoň něco, malé zlepšení, když už nelze mít všechno (např. dítě bude vzdělavatelné na úrovni zvláštní školy apod.) Je to znak určitého kompromisu, částečné přijetí dříve zcela odmítané skutečnosti.“*

Říká se, že žití postiženého dítěte v rodině znamená postižení celé rodiny. Rodina se musí vyrovnat s určitými skutečnostmi jako je třeba netaktnost lidí v jejich okolí, známých a přátel. Na takové jízlivé poznámky musí být rodina připravena zvláště, pokud je dítě vzhledově jiné a budí tak na veřejnosti větší pozornost. Pro dítě je velmi důležité, aby se rodina smířila s těmito okolnostmi a neodmítala jej. Pokud se rodiče nedokáží smířit s tím, že jejich dítě je postižené, většinou se rozhodnou

umístit jej do ústavu sociální péče a ponechat jej tak svému osudu. Toto rozhodnutí lze pochopit, ale z pohledu dítěte není možné schválit. Především v raném věku potřebuje jako každé jiné dítě mateřskou lásku, rodinu a její zázemí, trpělivý a láskyplný přístup. V rodině může také nastat taková situace, že dítě přijme jen jeden rodič a druhý rodič (většinou je to otec) postižené dítě odmítá přijmout. Taková situace vede k rodinným rozepřím až k jejímu rozpadu. Pro dítě s mentálním postižením znamená rozpad rodiny značný problém. Je to zcela něco jiného, než když se rozpadne rodina se zdravým dítětem. Péče o dítě s postižením je natolik náročné, že zůstane-li na výchovu jen jeden rodič, často se stává, že pečovat o postižené dítě není v jeho silách (Švarcová 2000).

Při výchově se rodiče dopouštějí také určitých chyb:

- jsou příliš ochránářští a snaží se uchránit své dítě od všeho zlého i na úkor izolace,
- rezignují na výchovu a nesnaží se u dítěte rozvíjet ani základní biologické potřeby,
- snaží se své dítě vycvičit a vychovat tak, aby se nijak nelišilo od svých vrstevníků, což neodpovídá schopnostem ani výsledkům postiženého dítěte (Švarcová 2000).

„Nejvhodnější přístup spočívá asi v umění brát a mít rád dítě takové, jaké je“ (Švarcová 2000, s. 134).

K poznání svého dítěte, jeho možností a schopností potřebuje rodina pomoc a to pomoc odborníků. Jsou to zejména lékaři, psychologové, speciální pedagogové a další odborníci. Z tohoto důvodu, se ve velké míře, začaly rozvíjet speciálně-pedagogická centra, která poskytují pomoc postiženým dětem a jejich rodičům (Švarcová 2000).

Velkým přínosem pro postižené děti je možnost navštěvování mateřských škol. Mentálně postižené děti mohou navštěvovat běžné mateřské školy, kde jsou vychovávány nerozdílně s nepostiženými vrstevníky, nebo mohou navštěvovat speciální mateřskou školu s odbornou speciální péčí (Švarcová 2000).

Rodina nehraje velkou roli jen v předškolním věku postiženého dítěte, ale také ve školním věku. Dítě s mentálním postižením potřebuje více než nepostižené děti

cítit ochranu, bezpečí a zázemí rodiny. Výchova takto postiženého jedince musí být velice intenzivní a je velmi pracná a náročná. Postižené děti si nové vědomosti a dovednosti osvojují pomalu a s těžší. Jsou nesamostatné, je potřeba je zabavit a je nutné mít nad nimi nepřetržitý dohled. Na druhou stranu vše, co si postižený zvládne osvojit a naučit, vede k jeho osamostatnění, a tím k usnadnění jeho žití. Pro postižené jedince je zvládnutí sebeobsluhy, komunikace s ostatními lidmi a orientace velkým pokrokem k jejich osamostatnění. Mnozí z nich se pak naučí pomáhat na zahradě či v domácnosti, ale také pracovat např. s keramikou, se dřevem, plést, vyšívát apod. Taková činnost je vede k pocitu uspokojení. Mají smysluplnou práci a mohou být užiteční ostatním. Pro mnohé mentálně postižené to může naplňovat smysl jejich života (Švarcová 2000).

V období školním si může rodina částečně odpočinout, jelikož část péče o dítě přebírá škola. Tato změna je důležitá zvláště pro matku postiženého dítěte, jelikož do této doby se dítěti věnovala plně. Nyní se může částečně věnovat zaměstnání a nemusí tak trpět nedostatkem sociálních kontaktů. V dřívějších dobách byla pomoc rodinám s postiženým dítětem na malé úrovni. Neexistovaly žádná zařízení typu předškolního, pomocných škol a děti s postižením těžšího stupně byli osvobožováni od povinné školní docházky. Tím také byli zbaveni svého práva na vzdělání. Celá péče tak zůstávala na rodině, zejména na matkách, které museli opustit svá zaměstnání a plně se věnovat dítěti nebo umístit dítě do ústavu sociální péče. V dnešní době není třeba takových obětí a mentálně postižené děti se mohou vzdělávat ve školách, tak jako jejich nepostižení vrstevníci (Švarcová 2000).

V dospělém věku hraje rodina také velkou roli. Jedinci s lehkým postižením začínají docházet do zaměstnání a rodina jim nadále poskytuje zázemí a útočiště. Pro jedince s těžším postižením se někdy daří najít práce v chráněných dílnách, kam, pokud jsou schopni, dochází sami, nebo dochází v doprovodu rodičů. Těžce postižení, o které se již rodiče starat nemohou, navštěvují zařízení sociální péče s denním, týdenním, nebo celoročním pobytem. I takto postižení mívají potřebu kontaktu se svou rodinou a těší se na každou návštěvu či chvíli strávenou se svými blízkými (Švarcová 2000).

Rodina a rodinné zázemí je pro každého člověka to nejdůležitější. Každý potřebuje k životu lásku, jistotu a bezpečí. To platí jak pro dítě zdravé, tak pro dítě postižené.

8 Příspěvek na péči

O problematiku mentálně postižených se stará i stát, který prostřednictvím sociálních příspěvků poskytuje podporu nejen samotným postiženým, ale i osobám nebo institucím, které se o postižené starají a pečují o ně.

Získání sociálních příspěvků však není tak jednoduché. Lidé, kteří si o sociální příspěvek zažádají, musí splnit státem stanovené kritéria a podmínky nároku.

8.1 Podmínky nároku

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je příspěvek na péči pravidelná opakující se dávka poskytovaná lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiných osob. Příspěvek je hrazen ze státního rozpočtu a má na něj nárok taková osoba, která má dlouhodobé zdravotní problémy a nutně potřebuje pomoc od jiné osoby při zvládnání svých základních životních potřeb. Tou osobou může být například osoba blízká, poskytovatelé sociálních služeb, asistent sociální péče apod.

Nárok na příspěvek vzniká osobě starší jednoho roku a rozhoduje o něm Úřad práce. Podkladem pro rozhodnutí je žádost uchazeče a jeho lékařský posudek.

Zvládnáním základních životních potřeb rozumíme tyto potřeby:

- imobilitu,
- orientaci,
- komunikaci,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesnou hygienu,
- vykonání fyziologických potřeb,
- péči o zdraví,
- osobní aktivitu,
- péči o domácnost (Vyhláška č.505/2006 Sb.).

Výše příspěvku se stanovuje podle stupně závislosti na pomoci jiné osoby. Je to dáno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v §8.

„(2) Osoba do 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři základní životní potřeby,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

(1) Osoba starší 18 let se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby“ (zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách § 8).

8.2 Výše příspěvku

1. Pro osoby do 18 let se člení výše příspěvku takto:

- a) stupeň I = 3 000 Kč - lehká závislost,
- b) stupeň II = 6 000 Kč – středně těžká závislost,

- c) stupeň III = 9 000 Kč – těžká závislost,
- d) stupeň IV = 12 000 Kč – úplná závislost.

