

Univerzita Karlova
Husitsko teologická fakulta

Bakalářská práce

2011

Martina Švadlenková

Univerzita Karlova
Husitsko teologická fakulta
Pacovská 350/4, 140 21 Praha 4

Obor: Sociální pedagogika

**Péče o osoby s mentálním postižením očima veřejnosti a
odborných pracovníků**

Vedoucí absolventské práce: Mgr. Lenka Chittussiová

Datum odevzdání práce: duben 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze podklady uvedené v příloženém seznamu.

V Praze dne 15. dubna 2011

Podpis.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Lence Chittussiové.

Děkuji jí za pomoc a dobré rady při vypracování mé bakalářské práce.

Anotace

Moje práce s názvem Péče o osoby s mentálním postižením očima veřejnosti a odborných pracovníků se zaměřuje na osoby s mentálním postižením a na péči, jaká se těmto osobám poskytovala v minulosti a jaká se poskytuje dnes. Dále se ve své práci zabývám možnostmi výchovy a vzdělávání, popisuji alternativní a terapeutické přístupy v péči o osoby s mentálním postižením. V praktické části, formou dotazníků, porovnávám názory odborníků a veřejnosti na přístup k péči o osoby s mentálním postižením.

Annotation

My work with a title The attitude of public and experts to the treatment of mentally disabled people focuses on mentally disabled people and the treatment provided in the past and nowadays. I focus on possibilities in upbringing and education, I describe the alternative and therapy approach in the treatment of mentally disabled people. I compare opinions of public and experts about the treatment of mentally disabled people in the practical part using results of my questionnaire.

Obsah

1. Úvod	9
2. Teoretická část	11
2.1 <i>Definice mentálního postižení</i>	11
2.1.1 Příčiny vzniku mentální retardace:	11
2.1.2 Psychopedie	13
2.1.3 Předmětem psychopedie	13
2.1.4 Cílem psychopedie.....	13
2.2 <i>Stupně mentálního postižení</i>	15
2.2.1 F 70 Lehká mentální retardace.....	15
2.2.2 F 71 Středně těžká mentální retardace	15
2.2.3 F72 Těžká mentální retardace	16
2.2.4 F 73 Hluboká mentální retardace	16
2.2.5 F 78 Jiná mentální retardace	16
2.2.6 F 79 Nespecifikovaná mentální retardace.....	17
2.3 <i>Přístup k péči o osoby s mentálním postižením</i>	18
2.3.1 Antika	18
2.3.2 Středověk.....	18
2.3.3 Renesance.....	19
2.3.4 Období po druhé světové válce.....	22
2.4 <i>Možnosti výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením</i>	23
2.4.1 Vzdělávání osob s mentálním postižením.....	23
2.4.1.1 Předškolní vzdělávání	24
2.4.1.2 Mateřská škola speciální	24
2.4.1.3 Vzdělávání v období povinné školní docházky	24
2.4.1.4 Vzdělávání v rámci profesní přípravy.....	25
2.4.1.5 Další vzdělávání.....	26
2.4.2 Výchova osob s mentálním postižením ve školách a zařízeních	26
2.4.2.1 Složky výchovy jako součást výchovně-vzdělávacího procesu na speciální či základní škole:	26
2.5 <i>Alternativní přístup k edukaci a péči o osoby s mentálním postižením</i>	28
2.6 <i>Terapeutické přístupy v péči o osoby s mentálním postižením</i>	31

3. Praktická část	36
<i>3.1 Stručná charakteristika typů služeb pro osoby s mentálním postižením</i>	36
<i>3.2 Rozbor dotazníků pro veřejnost</i>	38
<i>3.3 Rozbor dotazníků pro odborné pracovníky</i>	45
<i>3.4 Shrnutí dotazníků</i>	50
<i>3.5 Potvrzení hypotéz</i>	52
<i>3.6 Závěr</i>	53
<i>3.7 Použitá literatura</i>	54
<i>Přílohy</i>	

1. Úvod

Pro moji bakalářskou práci jsem si zvolila téma „Péče o osoby s mentálním postižením očima veřejnosti a odborných pracovníků“. Tato oblast mě již dlouhou dobu zajímá, takže rozhodování o tématu bylo jednoduché. V rámci školních praxí jsem působila v Domovech sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením v Praze a ve Slatiňanech. Praxi v těchto zařízeních jsem si vybírala záměrně, protože jsem chtěla poznat a na vlastní kůži si vyzkoušet, co obnáší práce s klienty s takovým postižením. Zvláště poznání psychického zatížení odborných pracovníků bylo pro mne velikým lákadlem. Od prvního okamžiku jsem si byla jistá, že jsem udělala dobře. Pracovní prostředí, milí klienti, odborný personál a hlavně celková přátelská atmosféra mě zcela naplňovala. Praxe se stala velkou a příjemnou životní zkušeností. Opravdu mile mě překvapili klienti, kteří jsou dokonale bezprostřední, upřímní a jejich aktivní přístup k životu by mohl být příkladem pro velké množství zdravých lidí, kteří si mnohdy neváží svého života a v horším případě života lidí kolem sebe. Ráda bych se uplatnila v oboru s touto problematikou a využila tak nabyté zkušenosti, které jsem získala na praxi v domovech sociálních služeb.

Mým cílem v teoretické části bude popsat definici mentálního postižení, v krátkosti uvedu všechny stupně mentálního postižení, dále se budu věnovat přístupu k péči o osoby s mentálním postižením, tomu, jaká dříve existovala zařízení, jaké metody se používaly, jaké byly vžitě postoje k práci aj. Dále uvedu možnosti výchovy a vzdělávání a na konci teoretické části se budu věnovat alternativním a terapeutickým přístupům v péči o osoby s mentálním postižením.

V praktické části se budu zabývat možnostmi péče o osoby s mentálním postižením, uvedu stručnou charakteristiku typů služeb a popíšu cíle většiny domovů sociálních služeb. Dále v praktické části vytvořím 2 dotazníky pro širokou veřejnost a pro odborné pracovníky. První dotazník pro veřejnost bude zkoumat jejich názory k péči o osoby s mentálním postižením. Druhý dotazník zadám odborným pracovníkům domovů sociálních služeb. Chtěla bych zjistit, co si myslí odborní pracovníci, kteří s osobami s mentálním postižením pracují, jakým způsobem se změnil přístup k péči a jestli je péče o osoby s mentálním postižením v domovech sociálních služeb kvalitní. Výsledky získané z obou dotazníků porovnáám, abych zjistila názor veřejnosti ve srovnání s názorem odborných pracovníků, kteří jsou s osobami s mentálním postižením v každodenním kontaktu. Myslím, že toto zkoumání bude zajímavé a s napětím budu očekávat, jestli se vyplní mé hypotézy:

- 1) Většina z dotazovaných si myslí, že názory a postoje k osobám s mentálním postižením jsou lepší u mladší generace než u starší generace.
- 2) Většina z dotazovaných si myslí, že v domovech sociálních služeb je osobám s mentálním postižením věnována kvalitní péče.
- 3) Většina z dotazovaných si myslí, že je důležité, aby osoby s mentálním postižením navštěvovali nějaké zařízení pro ně určené.
- 4) Většina z dotazovaných si myslí, že ceny za služby, které se poskytují osobám s mentálním postižením jsou drahé.
- 5) Většina z dotazovaných si myslí, že je v ČR dostatek zařízení a organizací, které se zaměřují na osoby s mentálním postižením.

2. Teoretická část

2.1 Definice mentálního postižení

Mentální postižení je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo postnatální etiologie, která vede k výraznému omezení v adaptivním fungování dítěte nebo dospělého jedince v jeho sociálním prostředí. Neznamená selhávání jedince pouze v testech nadání, ale také v běžných činnostech, praktických i sociálních dovednostech, školních výkonech a v samostatnosti. Děti neplní očekávání rodičů a svého okolí, nedokáží zvládnout nároky, které na ně běžný život klade.

Za mentálně postižené se považují takoví jedinci (děti, mládež, dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptaci.¹ Determinanty, které se mohou vyskytnout v různé variabilitě a hierarchii: zvýšená závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, pohotovost k úzkosti, rigidita a sugestibilita chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opoždění psychosexuálního vývoje, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, nerovnováha aspirace a výkonu, porucha komunikace a interpersonálních vztahů, malá přizpůsobitelnost k sociálním a školním požadavkům, impulsivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita, zpomalená chápavost, citová vzrušivost, ulpívání na detailech, malá srovnávací schopnost, snížená mechanická a logická paměť, těkavá pozornost, porucha vizumotoriky, porucha pohybové koordinace. Postižení zpravidla nezahrnuje všechny schopnosti dítěte rovnoměrně (sportovní, emoční, sociální...). Nejvíce bývá oproti ostatním dovednostem postižena řeč, verbální inteligence a schopnost logického myšlení. Etiologie postižení je tedy nejednotná, někdy i nejasná.

Uvádí se, že příčinou mentálního postižení je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku.

Příčiny vzniku mentální retardace:

- prenatální (před narozením dítěte) – jde především o infekci matky, špatnou výživu, úrazy matky, působení záření a toxických látek;
- perinatální (v období porodu a bezprostředně po něm) – nedostatek kyslíku plodu, protahovaný porod, atd.;

¹ Švarcová, I.: Mentální retardace. Praha: Portál, 2003, str. 24

▪ **postnatální** (po porodu až do 2 let věku dítěte) – záněty mozku, úrazy, infekce novorozeněte, špatná výživa.

Svou roli hraje samozřejmě i dědičnost.

Podle vývojového období, ve kterém k mentálnímu postižení dochází, se rozlišuje **oligofrenie**, ta se považuje za opoždění duševního vývoje v období prenatální, perinatální nebo časně postnatální, a **demence**, která se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu v průběhu života jedince, zpravidla je to po dovršení druhého roku života. K demenci může také dojít v důsledku úrazu mozku a různých onemocnění, které vedou k tomu, že vývoj, který probíhal normálně, byl narušen, zastaven nebo nějakým způsobem zvrácen. Rozlišujeme demenci celkovou, která zasahuje více či méně všechny rozumové schopnosti, a demenci částečnou, která postihuje některé dílčí složky intelektu. Pro demenci v dětském věku se někdy užívá označení deteriorace (zhoršení, úbytek) rozumových schopností.

Za jedince s mentálním postižením se nepovažují osoby, u kterých došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností, z nějakých jiných důvodů, než je poškození mozku, a jejichž psychické procesy probíhají normálním způsobem, to znamená děti výchovně zanedbané, děti i dospělí s vážnými emočními poruchami nebo děti s vážným smyslovým postižením, které, není-li včas rozpoznáno, může způsobit zpoždění psychického vývoje. Tyto stavy připomínající mentální postižení někteří autoři označují jako pseudooligofrenie.

Jedním ze znaků mentálního postižení je trvalost neboli trvalé porušení poznávací činnosti. Může se stát, že např. závažné infekční onemocnění, otřes mozku nebo hladovění mohou vést k určitým poruchám nervových procesů. V důsledku toho může dojít k přechodnému porušení schopnosti duševní činnosti nebo také zpomalení duševního vývoje. Pokud tyto procesy nejsou trvalé, pak u nich nejde o mentální postižení a porucha s velkou pravděpodobností při celkovém zlepšení stavu sama odezní.

Díky humanizaci oboru byly z terminologie vypuštěny stupně mentální retardace: debilita, imbecilita, idioimbecilita, idiocie, stejně jako pojmy nevzdělanost a nevychovatelnost a stupně socializace klienta: utilita, inferiorita. Dále také mizí termíny mentální defekt a jeho sociální rozměr v podobě defektivita a s velkým důrazem na osobnost individua se doporučuje používat místo pojmu mentálně retardovaný (mentálně postižený) označení **osoba s mentálním postižením**. Vychází to ze všeobecného konceptu speciální pedagogiky, kdy hlavně při „styku navenek“ používáme odvozeniny označení

osoba se zdravotním postižením (dítě s autismem, nikoliv autista). Počátek tohoto trendu lze vidět i ve snahách Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentální retardace, která na svém prvním kongresu v roce 1967 hovoří o tom, že člověk s mentální retardací je především lidská bytost, a teprve až na druhém místě je i „defektní“.

Ve speciální pedagogice najdeme poměrně frekventovaný termín handicap. Handicap (znevýhodnění) se chápe jako ztráta nebo omezení příležitosti účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní. Termín handicap označuje spíše konflikt ve vztahu osoby se svým postižením a prostředí než samu skutečnost postižení.

Další z termínů je poměrně nejednoznačný termín mentální retardace (volně přeloženo jako zpoždění duševního vývoje), který je v současné době vymezován značným množstvím definic, jež mají společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince.

Psychopedie je speciálněpedagogická disciplína, která se zabývá osobami s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumá výchovné a vzdělávací vlivy na tyto osoby. Psychopedie se zabývá edukací, reedukací, diagnostikou, poradenstvím, kompenzací, terapeuticko-formativní intervencí, rehabilitací, prevencí, prognostikou mentální retardace, integrací a socializací jedinců s mentálním postižením. Psychopedie je interdisciplinární obor se svou historií, ze speciálněpedagogických věd má nejbližší k logopedii, etopedii, somatopedii, z ostatních vědních oborů to jsou psychologie, sociologie, pedagogika a také medicína.

