

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

**Integrace osob s mentálním postižením do společnosti**

Integration of people with mental disabilities into society

Vedoucí práce:

**Doc. PhDr. Miroslava Váňová, CSc.**

Autor:

**Zuzana Kohoutová**

Praha 2011

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Integrace osob s mentálním postižením do společnosti zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použité literatury, který je součástí mé bakalářské práce. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Karlova má právo na uzavření licenční smlouvy o využití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jiného subjektu, je Univerzita Karlova oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Praze dne 20. 6. 2011

Zuzana Kohoutová

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce, Doc. PhDr. Miroslavě Váňové CSc. za velmi cenné rady a doporučení, které mi poskytla při zpracování této práce. Také bych chtěla poděkovat vše dotázaným, kteří mi svými odpověďmi poskytli materiál pro zpracování této práce.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku mentálně postižených osob a jejich integraci do společnosti. Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a výzkumnou. Výzkum je prováděn formou dotazníku. První část teoretické části obsahuje vymezení pojmů, specifik klienta s mentálním postižením, klasifikaci mentální retardace, nejčastější syndromy typické pro mentální postižení, statistiku četnosti mentálního postižení v populaci a stručný průřez dějinami péče o postižené osoby. Druhá část teoretické části se zabývá systémem podpory mentálně postižených osob, vymezuje právní rámec, obsahuje vybrané formy péče, činnost občanských sdružení, možnosti vzdělávání a zahrnuje výchovu mentálně postižené osoby v rodině. Ve výzkumné části se zkoumá proces integrace mentálně postižených jedinců do společnosti z hlediska vývoje. Cílem je zjistit, zda a jak se integrace těchto lidí v České republice během let vyvíjí. Výzkum zjišťuje, jestli integrace pokročila, v čem, co by dotazovaní v systému podpory změnili a na čem je ještě třeba pracovat.

## **Annotation**

This work focuses on the problems of people with mental disabilities and their integration into society. The work is divided into two parts, a theoretical and research. Research is carried out using a questionnaire. The first part contains the theoretical definitions, the specifics of a client with mental disabilities, mental retardation classification, the most common syndromes typical of mental disability, mental disability statistics of frequency in the population and a brief history of the cross section of care for persons with disabilities. The second part deals with the theoretical part of the support system of people with intellectual disabilities, defines the legal framework contains selected forms of care, activities of civic associations, educational opportunities and includes the education of mentally handicapped persons in the family. The research examines the process of integration of mentally disabled individuals into society in terms of development. The aim is to determine whether and how the integration of these people in the Czech Republic during the years develop. Research carried out whether integration has progressed, what would respondents support system changed and what still needs to be working.

## **Klíčová slova**

Integrace, mentální postižení, sociální péče, psychopedie

## **Key words**

Integration, mental disabilities, social care, psychopaedia

## Obsah

Úvod .....	7
<b>1. teoretická část.....</b>	<b>9</b>
<b>1. 1 Charakteristika mentálně postižených .....</b>	<b>9</b>
1. 1.1 Vymezení pojmu mentální retardace, integrace, inkluze .....	9
1. 1.2 Specifika osobnosti Klienta s mentálním postižením .....	12
1. 1.3 Klasifikace mentální retardace .....	13
1. 1.4 Charakteristiky syndromů, které se u mentálních retardací vyskytují nejčastěji .....	16
1. 1.5 četnost osob s mentálním postižením v populaci .....	17
1. 1.6 Stručný průřez dějinami péče o osoby s mentálním postižením .....	17
<b>1. 2 Systém podpory mentálně postižených osob .....</b>	<b>21</b>
1. 2.1 Právní rámec.....	21
1. 2.2 vybrané formy péče pro mentálně postižené osoby .....	22
1. 2.3 Občanská sdružení na pomoc mentálně postižených .....	24
1. 2.4 Možnost vzdělávání mentálně postižených osob .....	26
1. 2.5 Výchova mentálně postiženého dítěte v rodině .....	32
<b>2. Výzkumná část.....</b>	<b>37</b>
<b>2. 1 Cíl výzkumu .....</b>	<b>37</b>
<b>2. 2 Metoda výzkumu .....</b>	<b>37</b>
<b>2. 3 Výzkumný vzorek .....</b>	<b>37</b>
<b>2. 4 Vyhodnocení dotazníků .....</b>	<b>38</b>
<b>2. 5 Kritika v dotaznících .....</b>	<b>42</b>
<b>3. Diskuze.....</b>	<b>43</b>
<b>4. Závěr.....</b>	<b>46</b>
<b>5. Seznam použité literatury.....</b>	<b>48</b>
<b>6. Přílohy.....</b>	<b>50</b>

## **Úvod**

### **Odůvodnění práce**

Téma integrace osob s mentálním postižením do společnosti jsem si vybrala z několika důvodů. Jedním a největším z nich je fakt, že s osobami s mentálním postižením dva roky pracuji. Takže se dá říct, že odtud přišla moje inspirace. Lidí, které mentální postižení potkalo, je skutečně nezanedbatelný počet. Proto je třeba se jim a věcmi s nimi spojenými věnovat tak, aby skutečně fungovaly, protože jsem přesvědčená, že mnoho věcí, které se týkají sociální péče, speciálního školství, systému podpory a podobně, je potřeba měnit a vylepšovat. I když je nastíněn, dá se říci ucelený systém, v praktické oblasti je spousta věcí nedotažená. V mé praxi v oboru to nelze přehlédnout. Co se týká integrace, je co zlepšovat, prohlubovat, vymýšlet, informovat. Bohužel se v zaměstnání často setkávám s nepochopením ze strany majority.

### **Charakteristika zkoumaného problému**

Nyní bych se pokusila stručně charakterizovat zkoumaný problém, a to integraci mentálně postižených osob do společnosti. Mou prací jsem chtěla zjistit, zda se v procesu integrace udála během let změna k lepšímu, v čem konkrétně jsou vidět změny, co by se mělo zlepšit v systému podpory mentálně postižených osob a na čem je ještě potřeba pracovat. Ve výběru dotazovaných jsem šla přímo ke zdroji, k rodičům mentálně postižených osob, kteří se v tomto prostředí denně pohybují.