2. Pro osoby starší 18 let se člení výše příspěvku takto:

- a) stupeň I = 800 Kč – lehká závislost,
- b) stupeň II = 4 000 Kč – středně těžká závislost,
- c) stupeň III = 8 000 Kč – těžká závislost,
- d) stupeň IV = 12 000 Kč – úplná závislost.

V této kapitole jsem se zajímala, jak je to s příspěvkem na péči, jaká je výše příspěvku, podle čeho se výše příspěvku stanovuje a jaké jsou podmínky nároku. O příspěvek na péči žádá osoba, která je závislá na pomoci jiné osoby nebo její zákonný zástupce. Žádost se podává v místě trvalého bydliště u krajské pobočky Úřadu práce.

9 Reforma v systému dávek pro ZPO

S měnící se ekonomickou situací státu doznává změn i sociální péče o mentálně či fyzicky postižené. Poslední změna v systému sociálních dávek přišla v roce 2011, kdy došlo s platností od 1. 1. 2012 ke zrušení vyhlášky č. 182/1991 Sb. a zákon č. 100/1988 Sb. Tyto nařízení nahradil zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Dle nového zákona dochází k následujícím změnám.

Zrušené dávky:

- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže,
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům,
- bezúročná půjčka,
- jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek,
- příspěvek na úpravu bytu,
- příspěvek na zakoupení a opravu motorového vozidla,
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla,
- příspěvek na provoz motorového vozidla,
- příspěvek na individuální dopravu,
- mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany.

Poskytované dávky:

- **příspěvek na mobilitu** – nový název pro příspěvek na provoz motorového vozidla a dopravu. Výše tohoto příspěvku je nově 400,-Kč / měsíc. Ve vyhlášce č. 182 / 1991 Sb. se uvádí, že příspěvek na provoz motorového vozidla se vyplácel dle průkazky TP, ZTP, ZTP/P a to následovně:

- TP – 0 Kč,

- ZTP – u jednostopových vozidel 1 150 Kč a 3 000 Kč u ostatních vozidel,
- ZTP/P - u jednostopových vozidel 3 360 Kč a 7 920 Kč u ostatních vozidel.

-příspěvek na zvláštní pomůcku – je to příspěvek jednorázový, a poskytuje se na opatření zvláštních pomůcek (masážní křeslo, kolečkové křeslo, masážní balon...) Na úpravu bytu, k zakoupení, opravu a úpravu motorového vozidla apod.

Nárok na příspěvek k zakoupení motorového vozidla má osoba, která má vadu nosného či pohybového ústrojí.

Od 1. 1. 2012 je možné o tento příspěvek žádat 1x za 10 let a maximální výše příspěvku je 200.000,- Kč.

Do 31. 12. 2012 bylo možné žádat o tento příspěvek 1x za 5 let a výše příspěvku představovala 100.000,- Kč.

Do 31. 12. 2011 rozhodovaly o příspěvcích obecní úřady obce s rozšířenou působností. Od 1. 1. 2012 rozhodují o příspěvcích z oblasti hmotné nouze, dávek pro zdravotně postižené či zákona o sociálních službách Krajské pobočky Úřadu práce.

Úřad práce plní úkoly v oblasti:

- zaměstnanosti,
- ochrany zaměstnanců při neplacení mezd od zaměstnavatelů,
- státní sociální podpory.

Nově navíc plní úkoly v oblasti:

- dávek pro osoby se zdravotním postižením,
- příspěvku na péči,
- inspekce poskytování sociálních služeb,
- pomoci v hmotné nouzi.

Další změnou, která je platná od 1. 1. 2012 je místo odvolání. Nelze se již odvolat ke Krajskému úřadu, nýbrž k Ministerstvu práce a sociálních věcí.

Novinkou je také způsob vyplácení těchto nepojistných sociálních dávek a to prostřednictvím tzv. sociální karty (skarty). Tato karta by měla v budoucnosti sloužit jako identifikátor a měla by přinášet určité výhody. Měla by se vydávat ve dvou provedeních základní a speciální a měla by nahradit průkazy mimořádných výhod TP, ZTP či ZTP/ P.

Nynější podoba průkazů mimořádných výhod vydaných před 1. 1. 2012 bude platná do uplynutí doby platnosti, nejdéle však do 31. 12. 2015.

Od 1. 1. 2012 došlo také ke změně posouzení nároku na příspěvek na péči. Dříve bylo posuzováno 36 úkonů v péči o sebe samého, od ledna se nově posuzuje jen 10 úkonů. Tyto úkony jsem již vyjmenovala v kap. 12. Postup je beze změn. Posuzuje sociální pracovníce, rozhoduje posudkový lékař.

Další výraznou změnou pro postižené je zvýšení příspěvku na péči ve II. stupni postižení pro osoby do 18 ti let a to z 5.000kč na 6.000 Kč. Lze si také zažádat v závislosti na výši příjmu o zvýšení příspěvku na péči o 2.000 Kč.

Novinkou od 1. 1. 2012 je také zrušení rodičovského příspěvku do 7 let věku postiženého dítěte. Tento příspěvek byl nahrazen příspěvkem na péči od 1 roku věku dítěte.

V teoretické části této práce jsem se snažila přiblížit a popsat problematiku mentálního postižení. Teoretická část zahrnuje 9 kapitol a popisuje klasifikaci mentální retardace, prevenci vzniku, výchovu a vzdělávání, pracovní uplatnění atd. Dále jsem se zde zabývala také finančním zabezpečením, jako je příspěvek na péči a reformou sociálních dávek platnou od 1. 1. 2012.

B) PRAKTICKÁ ČÁST

1 Úvod do problematiky

Ve své bakalářské práci popíšu příběhy lidí s mentálním postižením. První tři kazuistiky jsou o lidech, se kterými jsem se setkala v ústavu sociální péče, kde jsem vykonávala svou praxi. Čtvrtá kazuistika pojednává o chlapci, který žije doma se svou rodinou, kterou znám již několik let. Poslední kazuistika pojednává o dívce s mentální retardací, která žije taktéž v rodině a se kterou jsem se seznámila při zpracovávání této bakalářské práce.

1.1 Základní výzkumná otázka

Cílem mého výzkumu bylo pokusit se přiblížit zdravým jedincům naší společnosti život mentálně postižených lidí, vč. jejich finančního zabezpečení státem s dopadem aktuálních změn v dávkách od 1. 1. 2012 a nalézt odpověď na otázku:

„Může mentálně postižený jedinec rozvíjet své schopnosti a dovednosti v domácím prostředí stejně tak dobře jako v ústavu sociální péče a jaký má vliv na život těchto jedinců stát se svými sociálními dávkami a příspěvky?“

Odpověď na tuto otázku se budu snažit zodpovědět v následujících kazuistikách a v závěru této práce.

2 Kazuistiky

V následujících kazuistikách se snažím popsat příběhy lidí trpících určitou formou mentální retardace. Jedná se o jedince s lehkou, středně těžkou a těžkou mentální retardací.

2.1 Kazuistika 1 – dívky se středně těžkou mentální retardací

Rodinná, školní a osobní anamnéza

Dívka jménem Petra Mokrá se narodila 26. 4. 1980. Byla narozena z prvního těhotenství, které probíhalo bez potíží. Od malička byl u ní sledován opožděný psychomotorický vývoj. Její matka, narozena v roce 1954, má ukončené základní vzdělání a pracuje jako pomocná síla v kuchyni. Otec, kterého dívka velmi milovala, tragicky zahynul, když jí bylo 15 let. Její mladší bratr Tomáš se narodil v roce 1984, a i u něho byla zjištěna těžká mentální retardace.