²Předmětem psychopedie je mentální retardace či jiné duševní postižení, ale především mentálně retardovaný či jinak duševně postižený klient (i žák s rozumovými nedostatky, s nimiž se nemůže vzdělávat na základní škole) a socializace v nejširším slova smyslu.

Cílem psychopedie je dosažení maximálního stupně rozvoje osobnosti s mentálním či jiným duševním postižením a integrace do společnosti.

² Müller, Valenta: Psychopedie. Praha: Parta, 2003, str.

Tab. Průvodní jevy mentální retardace. Mezi uvedenými skupinami existují plynulé přechody i poměrně výrazné interindividuální rozdíly v jednotlivých schopnostech.³

Mentální retardace				
	lehká (IQ 50-69)	středně těžká (IQ 35-49)	těžká (IQ 20-34)	hluboká (IQ nižší než 20)
Neuropsychický vývoj	omezený, opožděný	omezený, výrazně opožděný	celkově omezený	výrazně omezený
Somatická postižení	ojedinělá	častá, častý výskyt epilepsie	častá, neurologické příznaky	velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové
Poruchy motoriky	opoždění motorického vývoje	výrazné opoždění mobilní	časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky	většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu
Poruchy psychiky	snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení, a převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti	celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání, opožděný rozvoj dovedností sebeobsluhy	výrazně omezená úroveň všech schopností	těžké poruchy všech funkcí
Komunikace a řeč	schopnost komunikovat většinou vytvořená, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči	úroveň rozvoje řeči je variabilní; někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev bývá často chudý, agramatický a špatně artikulovaný	komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova	rudimentární, nonverbální komunikace, nebo nekomunikují vůbec
Poruchy citů a vůle	afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost, zvýšená sugestivita	nestálost nálady, impulzivita, zkratkovité jednání	celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškození	těžké poškození afektivní sféry, potřebují stálý dohled
Možnosti vzdělávání	vzdělávání na základě speciálního vzdělávacího programu	na základě speciálních programů (speciální škola)	vytváření dovedností a návyků, rehabilitační třídy	velmi omezené (rehabilitace individuální, péče)

³ Švarcová, I.: Mentální retardace. Praha: Portál, 2003, str. 34

2.2 Stupně mentálního postižení

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

Lidé s tímto postižením si dokáží osvojit řeč a jsou nezávislí v osobní péči a praktických dovednostech. Vývojově dosahují úrovně kolem 12 let. Retardace se více začíná projevovat až při potřebě abstrakce, logického myšlení, předvídání nebezpečí či řešení problémových situací, dobrá však bývá mechanická paměť. V oblasti emocionální se projevuje impulzivnost, úzkostnost, afektivní labilita a zvýšená sugestibilita. Děti s nadáním v pásmu lehké mentální retardace se zpravidla vzdělávají podle osnov základní školy praktické. V plánu vzdělávání bývá delší čas pro předměty, které se zabývají praktickými dovednostmi. Jiné jsou také podmínky pro vzdělávání, co se týče počtu dětí ve třídě, který je omezen. Pro výuku se také používají jiné pomůcky i učebnice. ⁴*Po ukončení základní školy probíhá vzdělávání na odborných učilištích. Ve vzdělávací soustavě je umožněna průchodnost, děti mohou být přijaty na střední odborná učiliště a navštěvovat je.* Mohou se zde setkat s obtížemi při výuce cizího jazyka. Dobré výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam pro socializaci. Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací 80%, v populaci 2,6%.

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

⁵*Opoždování dětí se středně těžkou mentální retardací bývá patrné už v útlém věku. Prostupuje všemi oblastmi, v řeči, v sociálním kontaktu, děti bývají opožděné po stránce pohybové a zejména v řeči.* Je zde častý výskyt epilepsie, autismu a dalších tělesných a neurologických potíží. Při dobrém vedení a kvalitní stimulaci zvládají slovní zásobu a schopnosti vyjadřování, které jim umožní základní komunikaci a dorozumění. Tvoří jednoduché věty. Někdy pouze neverbální komunikace. Samostatnost v sebeobsluze je pouze částečná. V emocionální oblasti se často objevují nepřiměřené afektivní reakce a emoční labilita. Vzdělávají se nejčastěji v základní škole speciální, mají možnost integrace do běžné základní školy, při splnění stanovených podmínek. Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací 12%, v populaci je to 0,4%.

⁴ Pešová I., Šamalík M.: Poradenská psychologie pro děti a mládež. Praha: Grada, 2006, str. 56

⁵ Pešová I., Šamalík M.: Poradenská psychologie pro děti a mládež. Praha: Grada, 2006, str. 58

2.2.3 F72 Těžká mentální retardace (IQ 34-21, dříve idioimbecilita)

⁶U těžké mentální retardace bývá výrazné opožďování ve vývoji, zřetelné již od velmi útlého věku a často se jedná o kombinované postižení. K postižení rozumových schopností se přidružuje i postižení smyslové nebo pohybové různého stupně. Častý výskyt somatických vad a příznaky celkového postižení CNS. Osvojí si základní hygienické návyky a prvky sebeobsluhy. Někteří však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Výrazně jsou narušeny afektivní sféry, nestálost nálad, impulzivita. Mnohé z těchto dětí se nikdy nenaučí mluvit nebo si osvojí jen několik jednoduchých slůvek. Vzdělávají se v základní škole speciální podle odpovídajícího vzdělávacího programu. Prioritní v jejich výuce je zaměření na zvládnutí základní komunikace (verbální či pomocí alternativních komunikačních systémů), základů sebeobslužných dovedností a na porozumění běžným sociálním situacím. Osoby s těžkou mentální retardací potřebují celoživotní péči. Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací 7%, v populaci 0,3%.

2.2.4 F 73 Hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20, dříve idiocie)

U hluboké mentální retardace bývá spolu s postižením intelektu pravidlem i těžké postižení pohybové – stereotypní automatické pohyby. Je zde častý výskyt atypického autismu. *Porušení afektivní sféry a sebepoškozování.*⁷ Většinou si dítě neosvojí ani základy mluvené řeči a porozumění bývá omezeno pouze na některé běžné požadavky. Děti reagují citlivě na taktilní zvuky a podněty, zejména emočně podbarvený tón hlasu, reakce na zrakové podněty bývají mnohdy omezené. Jejich komunikace bývá globální – dávají najevo svou spokojenost úsměvem, celkovou relaxací, a nespokojenost vyjadřují stoupajícím napjetím a pláčem. Osoby s hlubokou mentální retardací své okolí nepoznávají a k emočním podnětům z okolí mohou být dosti citlivé. Nedožívají se vyššího věku. Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací 1%, v populaci 0,2%.

2.2.5 F 78 Jiná mentální retardace

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nemožné nebo nesnadné pro přidružené

⁶ Pešová I., Šamalík M.: Poradenská psychologie pro děti a mládež. Praha: Grada, 2006, str. 59

⁷ Vítková, M. a kol.: Integrativní speciální pedagogika. Brno: Paido, 1998, str. 128

senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, nemluvících, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

2.2.6 F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možné zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.

2.3 Přístup k péči o osoby s mentálním postižením (od antiky po současnost)

Ve své práci bych také ráda upozornila na přístup k péči, jaký byl dříve a jaký máme dnes. V praktické části bych pak chtěla porovnat názory veřejnosti, co si myslí, jestli se přístup a názory na osoby s mentálním postižením změnilly či nikoliv.

2.3.1 Antika

Měla poměrně bohatou teorii duševních poruch (delirium, mánie..) vykládaných různými školami, přičemž na etiologii poruch převažoval „organický“ náhled. Hippokrates dokazoval, že mentální onemocnění vzniká z poruch mozku, pozdější epikurejci a stoikové si zase všímali vztahů mezi jedincem a společností. Antický lékař Galén definoval symptomatiku psychické poruchy a odlišoval slabomyslnost vrozenou od získané. Starověká společnost měla na péči o duševně a jinak postižené jedince poměrně vyhraněný názor, jehož symbolem se stala nechvalně populární spartská skála, na které končil krátký život těch postižených, jež otec po narození „nezvedl z prahu svého domu“.

2.3.2 Středověk

Ve středověku zaujali lidé k duševně postiženým jedincům ambivalentní postoj. Na jedné straně byli „šílenci a blázni“ považováni za vyvolené, na něž shlédl Bůh, na straně druhé byli považováni za „zplozence ďáblovy“. Raný středověk koncept duševní poruchy jakožto nemoci vůbec neuznával (nenavázal na vědění antických myslitelů). Duševní poruchy byly vyňaty ze sféry medicíny a staly se předmětem démonologie. Nicméně už od raného středověku vznikají klášterní hospitály jakožto útulky pro staré, nemohoucí a duševně nemocné osoby. V hospitálech o postižené pečoval mnich. Ve středověku také vznikaly první azylová zařízení pro kretény (při špitálech v Churu a Sitten ve Švýcarsku a v klášteře ve Štýrsku). Ale i přesto byly duševní poruchy ve středověku chápány spíše jako posedlost zlým duchem a je pravděpodobné, že mnoho osob upálených pro čarodějnictví by dneska neslo diagnózu mentální retardace. Ve středověku existoval podivný „institut péče o mentálně a jinak duševně postižené“ jímž byly tzv. lodě bláznů. Lodě naložené bláznů pluly od města k městu. Blázni byli vyhnáni městskou radou za hradby velkých měst a pluly za svým rozumem. Lodě bláznů brázdily hladiny středověké Evropy nejen proto, aby se radnice měst zbavily jejich nepohodlného nákladu, ale byly i dopravními prostředky

směřujícími k terapeutickým cílům – do poutních míst, kde lze uvěřit v zázrak uzdravení. S „putováním bláznů za uzdravením“ souvisí také vznik svobodně organizované komunity duševně postižených v belgické vesnici Gheel.

2.3.3 Renaissance

Období renesance přineslo první klasifikaci duševních poruch, v nichž jsou poruchy intelektu odděleny od ostatních duševních poruch. Renaissance je spojená se jménem jednoho z největších humanistů – J. A. Komenského, který ve svých dílech hájil nutnost vzdělávat všechny děti bez ohledu na jejich postižení. Ve své Didaktice velké se Komenský zabýval první speciálně pedagogickou klasifikací žáků z hlediska jejich typologie. Z šesti skupin Komenského systému nás zajímá skupina čtvrtá a pátá. Čtvrtá skupina obsahovala kategorii žáků s lehkou mentální retardací, u nichž je třeba s výukou postupovat pomalu, názorně, motivačně, s redukcí učiva a individuálním speciálně pedagogickým přístupem. Do páté skupiny Komenský zařadil žáky s hlubším stupněm mentální retardace, u nichž je vzdělávání velmi obtížné. Komenský aplikoval na edukaci žáků s mentálním postižením pedagogické principy, které jsou funkční i v dnešní době (princip názornosti, konkrétnosti, individuálního přístupu a přiměřenosti) a tím, že do středu zájmu učitele nepostavil učivo, ale žáka, předběhl o čtvrt tisíciletí vývoj pedagogického myšlení a přiblížil se tak reformním pedagogům dvacátého století.

S příchodem nového modelu společnosti a moderního chápání lidských práv přichází i změny v přístupu k duševně postiženým občanům spojené se jménem zakladatele moderní psychiatrie Filipa Pinela, muže, který sejmul okovy duševně postiženým, a to jak obrazně, tak i fakticky. Doba francouzské revoluce je při hodnocení periodou, v níž vznikaly špitály po vzoru Všeobecného špitálu v Paříži, z jehož chovanců desetinu tvořili „blbci, blázni, slabomyslní a osoby úplně propadlé šílenství“, kteří byli internováni a s nimiž se zacházelo jako s trestanci. Čas lodi bláznů, kdy byli duševně postižení vyháněni za hradby měst, aby putovali za svým osudem, zkázou či uzdravením, vypršel a byl vystřídán věkem „věže bláznů“ v němž byli takto postižení internováni ve špitálech, věznění v útulcích, azylech, pevnostech, zavírání do beden, přivazování k pryčnám a přikovávání řetězy ke stěně a ukazování veřejnosti za malý poplatek jako pouťový spektakl. V tomto kontextu a v době obrovských změn nastupuje lékař Pinel do špitálu v Bicetre, kde se v nevábné instituci setkává s šílenci, vyobcovanými na okraji lidské existence. Pinel docílil toho, že jsou nejprve v Bicetre a později v Salpêtrière a v dalších

špitálech-vězení sejmuty duševně postiženým okovy, kazajky a dozorcům odejmuty biče. Represi povolna nahrazuje léčba založená na morální akci, jejíchž součástí kromě léků bylo to, co bychom dneska nazvali jako ergoterapii. Filip Pinel se také zabýval teorií, v níž medicínsko-biologický přístup ke klientovi spojoval s pohledem „psychosociálním“. Pinel se na idiocii díval jako na afektivní a rozumovou retardaci, a to vrozenou či získanou. Rozlišoval čtyři stupně:

1. stupeň – stav blízký zvířeti,
2. stupeň – stav, kdy jsou některé potřeby a pojmy zachovány,
3. stupeň – stav, kdy je na nižší úrovni zachována řeč a rozum (hloupost),
4. stupeň – stav s postupným úbytkem rozumových schopností (imbecilita).