### **Struktuře práce**

Svou bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě hlavní části, teoretickou a praktickou. V teoretické jsem se zaměřila na charakteristiku a vymezení pojmů, specifika osobnosti klienta s mentálním postižením, klasifikaci mentální retardace, charakteristiky syndromů, které se u mentálně postižených objevují nejčastěji a také na stručný průřez dějinami z hlediska historie péče o postižené osoby. Tato část také zahrnuje právní rámec, některé formy péče, některá občanská sdružení na pomoc těmto lidem a jejich možnost vzdělávání. Praktická, výzkumná část obsahuje výzkum, kdy jsem dotazovaným předložila čtyři otázky týkající se daného tématu integrace, z nichž jedna byla uzavřená a zbývající tři otevřené otázky. Respondentů bylo celkem třicet. Pro výzkum jsem zvolila formu jednoduchého dotazníku. Na začátku výzkumu jsem si stanovila metodu, výzkumný nástroj a popsala jsem výzkumný vzorek. V další

části výzkumu jsem rozebrala a vyhodnotila jednotlivé otázky a pro přehlednost jsem je opatřila tabulkami a grafy. A proto, že se v dotaznících často objevovala kritika ohledně integrace a vůbec systému sociální péče, rozhodla jsem se jí věnovat samostatnou podkapitolu. Výsledky položených otázek jsem poté shrnula v následující kapitole Diskuze a ještě celkové zhodnocení celé bakalářské práce jsem koncipovala v Závěru.

### **Charakteristika použité literatury**

Literaturu jsem čerpala především z odborných publikací z oblasti psychopedie. Mimo literárních zdrojů jsem čerpala i ze své zaměstnanecké praxe, neboť působím jako pracovník v oblasti výchovy v ústavu sociální péče s mentálně postiženými osobami.

### **Cíl a metoda práce**

#### **1) Obecný cíl**

Cílem mé práce bylo uvést čtenáře do světa mentálně postižených. Umožnit jim představu, jak žijí, jaká je jejich situace ve státě a zčásti, jak na ně pohlíží většinová zdravá společnost. Chtěla jsem zjistit současnou situaci integrace mentálně postižených osob do společnosti a dobrat se toho, jestli a v čem se v průběhu let vyvíjí.

#### **2) Cíl teoretické části**

Cílem teoretické části je ukázat význam a potřeby integrace pro osoby s mentálním postižením, přiblížení osobnosti člověka s mentálním postižením a ukázat jeho právní, sociální, výchovné a výzkumné možnosti.

#### **2) Cíl empirické části**

Cílem empirické části bylo zjistit, jakého vývoje integrace mentálně postižených osob do společnosti dosáhla, na čem je tento vývoj konkrétně viditelný, co by se mělo v systému podpory konkrétně změnit a na čem by se ještě mělo především pracovat.

V této části jsem vycházela z odpovědí dotazovaných, pro tuto část je tedy důležité, jak danou problematiku hodnotí sami dotazovaní.



# 1. Teoretická část

## 1. 1 Charakteristika mentálně postižených

### 1. 1. 1 Vymezení pojmu mentální retardace, integrace, inkluze

Problematikou osob s mentálním postižením se zabývá obor speciální pedagogiky - psychopedie. Tento termín je etymologicky složeninou z řecké psýché – duše a paideia – výchova, pojem se užívá od konce minulého století, vznikl z analogie již užívaného termínu logopedie. Tento interdisciplinární obor využívá poznatků i z jiných věd, a to z psychologie, pedagogiky, společenských věd a také z medicínských oborů.

V dnešní době se psychopedie zabývá tradičním zkoumáním zákonitostí vývoje, výchovou a vzděláváním osob s mentálním nebo jiným psychickým postižením. Také se zabývá postupy, které jsou využitelné při práci s těmito klienty. K dalším činnostem psychopedie patří prevence, prognostika, diagnostika, terapie, rehabilitace a inkluze. V centru zájmu psychopedie stojí nejen mentální retardace, či postižení, ale hlavně klient s mentální retardací nebo jinak duševně postižený člověk.

Tímto se dostáváme k nutnosti vyložení samotného pojmu **mentální retardace**. Lze jí definovat jako duševní vývojovou poruchu, která se projevuje sníženou inteligencí (IQ 70 a méně), a to hlavně ve snížených kognitivních, pohybových a sociálních schopnostech. U mentálně retardovaných jedinců dochází k odlišnému vývoji psychických vlastností a chování, hlavně z hlediska adaptačního. Hloubka postižení je individuální. V historii můžeme nalézt i mnohé jiné termíny, které byly většinou pejorativního rázu, jako například mentální či duševní zaostalost, slabomyslnost, mentální defektnost nebo duševní vada a podobně.

Společně s mentální retardací se setkáváme s pojmem **oligofrenie**, který označuje mentálně postižené jedince diagnostikované od narození, proto se označují jako takzvaní oligofrenici. Naopak pojem **demence** označuje ty mentálně retardované jedince, u kterých došlo k poklesu inteligence a schopností až během života.

Díky tomu, že problematika mentální retardace je interdisciplinární charakterem a má svá specifika v praktických záležitostech (např. vymezení potřebnosti podpory apod.), nejsou termíny ve svém obsahu vždy stejné. Od druhé poloviny 20. století je čím dál

tím více zdůrazňována orientace na osobnost člověka se specifickým postižením. Dříve uplatňovanou koncepci neschopností se vystřídal s tzv. koncepcí speciálních potřeb a podpor. To znamená, že osobám s mentálním postižením jsou přiznávána práva, která jim umožňují vést plnohodnotný život. S tím je spojená povinnost jim vytvořit takové prostředí a systém podpory, který by to umožňoval. S tím je spojován častěji používaný pojem osoba s mentálním postižením. V tomto termínu je kladen důraz především na lidskost a osobnost postiženého a až v druhé řadě na jeho postižení.

*„Mentální retardace. Trvalé snížení rozumových schopností jedince, jehož příčinou je organické postižení mozku. K postižení může dojít před narozením, během porodu nebo po narození. U jedinců mentálně retardovaných dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností, k poruchám v adaptačním chování. Obvykle se rozšiřují čtyři základní úrovně postižení: lehká, středně těžká, těžká, hluboká mentální retardace. Pro děti a mládež s mentální retardací jsou vytvořena speciální vzdělávací zařízení“.*

(Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. 2009, s. 150)

**„Integrace** jako pojem znamená zcelení, ucelení, či sjednocení, nebo také zapojení, začlenění, zařazení nějak, do něčeho“.

(Klimeš, L. 1981, s. 311)

Ve vztahu k mentálnímu postižení to znamená zapojení, či začlenění osob s mentálním postižením do běžné společnosti. V praxi to znamená zapojení mentálně postižené osoby například do zaměstnání, do běžné školy, do běžných aktivit společnosti. V České republice existuje řada organizací pro integraci mentálně postižených jedinců, je to například Společnost pro integraci mentálně postižených (Simp, o. s.), Helpnet, Duha nebo Dobromysl.