V roce 1984 navštěvovala zvláštní mateřskou školu a v roce 1986 byla osvobozena od povinné školní docházky. O rok později, v roce 1987, začala navštěvovat týdenní pobyt v ústavu sociální péče. Je zbavena způsobilosti k právním úkonům a jejím opatrovníkem byla ustanovena matka.

Petra pochází z neúplné rodiny. Ztrátou otce, který tragicky zahynul, velmi trpěla a uzavírala se do sebe. V jejím životě jí zůstala ještě matka a bratr. Ztráta otce u ní vyvolala velmi silnou fixaci na matku. Při vzpomínkách na svého tatínka vždy pláče. Je citlivá a velmi zranitelná. K lidem, které nezná, bývá nedůvěřivá až nepřátelská. Naopak k lidem, kteří se stávají jejími blízkými, si vytváří vztah závislosti. Velmi ráda chodí nakupovat, protože se ráda obléká. Hodnotu peněz ale nerozpozná. Jejím přáním je získat zaměstnání a vydělávat si. Ráda by pracovala jako její matka v kuchyni.

Popis chování dívky

Když v roce 1987 přišla dívka do chráněného bydlení, těžce se přizpůsobovala novým podmínkám. Byla umístěna na pokoj s jednou spolubydlící, se kterou si příliš nerozuměla. Zvláště byl problém, když se měly domluvit ohledně úklidu svého pokoje. V ten moment vždy došlo mezi spolubydlícími k hádce. Potom bývala Petra

smutná a plačtivá. V takovém případě odmítala ve všem spolupracovat a čekala, že ten s kým se pohádala, se přijde usmířit. Když se tak stalo, byla znovu veselá a spolupracovala. Málokdy se rozhodovala sama. Většinu rozhodnutí si nechala schválit svou matkou a tak jednala. Matka jí nevedla k samostatnosti, spíše o ni pečovala, i když Petra spoustu věcí zvládala úplně sama. Byli případy, kdy jí bylo potřeba s něčím dopomoci. Péči o sebe zvládala dívka sama. Ráno vstala, umyla se, načesala a oblékla. Jen vyčistit si zuby moc nezvládala. V tomto jí bylo zapotřebí pomoci. V prvních měsících pobytu v chráněném bydlení neměla ani zájem se zabývat svými oblíbenými činnostmi až na malování, které se jí stalo únikovým, aby unikla povinnostem vyplívajících ze společného bydlení s ostatními jako například úklid jídelny, kuchyně, pokojů apod. Ve vztahu k ostatním nebyla příliš společenská. Spíše vyhledávala kontakt s vychovatelem, na kterého se snažila fixovat. Každý víkend se v chráněném bydlení uskutečňovaly všelijaké kulturní akce, kterých se ale Petra nezúčastňovala, jelikož chtěla každý víkend jet domů za matkou. Chtěla být s ní, podle jejích slov měla strach o její zdraví. Z víkendového pobytu se vracela s instrukcemi od matky, která ji nabádala, aby vyžadovala po pracovnících v domově, aby jí obsluhovali a dělali vše za ni. Po každém víkendu se odmítala přizpůsobit režimu domova.

Stanovení problému

Dívka se velmi těžko přizpůsobovala novému bydlení. Přejít z rodinného prostředí do prostředí chráněného bydlení a tím také k samostatnému životu pro ni byl velmi obtížný.

Faktory, které pravděpodobně zavinily tento stav

Nejdůležitější faktorem, který z mého pohledu zavinil tento stav, bylo to, že Petra pravidelně každý víkend odjížděla za matkou domů a právě proto se nemohla zúčastnit víkendových akcí spolu se spolubydlícími. Z tohoto důvodu, měla také větší problém navázat s někým z nich kamarádský vztah. Navíc se vždy, když trávila čas doma, vrátila k „opečovatelské péči“, kde jí matka vedla naopak k nesamostatnosti. Při návratu do chráněného bydlení se opětovně měla problém přizpůsobit režimu domova.

Návrh ke zlepšení situace

Postupně se snažit o co nejmenší míru poskytované pomoci v oblasti sebeobsluhy. Návčik dalších činností, které by se mohla dívka naučit. Sama si vyžehlit, vyprat prádlo. Dále ji podněcovat ke spolupráci s ostatními spolubydlíci, k navázání kamarádského vztahu. To znamená častější víkendový pobyt v zařízení, aby se dívka mohla zúčastnit sportovních a kulturních akcí a měla se spolubydlíci společně zážitky.

Vyhodnocení situace

I když se Petra těžko přizpůsobovala novému bydlení, byla přijata do trvalého pobytu na oddělení celoročního pobytu s programem chráněného bydlení, kde se zaměstnanci tohoto zařízení snaží naučit ji samostatnosti a nezávislosti. Vychovatelka se zaměřila na snižování pomoci ve věci sebeobsluhy. Během pár týdnů si dokázala sama vyčistit zuby. Během pár měsíců si dokázala sama připravit jednoduché studené jídlo a zvládla si uvařit čaj v rychlovarné konvici. V péči o pokoj byl vytvořen seznam, ve kterém mají obě dívky na pokoji zaznamenán rozpis s úklidem pokoje. Každá pozná napsané své jméno a zvládne čtení dnů v týdnu. Díky tomuto rozpisu se stal vztah spolubydlících na pokoji méně konfliktní. Z víkendů, které Petra trávila doma s matkou, si sama vybrala dva, kdy domů nepojede. Jeden víkend se bude účastnit společenských akcí v zařízení a druhý víkend přijde na návštěvu matka za ní a Petra pro ni i pro bratra připraví pohoštění. Jelikož se dívka potřebovala neustále ubezpečovat, že je matka v pořádku, bylo s ní dohodnuto, že každý večer může své matce zavolat. Z počátku kontaktovala svou matku denně, ale postupně se stávala klidnější a volala matce nepravidelně. S matkou dívky se podařilo dosáhnout jednoty. Pochopila princip chráněného bydlení a snažila se spolupracovat.

Cíl studie

Cílem této studie je poukázat na náročnost adaptace lidí s mentálním poškozením na přechod z rodiny do nového bydlení, kde se osamostatňují. Proces osamostatňování se je myslím náročný pro každého člověka a o to víc pro lidi s mentálním či jiným postižením, kteří potřebují pomoc ostatních.

Sociální dávky a příspěvky poskytované státem

příspěvek na péči.....II. stupeň,
průkazka ZTP + speciální označení do auta,
invalidní důchod.....III. stupeň,
příspěvek na mobilitu.....400 Kč / měsíc.

2.2 Kazuistika 2 - chlapce s diagnostikovaným infantilním autismem

Rodinná, školní a osobní anamnéza

Chlapec jménem Michal Kroutil se narodil 20. 3. 1991. Byl přenášen, při porodu se napil plodové vody a následně se dusil. Ve dvou letech zpozorovala matka zlom. Její dítě přestalo mluvit a z jeho slov zůstaly jen zvuky. Ve 3 letech mu byl diagnostikován infantilní autismus. Chlapec má staršího bratra a mladší sestru. Oba jsou zdraví. Matka narozena v roce 1970 a otec narozen v roce 1968. I oni jsou zcela zdraví. Michal s celou svou rodinou udržuje přátelské vztahy. Jen na svou malou sestřenicí, když přijde na návštěvu, žárí.

Michal vyrůstal v rodině. Od 4 do 7 let navštěvoval Zvláštní mateřskou školu a od 7 do 14 let byl umístěn do Ústavu sociální péče. Od roku 1995 byl umístěn do Speciální školy a od roku 2002 dosud je umístěn v Ústavu sociální péče na Oddělení týdenního pobytu pro děti, mládež a dospělé.

Chlapec je uzavřen do sebe, neprojevuje žádný zájem o okolí. Je velmi fixován na svou matku. Má rád sport, je sportovně založený. Rád jezdí na kole, plave. Pohybuje se rád sám nebo ve dvojici. Od narození byl zvyklý chodit s matkou na dlouhé procházky.