Nejslavnějším Pinelovým žákem a pokračovatelem se stal Jean Etienne-Dominik Esquirol, který jako první vymezil idiocii jako stav charakterizovaný vrozeným a trvalým nedostatkem rozumových schopností a pod pojmem imbecilita chápal lehčí formu slabomyslnosti a pro nejmírnější formu postižení stanovil pojem rozumové opoždění.

Lékaře Eduarda Sequina můžeme považovat za zakladatele psychopedie a systematické péče o slabomyslné v Evropě i ve Spojených státech. Ve svém teoretickém díle vyrůstajícím z každodenní praxe rozpracovává systém výchovy slabomyslných jedinců postavený na tzv. Sequinově triádě:

- 1) výchova činnosti – rozvoj analyzátorů, motoriky, senzomotoriky
- 2) výchova myšlení – utváření představ o světě a společnosti, výuka trivía
- 3) výchova vůle – schopnost ovládat své instinkty

Protože propagoval mechanistický model výchovy (výchova činností předchází výchově myšlení a ta výchově vůle), stal se jeho systém vzorem a inspirací pro řadu následovníků. Kromě výchovy mentálně postižených jedinců se Sequin věnoval také jejich diagnostice. Dodnes používáme tzv. Sequinovu destičku pro diagnostikování úrovně praktického myšlení.

Další vývoj péče o jedince s mentálním postižením je spojen často se jmény reformních pedagogů či jejich předchůdců, můžeme tedy říci, že alternativní pedagogika vyrostla na dílech těchto pedagogů – **Ovid Decroly** (inicioval vznik diagnostických tříd pro

slabomyslné žáky a založil ústav pro slaboduché v Bruselu), doktor **Washburn** (koncipoval Winnetskou soustavu pro „úchylné žáky“), **Peter Peterson** (prosazoval inkluzi postižených žáků), **Rudolf Steiner** (jeden ze zakladatelů léčebné pedagogiky) a další.

⁸*Všeobecný (tereziánský) školní řád z roku 1774 je první zákonné ustanovení na území naší země, které řeší školní docházku dětí a je dílem pruského reformátora Johana Ignáce Felbigera, který zastával názor, že nenadání žáci by měli být přítomni výuce a učitel by je pro jejich malé nadání neměl trestat.*

V roce 1863 byl vydán **zákon o domovském právu**, jenž byl v podstatě první úpravou zabývající se skutečnou péčí o „úchylné“ jedince, neboť ustanovoval nárok postižených na sociální pomoc. V praxi to přineslo rozvoj zemských ústavů pro tělesně, duševně a smyslově postižené občany.

⁹*Zákon o obecných školách z roku 1869 měl nepříznivý dopad pro těžce tělesně a mentálně postižené děti, neboť je vylučoval ze vzdělávání.*

Teprve **Školní řád o vyučování z roku 1905** umožnil s povolením zemských školních úřadů zvláštní pomocné třídy, které by mohly navštěvovat jak děti se smyslovým postižením, tak i méně nadané děti. Dva roky po vydání tohoto řádu ministerstvo kultury upravuje podmínky pro přijetí žáka do těchto škol a vydává pokyny k jejich vyučování (15 až 20 žáků na jednoho učitele, vyučování jednoho předmětu nesmí přesáhnout 25 minut, atd.). Učitelé těchto tříd procházeli „psychopedickým“ kurzem, placeným státem, kde se seznamovali mimo jiné i se specificky osobnostní strukturou žáků trpících různou formou „blbosti“.

Jeden z prvních „psychopedů“ u nás byl **Karel Slavoj Amerling**. Tento lékař, přírodovědec, pedagog a pedagogický reformátor bezplatně řídil první ústav pro slabomyslné v celém rakousko-uherském mocnářství, jímž bylo tzv. Ernestinum na Pražském hradě založené roku 1871. Amerling prosazoval pro své klienty základní vzdělání, zemědělské a ruční práce, pevný režim dne a nácvik sebeobslužných prací a hygieny.

„Speciální pedagog“ **Karel Herfort** v ústavu prosadil individuální přístup k chovancům, prohloubil jejich výuku a zavedl chorobopisy vycházející z vědeckých (lékařských i „speciálně pedagogických“) diagnostických metod.

⁸ Müller, Valenta: Psychopedie. Praha: Parta, 2003, str. 32

⁹ Müller, Valenta: Psychopedie. Praha: Parta, 2003, str. 32

Josef Zeman byl zakladatel našeho speciálního školství. S jeho jménem je spojen zákon o pomocných školách z roku 1929, který zařadil pomocné školy do školského systému a řešil otázku povinné školní docházky slabomyslných. Vydal řadu odborných publikací jako je soubor přednášek Črty z pedopatologie, Pedopatologický slovník a zpracoval Dějiny péče o slabomyslné.

2.3.4 Období po druhé světové válce

Mezi „revolucí“ únorovou (1948) a sametovou (1989) se země vrací zpět na cestu demokracie. Toto období je spojeno s několika legislativními úpravami i postavami tehdejší československé speciální pedagogiky, jež obor výrazně ovlivnily a částečně ovlivňují dodnes. Legislativní úpravy:

- Zákon o jednotném školství (95/48 Sb.), který zřizoval školy zejména pro mládež tělesně vadnou a s vadami smyslů a řeči, duševně a mravně vadnou, postiženou chorobami a umístěnou v léčebných ústavech a ozdravovnách.¹⁰ Zákon na jedné straně pozitivně ovlivňoval vývoj péče o jedince s mentálním postižením, na druhé straně jeho centralistický charakter nedovoloval existenci alternativního školství.
- Školský zákon z roku 1953 (31/53 Sb.). Na základě tohoto zákona dochází k rozšíření edukace žáků s mentálním postižením na druhém cyklu škol – vznikají zvláštní učňovské školy připravující na výkon jednoduchých manuálních povolání.
- Zákon z roku 1960 (188/60 Sb.) rozšiřuje síť speciálních škol o speciální mateřské školy. V oblasti předškolní institucionální péče jsme patřili mezi modelové země.

V době druhé světové války je nutno zmínit naše dva profesory speciální pedagogiky – Miloše Sováka a Františka Kábeleho.

V posledních letech dochází ke snahám o nové vymezení paradigmatu v oboru speciální pedagogiky, v psychopedii se to promítá do pokusu redefinovat kompetence psychopeda vzhledem k potřebám klientely.

¹⁰ Müller, Valenta: Psychopedie. Praha: Parta, 2003, str. 33

2.4 Možnosti výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením

Výchovu a vzdělávání osob s mentálním postižením chápeme jako celoživotní proces. I u nepostižených jedinců se uznává nutnost celoživotního vzdělávání, zvyšování kvalifikace, prohlubování jazykových a dalších znalostí a dovedností. U osob s mentálním postižením, u nichž kognitivní procesy probíhají podstatně pomaleji než u ostatní populace, stále výrazněji vystupuje potřeba jejich permanentního rozvíjení, opakování a prohlubování jejich znalostí a dovedností a jejich soustavného vedení ke stále komplexnějšímu poznávání okolní skutečnosti. Základy výchovy dětí s mentálním postižením, stejně jako výchovy jejich ostatních vrstevníků, spočívají v rodině. Výchova dítěte s mentálním postižením ve srovnání s nepostiženým dítětem téhož věku je mnohem obtížnější a náročnější na pedagogické dovednosti a také na čas a trpělivost rodičů. Její největší svízel spočívá v tom, že výsledky se dostávají pozvolna, někdy dokonce tak pomalu, že je vychovatel téměř nepozoruje. Každá sebemenší dovednost, k jejímuž osvojení jiným dětem stačí několik opakování, vyžaduje u dětí s mentálním postižením dlouhodobý trpělivý nácvik. Téměř každý z rodičů, který vychovává dítě s mentálním postižením, zákonitě někdy propadá pocitům neúspěšnosti, bezmoci a beznaděje. V takových situacích potřebuje nejen pochopení a povzbuzení od svého okolí, ale i odbornou konzultaci nebo radu moudrého a zkušeného člověka, ať lékaře, speciálního pedagoga, psychologa či rodiče, který úspěšně zvládl nebo zvládá výchovu obdobě postiženého dítěte.

2.4.1 Vzdělávání osob s mentálním postižením

Za mentálně postižené se považují žáci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.¹¹

Podmínky vzdělávání:

- vhodně upravené prostředí,
- snížené počty žáků ve třídách,
- učitelé se speciálněpedagogickou kvalifikací,
- speciálně učební metody,
- výběr učiva odpovídající úrovni rozumových schopností žáků,
- učebnice, které odpovídají úrovni rozumových schopností žáků,

¹¹ Pipeková, J.: Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2006, str. 31

- speciální zařízení a kompenzační pomůcky v závislosti na potřebách žáků a závažnosti jejich postižení

*Sít' speciálních škol a zařízení pro mentálně postižené děti a žáky je tvořena předškolním zařízením (speciálně mateřskou školou, mateřskou školou či speciální třídou pro mentálně postižené děti při mateřské škole), zvláštní školou, pomocnou školou s přípravným stupněm pomocné školy, popř. rehabilitační třídou při pomocné škole, speciálními třídami pro žáky s mentálním postižením, odborným učilištěm a praktickou školou.*¹² Zvláštní postavení je dáno **speciálně pedagogickému centru (SPC)** – realizují depistáž, speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku dětí s mentálním postižením, ranou péči, ambulantní a poradenskou činnost pro děti s postižením a jejich rodiče, dále poskytují konzultace a metodickou pomoc učitelům a rodičům, kteří se rozhodnou pro integraci dětí s postižením do běžného typu škol. Sledují také tyto děti na základní škole a poskytují podpůrné služby a pomáhají při vypracování individuálně vzdělávacích programů pro žáky. Učitelům a rodičům SPC také zapůjčují speciální pomůcky, speciální učebnice a odbornou literaturu.

2.4.1.1 **Předškolní vzdělávání** – děti s mentálním postižením mohou navštěvovat tato zařízení:

- mateřská škola,
- mateřská škola speciální,
- speciální třída při mateřské škole

2.4.1.2 **Mateřská škola speciální** – je organizována jako běžné předškolní zařízení, které kromě informativní a formativní funkce (výchova tělesná, mravní, rozumová, řečová, estetická a pracovní) plní ještě funkci diagnostickou, reedukační (rozvoj postižených funkcí s důrazem na kognitivní procesy) a kompenzační, rehabilitační a často také terapeuticko-formativní nebo respitní.

2.4.1.3 **Vzdělávání v období povinné školní docházky** – žáci s mentálním postižením mohou navštěvovat tyto školy (Školský zákon č. 561/2004 Sb.):

- základní škola,
- základní škola praktická,
- základní škola speciální,
- třída pro žáky se zdravotním postižením při základní škole

¹² Müller, Valenta: Psychopedie. Praha: Parta, 2003, str. 99

Základní škola praktická – nejfrekventovanější zařízení edukačního systému pro žáky s mentálním postižením. Jedná se o žáky v pásmu lehké mentální retardace. Posláním tohoto typu škol je dosáhnout co největší úrovně znalostí, dovedností a osobnostních kvalit. Cílem je připravit žáka na zapojení, případně úplnou integraci do běžného života. Základní škola praktická trvá 9 let.

Základní škola speciální – vzdělávají se zde žáci s takovou úrovní rozvoje rozumových schopností, která jim nedovoluje prospívat na základní škole ani na základní škole praktické, ale umožňuje jim ve vhodně upravených podmínkách a při odborné speciálněpedagogické péči osvojovat základní znalosti, dovednosti a návyky potřebné k orientaci v okolním světě, k dosažení maximální možné míry samostatnosti a nezávislosti na péči druhých osob a k zapojení do společenského života. Základní škola speciální trvá 10 let.

2.4.1.4 **Vzdělávání v rámci profesní přípravy** – profesní příprava jedinců s mentálním postižením se realizuje v těchto zařízeních:

- střední odborné učiliště,
- odborné učiliště,
- praktická škola

Odborná učiliště – podobná střednímu odbornému učilišti. Navazují na vzdělávací program základní školy praktické. Výuční list získávají po 2 nebo 3 letech. Odborné učiliště může také poskytnout přípravu pro výkon jednoduchých činností žáků, kteří nejsou schopni samostatně pracovat. Tato příprava se uskutečňuje v samostatné třídě odborného učiliště a trvá 1 rok. Zakončení zde není výučním listem, ale vysvědčením.

Praktická škola – dělí se na 2 typy:

1) Praktická škola s dvouletou přípravou – určena žákům se speciálními vzdělávacími potřebami, plynoucími 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 v devátém ročníku základní školy a v odůvodněných případech v devátém ročníku základní školy. Cílem je poskytnout žákům doplnění a rozšíření všeobecného vzdělání dosaženého v průběhu plnění povinné školní docházky, dát jim základy odborného vzdělání a základy manuálních dovedností v oboru dle zaměření.