*„Integrace žáků zdravotně postižených. Děti a žáci se zdravotním postižením mohou být integrováni (začleňováni) do běžných tříd mateřské, základní nebo střední školy, a to v souladu s příslušným metodickým pokynem MŠMT ČR (1997). Podmínkou integrace je zajištění odborné speciálněpedagogické péče pro tyto děti, diagnostický posudek na žáka zpracovaný speciálněpedagogickým centrem nebo pedagogicko-psychologickou poradnou, příp. další odborné posudky. Školy s integrovanými žáky*

*mají nárok na finanční příspěvek, stanovený podle konkrétních potřeb integrovaných žáků a určený výhradně na mzdové prostředky učitelů a jiných pracovníků podílejících se na vzdělání těchto žáků, na pořizování speciálních učebnic a pomůcek. Školám s integrovanými žáky se doporučuje úzká spolupráce s rodiči a organizacemi“.* (Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. 2009, s. 106)

Na druhou stranu **Inkluze** znamená zvláštní druh koordinace, který výslovně připomíná, že jistý příklad patří do rozsahu představy právě uvedené.

V praxi inkluze znamená nejenom zahrnutí do společnosti, či organizace, ale také přijetí ze strany členů skupiny. Ukázkou toho je například inkluzivní vzdělávání (tento přístup předpokládá zařazení všech dětí do běžné školy, na rozdíl od integrace, kde dítě nejprve navštěvuje školu speciální a teprve pokud se zdá, že by dítě mohlo zvládnout běžnou základní školu, je do ní zapojeno).

*„Inkluzivní vzdělávání. Vzdělávání začleňující všechny děti do běžných škol. Podstatou je změněný pohled na selhání dítěte v systému v případě konkrétního dítěte. Při neúspěchu je třeba hledat bariéry v systému, který je nedostatečně otevřený k potřebám jednotlivce. Každé dítě má unikátní charakteristiku, zájmy, schopnosti a vzdělávací potřeby. Za klíčový impuls pro rozvoj inkluzivního vzdělávání je považována Deklarace konference v Salamance 1994, vycházející z přesvědčení, že běžné školy by měli vzdělávat všechny děti bez ohledu na jejich fyzické, intelektuální, emocionální, sociální, jazykové nebo jiné podmínky. Běžné školy s inkluzivní orientací jsou považovány za nejefektivnější prostředky pro potlačení diskriminujících postojů, pro vznik vstřícných komunit, vytváření začleňující společnosti“.* (Article 2, Salamanca Statement) *Díky proměně atmosféry třídy (školy) umožňuje inkluzivní vzdělávání začlenit děti se specifickými potřebami do hlavního proudu včetně dětí s postiženími. V ČR jsou podporovány projekty inkluzivních škol programy Evropských strukturálních fondů“.*

(Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. 2009, str. 104)

## 1. 1. 2 Specifika osobnosti klienta s mentálním postižením

Obecně lze říci, že odborná literatura uvádí determinanty, které se mohou vyskytovat v různých kombinacích a stejně tak i v různých stupních. Je to impulzivnost, zvýšená hyperaktivita nebo hypoaktivita, poruchy v sebeidentifikaci a ve vývoji „já“, zpožděný psychosexuální vývoj, zvýšená potřeba bezpečí, zvýšená závislost na rodičích, infantilnost, větší náchylnost k úzkostným stavům a neurastenickým reakcím (nervová slabost, forma neurózy), sugestibilita (přístupnost k sugesci, vnímavost pro sugesci), rigidita (ztuhlost, nehybnost svalstva), nerovnováha aspirace a výkonu, poruchy v interpersonálních vztazích, poruchy komunikace, citová vzrušivost, impulsivnost, malá přizpůsobivost v sociálních a školních požadavcích, poruchy pohybové koordinace, zpomalená chápavost, těkavá pozornost, ulpívání na detailech, snížená srovnávací schopnost a logická paměť.

**Smyslová percepce (vnímání)** je u mentálně postižených lidí odlišná a charakterizuje určité zvláštnosti. Je to například zpomalené zrakové vnímání (u postiženého jedince se objevují zvláštnosti v pohybu zraku, vidí jen postupně, nikoliv globálně jako člověk bez postižení, tím je pro něj daleko těžší orientace v novém prostředí), obtížnost rozlišovat tvary, barvy a předměty, neúčinnost vnímání (není schopen vnímat předmět podrobně), porucha prostorového vnímání, snížená hmatová citlivost, nedostatečné vnímání času, apod.

**Myšlení** je poznávací funkce, která je zprostředkovávaná přes slovo, tedy řeč. Ta bývá u mentálně retardovaných jedinců nějakým způsobem deformována. V řeči se objevují poruchy v artikulaci, z toho poté plyne nedostatečný obsah jeho sdělení. Dalšími prvky, které provází myšlení postiženého jedince, jsou nepřesnosti a chyby v analýze, stejně tak i v syntéze, myšlení má prvky nedůslednosti, mnohdy je až příliš konkrétní a nekritické, usuzování je těžkopádné a nepřesné.

**Paměť** u osob s mentálním postižením má svá určitá specifika. Nové poznatky si osvojují pomaleji a naučené velice rychle zapomínají. Nabyté vědomosti neumí uplatnit v pravou chvíli. Proto se ve speciálním vzdělávání klade v učení největší důraz na opakování.

**Pozornost** lze rozdělit na bezděčnou (mimovolná, soustředí se na silné zážitky a podněty) a záměrnou, která je závislá především na vůli. Paměť postiženého klienta se snadno unaví, čím víc jí zaměstnáváme, tím více chyb dělá. Paměť se liší u jednotlivých osob s mentálním postižením.

**Emoční stránka** postiženého člověka se dá popsat těmito jevy. Jedinec neodlišuje city, škála prožitků je malá, buď je spokojen, nebo nespokojen. Jeho city jsou mnohdy neodpovídající situaci, emoce jsou egoistické a ovlivňují jeho žebříček hodnot. City jsou často použity bez přítomnosti intelektu a tak se stává, že často podléhají afektu.

**Volní projevy** jsou u mentálně retardovaných doprovázené zvýšenou citlivostí pro sugesci, impulzivnost, úzkost, pasivitu a agresivitu. Ve snaze uplatnit se, se u těchto klientů vyskytuje často tendence k podceňování, nebo naopak k nadhodnocování.

### **1. 1. 3 Klasifikace mentální retardace**

Mentální retardace se od roku 1992 (v platnost vstoupila 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, tu zpracovala Světová zdravotnická organizace v Ženevě) dělí do těchto šesti skupin.