Popis chování chlapce

Chlapec umí pozdravit, poprosit, poděkovat. Rozezná barvy, dokáže složit puzzle, ale v čase a prostoru se neorientuje. Na zvuk reaguje, pozná, odkud zvuk přichází. Rád poslouchá hudbu, která musí být puštěna potichu. Pokud se hudba zesílí nahlas, začne křičet, mávat rukama a pobíhat po pokoji. Ke zklidnění je pak zapotřebí dát mu do rukou hračku, tužku, jakoukoliv věc, se kterou může ťukat

do jiné věci. Má snížený práh bolesti. Pokud se uhodí, nedá vůbec najevo bolest. Z potravin má velmi rád maso, zejména kuřecí. Z příloh má nejraději těstoviny. Pokud by dostal k jídlu sladké, bude svou zlost vyjadřovat bušením do stolu a házením příboru. U příliš sladkých jídel se zhoršuje jeho stav. Michal si pamatuje své jméno, jména svých rodičů, sourozenců a zná i adresu svého bydliště. Dokáže také vyjádřit své základní fyzické potřeby. Jeho pozornost je krátkodobá, dokáže se soustředit maximálně 15 minut, ale nesmí ho nic vyrušovat. Řeč je u chlapce narušena- dyslalie. Pokud se mu chce mluvit, mluví jednoslovně, nedívá se při rozhovoru do očí. Mluví hlasitě a zvyšuje svou intenzitu hlasu se zvyšujícím se hlukem v prostředí, až mluvení přechází v křik. Směje se i v situacích, které by v něm měli vzbuzovat strach. Často používá vulgární slova. Michal má období, kdy nastává zhoršení a poté opět zlepšení. V průběhu horšího období nespolupracuje a projevuje se u něj zvýšená agresivita. Není schopen se koncentrovat, je neustále v pohybu, i v noci, pomočuje se. Nedaří se mu usínat, pobíhá po chodbách, odmítá si lehnout, probouzí své spolubydlící a snaží se je stahovat z postele. Toto chování nakonec vyvrcholí křikem a kousáním. V lepším období spolupracuje, zapojuje se do skupinových aktivit, vykonává požadované činnosti. Období se střídají takřka vždy po jednom měsíci. Michal si často vyžaduje fyzický kontakt. Má rád pohazení po rukou či hlavě. Někdy se snaží sedat si vychovatelům na klín a strkat jim prsty do úst. Pohlaví rozlišuje, ale o opačné pohlaví nejeví žádný zájem. V osobní hygieně je zapotřebí pomoc. Na toaletě může být sám, avšak stává se, že odejde dřív, než potřebu dokončí. Je zapotřebí jej upozorňovat na umytí rukou. Sám se neoholí, zuby si vyčistí jen povrchově. O svůj zevnějšek nedbá. Sám se obleče, ale je mu jedno, jestli má oblečení naruby či nikoliv. Boty si zvládne obout sám, tkaničky si nezaváže, ale knoflíky a zip zapne. Při úklidu utře prach, zvládne vysát pokoj. Při stolování má snahu jíst rukama a brát jídlo s talíře ostatním. Při nákupu v obchodě nechápe, že si nemůže vzít vše, co vidí.

Stanovení problému

Ve 3 letech byl chlapci diagnostikován infantilní autismus. Autismus je jedním z mála poruch, které lze definovat pouze pozorovanými příznaky. Jedná se o poruchu mentálního vývoje.

Faktory, které pravděpodobně zavinily tento stav

Jedním z možných faktorů mohl být komplikovaný porod po termínu, při kterém chlapec vdechl plodovou vodu a následně se dusil. Další z možných příčin mohla být vakcinace. Někteří rodiče dětí s autismem tvrdí, že se u jejich dětí projeví symptomy autismu po očkování spalničkové vakcíny.

Návrh na zlepšení situace

Jelikož si chlapec sám nezformuluje své cíle, je zapotřebí vycházet z pozorování, z konzultací rodičů a ze zkušeností pedagogů.

a) Vymezit mu prostor pro individuální práci, kde si bude sám se speciálním pedagogem, plnit zadané úkoly a tím rozvíjet jemnou motoriku a sebeobsluhu.

b) Vymezit mu prostor pro samostatnou práci, kde v oddělených boxech bude plnit úkoly, které už sám zvládl při individuální práci s pedagogem. Nyní pracuje sám, pedagog jen dohlíží.

c) Vymezit mu prostor pro strukturovaný volný čas, kde jsou činnosti zaměřené na hru, například pexeso, domino... a samostatné zájmové činnosti.

d) Vymezit mu prostor pro nestrukturovaný volný čas, kde si bude vykonávat činnosti, které sám chce.

Vyhodnocení situace

U chlapce nelze nic plánovat ani kontrolovat, jelikož on sám neumí kontrolovat své chování. Nesnáší jakékoliv změny. Má rád vše, co je zaběhnuté, svůj určitý stereotyp. Aby se předešlo záchvatům vzteku, je třeba vysledovat, jaké události byly spouštěčem záchvatu a jaké události následovaly. Je důležité ho motivovat a poté odměnit. Podporovat jeho zájmy, kterými jsou: dlouhé procházky, plavání, jízda na kole. V průběhu času se chlapec do kolektivu přece jen začlenil. Je vidět zlepšení v oblasti sebeobsluhy, stolování. Situace, které vyvolávají neklid a záchvaty se podařily z velké části eliminovat.

Cíl studie

Cílem této studie je seznámit se s problematikou vážné nemoci zvané autismus. Je to jedna z nejvážnějších poruch mentálního vývoje, která postihuje děti

od narození do 3 let. Domnívám se, že toto onemocnění je velmi závažné jak pro dítě, u kterého se nemoc objevila, tak i pro speciální pedagogy, kteří mají nesnadný úkol a to vypracovat pro každého takového jedince osobně individuální výchovně- vzdělávací plán.

Sociální dávky a příspěvky poskytované státem

příspěvek na péči..... II. stupeň,
průkazka ZTP + speciální označení do auta,
invalidní důchod III. stupeň,
příspěvek na mobilitu 400 Kč / měsíc.

2.3 Kazuistika 3 - mladé ženy s lehkou formou mentální retardace, s přidruženou sluchovou vadou

Rodinná, školní a osobní anamnéza

Žena jménem Jana Novotná, narozena 12. 5. 1975. Od narození vyrůstala v rodině s matkou, otcem a s třemi bratry. Všichni jsou zcela zdraví. V roce 1977 se rodiče rozvedli a Jana zůstala v péči matky.

O dva roky později byla ze sociálních důvodů umístěna do dětského domova. Z rozsudku okresního soudu u ní byla tentýž rok nařízena ústavní výchova. Od 12. 9. 1979 pobývala v dětské psychiatrické léčebně a od 1. 9. 1982 navštěvovala internátní školu pro neslyšící.

Na základě zjištěné psychické deprivace ve spojení se sluchovou vadou, byla v roce 1983 osvobozena od povinné školní docházky. Poté byla umístěna do ústavu sociální péče. V roce 2003 byla přemístěna z ústavu sociální péče na půdu chráněného bydlení.