2) Praktická škola s jednoletou přípravou – určena žákům s těžkým zdravotním postižením, zejména s těžkým stupněm mentálního postižení, žákům postiženým více vadami a žákům s diagnózou autismu, kteří získali ucelené vzdělání na úrovni základní školy speciální nebo základní školy praktické. Žáci se připravují především na práci v chráněných pracovištích a na pomocné a úklidové práce v sociálních či zdravotnických zařízeních.

2.4.1.5 Další vzdělávání – v oblasti dalšího vzdělávání dospělých jedinců s mentálním postižením existují dvě možnosti:

- večerní školy,
- kurzy k doplnění vzdělání

Večerní školy – jedna z forem celoživotního vzdělávání pro dospělé osoby s mentálním postižením. Školy se věnují zejména rozvíjení komunikačních dovedností, opakování učiva, orientace v okolním světě a životě a další.

Kurzy k doplnění vzdělání – poskytovatelem může být základní škola praktická nebo speciální. Kurzy slouží k doplnění vzdělání.

2.4.2 **Výchova osob s mentálním postižením ve školách a zařízeních**

Školy a zařízení psychopedického typu existují také proto, aby u svých klientů a žáků vychovávaly vlastnosti potřebné pro společenský život. Při realizaci výchovy v těchto institucích je třeba mít na paměti její nutné těsné spění se vzděláváním a interdisciplinarností jejího zajištění.

2.4.2.1 **Složky výchovy jako součást výchovně-vzdělávacího procesu na speciální či základní škole:**

Smyslová výchova – je předstupněm rozumové výchovy. Slouží k rozvoji základního poznání coby primárního předpokladu dalšího poznávání předmětů a jevů z vnitřního i vnějšího prostředí.

Rozumová výchova – je vrcholem kognitivizace jakékoliv osobnosti s mentálním postižením. Jedinci z pásma inteligenční subnormy „trpí“ deficitem především v této oblasti. Mělo by jít hlavně o činnost s reedukačními cíli.

Řečová výchova – je úzce spjata s rozumovou výchovou. Jejím hlavním cílem je kompenzovat nedostatky ve verbalizaci, jež vyplývají ze samotného postižení či z vývoje ochuzeného o patřičné podněty. Měla by mít podobu systematického budování slovní

zásoby, nacvičování vyjadřovacích dovedností a vytváření schopností porozumění a smysluplného užívání řeči.

Tělesná výchova – má důležité postavení v systému výchovné péče o osoby s mentálním postižením, její cíle, obsahy a formy jsou variabilní. Tělesná výchova se zaměřuje na harmonický tělesný vývoj, osvojení si základních pohybových dovedností, vytváření návyků na fyzickou námahu, vytváření manuálních dovedností a další.

Pracovní výchova – vytváří základní předpoklady pro socializaci osob s mentálním postižením v období dospívání a dospělosti (absolutní vyvrcholení je samostatný život a vstup na volný trh práce). Tyto předpoklady jsou postaveny na vytváření schopností pracovat a na vytváření celkově pozitivního vztahu k práci.

Mravní výchova – nejkomplicovanější složka výchovy. Je tomu tak proto, že prolíná výchovou jako celek (má vliv na utváření osobnostních kvalit, které působí ve všech výchovných složkách). Její naplnění musí být podpořeno pedagogickým mistrovstvím.

Estetická výchova – má vést ke kultivaci emocí, hlavně ke schopnosti vnímání a prožívání krásy. Tato schopnost může mít podobu pěstování citových vazeb k lidem, k přírodě, k věcem, ale i podobu citových vazeb na umělecká ztvárnění skutečnosti.

2.5 Alternativní přístup k edukaci a péči o osoby s mentálním postižením

Alternativu můžeme chápat jako možnost volby mezi dvěma (popříp. více) způsoby řešení.

Alternativní pedagogika je soubor takových koncepcí, přístupů, náhledů a názorů, výukových a výchovných cílů a obsahů, organizačních forem, metod a pedagogických prostředků, které nejsou obvyklé pro školský systém daného státu.

Alternativní škola je instituce jež je ideologicky, ekonomicky, správně a metodicky nezávislá na orgánech pověřených řízením školství než státní škola běžného typu. Pedagogickou alternativou nerozumíme jen církevní, soukromé školy nebo velké pedagogické koncepce, ale alternativní mohou být i jednotlivé přístupy učitelů či vychovatelů k výchově a vzdělávání. Alternativní může být i atmosféra tříd a škol.

¹³V ústavách demokratických států i v mezinárodní legislativě mají alternativní přístupy ve vzdělávání již tradičně svoje místo. Z norem nejvyššího právního významu může jmenovat Rozhodnutí Evropského parlamentu z roku 1984, kde se stvrzuje právo rodičů zakotvené ve všeobecném prohlášení lidských práv (1948) na rozhodování o volbě vzdělávání svých dětí, přičemž stát musí umožňovat zřizování jak veřejných, tak i soukromých škol.

Další mezinárodní úmluvou je Mezinárodní pakt o sociálních a kulturních právech (1966) a závěrečný dokument vídeňského následného setkání (1989), kde je svoboda vzdělávání zahrnuta mezi základní lidská práva a kde se hovoří o nutnosti podporovat mnohotvárnost škol.

V péči o osoby s mentálním postižením můžeme k alternativním přístupům řadit nejen „velké pedagogické koncepty“, ale také u nás poměrně nové instituty, které teprve pozvolna pronikají do státem garantovaného systému edukačního, ale především, ale především sociálního servisu.

a) **Chráněná dílna** je nejstarším institutem chráněného prostředí u nás. V těchto řemeslně, úklidově, farmářsky atd. zaměřených pracovištích dospělí jedinci pracují pod dohledem a svým tempem na konkrétním „výrobním programu.“ Systémově tyto dílny navazují na absolvování základních škol speciálních. V posledním období se u nás objevuje

¹³ Müller, Valenta: Psychopedie. Praha: Parta, 2003, str. 108

tendence ke zřizování chráněných pracovišť ve formě prodejen, kde se prodávají především produkty chráněných dílen. V těchto prodejnách pracují klienti s mentálním či jiným duševním postižením.

¹⁴*Nový zákon o sociálních službách jmenuje tzv. sociálně terapeutické dílny poskytující služby (podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociální inkluzi) klientům, kteří nejsou schopni umístění ani na chráněném trhu práce.*

b) Chráněný byt (chráněné bydlení) je určeno dospělým klientům, kteří jsou schopni se sami o sebe postarat s malou pomocí personálu pobytových služeb, při kterém tyto chráněné byty často vznikají jako výraz principu normalizace života klientů. Snaha je budovat tyto byty mimo domovy pro osoby se zdravotním postižením v běžné městské zástavbě.

c) Chráněná domácnost je určena klientům, kteří se mohou podílet na domácích pracích a asistenci personálu, ale jejich mentální úroveň nestačí na chráněné bydlení.

d) Chráněné zaměstnávání je alternativa k chráněným dílnám s tím, že pro klienta je vybráno a nasmlouváno nechráněné prostředí (např. sklad), kam se dostává v doprovodu pracovního asistenta, který ho zapracovává tak dlouho, až si je jistý tím, že klient v pracovním prostředí obstojí.

e) Aktivační centrum je centrum celoživotního vzdělávání určené pro klienty s tak závažným postižením, které není možno zařadit ani pod podporované zaměstnávání.

f) Asistenční služby

- v resortu školství se jedná o asistenta pedagoga

- v resortu práce a sociálních věcí se jedná o osobního asistenta jakožto sociální službu.

g) Centra integrované podpory – jejich úkolem je formou doplňkové činnosti poskytnout poradenské a konzultační služby pedagogům běžných škol, na nichž jsou integrováni žáci se zdravotním (mentálním) postižením.

h) Centrum denních služeb napomáhá k vyrovnání příležitosti (v aktivním kontaktu, v komunikaci atd.) osob s těžším mentálním a kombinovaným postižením, napomáhá

¹⁴ Müller, Valenta: Psychopedie. Praha: Parta, 2003, str. 108

podpořit jejich život v běžném prostředí. Centrum je zaměřeno většinou na volnočasové aktivity.

ch) Tranzitní program připravuje většinou žáky posledních ročníků speciálních škole (především s mentálním či kombinovaným postižením) ve spolupráci s APZ na přijetí do pracovního poměru po skončení základní školní docházky. Jde o dlouhodobou praxi na pracovišti s asistencí, která napomáhá člověku s postižením získat potřebné pracovní i sociální dovednosti, která mu usnadní uplatnění na trhu práce.

i) Job klub je často součástí tranzitního programu, přípravou na něj. Klienti se zaučují v pracovních dovednostech a v modelových situacích pracovněprávního charakteru.

j) Klub aktivního sociálního učení je alternativou rezidenčních služeb určenou klientům, kterým jejich dovednosti ještě nedovolí dosáhnou na programy podporovaného zaměstnávání či pro ty, kteří pracují na výrazně zkrácený pracovní úvazek. Klub se zaměřuje na získání nových poznatků i sociálních dovedností v oblasti sebehodnocení, formování postojů, tvorby skupinových rozhodnutí a norem, apod.

k) Hnutí sebeobhájců učí osoby s mentálním postižením mluvit samy za sebe, být nezávislymi, rozhodovat o sobě, přijímat odpovědnost samy za sebe.

¹⁵*Další alternativu v péči o osoby s hlubším stupněm mentálního postižení lze uplatňovat v systémech alternativní a augmentativní komunikace.*

¹⁵ Müller, Valenta: Psychopedie. Praha: Parta, 2003, str. 109

2.6 Terapeutické přístupy v péči o osoby s mentálním postižením

¹⁶*Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně. Tyto příčiny mohou být aplikovány buď přímo v rámci terapií nebo nepřímo v rámci jiných odborných a cílených činností zaměřených na člověka. Vycházejí z nejrůznějších zdrojů, prostředků, metod, technik a forem práce.*

Terapeutické přístupy uplatňované v péči o osoby s mentálním postižením vykazují specifika, která se odvíjejí od:

- charakteru jejich postižení a z něho vyplývajících potřeb
- jejich vývojových zvláštností a z nich vyplývajících potřeb
- osobnosti, schopností a orientace terapeuta
- zaměření a možnosti instituce, v níž jsou realizovány

Speciálně pedagogické terapie buď navazují na léčbu nemocí v oblasti medicíny, nebo slouží jako zvláštní druh pomoci při potížích vyplývajících z významných kulturních či sociálně adaptačních odlišností, přitom jsou zaměřeny na ty důsledky těchto problémů, jež se projevují ve snížených schopnostech normální životní seberealizace – a sice v práci, ve vzdělání, v zájmových aktivitách atd.

Klasifikace a charakteristika terapií využitelných v péči o osoby s mentálním postižením – terapie, které jsou využitelné v péči o osoby s mentálním postižením jsou především činnostního charakteru. To znamená, že ke svým cílům hlavně využívají speciálních lidských činností (práce, umění apod.). Činnostní báze zmíněných terapií může být jistým vodítkem pro jejich klasifikaci. Podle něho se pak dají třídit do následujících základních kategorií zahrnující:

- terapie hrou
- pracovní a činnostní terapie
- psychomotorické terapie
- terapie s účastí zvířete
- expresivní terapie

¹⁶ Müller, Valenta: Psychopedie. Praha: Parta, 2003, str. 125

Terapie hrou – terapie hrou znamená využití prostředků hry za účelem pomoci lidem změnit jejich myšlení, chování, emoce a další osobní předpoklady individuálně a společensky přijatelným směrem. Jednou z forem herní práce uplatňované ve speciálně pedagogické a zdravotnické praxi je práce herního specialisty. Tato profese zaplnila pomyslnou mezeru v prosazované komplexně rehabilitační spolupráci zdravotnického týmu s rodinou. S omezujícími specifiky se u dětí s mentálním postižením setkáváme také ve způsobu jejich hry. Pokud například dítě vyrůstá v sociálním prostředí, jež ho nějakým způsobem ohrožuje nebo neuspokojuje, promítne se to do toho, jak si dítě hraje. Jeho hra pak nemusí mít normální průběh a „uhýbá“ ke kompenzačním mechanismům – např. k přehnané či silně utlumené aktivitě atp. ¹⁷*Součástí přístupu ke hře klientům s mentálním postižením musí být dlouhodobě pozitivně laděné sociální prostředí využívající pravidelného a strukturovaného podněcování a uspořádávání vjemů – nejlépe formou činností dostatečně srozumitelného a proveditelného funkcionálního charakteru.*

Pracovní a činnostní terapie – jde o dvě vzájemně se překrývající terapeutické kategorie. Lze je vymezit jako aplikaci manipulací s materiálním okolím použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, emoce, myšlení a další osobnostní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem. Rozdíl mezi pracovní a činnostní terapií je minimální hlavním bodem může být skutečnost, že pracovní terapie (ergoterapie) směřuje ke konkrétnímu výrobku – k výsledku práce. U mládeže a dospělých klientů se terapeutických cílů dosahuje hlavně prostřednictvím rukodělných činností a nácvikem a nácvikem v oblasti praktického života. U dětí předškolního a mladšího školního věku pak činnostní terapie využívá dětské hry. U osob s mentálním postižením musíme obecně počítat s nedostatky v oblasti motivace k činnosti, v psychomotorickém výkonu, s nedostatky atd. U žáků nacházejících se v pásmu lehkého (případně středně těžkého) mentálního postižení by terapeutické cíle měly být plněny v rámci odpovídajících vzdělávacích programů. U jedinců s těžším postižením bývá činnostní a pracovní terapie aplikována samostatně.