**Lehká mentální retardace** (IQ postiženého jedince se pohybuje mezi 50 – 69); osoby s lehkou mentální retardací jsou schopny dosáhnout řečové dovednosti, i když si ji osvojují opožděně. Většina je nezávislá v osobní péči a v domácích pracích, nepotřebují cizí pomoc. U těchto lidí se začnou projevovat problémy až s nástupem do školy a to hlavně při teoretické práci, jsou schopni vykonávat jednoduchá zaměstnání. Při lehké mentální retardaci se mohou objevovat i přidružené chorobné stavy, jako je autismus, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

**Středně těžká mentální retardace**, nebo také střední mentální retardace (IQ 35 – 49); u těchto jedinců se vyskytuje myšlení a řeč s výrazným omezením, zpravidla opožděně. Řeč je jednoduchá, někdy jen nonverbální. Bývají mobilní a velice aktivní a většinou mají dobře vyvinutou schopnost navazovat kontakt s druhými, také jsou schopni sebeobsluhy. Potřebují chráněné prostředí po celý život, samostatný život je možný jen málokdy. Někteří postižení střední mentální retardací jsou schopni si pod kvalifikovaným vedením osvojit základy psaní čtení a počítání, čili získání základních dovedností a vědomostí. Řeč většinou zůstává na předřečové úrovni, jen vzácně se

vyskytuje znalost několika slov. Z velké části se u této mentální retardace vyskytuje dětský autismus, různá tělesná postižení, epilepsie a jiná neurologická onemocnění.

**Těžká mentální retardace** (IQ 20 – 34); zde mají četný výskyt psychomotorické poruchy již v předškolním věku, nebývají schopni sebeobsluhy a také jídla se jim většinou musí podávat zvláště upravovaná. U těchto osob je častá porucha chování a to v podobě stereotypních pohybů, her s fekáliemi, piky, afektů, agrese a sebepoškozování.

**Hluboká mentální retardace** (IQ je nižší než 20); osoby postižené hlubokou mentální retardací jsou závislé na stálé péči a dohledu i v nezákladnějších úkonech. Komunikace je omezena na porozumění základním úkonům a většinou se jedná o nonverbální odpovědi. Většina klientů s hlubokou mentální retardací je imobilní nebo má omezení v pohybu. Jako přidružené nemoci se u tohoto stupně retardace běžně vyskytují neurologické nebo tělesné nedostatky. Častá je například epilepsie, postižení zraku, sluchu nebo atypický autismus.

**Jiná mentální retardace**; toto označení se užívá tehdy, když je nesnadné zhodnotit stupeň retardace, většinou díky přidruženým onemocněním (např. u nevidomých, nemluvicích, neslyšících, u klientů s autismem nebo jinými poruchami chování).

**Nespecifikovaná mentální retardace**; ta se používá, je-li diagnostikována mentální retardace, ale k zařazení postiženého do nějaké kategorie je nedostatek informací.

#### **Mentální retardace se klinicky projevuje zejména:**

- zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků
- sníženou schopností komparace (srovnávání) a vyvozování logických vztahů
- sníženou mechanickou a zejména logickou paměť
- těkavostí pozornosti
- nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování
- poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace
- impulsivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností v chování
- citovou vzrušivostí
- sugestibilitou a rigiditou chování
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- opožděným psychosexuálním vývojem

- nerovnováhou, aspirací výkonu
- zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí
- poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci
- sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům

(Švarcová, I. 2000, str. 33).

Tabulka č. 1: Průvodní jevy mentální retardace (Švarcová, I. 2000, s. 24)

	<b>Mentální retardace</b>			
	<b>Lehká (IQ 50–69)</b>	<b>Středně těžká (IQ 35–49)</b>	<b>Těžká (IQ 20–34)</b>	<b>Hluboká (IQ nižší než 20)</b>
<b>Neuropsychický vývoj</b>	Omezený, opožděný	Omezený, výrazně opožděný	Celkově omezený	Výrazně omezený
<b>Somatická postižení</b>	Ojedinelá	Častá, častý výskyt epilepsie	Časté, s neurolog. příznaky, epilepsie	Velmi časté, neurolog. příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové
<b>Poruchy motoriky</b>	Opoždění motorického vývoje	Výrazné opoždění, mobilní	Časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky	Většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu.
<b>Poruchy psychiky</b>	Snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení, 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
<b>Komunikace a řeč</b>	Schopnost komunikovat většinou vytvořena, 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 často bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný	Komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova	Rudimentární neverbální komunikace nebo nekomunikují vůbec
<b>Poruchy citů a vůle</b>	Afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita	Nestálost nálady, impulzivita, zkratkové jednání	Celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškozování	Těžké poškození afektivní sféry, potřebují stálý dohled



## 1. 1. 4 Charakteristiky syndromů, které se u mentálních retardací vyskytují nejčastěji

**Downův syndrom** vzniká změnou počtu chromozomů. Na rozdíl od zdravých lidí, kteří mají 46 chromozomů (jsou uspořádané po 23 párech), mají postižení Downovým syndromem chromozomů 47 (22 párů a jedna trojice). U tohoto postižení se jedná o poměrně vysoký výskyt. Downův syndrom mezi ostatními typy postižení tvoří asi 5 %. Jak vlastně tento syndrom vzniká? Současné informace dokazují pouze to, že k němu dochází náhodně, i když častější výskyt lze vysledovat u matek starších třiceti pěti let a otců nad 50 let. Zhruba 100 000 dětí s Downovým syndromem se narodí za rok na celém světě, to znamená, že na 700 narozených dětí se narodí jedno takto postižené. Postižení jedinci spadají většinou do lehké nebo těžké mentální retardace. Mezi znaky člověka postiženého D. S. patří například změny funkce štítné žlázy, střevní a žaludeční abnormality, onemocnění respiračního traktu, ztráta sluchu či nedoslýchavost, poruchy zraku. Co se týká tělesných znaků, současná literatura uvádí nejčastěji malou postavu, plochý široký obličej, šikmo posazené oči, mohutnou šíji, krátký krk, malá ústa a nízké patro, tzv. opičí rýhu, nadměrnou pohyblivost kloubů, opožděný či neúplný sexuální vývoj.

**Rettův syndrom** je neurologické onemocnění nebo také vada. Její výskyt je typický a postihuje výhradně ženy (je zaznamenáno i pár příkladů postižených chlapců, ale ti se nedožili ani porodu). Postižené dítě je obvykle do období kolem jednoho roku vyvíjí zcela normálně, ale po této době dochází ke ztrátě řeči a manuálních schopností. Dítě postihuje takzvaná apraxie, což znamená to, že dítě není schopno ovládat své tělo. Rozšíření Rettova syndromu ve světě na různých místech, v různých zemích se pohybuje mezi 1 : 10 000 a 1 : 23 000. K společným tělesným znakům patří například stereotypní, většinou krouživé pohyby ruky, dýchací problémy, epileptické záchvaty (které stav postiženého velice zhoršují), zpomalený růst hlavy, nedostatečný žvýkací pohyb, velice častá je skolióza. U postižených Rettovým syndromem se v dospělosti často vyvine spinální atrofie (zhruba u poloviny).