Popis chování ženy

Jana přišla do zařízení chráněného bydlení z ústavu sociální péče, kde žila dvacet let. Těžko se přizpůsobovala životu v chráněném bydlení. Nemluví a ani

nepoužívá znakový jazyk. Nečte, nepíše. Vydává jen hlasité zvuky a snaží se napodobit orální řeč. Zrak má v pořádku, barvy rozeznává, v čase a prostoru se orientuje. Z důvodu špatné komunikace si nerozuměla se spolubydlícími a vznikaly různé rozepře. Ve věci sebeobsluhy je samostatná. Pomoc potřebuje jen při vyřizování svých záležitostí na úřadech, při orientaci v ulicích města a při hospodaření s penězi. Hodnotu peněz nerozezná. Ví jen, že mince představují málo a papírové peníze zase hodně. Paměť je logická, dobrá. Rychle si dokáže věci zapamatovat, i když jsou pro ni zcela nové. Jelikož umí porovnávat, vidí rozdílnost svého postižení a postižení ostatních spolubydlících. Snaží se jim vyhýbat a vyhledává neustále společnost vychovatelů, které se snaží napodobovat. Ve výchovných a pracovních činnostech se vydrží dlouho soustředit, avšak nesmí být nikým vyrušena. Trvá potom dlouhou dobu, než se opět začne soustředit. Její zálibou je jízda na kole, dlouhé procházky a zvířata. Mezi její nejoblíbenější zvířata se řadí psi a kočky. Jana je velmi náladová a výbušná. Aktivitu, které jí nejsou po chuti, odmítá plnit. Svou nelibost projevuje vztekem a hysterií, kterou ukončuje většinou pláč. Velice nerada se také účastní veškerých společenských aktivit. Když už se ale musí zúčastnit, snaží se být dominantní a ostatním velet.

Stanovení problému

Jana žila dvacet let v ústavu sociální péče a přechod do prostředí chráněného bydlení byl pro ni velmi těžký. Jako dítě byla odebrána matce a umístěna do dětského domova. Matku už nikdy neviděla a taktéž ostatní členy rodiny. Od svých čtyř let prošla řadou zařízení. Je citově deprivovaná a poznamenána věčnými změnami prostředí.

Faktory, které pravděpodobně zavinily tento stav

Jako malé dítě byla Jana ze sociálních důvodů odebrána své matce. Sluchové postižení bylo objeveno pozdě a komunikační schopnosti nebyly rozvíjeny. Vzhledem k druhu postižení byla chybně umístěna do ústavu sociální péče, kde jí scházely zejména surdopedický přístup. Neměla se jak naučit znakový jazyk a ani orální řeč.

Návrh ke zlepšení situace

Z důvodu špatné komunikace bude Jana podle individuálního plánu rozvíjet znakový jazyk, orální řeč a řeč těla s pomocí přiděleného speciálního pedagoga. Bude jí také poskytnuto vyšetření foniatrem, který zváží možnost použití sluchadel a dalších kompenzačních pomůcek. Dále bude motivována k navázání kamarádských vztahů s ostatními spolubydlícími. Jana by si přála mít placené zaměstnání a z tohoto důvodu jí bude přidělena osobní asistentka, která jí bude podporovat v ještě větší samostatnosti.

Vyhodnocení situace

V průběhu času se Janě podařilo do kolektivu zapojit. Naučila se znakový jazyk. Orální řeč se snaží napodobit, avšak vzhledem k jejímu věku se srozumitelnou řeč zcela navodit nepodařilo. S vychovateli, kteří umí znakový jazyk, znakuje. Při užití orální řeči se snaží taktéž odpovědět orální řečí, ale nesrozumitelně. Orální projev se ale zlepšil a to i díky použitým sluchadlům. S pomocí osobní asistentky se Jana naučila sama orientovat v ulicích a našla si zaměstnání. Pracuje jako pomocná síla ve výrobě lahůdek a pomoc osobní asistentky již nepotřebuje.

Cíl studie

Cílem této studie je poukázat na to, jak je těžké u postiženého rozvíjet jeho schopnosti, když se v rozhodování o jeho umístění do zařízení stala chyba a postižený již není dítětem, nýbrž je dospělý. Jako dítě by se Jana naučila mnohem víc a rychleji a zcela jistě by se naučila mluvit srozumitelně orální řečí.

Sociální dávky a příspěvky poskytované státem

příspěvek na péči.....I. stupeň,
invalidní důchodIII. stupeň,
příspěvek na mobilitu0 Kč / měsíc

2.4 Kazuistika 4 – chlapce s těžkou mentální retardací žijícího v rodině

Rodinná, školní a osobní anamnéza

Chlapec jménem Kamil Otava, narozen 12. 2. 1983 z druhého těhotenství. Matka jménem Kamila Otavová, narozena v roce 1956 je vyučena švadlenou. Otec Jan Otava, narozen taktéž v roce 1956 pracuje jako dělník. Ve společné domácnosti společně s nimi žijí další dvě děti. Starší bratr Jan a mladší dcera Lenka. Oba jsou zdraví.

Už v prvním roce chlapcova života pozorovala matka zpomalený vývoj. V půl roce se ještě neobrátil ze zad na břicho, sedat si začal ve dvanácti měsících a první kroky zvládl v osmnácti měsících. Řeč se nevyvíjela vůbec. Pomalu, ale nesrozumitelně začal mluvit až ve třech letech. Gravidita matky probíhala bez potíží, zátěž v rodině popírá, na psychiatrii se nikdo neléčil. Porodní váha chlapce byla 3 250g., porod byl včasný, chlapec nebyl kříšen. Kojen asi čtyři měsíce.

Kamil byl často nemocen, měl časté angíny s vysokými horečkami. Ve třech letech onemocněl spálou a jeho vývoj se spíše zabrzdil a chlapec zapomněl i to, co už uměl. Byl hospitalizován na dětském oddělení psychiatrické kliniky a také byl na vyšetření ve výzkumném ústavu v Brně. Diagnóza zněla: oligofrenie nejasné etiologie.

Kamil navštěvoval denní stacionář, kam dojížděl určité dny v týdnu a kde se mu velmi líbilo. Toto zařízení bylo z důvodu nedostatku financí zrušeno. Poté krátce navštěvoval mateřskou školku, ze které byl ale vyloučen pro nespolupráci. Později byl u něj proveden odklad povinné školní docházky a poté byl od povinné školní docházky osvobozen zcela. Chlapec je zbaven způsobilosti a jeho opatrovníkem se stala matka.

Popis chování

Chlapec vyrůstá v rodině společně se svými sourozenci. Hoch je vcelku hodný, netrpí záchvaty vzteku, někdy „trucuje“, ale v zásadě je hodný. Nebere žádné medikamenty na zklidnění, ani žádné jiné léky. Motoricky je velmi neobratný, není schopen žádné smysluplnější činnosti. Má rád auta, celý den se vydrží dívat z okna a pozorovat kolemjedoucí auta. Ven sám nechodí, hraje si většinou na dvoře

se sourozenci a se psem. Mezi ostatní děti by chtěl jít, ale ony si s ním hrát nechtějí, jelikož se s ním nedomluví. Odpovídá jednoslovně nebo v jednoduchých větách, ale nesrozumitelně, „patlavě“, zkomoleně, nelogicky. Je zcela nesamostatný, závislý na ostatních. Zvládne se sám najíst lžičkou, jídlo má velmi rád. Je schopen si sám dojít na toaletu na malou stranu, oblékne si jen jednoduché oblečení, třeba tepláky, ale i ty si obleče naopak. Zapnout knoflíky či zavázat tkaničky nedovede. Nemá osvojeny základní hygienické návyky. Není schopen ani jednoduchých domácích prací. Snad jen donese něco z komory. Své sourozence dokáže pojmenovat křestními jmény. Jméno táty nezná, jen ví, že se jmenuje Otava. Neví, jak se jmenuje matka, potom jí říká příjmením za svobodna, protože se tak jmenuje i babička. Zná jména jejich kocoura a psa. Kocour se jmenuje Mourek a pes se jmenuje Alík. Hoch neumí číst, psát ani počítat. Nedokáže zopakovat ani dvě čísla. Nepostaví most z kostek, místo nápodoby kruhu čmárá, odmítá se podrobit požadavku okolí. Ve vlastním domě a známém prostředí se orientuje, avšak sám doma zůstat nemůže. Když se rodiče musí vzdálit, jeho hlídá babička, matčina matka. Na matku je velmi fixován, ve všem se na ni obrací. Když je u babičky, pořád jí vyhlíží za oknem, kdy už se vrátí, i když babičku má také velmi rád. Když byla chlapcova matka nemocná a byla dlouhou dobu hospitalizována v nemocnici, objevilo se u chlapce nechutenství k jídlu, pocit úzkosti, začal být neklidný i v noci a pomočoval se. Vše, až na pocit neklidu v noci a pomočování se upravilo, jakmile se matka vrátila domů. U chlapce je narušen celý formát osobnosti. Prvotní je sice defekt intelektu, sekundárně však trpí všechny psychické funkce, myšlení, řeč, emotivita, volní aktivita, pamětní funkce. Kamil si není naprosto vědom svého handicapu.