Psychomotorická terapie – široká škála činností s přesahem do ostatních terapeutických aktivit. Využívá specifických metod a technik, ale vzhledem k tomu, že je zde vlastní tělesná aktivita často podporována, stimulována a spoluvytvářena dalšími hraničními prostředky je někdy jen teoretickou záležitostí její samostatné vydělení. Tento typ terapie je charakteristický tím, že při ní dochází k ovlivňování osobnosti člověka a

¹⁷ Müller, Valenta: Psychopedie. Praha: Parta, 2003, str. 127

duševních funkcí za pomoci jeho tělesné aktivace. Psychomotorická terapie prováděná u osob s mentálním postižením musí být vedena s ohledem na zvláštnosti jejich psychomotoriky. Ta může vykazovat již v raném věku opožděný vývoj ve vizuomotorice, v držení hlavy, v uchopení předmětu, ve schopnosti stát, chodit, sedět – v následném vývoji pak další deformaci způsobené poškozenými kognitivními funkcemi, nekoordinovaným působením emocí, vůle a dalších naučených i vrozených osobnostních vlastností. U těžších či kombinovaných vad bývá toto ještě markantnější, přímo úměrné míře poškození CNS.

Terapie s účastí zvířete – mezi terapiemi praktikovanými ve speciálně pedagogické praxi zaujímá svým způsobem výjimečné postavení zooterapie či animoterapie. Onu výjimečnost lze vysvětlit terapeutickým prostředkem, kterým je zde kromě člověka jiný živý tvor – může jít o jakákoliv společenská zvířata, avšak nejčastějšími zprostředkovateli v dosahování terapeutických cílů jsou koně a psi. V prvním případě hovoříme o hipoterapii a ve druhém případě o canisterapii. V obou případech mohou zvířata napomáhat psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace či uspokojovat potřeby bezpečí a jistoty.

Hipoterapie – je součástí tzv. hiporehabilitace. Součástí hiporehabilitace jsou také pedagogicko-psychologické ježdění a sportovní a rekreační ježdění hendikepovaných. Z tohoto modelu vyplývá, že takto pojatá hipoterapie funguje na bázi fyzioterapie a psychoterapie.

Canisterapie – ¹⁸*psychoterapeuticky orientovaná canisterapie vychází z axiomu, že pes patří mezi spolehlivé a jisté partnery člověka v jeho osamění a nemoci a že je toto partnerství dobrým stimulatorem pozitivních psychických a sociálních změn.* Canisterapie může probíhat v různých formách, přičemž jsou některé z nich i fyzioterapeuticky založené. Canisterapie působí na pozitivní změny v oblastech: navazování vztahů, prožívání, kognitivních funkcí, motorických funkcí, verbálních i neverbálních komunikačních funkcí atp. Při pomoci hendikepovaným je pes využíván v následujících rolích: v terapeutické, asistenční a signální. Mezi nejčastější dílčí formy canisterapie u osob s mentálním postižením patří mazlení se psem, hlazení psa a cílené hry se psem s využitím pomůcek.

Expresivní terapie – jsou takové terapie, které jsou postavené na expresi – výrazu. Proto také do tohoto typu terapie zahrnujeme také arteterapii v širším slova smyslu. V obecné rovině se jedná o terapeutické využití specifických expresivních projevů

¹⁸ Müller, Valenta: Psychopedie. Praha: Parta, 2003, str. 132

uskutečňovaných v rámci umělecké tvorby. Jinak řečeno, umění se svými prostředky, metodami, technikami, formami a obsahy jej jedním z takových zdrojů, které tvoří podstatu většiny expresivních terapií. Počátek „osamostatnění“ a svébytného vývoje expresivních terapií, lze zařadit do období, kdy se lékaři začali zabývat uměleckými projevy svých klientů a kdy se formulovala psychoanalýza. Tehdy byl vědecký zájem o „léčivou“ sílu umění více doménou medicínskou. Vnitřní klasifikace expresivních terapií může být provedena dle speciální lidské činnosti, jež je v těchto terapiích důležitým prostředkem a podněcovatelem prospěšných změn. Takže podle toho, zda pracujeme s uměním literárním, dramatickým, hudebním, výtvarným, tanečním, rozlišujeme především teatroterapii, dramaterapii, muzikoterapii, psychodrama, arteterapii, tanečně pohybovou terapii a biblioterapii.

Muzikoterapie – muzikoterapii lze pojmout jako aplikaci hudebního umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, emoce, myšlení a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem. I v tomto případě se jedná o pojetí značně obecného charakteru, neboť platí, že je i tato terapeutická disciplína značně koncepčně i obsahově diverzifikovaná. Rozlišuje se například oblast „hudby jako terapie“ (typická pro muzikoterapii ve spec. pedagogice) a „hudby v terapii“ (typická pro psychoterapii). Při aplikaci hudebního umění využívá muzikoterapie jeho základní hudební složky: harmonii, rytmus, melodii, tempo, dynamiku, zvukovou barvu a druh taktu. Důležité je, že hudba sama o sobě působí bezprostředně a intenzivně na člověka. Hudba sama o sobě využívá jistého druhu zvuku jako nositele fyzikálních vlastností a nositele jistých jinak obtížně sdělitelných významů (například významů ve vztazích mezi lidmi). Muzikoterapie má receptivní a aktivní formu, přičemž mohou tvořit obě tyto formy kompatibilní celek. Aktivní muzikoterapie se většinou soustředí na práci s projevem instrumentálním a vokálním, ale také na projev pohybový, řečový, dramatický či výtvarný a receptivní muzikoterapie zase na poslech živě hrané nebo reprodukované hudby. Pro muzikoterapeuta vyplývá nutnost být umělecky angažovaným odborníkem, dostatečně se orientujícím v hudebních žánrech plus další zkušenosti z relaxačních technik, autogenního tréninku, hry, sociálně psychologického výcviku, výchovy a dalších.

K základním metodám aktivní muzikoterapie patří např.:

- zpěv písní – je vhodný pro společenský kontakt, kultivaci řečového projevu a dalších funkcí psychiky apod.

- hudební vystoupení – má značný seberealizační potenciál

- hudební improvizace – založená na spontaneitě lidského hudebního projevu, který umožňuje zejména přirozené vyjadřování a chování klienta

- psaní písní a kompozice hudby – mohou být důležitým prostředkem sebevyjádření, sebeuvědomění, seberealizace jednotlivce, ale rovněž porozumění, sdílení a spolupráce skupiny

- hudební interpretace – založená na reprodukci předem známého hudebního materiálu a lidském řízeném hudebním projevu, které umožňují klientům zbavit se strachu a úzkosti a dávají do jejich vyjadřování a chování potřebná pravidla.

3. Praktická část

Podle mého názoru je „dnešní“ péče o osoby s mentálním postižením na velice dobré úrovni oproti minulosti a to hlavně v domovech sociálních služeb. Dříve tito lidé byli v ústavech zavíráni a nevycházeli ven. Je skvělé, že je těmto časům konec a že je dnes lidem s mentálním postižením poskytována kvalitní péče, široká škála služeb, možnost vzdělávání formou speciálních škol a styk s běžnou populací.

Péče o lidi s mentálním postižením je možná jak v domácím prostředí, tak v různých zařízeních, které se zaměřují právě na tuto cílovou skupinu. Služby, které osoby s mentálním postižením mohou využít jsou například denní stacionáře, centra denních služeb, týdenní stacionáře, odlehčovací služby, domovy pro osoby s mentálním postižením, chráněné bydlení a další, kde i jeden domov sociálních služeb může poskytovat více typů služeb najednou. Podle tohoto výčtu je patrné, že nabídka služeb je pestrá a kvalitní a to nejen díky odbornému personálu a množství aktivit, které tyto zařízení nabízejí. Právě z tohoto důvodu se domnívám, že je dobré, když klienti s touto diagnostikou využívají nějaký typ služeb (viz uvedeno výše) a to z toho důvodu, že i pro sebevětší obětavost a vstřícnost rodiny nebo příbuzných není možné zajistit osobě s postižením takovou odbornost a širokou škálu služeb a aktivit, jaké se jim dostává právě v těchto zařízeních. Dostanou se do kontaktu i s jinými lidmi než jen s rodinou. V zařízeních si nacházejí kamarády a dělají to, co je baví.

3.1 Stručná charakteristika typů služeb pro osoby s mentálním postižením:

Domovy pro osoby se zdravotním postižením - zajišťují základní činnosti při poskytování sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Služba poskytuje ubytování, stravu a pomoc při zvládnutí běžných úkonů o vlastní osobu v celoroční péči. Péče je zajišťována odborným personálem a dbá na individuální potřeby klienta

Týdenní stacionáře - zajišťují základní činnosti při poskytování sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Služba poskytuje ubytování, stravu a pomoc při zvládnutí běžných úkonů o vlastní osobu v rozsahu pracovního týdne od pondělí do pátku.

Centra denních služeb/Denní stacionáře - zajišťují poskytování sociálních služeb v rozsahu výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, dopomoc při úkonech osobní hygieny a poskytují zajištění stravy klientům.

Chráněné bydlení - zajišťuje základní činnosti v rozsahu výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, dopomoc při zajištění chodu domácnosti, poskytuje ubytování a stravu nebo dopomoc při zajištění stravy v celoročním provozu.

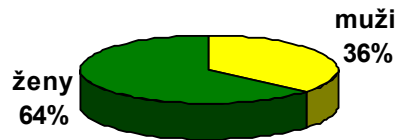
Odlehčovací služby – poskytují se po dobu maximálně tří po sobě bezprostředně jdoucích kalendářních měsíců osobám s mentálním postižením. Odlehčovací služba umožňuje pečujícím fyzickým osobám nezbytný odpočinek.

Domovy sociálních služeb mají většinou podobné cíle:

- zajistit kvalitní a potřebnou péči lidem s mentálním postižením
- posílit sociální začleňování a komunikaci s veřejností
- zvýšení kompetence uživatelů při zvládnutí běžných úkonů sebeobsluhy s dopomocí
- zabezpečit důstojnou pobytovou službu a maximální soukromí
- zajistit dodržování základních lidských práv a svobod a zájmu klienta
- zajistit podmínky pro aktivizační činnosti klientů
- zvýšení kvality stravování – (vaření z čerstvých surovin, odlehčená strava, respektování individuálních potřeb uživatelů, účast uživatelů na stravovací komisi)
- zajistit kvalitní vzdělávání pracovníků
- dosáhnout prohloubení kontaktů s přáteli a rodinou
- umožnit spolupráci s dobrovolníky

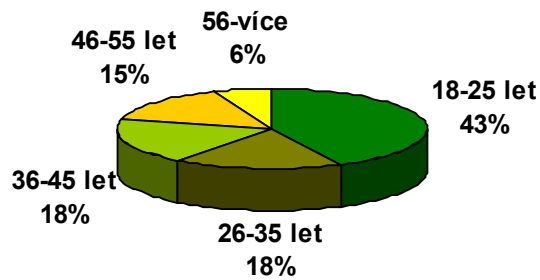
3.2 Rozbor dotazníků pro veřejnost

1. Vaše pohlaví?



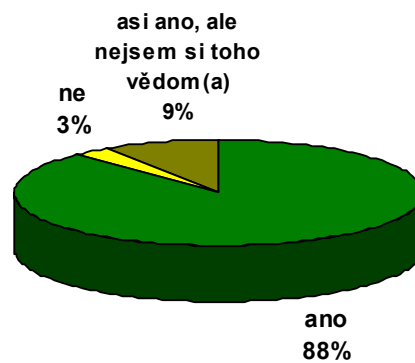
Z grafu jasně vyplývá, že dotazovaných bylo více žen než mužů.

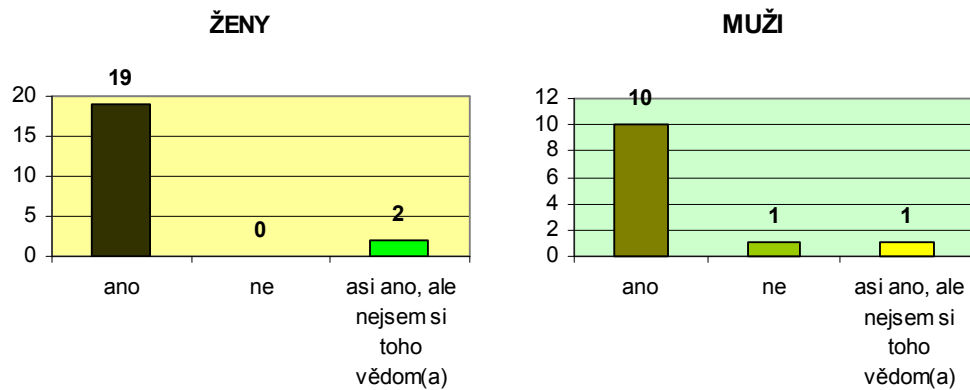
2. Kolik Vám je let?