**Prader - Williho syndrom** je postižení chromozomů a je to také geneticky podmíněná choroba. Na rozdíl od výše uvedeného Rettova syndromu, bývá Prader – Williho syndrom častější u chlapců. K důležitým znakům onemocnění patří snížená funkce hypotalamu, typická je nezřízená chuť k jídlu a následná tloušťka, snížení

svalového napětí po porodu (čili snížená svalová síla), nedokonalý vývoj pohlavních orgánů, porucha koordinace pohybu, řečové vady (například vady v artikulaci a zvláštnosti v hlase). Tento syndrom vytváří u postižených charakteristické vzhledové znaky, jako například oči, které mají mandlový tvar, krátké končetiny, lahvovité prsty, horní ret trojúhelníkového tvaru, buclaté tváře a úzké čelo.

**Syndrom kočičího křiku** je těžké geneticky dané onemocnění a patří také mezi chromozómní poruchy. Nemoc dostala svůj název podle zvuků, který dítě vyluzuje, protože jsou podobné kočičímu mňoukání. To je způsobeno tím, že hrtan se u těchto jedinců nevyvíjí zcela normálně. Poměr výskytu narozených živých dětí ročně se pohybuje mezi 1 : 20 000 a 1 : 50 000, nemoc se tedy jeví jako poměrně vzácná. Ke znakům onemocnění řadíme srdeční vady, růstové nedostatky, časté ušní a respirační obtíže, agresivní chování, poruchy zraku, sluchu a svalů, v některých případech se vyskytují potíže s řečí a chůzí. K charakteristickým vzhledovým znakům patří malá hlava, oči daleko od sebe, nízko posazené uši, malé čelisti i mozkovna, kulatý obličej a širší přisedlý nos. Mnohé osoby s tímto postižením se nedožívají dospělého věku.

**Syndrom fragilního X chromozomu** je zděděný genetický předpoklad, který je spojený s mentální retardací. Jedná se o poruchu pohlavního chromozomu. Postihuje především muže, ale ženy mohou být přenašečkami. Takto postižení mají rychlou až překotnou řeč, jsou hlasití a je jim málo rozumět, časté jsou různé poruchy pozornosti, snížená svalová koordinace, abnormity v řeči a v chůzi, nezvyklé pohyby rukou a stejně tak obtíže se vztahy k druhým. Co se týká vzhledu, tak mezi typické znaky se nejčastěji uvádí dlouhý úzký obličej, odstávající větší uši, v období puberty zvětšená varlata, velký obvod hlavy, v dětství hranaté klouby.

V literatuře se objevují i další syndromy, které jsou spojovány s mentálními retardacemi, jsou to **Angelmanův syndrom, Klinefelterův syndrom, Turnerův syndrom, Williamsův syndrom, Rubinstein – Taibiho syndrom, Schinzelův syndrom, Wolf – Hirschhornův syndrom, Lesch – Nyhanův syndrom, Cornelia de Lange syndrom, Carpenterův syndrom, Apertův syndrom** aj.

## 1. 1. 5 Četnost osob s mentálním postižením v populaci

Co se týká měření četnosti mentálního postižení v populaci, je důležité se nejprve zmínit o kritériu MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize). Podle této klasifikace je mentální retardace diagnostikována pod IQ 70. Z toho vyplývá, že podle normálního rozdělení četnosti, by do tohoto inteligenčního pásma patřila zhruba 2, 5% populace. Ovšem, v dostupné literatuře se uvádí 3-4% v populaci (v Československu bývaly uváděny 3%). Přesný počet lidí s mentálním postižením neznáme. Je to díky nedostatečné evidenci a nutnosti zachovávat lékařské tajemství. Nicméně, počet osob s mentálním postižením přibývá. Napomáhá tomu lepší zdravotní péče o novorozence, lepší diagnostika a evidence.

## 1. 1. 6 Stručný průřez dějinami péče o osoby s mentálním postižením

Je známým faktem, že od počátku dějin lidstvo provázely různé nemoci a neduhy. Z toho vždy plynuly důsledky pro postižené osoby, které byly v průběhu historie proměnlivé. To znamená, že s postiženími se setkáváme odjakživa, setkáváme se s nimi nyní a bohužel, i přes veškeré úsilí medicíny i existovat budou. Proto je nutné pochopení, pomoc a tolerance ze strany zdravé majority. V jednotlivých etapách dějin se k těmto lidem chovali různými způsoby, které si uvedeme níže. Je skutečností, že opravdového humánního přístupu se mentálně postiženým začalo dostávat až v novodobých časech.

První duševní porucha, která byla zachycena v literatuře, je popis deprese v Erbově papýru. Nemoc byla popsána lékařem, to znamená, že autor byl nejspíš muž medicíny. Dokument bývá datován do doby cca 1900 př. n. l. Další, co je nutné zmínit je, že stejnou nemocí nejspíš trpěl i biblický král Saul, který se nechával léčit Davidovou hrou na lyru. Zde se tudíž pohybujeme na starozákonní půdě, kde právě ona Davidova hra na lyru značí jakési počátky muzikoterapie.

**Antika** už poskytuje bohatý seznam různých poruch, jako například delirium, mánie, melancholie a podobně. Antické školy poruchy vykládaly odlišně. To, co všechny tyto školy a náhledy spojovalo, bylo to, že se nemoci snažili vidět jako problém či selhání organismu. Například Hippokrates viděl příčinu v poruchách mozku (Hippokrates vypracoval klasifikaci duševních poruch nejspíš již ve 4. století př. n. l., uvádí

phrenitis – akutní duševní poruchu s horečkou, mánii – akutní chorobu bez horečky, epilepsii – boží nemoc, hysterii – křeče, skýtskou nemoc – což měl být s největší pravděpodobností transvestismus). Dvě nejdůležitější filosofické školy tehdejší společnosti stoikové a epikurejci, pozorovali vtať jedince a společnosti. Další důležitou osobou byl lékař Galenos Claudius, který žil kolem roku 200 n. l. Galén byl osobním lékařem Marka Aurelia i jeho slabomyslného potomka. Důležité u něj je, že definoval symptomatické psychické poruchy a začal rozlišovat slabomyslnost vrozenou

a získanou. Antika se stala známá i takzvanou Spartskou skálou, ze které shazovali a usmrcovali nedostatečně silné a zdravé jedince, ty, které otec neuznal tím, že je nezvedl z prahu svého domu. Zajímavé je, že ve starověkých civilizacích byl člověk brán jako postižený až tehdy, když projevoval hluboký stupeň mentální retardace. To znamená, že v dnešní společnosti lehce mentálně retardovaný člověk by v antice nebyl mentálně retardovaným vůbec.