Stanovení problému

Chlapec je silně citově vázán na matku. Jeho zdravotní stav se zhoršoval jejím odchodem do nemocnice. K jeho menší závislosti na matce a k rozvíjení své osobnosti mu mohl pomoci denní stacionář, kam docházel, ale který byl z důvodu financí zrušen.

Faktory, které pravděpodobně zavinily tento stav

Nejdůležitějším faktorem, který pravděpodobně zavinil tento stav, bylo to, že byl uzavřen denní stacionář v jejich místě bydliště. Rodiče Kamila neměli jinou

možnost, než si chlapce nechat doma. Další takové zařízení se nacházelo asi dvacet kilometrů od jejich domova a navíc v něm byla dlouhá čekací lhůta na přijetí. Jiný se nacházel ještě o několik kilometrů dále. Rodiče Kamila nevlastnili automobil, otec musel pracovat a matka v té době porodila třetí dítě. Prvorozeného syna vodila do školy a nejmladší dceru teprve kojila. Do vzdálenějšího zařízení bylo velmi špatné autobusové spojení.

Návrh na zlepšení situace

I když se nepodařilo chlapce umístit do zařízení, ve kterém by měl možnost rozvíjet se a v jeho nynějším věku matka odmítá takovou pomoc v zařízení, bude se ona sama snažit o co nejmenší míru poskytované pomoci v oblasti sebeobsluhy a o chlapcův kontakt s jinými osobami, z důvodu velké fixace na ní.

Vyhodnocení situace

Matka se zaměřila na snižování pomoci ve věci sebeobsluhy. Po delší době bylo vidět zlepšení. Chlapec ráno vstal, matka nachystala oblečení, tak, aby si jej oblékl správně. Už ví, že lísteček u oblečení musí být vzadu. Když se oblékl, šel si umýt obličej. Matka mu pomohla s ústní hygienou, sám se učesal. U snídaně si sám namazal pečivo a nalil čaj. U vaření matce také asistoval. Pomohl donést brambory, cibuli a obral maso do polévky. Po obědě si směl jít hrát. Když bylo hezky, pobýval rád na pískovišti. Večer se s matčinou pomocí okoupe, vyčistí zuby a sám se obleče a načeše. Kamil také začal s matkou chodit více mezi lidi. Většinou jdou spolu na nákup. Při každé cestě se Kamil ptal matky, co to bylo za auto, které zrovna projelo. Dnes je to tak, že ani matka neví, jaké auto projelo, ale Kamil to ví přesně. Auta velice miluje. Matka také začala více odcházet z domu, aby Kamil zůstal doma bez ní, jen s otcem a sourozenci, nebo jen s babičkou. Na chlapci je vidět zlepšení ve všech směrech a je na něm také vidět spokojenost a nadšení z jeho nově naučených dovedností.

Cíl studie

Cílem této studie je poukázat na to, jak je těžké bez pomoci odborníků, rozvíjet schopnosti a dovednosti takto těžce mentálně postiženého člověka. Domnívám se, že i když se matka snažila sebevíc naučit svého syna dovednostem a v určitých situacích je vidět značné zlepšení, tak přesto nemá odborné znalosti, které jsou

zapotřebí a zvláště, když se jedná o člověka, který je ještě dítětem a které se může mnohé a ještě mnohé naučit. Cílem je také poukázat na to, že doma je sice doma, nicméně pro takto postiženého jedince by byl pobyt ve specializovaném zařízení rozhodně velkým přínosem v jeho rozvoji.

Sociální dávky a příspěvky poskytované státem

příspěvek na péči.....III. stupeň,
průkazka ZTP/P + speciální označení do auta,
invalidní důchodIII. stupeň,
příspěvek na mobilitu400 Kč / měsíc.

2.5 Kazuistika 5 – dívky se středně těžkou mentální retardací žijící ve společné domácnosti s prarodiči

Rodinná, školní a osobní anamnéza

Dívka jménem Iveta Skácelová, narozena 23. 3. 1984 z prvního těhotenství. Gravidita probíhala bez potíží a taktéž i porod. Iveta se narodila s porodní váhou 3 150 gramů. Matka jménem Ivana Skácelová, narozena 15. 5. 1960 a otec Jan Skácel, narozen 12. 8. 1955, oba zcela zdraví. V rodině nebylo zaznamenáno žádné postižení.

Zpomalený vývoj začala matka pozorovat v druhém roce Ivetina života. Iveta ještě ani o rok později pořád nemluvila, málo co jí zajímalo. Později se u Ivety objevila i oční vada. Byla odeslána na vyšetření do Hradce Králové, kde bylo zjištěno mentální postižení se zrakovou vadou – tupozrakostí.

Rodiče Ivety se těžko smiřovali s postižením své dcery. Otec vyčítal matce, že už dávno si nevšimla, že je Iveta nemocná. Svalovali vinu jeden na druhého. Iveta začala navštěvovat denní stacionář v Příkazích u Olomouce. Toto zařízení bylo ale z nedostatku financí zrušeno. Poté krátce navštěvovala mateřskou školkou, ale nestačila ostatním a babička, která ji často vyzvedávala, pochopila, že i učitelkám byla na obtíž a chtěly se Ivety zbavit. Později byl u ní proveden odklad povinné

školní docházky a poté byla od povinné školní docházky osvobozena zcela. Matka Ivety byla již opět zaměstnaná a tak se opatrovníkem Ivety stala babička.

Popis chování

Dívka i přesto, že má rodiče, žije s babičkou a dědou. Iveta je velice klidná, milá a kamarádká. Pro svou oční vadu je však velmi nemotorná. Chodí v předklonu a opírá se o stěny či se přidržuje obložek dveří. Ráda poslouchá písničky, zpívá si a vykládá si s televizí. S babičkou a dědou chodí na časté procházky. Iveta neujde velkou vzdálenost, proto je zapotřebí vzít s sebou na procházku invalidní vozík. Ráda chodí nakupovat, hodnotu peněz nerozpozná, ví ale, že zaplatit se musí. Iveta nemá na sídlišti žádné kamarády, sama ani ven nechodí. S babičkou jezdí ambulantně do lázní ve Slatinicích. Využívají individuálního cvičení, bazénu a vířivky. V oblasti sebeobsluhy je vcelku samostatná. Sama si uvařené jídlo nachystá, odnese na stůl a sama se nají. V jídle není nijak zvlášť vybíravá, jen sladké jídlo má raději méně. Oblečení si sama obleče i vysvěče, ale musí ho mít nachystané. Nerozpozná, které oblečení se obléká v zimním období a které v letním období. Sama se okoupe, osuší, vyčistí si zuby, učeše. Ráda pomáhá babičce v domácnosti. Utírá nádobí, vysává, žehlí. Iveta neumí číst, psát ani počítat, nemůže sama zůstat doma a není si vědoma svého handicapu. Je neustále v blízkosti alespoň jednoho z prarodičů.

Stanovení problému

Iveta je velmi fixována na svou babičku, která je s ní od rána do večera. Jezdí spolu do lázní, nakupují spolu, chodí na procházky. Babička je pro dívku vším a právě proto se babička velice obává toho, co bude s Ivetou, když ona zemře. Roky ubíhají a babičce Ivety je již nyní 73 roků.