Z tohoto grafu můžeme vyčíst, že nejpočetnější skupina dotazovaných byla ve věku 18-25 let, druhou, také poměrně velkou skupinu, tvořili lidé od 36-45 let.

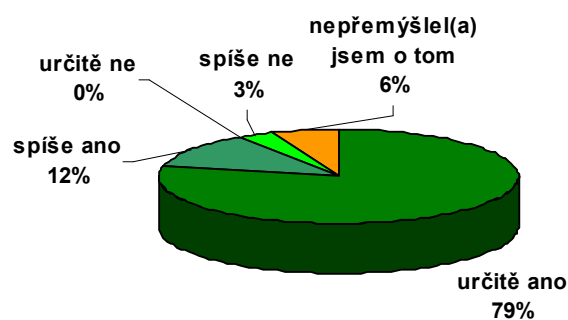
3. Vnímáte na ulici osoby s mentálním postižením?

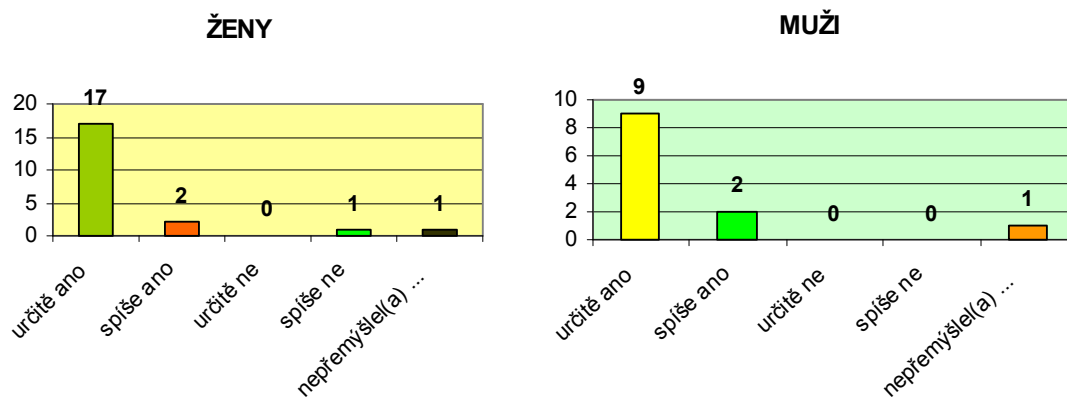




Z grafu vyplývá, že 88 % dotazovaných vnímá na ulici osoby s mentálním postižením. 9 % dotazovaných uvedlo, že osoby s mentálním postižením na ulici asi vnímá, ale neuvědomuje si to a pouze 3 % dotazovaných uvedla, že osoby s mentálním postižením na ulici nevnímá. Grafy, které jsou rozdělené na muže a ženy, jsou si hodně podobné. Většina mužů i žen uvedlo, že vnímají na ulici osoby s mentálním postižením.

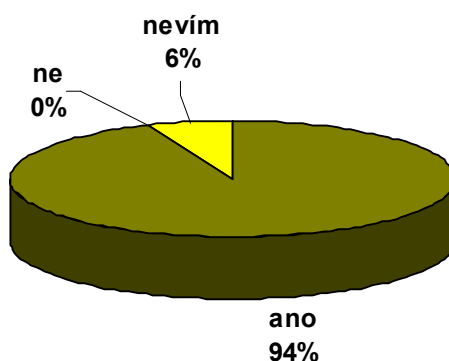
4. Myslíte si, že je dobře, že se osoby s mentálním postižením zapojují do běžného života, chodí do města, nakoupit, tzv. „že jsou vidět“?





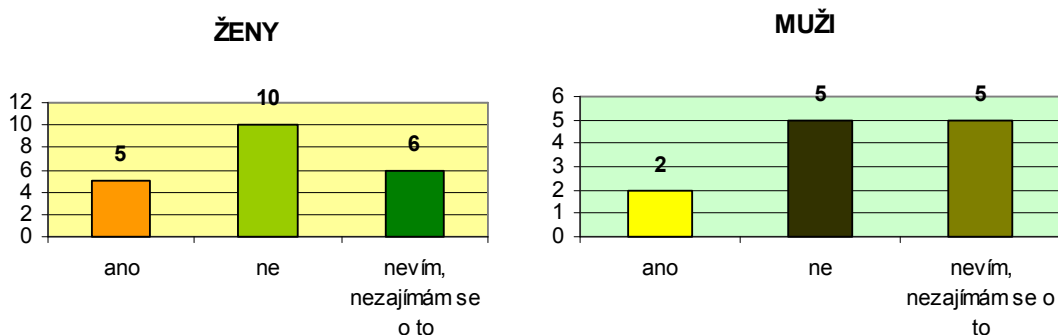
Z tohoto grafu jasně vyplývá, že většina dotazovaných si myslí, že je dobře, že se osoby s mentálním postižením zapojují do běžného života a do společnosti. Jen 3 % ze sta se přiklání k názoru, že to dobře není a 6 % dotazovaných o tom nepřemýšlela. U grafů rozdělených na muže a ženy jednoznačně vítězí kladná odpověď.

5. Myslíte si, že je důležité, aby osoby s mentálním postižením měly možnost speciálního vzdělávání?



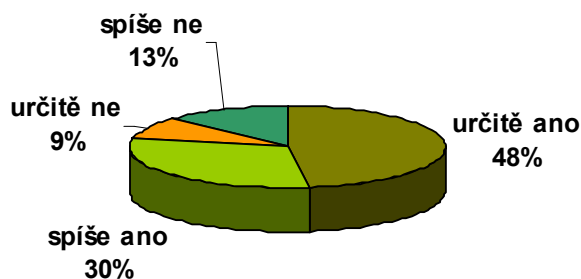
Na tuto otázku 94 % dotazovaných odpovědělo, že je důležité, aby osoby s mentálním postižením měly možnost speciálního vzdělávání. Pouze 6 % populace uvedlo, že neví, jestli je pro osoby s tímto druhem postižení speciální vzdělávání důležité.

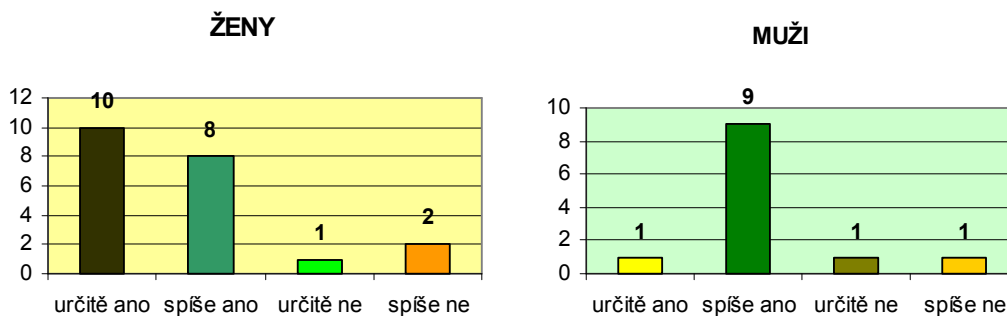
6. Myslíte si, že je v ČR dostatek zařízení a organizací, které se zabývají osobami s mentálním postižením?



Z grafu vyplývá poměrně nejednoznačný výsledek. 43 % dotazovaných si myslí, že v ČR není dostatek zařízení a organizací, které se zabývají osobami s mentálním postižením. 21 % populace se přiklání k názoru, že v ČR je dostatek zařízení a organizací a 36 % lidí neví nebo se o to nezajímá. Co se týče rozdělení mužů a žen, grafy jsou si hodně podobné.

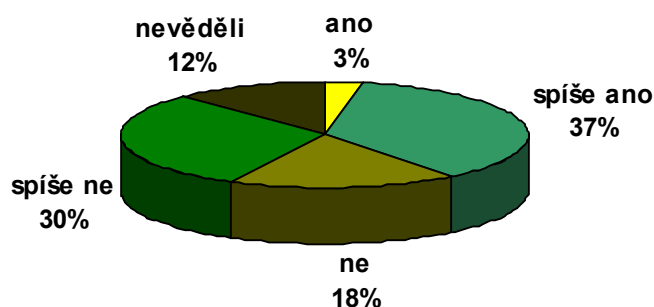
7. Myslíte si, že názory a postoje veřejnosti k osobám s mentálním postižením jsou lepší než byly dříve?

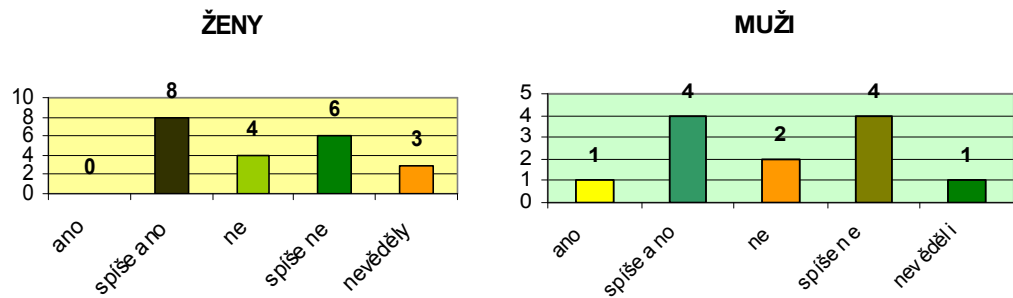




Z grafu vyplývá, že 30 % dotazovaných si myslí, že názory a postoje veřejnosti k osobám s mentálním postižením jsou *spíše* lepší dnes než jaké byly dříve. 48 % dotazovaných se jednoznačně přiklání k lepším postojům a vztahům než v minulosti a 22 % si myslí, že názory a postoje veřejnosti k osobám s mentálním postižením nejsou o moc lepší než byly dříve. Co se týče mužů a žen, tak zatímco 48 % žen se jednoznačně přiklání k lepším postojům a vztahům, tak mužů se k tak jednoznačné odpovědi přiklonilo pouze 8 %. Ale i tak jednoznačně vítězí odpověď, že postoje a názory veřejnosti jsou lepší dnes než v minulosti.

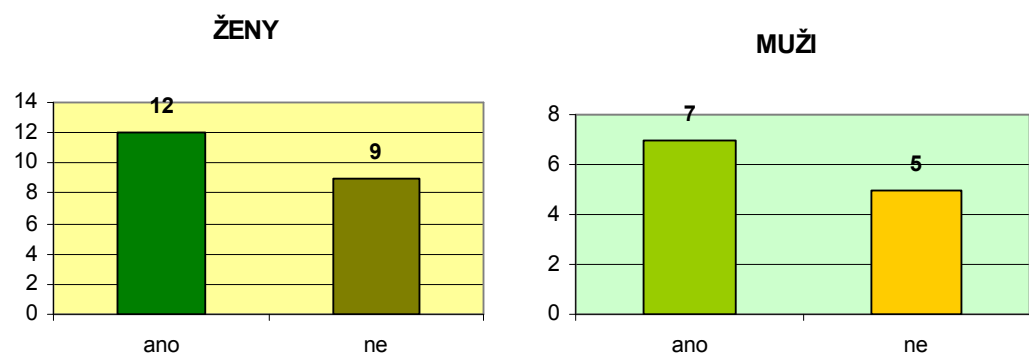
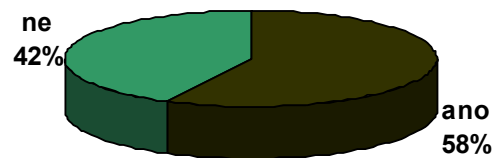
8. Myslíte si, že názory a postoje k osobám s mentálním postižením jsou lepší u mladší generace než u starší generace?





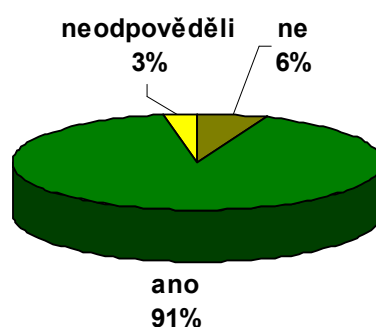
Odpovědi na tuto otázku jsou nejednoznačné. Na horním grafu můžeme vidět poměrně vyrovnané odpovědi. Zatímco 37 % populace si myslí, že názory a postoje k osobám s mentálním postižením jsou *spíše* lepší u mladší generace než u starší, tak 30 % lidí se přiklání ke zcela opačnému názoru. 3 % dotazovaných uvedlo, že postoje a názory jsou jednoznačně lepší u mladší generace, 18 % lidí to vidí opačně. 12 % ze sta nevědělo, jak má na otázku odpovědět.