**Ve středověku** se na postižené lidi začalo pohlížet paradoxně, protože šílenci, blázni a postižení byli chápáni buďto jako ti vyvolení Bohem, šťastní a na straně druhé byli vnímáni jako zplozenci satana, čarodějnictví a temných sil. Raný středověk duševní poruchu jako nemoc neuznával (toto je patrné v takzvaném Codexu Theodosianus, kde se vyhlašuje trestání všech posednutých. To znamená, že postižené přenesli z pole medicíny na pole magie). I přes tento středověký pohled na postižené začaly vznikat první klášterní hospitály, kde se starali o všechny potřebné, jako byli například chudí, nebo nemocní. Vznikají i podobná zařízení světské povahy a do stejné doby spadá i budování prvních azylových zařízení pro kretény. To ale stejně nevyjímá středověk jakožto nositele krutých trestů, například známé pálení a mučení čarodějnic a posedlých. Kruté zacházení ještě umocnilo sepsání nechvalně známé knihy Malleus Maleficarum, neboli Kladiva na čarodějnice, které se stalo velice oblíbenou literaturou v období vrcholného středověku.

**V období renesance** se do popředí dostává zaujetí tématy, které mají co do činění s bláznou a podivíny. Rozmáhá se legenda o lodi bláznů a věže bláznů, které se těšily značné oblíbenosti.

*„Lodi bláznů se také říkalo opilý koráb. Taková plavidla se údajně pohybovala po velkých říčních cestách Vlámka a celého Porýní. Bývala známá pod názvem Narrenschiff. Přibližně ve stejné době jsou v evropských městech stavěny věže bláznů,*

*Narrenturme, v nichž, jak některé kroniky uvádějí (například kronika Norimberská), bývali šílení a pomatení blázni ukazováni normálním smrtelníkům za mírný poplatek jako podivná monstra, jako jakési divné lidské zoo“.*

(Černoušek, M. 1994, s. 43)

Renesance přinesla na pole vědy první klasifikaci duševních poruch. Basilejský lékař Felix Platter ve svém díle Pojednání o nemocích ducha rozlišuje poruchy vědomí, psychózy a mentální retardaci. A když už mluvíme o tomto období, nemůžeme si dovolit opomenout jméno takového velikána, jakým byl Jan Ámos Komenský. Ten hlásal vzdělání pro všechny, i pro postižené.

Další významné období je charakterizováno zakladatelem moderní psychiatrie **Filipem Pinelem** (1745 – 1826). Pinel vstupuje jako lékař do nemocnice v době, kdy jsou postižení separováni ve špitálech, azylech, v útulcích, trestnicích a pevnostech. Tam byli postižení drženi většinou v nelidských podmínkách, byli uvazováni k postelím, poutáni řetězy ke stěnám, zavírání do malých prostor, byli nuceni jíst přímo ze žlabů a podobně. To se Pinelovi nelíbí a bojuje za lepší podmínky. Nakonec docílí toho, že jsou postiženým sejmuty okovy, jsou odvázáni a dozorcí pod jeho vlivem odkládají biče. To znamená, že Pinel jako první do této problematiky přinesl morální přístup, bití a stresující podmínky nahradil humanitou a přirozenými léky. V tom je bezesporu jeho velikost. Ve svém díle Lékařsko-filosofické pojednání o mentálním odcizení čili o mánii, dělí idiocii (slabomyslnost) na afektivní a rozumovou, vrozenou a získanou a používá čtyřstupňové dělení – 1) stav blízký zvířeti, 2) stav, kdy jsou některé pojmy a potřeby zachovány, 3) hloupost, stav, kdy je na nižší úrovni zachována řeč a rozum, 4) imbecilita, stav s postupným úbytkem rozumových schopností, například demence.

Dalším významnou osobností v péči o postižené byl **Eduard Seguin** (1812-1880), který je chápán jako zakladatel systematické péče o postižené. Svoji výchovu provádí v takzvané Seguinově triádě, která sestává z 1) výchovy v činnostech (sem patří rozvoj motoriky), 2) výchovy v myšlení (vytváření sebepojetí a seberozvoje), 3) výchovy vůle (tady Seguin klade důraz na zvládání svých instinktů).

Na tyto osobnosti z oblasti psychiatrie navazují další významná jména, která se později zasadila o rozvoj **alternativní pedagogiky** a jsou to například **Ovid Decroly**,

**Marie Montessori, Helena Parhurstová, Peter Peterson** a také teoretik waldorfské školy **Rudolf Steiner**.

Ve vývoji v péči o mentálně postižené u nás, se prvním významným dokumentem stal **Všeobecný (Tereziánský) školní řád**, který byl vydán 1774 a v podstatě říká, že i slabomyslný se má účastnit výuky a učitel by ho neměl trestat. Dalším dokumentem je **Zákon o domovském právu** z roku 1863, ve kterém se píše o uplatňování nároku sociální pomoci pro duševně, tělesně, smyslově postižené osoby. Významným mezníkem v tomto vývoji bylo i vydání **Řádu školního o vyučování** z roku 1905, kterým bylo povoleno zřizování škol pro postižené, takzvané pomocné, či podpůrné třídy.

Významnou osobností na poli psychopedie byl **Karel Slavoj Amerling** (1807-1884). Právě Amerling, jako první v Rakousku - Uhersku vedl ústav pro slabomyslné. Pro klienty prosazoval vzdělání, zemědělské práce, hygienu a ruční práce. Dále to byl **Karel Herfort** (1871-1940), který zdůrazňoval individuální přístupe ke klientovi a zavedl chorobopisy. Blízký spolupracovník Herforta byl **Josef Zeman** (1867-1961), se kterým je spojeno úsilí o přijetí **zákona o pomocných školách**, jenž byl vydán roku 1929. Tento zákon v podstatě implikoval pomocné školy do celoškolského systému.