Faktory, které pravděpodobně zavinily tento stav

U Ivety byla v dětství zjištěna středně těžká mentální retardace a později ještě tupozrakost. Bylo třeba se rozhodnout, co bude s dívkou dále. Matka byla již opět zaměstnaná a nechtěla zůstat s Ivetou doma, proto si ji do opatrovnictví vzala babička. V té době nikdo nepomyslel na to, že když bude Ivetě kolem třiceti let, babičce bude přes sedmdesát a může se stát, že již nebude mít sílu se o postiženou vnučku starat. Matka Ivety se v průběhu let rozvedla a vzala si jiného muže. Ten samozřejmě věděl, když si matku Ivety bral, že má jeho budoucí žena postiženou

dceru, ale nepomyslel na to, že by se mohla někdy vrátit k nim a bydlet již s nimi napořád. Iveta při občasných návštěvách své matky vycítila, že není v tomto bytě vítaná a zdráhá se svou matku a svého „tátu“ navštěvovat. Její pravý otec bydlí nyní někde v Čechách, nejeví o svou dceru žádný zájem, nenavštíví ji a ani nezavolá.

Návrh na zlepšení situace

Nabízí se dvě možnosti. Buď si matka Ivety uvědomí, že má dceru a pokusí se k ní znovu nalézt cestu, aby k ní Iveta chodila ráda a potom u ní také ráda bydlela, nebo by měla Iveta začít navštěvovat nějaké zařízení, kam bude muset odejít, až přijde čas a babička tady nebude nebo nebude moci se o vnučku starat. Každopádně by bylo pro všechny schůdnější a také méně bolestivé, kdyby se Iveta jednou vrátila zpátky ke své matce.

Vyhodnocení situace

I když přišly různé dohady, domluvy a hádky, nakonec se matka Ivety rozhodla, že se musí zachovat zodpovědně a o svou dceru se postarat. V průběhu času se s tím smířil i její nový manžel a snažil se k Ivetě také najít cestičku. Babička vodila Ivetu k matce stále častěji a někdy jí tam nechala i na noc. Iveta je sice doma pořád u babičky, ale u matky se již začíná cítit také dobře a ráda je navštěvuje.

Cíl studie

Cílem této studie bylo poukázat na to, jak může rodinu ovlivnit postižení jejich dítěte. Z počátku otec svaloval vinu, že je jeho dcera postižená na matku, nikdy se s tím nesmířil a od rodiny raději odešel. Matka se ponořila více do práce, dceru nechala u babičky a později si našla i nového partnera. Díky babičce se Iveta nedostala do ústavu a bydlela s ní. Po letech se i matka smířila s tím, že i když je její dcera postižená, stále je to její dcera a je důležité, aby nestrádala a měla domov.

Sociální dávky a příspěvky poskytované státem

příspěvek na péči.....II. stupeň,
průkazka ZTP/P + speciální označení do auta,
invalidní důchodIII. stupeň,
příspěvek na mobilitu400 Kč / měsíc.

2.6 Shrnutí a doporučení

V praktické části jsem popsala v pěti kazuistikách příběhy dospělých jedinců, kteří trpí určitou formou mentální retardace a jsou závislí na pomoci osob ze svého okolí. Všichni pobírají invalidní důchod, příspěvek na péči a někteří příspěvek na mobilitu. Rozdíl mezi nimi, na který jsem chtěla pomocí těchto kazuistik upozornit, je v rozdílné péči o ně.

První tři kazuistiky jsou o postižených jedincích pobývajících v ústavu sociální péče, za to zbylé dvě kazuistiky jsou o postižených žijících doma se svými rodinami. Myslím si, že postižení jedinci navštěvující nebo pobývající v zařízeních pro ně určených se stávají více samostatní a nezávislí. Pod vedením vyškolených pracovníků jsou schopni rozvíjet své schopnosti a dovednosti daleko lépe a dříve než ti jedinci, kteří žijí se svými rodinami. Cílem pracovníků je naučit postižené určitým činnostem, které jim pomáhají rozvíjet se. Pracují v dílnách např. dřevařských, textilních, keramických... Také se účastní různých zájmových aktivit, jako je např. taneční skupina, dramatický kroužek, sportovní kroužek... Myslím si, že mentálně postižení se v takovém zařízení velmi zabaví a hlavně se hodně naučí. Navíc jsou v kontaktu se sobě si rovnými.

Nevýhodou těchto zařízení je cena jejich služeb. Jako příklad uvádím ceník internetových stránek <http://www.klic-css.cz/zajemcum-o-sluzbu> (2013):

- 75 Kč / oběd,
- 35 Kč / hod. - úkony související s pomocí při osobní hygieně a úkony související s pomocí při zvládnání běžných úkonů v péči o vlastní osobu,
- 45 Kč / hod. za činnosti - terapeutické, výchovně-vzdělávací, aktivizační, dále pak za pomoc při uplatňování práv a osobních záležitostí na úřadech...

Pokud bychom tedy počítali s tím, že by dítě pobývalo v zařízení celý týden, nebo tam celý týden docházelo, pohybovala by se cena za tyto služby kolem 8 000 Kč. To je, dá se říct, celý invalidní důchod postiženého, nebo celý příspěvek na péči, ale jen ve III. stupni postižení. Ti jedinci, kteří pobírají příspěvek na péči v I. a v II. stupni postižení si ani takové služby dovolit nemohou. V takovém případě je možné

navštěvovat zařízení jen určité dny v týdnu, nebo musí rodina doplácet ze svého příjmu. Myslím si, že tento systém není dostatečně finančně zabezpečen.

V druhém případě, kdy postižený jedinec vyrůstá v rodině, většinou nemá k dispozici odbornou a dostačující péči. Rodina často časem péči o něj nezvládá, což může vést k jejímu neúmyslnému zanedbání a zastavení vývoje postiženého jedince. Velmi často také dochází k narušení rovnováhy mezi ostatními členy rodiny a nefunkčnosti rodiny. Samozřejmě hodně záleží na tom, zda je dítě postižené lehce, středně těžce anebo těžce. Většinou je to matka, která zůstává doma s postiženým a je otázkou, zda jí zůstává čas i na ostatní členy rodiny. Často se stává, že další její vlastní děti se jí odcizí, stávají se brzy samostatnými a v uvozovkách se dá říct, že ji přestávají potřebovat. Také otec dětí se může cítit, že byl přesunut na druhou kolej a to všechno může mít na fungování rodiny velký vliv.

Můj názor a mé doporučení je tedy vyhledat v takovém případě odbornou pomoc. Umožnit dítěti rozvíjet se a vzdělávat se. V týdnu navštěvovat stacionář a odpoledne nebo o víkendu trávit čas s rodinou. Nemyslím si, že by v tomto případě mělo dítě strádat a přicházet o rodinné zázemí. Naopak si myslím, že dítě nebude na svou matku tak velmi citově vázáno, jako v případě, když spolu tráví veškerý čas. Bude taky pro něj lehčí, se lépe smířit s tím, až tady jednoho dne jeho matka nebude. Doporučila bych všem rodičům postižených dětí, aby se do takových zařízení přišli podívat a o možnosti navštěvování zařízení se poradily s odborníkem.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou mentálního postižení, a s tím spojené sociální dávky. Díky této práci jsem získala více informací o takto postižených lidech, jejich rodinách a hlavně o jejich finanční životní úrovni.

Okolí často přistupuje k těmto lidem s odporem, jelikož většina mentálně postižených upoutá jejich pozornost svým odlišným vzhledem. Velmi se mi líbila věta, kterou uvádí Slowík (2007) ve své knize. Píše: „*Nikdo si vlastně nedokáže stav mentálního omezení dost dobře představit a vžít se do situace osob s tímto handicapem; lze si zavázat oči a zkusit se projít po místnosti jako nevidomý, lze si zacpat uši nebo pokusit se komunikovat pouze neverbálními způsoby jako neslyšící, lze se posadit na ortopedický vozík a pokusit se zdolat určitou trasu jako tělesně handicapovaný člověk, nelze ovšem jakkoliv simulovat situaci člověka s mentálním postižením*“ (Slowík 2007, s. 109).