9. Myslíte si, že je osobám s mentálním postižením věnována kvalitní péče?



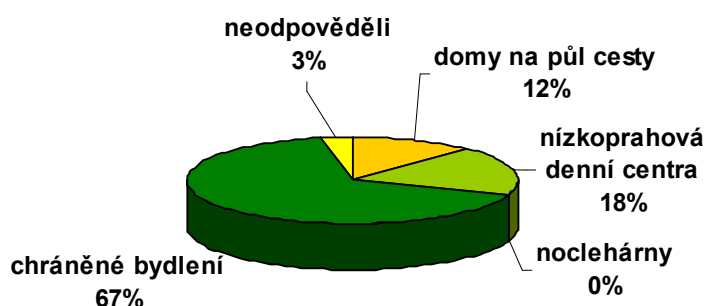
Odpovědi na tuto otázku jsou nejednoznačné. Zatímco 52 % dotazovaných si myslí, že je osobám s mentálním postižením věnována kvalitní péče, 42 % dotazovaných se přiklání k opačnému názoru. U grafů, které jsou rozdělené na muže a ženy, převažují kladné odpovědi.

10. Myslíte si, že je důležité, aby osoby s mentálním postižením využívali nějakou službu, která je určena výhradně jim?



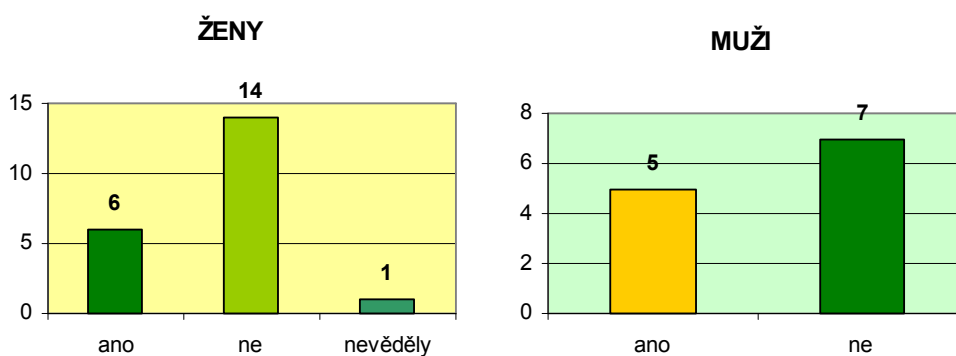
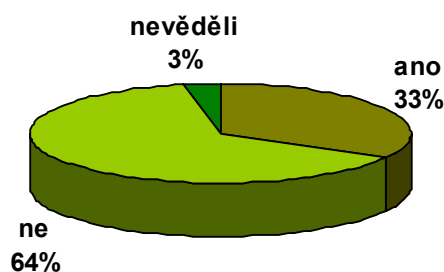
U této otázky vyšel jednoznačný výsledek. Naprostá většina dotazovaných odpověděla, že je důležité, aby osoby s mentálním postižením navštěvovali nějakou, pro ně určenou službu.

11. Jaká služba, si myslíte, že je určena osobám s mentálním postižením?



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jestli veřejnost ví, jaká služba je určena osobám s mentálním postižením. Většina dotazovaných odpověděla správně a to tak, že služba, která je určena osobám s mentálním postižením je chráněné bydlení.

12. Myslíte si, že jsou ceny za služby, které se poskytují osobám s mentálním postižením drahé? (např. 140 Kč strava/den, 150 Kč ubytování/1 lůžkový pokoj)

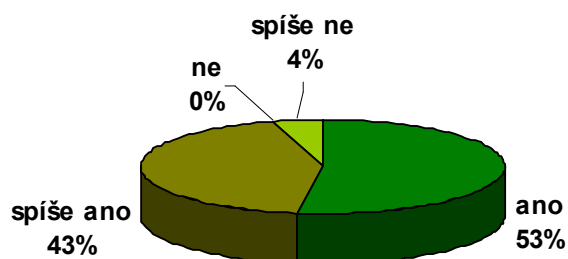


Z těchto grafů vyplývá, že 64 % dotazovaných si myslí, že ceny za služby, které se poskytují osobám s mentálním postižením nejsou drahé. 33 % lidí odpovědělo, že ceny za služby jsou drahé a 3 % dotazovaných nevědělo, jak má na otázku odpovědět.

3.3 Rozbor dotazníků pro odborné pracovníky

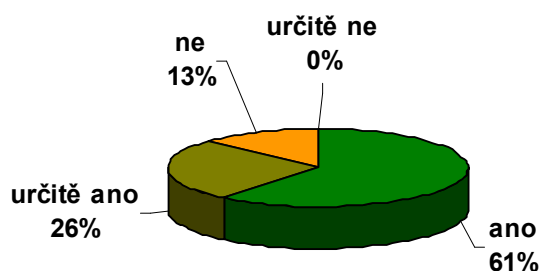
Dotazníky jsem zadala zaměstnancům Domova sociálních služeb v Praze. Vybrala jsem sedm otázek, o kterých jsem si myslela, že jsou pro můj výzkum důležité.

1) Myslíte si, že veřejnost vnímá na ulici osoby s mentálním postižením?



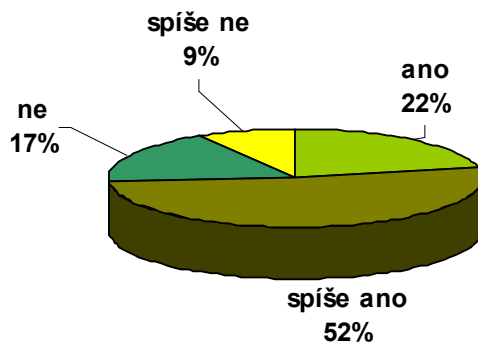
Na tuto otázku 96 % zaměstnanců domova sociálních služeb odpovědělo, že veřejnost vnímá na ulici osoby s mentálním postižením. Pouze 4 % zaměstnanců si myslí, že veřejnost osoby s mentálním postižením na ulici nevnímá.

2) Myslíte si, že názory a postoje k osobám s mentálním postižením jsou lepší než byly dříve?



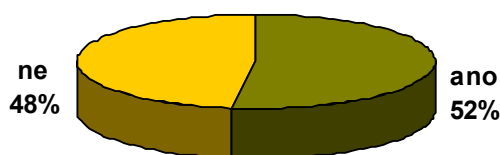
Z tohoto grafu vyplývá, že 87 % zaměstnanců, z toho je o tom zcela přesvědčeno 26 %, si myslí, že názory a postoje veřejnosti k osobám s mentálním postižením jsou lepší dnes než dříve. A pouze 13 % zaměstnanců si myslí, že se názory od minulosti nezměnily.

3) Myslíte si, že názory a postoje k osobám s mentálním postižením jsou lepší u mladší generace než u starší generace?

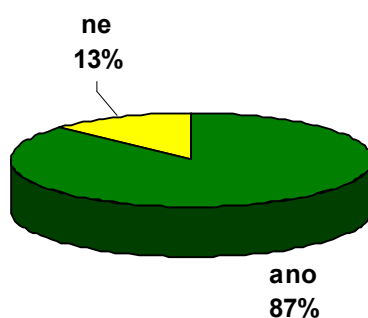


Na tomto grafu můžeme vidět, že 52 % dotazovaných si myslí, že názory a postoje k osobám s mentálním postižením jsou *spíše* lepší u mladší generace než u starší a 9 % dotazovaných si myslí pravý opak. U jednoznačných odpovědí to dopadlo tak, že 22 % dotazovaných si myslí, že názory a postoje k osobám s mentálním postižením jsou lepší u mladší generace než u starší a 17 % populace to vidí zcela opačně.

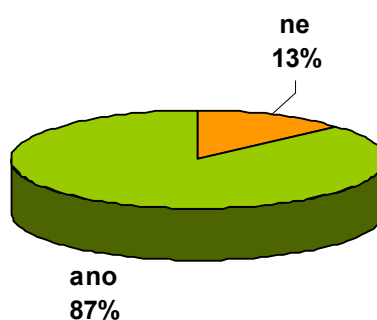
4) Myslíte si, že je v ČR dostatek zařízení a organizací, které se zabývají osobami s mentálním postižením?



Žádné odpovědi z dotazníku nejsou tak vyrovnané jako právě tyto. Na otázku, jestli je v ČR dostatek zařízení a organizací, které se zabývají osobami s mentálním postižením 52 % zaměstnanců odpovědělo, že v ČR je dostatek zařízení a organizací pro osoby s mentálním postižením a 48 % zaměstnanců odpovědělo, že není.

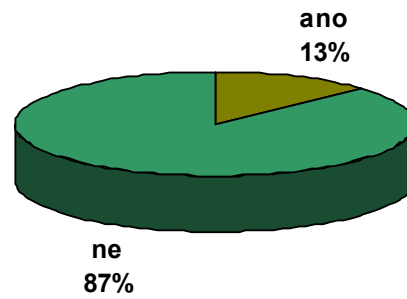
5) Myslíte si, že je osobám s mentálním postižením věnována kvalitní péče?

Na otázku, zda je osobám s mentálním postižením věnována kvalitní péče, 87 % dotazovaných odpovědělo ano a 13 % odpovědělo ne.

6) Myslíte si, že je důležité, aby osoby s mentálním postižením využívali nějakou službu, která je určena výhradně jim?

Na tuto otázku 87 % dotazovaných odpovědělo, že je důležité, aby osoby s mentálním postižením navštěvovali nějakou službu, která je určena výhradně jim a 13 % dotazovaných si myslí, že to důležité není.

7) Myslíte si, že jsou ceny za služby, které se poskytují osobám s mentálním postižením drahé? (např. 140 Kč strava/den, 150 Kč ubytování/1 lůžkový pokoj)



Na otázku, jestli jsou ceny za služby, které se poskytují osobám s mentálním postižením drahé, 87 % dotazovaných odpovědělo, že ceny za služby nejsou drahé a 13 % dotazovaných se přiklání k opačnému názoru.

3.4 Shrnutí dotazníků

Veřejnosti jsem rozdala 35 dotazníků a zaměstnancům Domova sociálních služeb v Praze 25 dotazníků. Z 35 dotazníků pro veřejnost se mi jich vrátilo 33 a z 25 dotazníků pro zaměstnance se mi jich vrátilo 23.

U třetí otázky (viz str. 38-39), jestli veřejnost vnímá na ulici osoby s mentálním postižením mě odpovědi mile překvapily. Myslela jsem si, že ženy vnímají více osoby s mentálním postižením než muži. Z grafů ale vyplývá, že muži jsou stejně jako ženy vnímaví k osobám s mentálním postižením. Na tuto otázku většina zaměstnanců domova sociálních služeb odpovědělo, že veřejnost vnímá na ulici osoby s mentálním postižením a měli pravdu, protože 88 % veřejnosti na tuto otázku odpovědělo kladně.

Čtvrtá otázka (viz str. 39-40), zda je dobře, že se osoby s mentálním postižením zapojují do běžného života mě velice potěšila. Veřejnost si myslí, že je dobře, že se osoby s mentálním postižením dostávají ven z ústavů do měst, kde mohou poznat reálný život. Podle mého názoru je to užitečné nejenom pro osoby s mentálním postižením, ale i pro veřejnost. Jestliže jsou mezi námi osoby s nějakým druhem postižení, je dobré o tom vědět, začlenit je mezi sebe a pomáhat jim. Proto si myslím že je určitě dobře, že jsou osoby s jakýmkoliv druhem postižením vidět a věřila jsem, že to podobně vnímá i veřejnost.

Na pátou otázku (viz str. 40) zda by osoby s mentálním postižením měly mít možnost speciálního vzdělávání naprostá většina odpověděla, že by možnost speciálního vzdělávání určitě mít měly. U této otázky jsem nevyhodnocovala zvláště muže a ženy, protože naprostá většina (u žen 100 %, u mužů 83 %) odpovědělo na tuto otázku kladně.

Šestá otázka (viz str. 41), jestli je v ČR dostatek zařízení a organizací, které se zabývají osobami s mentálním postižením mě zajímala, jak dopadne. Na grafu jsme mohli vidět, že se veřejnost staví spíše k názoru, že v ČR není dostatek zařízení a organizací pro osoby s mentálním postižením. Kdybych na tuto otázku musela odpovědět, tak bych se přiklonila k většině dotazovaných. Ovšem u zaměstnanců domova sociálních služeb to tak jednoznačné není, odpovědi u nich vyšly téměř půl na půl.

Z odpovědí u sedmé otázky (viz str. 41-42), jestli jsou názory a postoje k osobám s mentálním postižením lepší než byli dříve, vyplývá, že veřejnost i zaměstnanci domova sociálních služeb se přiklání k lepším postojům a vztahům. Myslím si, že k tomu přispěla

lepší informovanost o této problematice a integrace osob s mentálním postižením. Kdybych na tuto otázku měla odpovědět já, odpověděla bych stejně jako většina dotazovaných.