Po druhé světové válce se také událo ještě mnoho významných legislativních úprav, které tento obor ovlivňují i obohacují do dnešní podoby. Je to **zákon o jednotném školství** (95/48 Sb.), který umožnil vznik škol pro postiženou mládež. Ve **školském zákonu z roku 1953** (31/53 Sb.) se umožňuje vznik a existence zvláštních učňovských škol, které ústí v manuálních zaměstnáních. **Zákon z roku 1960** (188/60 Sb.) rozšířil systém speciálních škol o školy mateřské. Okolo roku 1960 nastává veliký nárůst v počtu různých speciálních škol u nás. Nyní si uvedeme důležitá jména z oblasti psychopedie po druhé světové válce. Jsou to profesori speciální pedagogiky **Miloš Sovák, František Kábele, M. Vítková, Š. Vašek, A. Vančová, M. Černá, I. Švarcová, B. Stejskal, J. Jesenský, J. Kysučan, B. Titzl, M. Teplá** a další.

Situaci v oboru psychopedie podstatně změnilo období po roce 1989. Z centralistické a jednotné školy se opět vzpíná alternativa, začínají se rozvíjet školy pro osoby s těžkou mentální retardací. Pojmy integrace a inkluze se postupně promítají do praxe.

Přibýlo poradenských center publikací na toto téma a sílí obecná informovanost a vznikají ústavy rodinného typu.

## **1. 2 Systém podpory mentálně postižených osob**

### **1. 2. 1 Právní rámec**

Důležitým faktem je, že lidé s mentálním postižením mají stejná lidská práva jako ostatní. Je velká snaha o to, aby člověk s postižením byl vnímán jako lidská bytost, ne pouze jako konkrétní případ. I když osvěta ohledně této problematiky urazila veliký kus cesty, ještě není u cíle.

Po první světové válce vstoupila v platnost Versailleská dohoda. Její součástí bylo ujednání o vzniku tzv. Ligy národů. To znamená mocný posun. Začalo se uvažovat o zdraví a blaho dětí všude na světě. To vedlo k tomu, že roku 1924 byla Ligo národů přijata deklarace práv dítěte, tzv. Ženevská deklarace. Ta poprvé zakotvila skutečnost, že dítě, které má tělesnou, či duševní nezralost, potřebuje zvláštní péči, záruky a právní ochranu. Po druhé světové válce Organizace spojených národů (OSN) přijala roku 1948 takzvanou Všeobecnou deklaraci lidských práv. Ta zahrnovala především uznání faktu rovnosti, důstojnosti a práv všech členů rodiny. Tato deklarace mimo jiné obsahuje přehled lidských práv. Dne 20. 11. 1959 v New Yorku OSN přijala Deklaraci práv dítěte. V ní se píše o podpoře sociálního pokroku, o rovnosti a lidských právech. Postiženému dítěti (tělesně, či duševně) přiznává zvláštní péči a ochranu. Má užívat všech výhod sociálního zabezpečení, poskytnuto mu má být zvláštní postavení i zacházení. V 60. letech, díky ohlasům rodičů mentálně postižených osob, vzniká Evropská liga společností mentálně handicapovaných. Jejich cílem je především hájení zájmů handicapovaných. V roce 1961 byla přijata Evropská sociální charta, ta zviditelnila postižené osoby jako nositele lidských práv a zdůraznila péči o ně. Z toho vyplynulo budování sociálních zařízení pro postižené. Dne 20. prosince 1971 byla odhlasována a přijata Deklarace práv mentálně postižených osob. Zde se připomíná, že mentálně postižený člověk má stejná práva jako ostatní členové společnosti. Byla mu přiznána práva na zaměstnání, rodinu, právo na odborníka chránícího jeho spokojený život, právo a zájmy. V únoru 1991 byl přijat první mezinárodní dokument závazný pro všechny státy Úmluva o právech dítěte. V prosinci 1993 valné shromáždění

schválilo standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Zde se klade důraz na kvalitu života zdravotně postižených lidí. V roce 1997 Sdružení zdravotně postižených vydalo tato pravidla u nás. Dalším důležitým bodem je září 1997, kdy se v Praze se konala mezinárodní konference, a diskutované téma bylo lidská práva pro osoby s mentálním postižením a této konferenci se zúčastnilo se 42 zemí. Na závěr konference se všichni zúčastnění shodli na tom, že zkvalitňování života mentálně postižených je možné. Je ale třeba, aby v každé zemi společnost přistupovala k postiženým lidem jako k rovnoprávným občanům.

## **1. 2. 2 Vybrané formy péče pro mentálně postižené osoby**

V současné době se u nás péče o mentálně postižené značně rozšířila. Existují různé formy péče, kterými se budeme podrobněji zabývat dále. Péči zajišťují jak státní, tak i nestátní organizace (jako například občanská sdružení, církve, charita, apod.). My se budeme zabývat ústavní péčí (čili denními stacionáři, týdenními stacionáři a institucemi s celoročním pobytem), chráněným a podporovaným bydlením a osobní asistencí.

### **Ústavní péče**

Ústavní péče je u nás jedna z nejznámějších forem péče. Svým uživatelům (klientům) zajišťují bydlení, zdravotní péči, zaopatření, kulturní vyžití, rehabilitaci, rekreaci, sociálně-terapeutickou činnost, pracovní příležitosti, vzdělání a výchovu. V ústavní péči pro mentálně postižené osoby jsou zřizovány ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem.

Úkolem **denního stacionáře** je zajistit péči většinou v době, kdy jsou rodiče nebo opatrovníci v zaměstnání. To znamená v době od rána až do odpoledne. Denní stacionář je určen dětem, mládeži i dospělým uživatelům (mentálně postižení dospělí mohou navštěvovat i chráněná pracoviště kde je forma péče totožná). V ústavu s denním pobytem se klientům poskytuje ambulantní služba, která se týká vzdělávacích, aktivizačních a výchovných činností. Nabízí sociálně-terapeutické činnosti, poskytuje stravu, pomoc s osobní hygienou a zprostředkovává kontakt se sociálním prostředím.

**Týdenní stacionář** je velice výhodný například pro rodinu s více dětmi, kde jedno je mentálně postižené, nebo pro rodinu, kde oba rodiče mentálně postiženého klienta



pracují. Díky němu mohou rodiče či opatrovníci chodit celý týden do zaměstnání, starat se o ostatní intaktní děti a na víkend si vezmou domů mentálně postižené dítě. Tento model péče je výhodný i pro klienta, protože díky němu neztrácí kontakt s rodinou a v jeho životě figuruje jak ta uzavřenější část - ústav, tak i svět běžné společnosti. Týdenní stacionář zajišťuje obdobné činnosti jako stacionář denní. Navíc je tu zajištěn pobyt klientů v ústavu.