Kdybych se měla pokusit odpovědět na otázku: „zda může mentálně postižený jedinec rozvíjet své schopnosti a dovednosti v domácím prostředí stejně tak dobře jako v ústavu sociální péče a jaký má vliv na život těchto jedinců stát se svými sociálními dávkami a příspěvků“, odpověděla bych následovně:

„Dle mého názoru velmi záleží na stupni postižení. Záleží na tom, zda jsou rodiče schopni vést postiženého, aby byl v co největší míře schopen rozvíjet své schopnosti, znalosti a dovednosti. Myslím si, že pokud jde o jedince se středně těžkou, s těžkou, či hlubokou mentální retardací, chybí rodičům pedagogické zkušenosti a znalosti pro zajištění jeho rozvoje. Myslím si, že v takovém případě je velmi vhodné najít pro mentálně postiženého denní nebo týdenní stacionář. Určitě je pro každého člověka velice důležité rodinné zázemí a stejně tak je to i u mentálně postiženého člověka. Z tohoto důvodu si nemyslím, že zařízení s celoročním pobytem je ideální pro život, i když vím, že někdy není jiného východiska. Dalším kritériem pro zodpovězení otázky je určitě úroveň rodiny, ve které má mentálně postižený jedinec žít. Sociálně slabá rodina by jisto jistě nebyla příliš vhodná k výchově a k rozvoji dítěte s mentální retardací. V neposlední řadě se domnívám, že záleží i na věku mentálně postiženého. Záleží, zda je ve svém věku schopen se učit

a zdokonalovat. Neméně důležité jsou také dávky a příspěvky, kterými stát přispívá. Jak už jsem zmínila dříve, postižení nemají ani na to, aby si mohli v plné míře platit stacionář, kde se vzdělávají. Když bych počítala, že všichni mají kolem 8200 Kč invalidního důchodu, zůstalo by postiženým v I. stupni postižení po zaplacení stacionáře něco kolem 600 Kč na živobytí, postiženým v II. stupni by zůstalo asi 3200 Kč a postiženým v III. stupni by zůstala částka asi 8200 Kč. Ti jediní si podle mého názoru mohou tyto služby dovolit. V ostatních případech je částka, kterou stát přispívá těmto jedincům nedostačující“.

Závěrem bych chtěla říct, že při studování knih potřebných k napsání této práce mi kolikrát nebývalo lehké z života a osudů mentálně postižených. Musím říct, že jsem se několikrát dokázala vžít do jejich situace a i když spousta z nás má svých kolikrát si myslíme neřešitelných problémů víc než dost, určitě bychom neměnili. Nechtěli bychom být mentálně retardovaní a už vůbec bychom nechtěli být rodičem takto nemocného dítěte. Mentálně retardovaní lidé jsou ale svým způsobem šťastní a proto k nim přistupujme s tolerancí a s úctou. Vždyť každý člověk je svým způsobem osobnost.

SLOVNÍK CIZÍCH POJMŮ

- Signifikantní** - význačný, významný
- Dyslalie** - nesprávná výslovnost (patlavost)
- Deprivace** - citové, smyslové, sociální strádání
- Surdopedie** - zabývá se výchovou a vzděláváním jedince se sluchovou vadou
- Foniatr** - lékař, léčící vady řeči a sluchu
- Subnormalita** - podprůměrná schopnost rozvíjet se

Retardace – (z franc. *retardé*) – dle internetového serveru <http://cs.wikipedia.org/> (2012) tento pojem znamená „*zpomalení, zakrnění, zaostání nebo opoždění nějakého procesu.*“ Míra a hloubka postižení je individuální.

Mentální retardace – v minulosti označována jako oligofrenie. Jde o poškození mozku v období prenatalním, perinatálním, ale také v období postnatálním (do 2 let věku dítěte). Je to nemoc vrozená a nevyléčitelná (Slowík, 2010).

Demence- se liší od mentální retardace tím, že není vrozená, nýbrž získaná v průběhu života. Dle Slowíka (2010, s. 47) „*je demence charakteristická snížením již rozvinutých mentálních schopností člověka.*“ Příčinou může být úraz či vážná nemoc. Demence se ve většině případů týká spíše starší populace „*v souvislosti s následky cévních mozkových příhod nebo s degenerativními onemocněními mozku – typu Alzheimerovy choroby apod.*“ (Slowík 2010, s. 47).

POUŽITÁ LITERATURA

- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0
- JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
- KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově opožděných dětí*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5.
- KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN, a.s., 2010. ISBN 978-80-7235-446-7
- KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. Olomouc: UP Olomouc, 2005. ISBN 80-244-0991-7.
- KRAHULCOVÁ, B. A KOL. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: UK-Pdf, 2002. ISBN 80-7290-094-3.
- MATOUŠEK, O. A KOL. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- NĚMEC, J., KUSÝ, M. *Aktivní sociální učení v podmínkách ústavní a ochranné výchovy*. Praha, 1998
- PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, spol. s r. o., 2006. ISBN 80-86633-40-3.
- SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- ŠENKÝŘOVÁ, R. *Úvod do základů terminologie pro speciální pedagogy*. Brno: MU. 1994
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

www.wikipedia.cz

www.pecujdoma.cz

www.mpsv.cz

sociálníreforma.mpsv.cz

www.klic-css.cz

ZÁKONY A VYHLÁŠKY:

Zákon č. 108 / 2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 329 / 2011Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

Zákon č. 100 / 1988 Sb., o sociálním zabezpečení.

Vyhláška 182 / 1991 Sb.

Vyhláška 505 / 2006 Sb.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Andrea Kvapilová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Rodina s mentálně postiženým v systému sociálních dávek
Název v angličtině:	Family with mentally disabled person in system of social benefits.
Anotace práce:	<p>V první polovině teoretické části se zabývám charakteristikou jednotlivých kategorií mentální retardace, příčinami vzniku a prevencí. Druhá polovina teoretické části pojednává o možnostech začlenění postiženého jedince do společnosti, konkrétně o jeho možnostech výchovy, vzdělání a následnému pracovnímu uplatnění. Dále popisuji ústavní péči, život dítěte s mentálním postižením v rodině, jeho finanční zajištění příspěvkem na péči či sociálními dávkami vč. aktuálních změn, které v této oblasti proběhly v minulém roce.</p> <p>Praktická část zahrnuje pět kazuistik, kde popisuji příběhy mentálně postižených lidí. První tři jsou o lidech pobývajících v ústavu sociální péče a další dvě kazuistiky jsou o mentálně postižených lidech žijících ve svých rodinách. Na konci každé kazuistiky je uvedeno jaké sociální dávky a příspěvky jim stát poskytuje.</p>

Klíčová slova:	Mentální retardace, mentálně retardovaný jedinec, prevence vzniku mentálního postižení, výchova a vzdělávání, pracovní uplatnění, úřad práce, ústavní péče, sociální dávky.
Anotace v angličtině:	<p>In the first part of theoretical part there is a characteristic of particular categories of mental retardation its causes of origins and prevention. The second part of theoretical part deals with possibilities of integration of disabled person into society, particularly about their possibilities of education and following employment. There is a description of institutional care, life of a child with mental disability in family, their financial security with care and social contribution including current changes which too place in this area last year.</p> <p>Practical part consists of five case interpretations which describes stories of mentally disabled people. First three of them are about people living in institution of social care and other two case interpretations are about mentally disabled people living with their families. At the end of each case interpretation there is mentioned which social contributions and benefits are provided by state.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Mental retardation, mentally retarded person, formation of mental disability prevention, upbringing and education, employment, employment office, institutional care, social benefits.
Rozsah práce:	65 stran
Jazyk práce:	český jazyk