Z grafů u osmé otázky (viz str. 42-43), zda jsou názory a postoje lepší u mladší generace než u starší vyplývá, že veřejnost se staví spíše k názoru, že postoje a názory k osobám s mentálním postižením jsou lepší u starší generace než u mladší. Odborníci se přiklánějí k opačnému názoru. Kdybych na tuto otázku měla odpovědět já, přiklonila bych se k názoru odborníků. Myslím si, že mladší generace je více informovaná, osoby s mentálním postižením jsou více integrovány do běžné společnosti, tudíž je mladší generace na tyto osoby více zvyklá. Přesto z poměrně vyrovnaných odpovědí můžeme vyčíst poněkud nejasný a nepřesný výsledek na tuto otázku.

U otázky číslo devět (viz str. 43-44) jsem čekala jednoznačnou odpověď, a to takovou, že osobám s mentálním postižením je poskytována kvalitní péče, protože se domnívám, že v posledních letech je těmto osobám poskytována kvalitní a odborná péče. S názorem, shodným s mým jsem se setkala pouze u odborníků, kteří z 87 % odpověděli kladně. Odpovědi veřejnosti jsou dost vyrovnané, zatímco 58 % odpovědělo kladně, 48 % se přiklání k opačnému názoru. Jako důvody jejich odpovědi nejčastěji uváděli například větší informovanost a vzdělanost mladší generace a nebo naopak nezkušenost mladší generace a jiné.

Otázka číslo deset (viz str. 44), jestli je důležité, aby osoby s mentálním postižením využívali nějakou službu, která je určena výhradně jim mě potěšila. Naprostá většina odborníků i laiků odpověděla kladně – je důležité, aby osoby s mentálním postižením navštěvovali nějakou, pro ně určenou službu. Jako důvod nejčastěji uváděli například potřebu specifické a individuální péči, potřebu začlenění do společnosti, možnost různých aktivit, kvalitní péče, lepší život a další.

Otázkou číslo jedenáct (viz str. 44), jaká služba je určena osobám s mentálním postižením, jsem chtěla zjistit, jestli veřejnost ví o poměrně (u nás) nové službě *chráněné bydlení*, která je určena osobám s mentálním postižením. Musím říct, že jsem z výsledku byla mile překvapena - 67 % lidí odpovědělo na otázku správně.

Na otázku číslo dvanáct (viz str. 45), zda jsou ceny za služby, které se poskytují osobám s mentálním postižením drahé, většina laiků (64 %) i odborníků (87 %) odpovědělo, že ceny za služby nejsou drahé. Já se přikláním k většině, podle mého názoru jsou ceny přiměřené a v některých zařízeních až nízké, na to jaká se poskytuje kvalitní péče, odborný personál a velké množství aktivit.

3.5 Potvrzení hypotéz

Moje první hypotéza, že názory a postoje mladší generace k osobám s mentálním postižením jsou lepší, než u starší se mi nepotvrdila u laiků, ale potvrdila se mi u odborníků. Veřejnost se domnívá, že názory a postoje k osobám s mentálním postižením jsou lepší spíše u starší než u mladší generace.

Druhá hypotéza, že je osobám s mentálním postižením věnována kvalitní péče se mi potvrdila. Většina veřejnosti odpověděla kladně. I odborníci se domnívají, že se osobám s mentálním postižením poskytuje kvalitní a odborná péče.

Třetí hypotéza se týkala důležitosti navštěvovat nějaké zařízení, které je určené osobám s mentálním postižením. Tato hypotéza se mi potvrdila. Naprostá většina laiků i odborníků na tuto otázku odpověděla kladně.

Čtvrtá hypotéza, že ceny za služby, které se poskytují osobám s mentálním postižením jsou drahé se mi nepotvrdila. Většina laiků i odborníků si myslí, že ceny za služby nejsou drahé.

Moje pátá hypotéza, že v ČR je dostatek zařízení a organizací, které se zabývají osobami s mentálním postižením se mi potvrdila pouze u odborníků. Veřejnost, se domnívá, že v ČR není dostatek zařízení, které se zabývají osobami s mentálním postižením.

3.6 Závěr

Hlavním tématem a cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaký má veřejnost názor na péči poskytovanou osobám s mentálním postižením. Jestli veřejnost vnímá osoby s mentálním postižením v běžném životě, například na ulici, v obchodě atd. A porovnat vztahy k těmto osobám, jaké byly v minulosti a jaké jsou dnes.

Musím říct, že jsem moc ráda, že jsem se tomuto tématu věnovala. Chtěla jsem zjistit a potvrdit si svoji domněnku, že péče a vztahy k osobám s mentálním postižením se změnily a že jsou podle mého názoru určitě lepší dnes, než jaké byli dříve. Už od raného středověku se zakládaly klášterní hospitály jakožto útulky pro staré, nemohoucí a duševně nemocné osoby. A tak se péče o osoby s mentálním postižením sice pomalu zdokonalovala, ale stále byli tito lidé zavíráni v ústavech a často nevycházeli ven. Zlom byl podle mého názoru tehdy, když se tito lidé začali dostávat z ústavů ven mezi „běžnou“ veřejnost. Nejenom v tom, že integrace pro tyto osoby je hodně důležitá, ale i veřejnost najednou zjistila, že mezi nimi žijí lidé „trochu odlišní“. Veřejnost si na tyto lidi zvykala, více se o této problematice dovídala a tím se zkvalitňovala i péče o tyto osoby.

Jak už jsem popsala v úvodu, v praktické části jsem vytvořila dva dotazníky, jeden dotazník pro veřejnost a druhý pro zaměstnance domovů sociálních služeb, kteří s osobami s mentálním postižením dennodenně pracují. Zadávání dotazníků proběhlo bez komplikací, všichni byli ochotni dotazník vyplnit. Zaměstnancům domova jsem zadala méně otázek, ale stejné, které jsem vytvořila i pro veřejnost. Zajímala mě odlišnost odpovědí u laiků a u odborníků.

Na úplný závěr své bakalářské práce bych chtěla říci, že jsem moc ráda, že jsem se věnovala právě tématu mentálního postižení. O tuto problematiku a osoby s mentálním postižením se již dlouhou dobu zajímám a nově nabyté vědomosti a zkušenosti mě jistě budou ku prospěchu nejenom při dalším vzdělávání ale třeba i jednou při budoucím povolání s těmito osobami.

3.7 Použitá literatura

- ČERNÁ, M. a kol.: **Kapitoly z psychopedie**. Praha: Karolinum, 1995, 82 str.,
ISBN: 80-7066-899-7
- ČERNÁ a kol.: **Lehké mozkové dysfunkce**. Praha: Karolinum, 1999, 224 str.,
ISBN: 80-7184-880-8
- ČERNÁ, M. a kol.: **Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s MP**.
Praha : Karolinum, 2008, 222 st., ISBN 978-80246-1565-3
- LANGER, S.: **Problémový žák na prvním stupni základní školy**. Praha: Kotva, 1999,
387 str., ISBN: 80-900254-5-5
- MATOUŠEK, O.: **Rodina jako instituce a vztahová síť**. Praha: Sociologické
nakladatelství, 1993, 161 str., ISBN: 80-86429-19-9
- MATOUŠEK, O.: **Slovník sociální práce**. Praha : Portál, 2003. 287 str.,
ISBN: 80-7178-549-0
- MATOUŠEK, O. a kol.: **Metody a řízení sociální práce**. Praha : Portál, 2003. 380 str.,
ISBN: 80-7178-548-2
- MATOUŠEK, O. a kol.: **Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a
práce s nimi**. Praha : Portál, 2005, 351 str., ISBN: 80-7367-002-X
- PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M.: **Poradenská psychologie pro děti a mládež**. Praha: Grada,
2006, 150 str., ISBN: 80-247-1216-4
- PIPEKOVÁ, J. a kol.: **Kapitoly ze speciální pedagogiky**. Brno: Paido, 1958, 234 str.,
ISBN: 80-85931-65-6
- SOBOTKOVÁ, D., DITRICHOVÁ, J. a kol.: **Narodilo se s problémy a co bude dál?**
Praha: Grada, 2003, 107 str., ISBN: 80-247-0398-X
- ŠVARCOVÁ, I.: **Mentální retardace: vzdělávání, výchova, soc. péče**. Praha: Portál,
2003, 187 str., ISBN: 80-7178-821-X
- VÁGNEROVÁ, M.: **Psychopatologie pro pomáhající profese**. Praha: Portál, 1999,
444 str., ISBN: 80-7178-214-9
- VALENTA, M., MÜLLER, O.: **Psychopedie**. Praha: Parta, 2003, 443 str.,
ISBN: 80-7320-039-2

VÍTKOVÁ, M. a kol.: **Integrativní speciální pedagogika: sborník k projektu „Škola pro všechny“**. Paido: Brno 1998, 181 str., ISBN: 80-85931-51-6

Další studijní zdroje:

<http://www.helpnet.cz/mentalni-postizeni> - staženo 26.01.2011

<http://www.icm.cz/klasifikace-mentalniho-postizeni> - staženo 28.01.2011

<http://www.ssvp.wz.cz/Texty/mentalniretardace.html> - staženo 28.01.2011

http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace – staženo 28.01.2011

<http://www.praceprozp.cz/hledani-prace/seznam-zvlaste-vhodnych-pracovnich/mentalni-postizeni.html> - staženo 05.02.2011

<http://www.iporadna.cz/duse/index.php> - staženo 05.02.2011

<http://www.spolecnostduha.cz/nadaceduha.html> - staženo 22.02.2011

<http://www.santegidio.org/index.php?pageID=42&idLng=1078&res=1>-staženo 22.02.2011

Dotazník

Vážení respondenti, mé jméno je Martina Švadlenková a jsem studentkou 2.ročníku UK, obor sociální pedagogika. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku. Výsledky budou použity pro anonymní výzkum do bakalářské práce.

Pokyny k vyplnění: U otázek, kde jsou na výběr možnosti, zakroužkujte pouze jednu odpověď. U otázek, kde nejsou možnosti, napište svůj vlastní názor.

1) Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2) Kolik Vám je let?

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 – 55 let
- e) 56 - více

3) Vnímáte na ulici osoby s mentálním postižením?

- a) ano
- b) ne
- c) asi ano, ale nejsem si toho vědom(a)

4) Myslíte si, že je dobře, že se osoby s mentálním postižením zapojují do běžného života, chodí do města, nakoupit, tzv. „že jsou vidět?“

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) určitě ne
- d) spíše ne
- e) nepřemýšlel(a) jsem o tom

5) Myslíte si, že je důležité, aby osoby s mentálním postižením měly možnost speciálního vzdělávání?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6) Myslíte si, že je v ČR dostatek zařízení a organizací, které se zabývají osobami s mentálním postižením?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nezajímám se o to

7) Myslíte si, že názory a postoje veřejnosti k osobám s mentálním postižením jsou lepší než byly dříve?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) určitě ne
- d) spíše ne

8) Myslíte si, že názory a postoje k osobám s mentálním postižením jsou lepší u mladší generace než u starší generace?

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

Z jakého důvodu si to myslíte? Napište.

.....

9) Myslíte si, že je osobám s mentálním postižením věnována kvalitní péče?

- a) ano
- b) ne

10) Myslíte si, že je důležité, aby osoby s mentálním postižením využívali nějakou službu, která je určena výhradně jim?

- a) ne
- b) ano

Z jakého důvodu si to myslíte? Napište.

.....

11) Jaká služba, si myslíte, že je určena osobám s mentálním postižením?

- a) domy na půl cesty
- b) nízkoprahová denní centra
- c) noclehárny
- d) chráněné bydlení

12) Myslíte si, že jsou ceny za služby, které se poskytují osobám s mentálním postižením drahé? (např. 140 Kč strava/den, 150 Kč ubytování/1 lůžkový pokoj).

- a) ano
- b) ne

Dotazník

Vážení respondenti, mé jméno je Martina Švadlenková a jsem studentkou 2.ročníku UK, obor sociální pedagogika. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku. Výsledky budou použity pro anonymní výzkum do bakalářské práce.

Pokyny k vyplnění: U otázek, kde jsou na výběr možnosti, zakroužkujte pouze jednu odpověď. U otázek, kde nejsou možnosti, napište svůj vlastní názor.

1) Myslíte si, že veřejnost vnímá na ulici osoby s mentálním postižením?

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

2) Myslíte si, že názory a postoje k osobám s mentálním postižením jsou lepší než byly dříve?

- a) ano
- b) určitě ano
- c) ne
- d) určitě ne

3) Myslíte si, že názory a postoje k osobám s mentálním postižením jsou lepší u mladší generace než u starší generace?

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

4) Myslíte si, že je v ČR dostatek zařízení a organizací, které se zabývají osobami s mentálním postižením?

- a) ano
- b) ne

5) Myslíte si, že je osobám s mentálním postižením věnována kvalitní péče?

- a) ano
- b) ne

6) Myslíte si, že je důležité, aby osoby s mentálním postižením využívali nějakou službu, která je určena výhradně jim?

- a) ne
- b) ano

Z jakého důvodu si to myslíte? Napište.

.....

7) Myslíte si, že jsou ceny za služby, které se poskytují osobám s mentálním postižením drahé? (např. 140 Kč strava/den, 150 Kč ubytování/1 lůžkový pokoj).

- a) ano
- b) ne