**Ústavy s celoročním pobytem** jsou hojně využívány rodiči, kteří už z jakéhokoliv důvodu mentálně postižené dítě, či příbuzného nechťejí doma. Mnohdy je ústav s celoročním pobytem záležitostí mentálně postižených, kteří již žádné příbuzné nemají. Právě tyto ústavy se z hlediska psychosociální prevence a hygieny jeví jako největší problém. U klientů se zde objevuje často tzv. hospitalismus a s ním spojená ztráta zájmu o okolní svět. Dobrý vliv nemají velké uzavřené kolektivy, kde se děti nemohou identifikovat s mužskými a ženskými rolemi a kde je možnost vzniku tzv. „ponorkové nemoci“. Separované prostředí ústavu je někdy ohroženo šikanou či zneužíváním. Dalším problémem jsou erotické vztahy, konfuse rolí, oslabení, či úplná ztráta soukromí klienta. V celoročních zařízeních je většinou nastolen pevný řád, jemuž se musí každý přizpůsobit. Posledním bodem kritiky je nedostatečné propojení s normálním světem.

### **Chráněné a podporované bydlení**

Chráněné a podporované bydlení je pobytovou službou, která se v našem případě poskytuje mentálně postiženým osobám, které potřebují v běžném životě pomoc. Pro klienty to znamená, že i člověk s těžším postižením může žít v běžném prostředí, když k tomu má vytvořené dobré podmínky. Chráněné a podporované bydlení pomáhá klientům se zapojením do běžných každodenních aktivit, upevňuje rozvoj schopností, dovedností a předpokladů pro schopnost samostatného bydlení. To se děje především praktickými nácviky, kterými klient získává zkušenosti. Sociální služba se utvořila až v posledních desetiletích 20. století jako reakce na zařízení ústavní. Klientovi tato forma sociální péče pomáhá v utváření sociálních vazeb a také mu pomáhá při vytvoření přirozené sítě podpory. Z praktického hlediska vypadá chráněné bydlení následujícím způsobem. Uživatelé bydlí v malé skupince v bytech nebo domovech, většinou ne moc daleko od svého bydliště. Přímou na chráněném bydlení je jim poskytována asistence, pomoc podle potřeb jednotlivců. U podporovaného bydlení bydlí mentálně postižená osoba v místě svého bydliště, kam za ní dochází asistent.

## **Osobní asistence**

Osobní asistence je shrnutí služeb, které mají za účel pomoc postiženému člověku. Cílem osobní asistence je zvládnout prostřednictvím osobního asistenta úkony, které by vykonával sám, kdyby postižení neměl. Osobní asistence funguje bez omezení místa, času a uživatel si ji kupuje. Práci osobního asistenta můžeme označit jako náročnou. Měl by současně plnit funkci pomocníka, průvodce, advokáta klienta a také by měl být blízkým člověkem, protože asistent s klientem tráví hodně času a velkou část klientova života. Proto každý, kdo se chce stát osobním asistentem, musí projít speciálními kurzy.

### **1. 2. 3 Občanská sdružení na pomoc mentálně postižených**

Pojem občanské sdružení znamená právní formu neziskové nevládní organizace. V České republice je jejich působení upraveno Zákonem o sdružování občanů 83/1990 Sb. U nás těchto občanských sdružení existuje celá řada, my se zmíníme pouze o těch nejvýznamnějších.

#### **Ruka pro život**

Sdružení poskytuje přímou péči mentálně postiženým a možnost navštěvovat tři denní stacionáře (v Litomyšli, ve Skloněné a v Rajmonově ulici v Praze). Jejich hlavním cílem (nebo také poselstvím, jak píší na svých internetových stránkách) je zkvalitňování života dospělým klientům s mentálním postižením. Současně se sdružení angažuje v celkové osvětě. Snaží se zlepšit vnímání společnosti pomocí lepší péče a služeb tak, aby se změnil pohled většinové společnosti na klienty na úroveň rozvinutějších zemí.

#### **Rytmus, o. s.**

Sdružení Rytmus poskytuje podporu mentálně postiženým i kombinovaně postiženým dětem i dospělým. Realizuje dva základní programy, podporované zaměstnávání a středisko podpory integrace. Působí v Praze, ale i v Litvínově, Chrudimi, Liberci a Benešově. Rytmus poskytuje sociální rehabilitace pro rozvoj pracovních dovedností. Jeho cílem je, aby klient byl schopen získat a následně si i udržet zaměstnání. Rytmus má společné s většinou podobných organizací snahu o posilování práv klienta

a integrace do společnosti. Ještě pro zajímavost, patronkou Rytmus, o. s. je Bára Hrzánová. Činnost organizace je podporována finančními příspěvky, například od Evropského sociálního fondu, rozpočtu hlavního města Prahy a státního rozpočtu České republiky, apod.

### **Sdružení pro integraci mentálně postižených (SIMP, o. s.)**

Sdružení pro integraci mentálně postižených osob sídlí v Praze. Svým klientům pomáhá v uplatňování svých schopností na pracovním trhu. Klientovi nabízí zařazení do Střediska pracovních dovedností, to napomáhá rozvoji pracovní dovednosti a klienta připravuje na budoucí výkon zaměstnání. Sdružení pořádá pro rodiče či opatrovníky kurzy souhrnných dovedností. Mottem sdružení je „solidarita, integrace, motivace a podpora, v tom je síla společnosti i jedince“ a to se snaží realizovat. Sdružení má snahu se veřejnosti zviditelňovat tím, že jim pomocnou ruku nabídli známé osobnosti, jako jsou například Pavla Charvátová (která je patronkou SIMP, o. s.), Lejla Abbasová, Štěpánka Duchková, Marta Isoová a další.

### **Společnost DUHA – integrace osob s mentálním postižením**

Společnost je jednou z nejznámějších tohoto druhu. Poskytuje jak chráněné bydlení, tak podporované zaměstnávání, Domov DUHA a centrum denních služeb (dílny). Hlavním cílem společnosti je integrace a následné rozšiřování životních možností klientů.

### **Podpora samostatnosti OSA**

Další a poslední organizací, kterou bych chtěla ve své práci jmenovat, je Podpora samostatnosti OSA se sídlem v Praze. Její snahou je vést mentálně postižené k tomu, aby mohli mít stejně kvalitní život jako intaktní společnost. Věnuje se osobní asistenci a také individuální podpoře. Pořádá kurzy samostatnosti, které zahrnují nácvik zacházení s penězi v každodenním životě, sociální dovednosti, sebeobsluha, aj. Zařizují volnočasové aktivity, jako jsou například procházky, výlety, kino, deskové hry a plavání.

Těchto organizací existuje celá řada, my jsme si vyjmenovali pro názornost jen některé známější. Činnost těchto organizací a občanských sdružení je potřebná a záslužná, ulehčuje a pomáhá rodičům, příbuzným opatrovníkům mentálně postižených osob v jejich výchově a v dalším rozvíjení potřebných dovedností.

Pomáhá jim smysluplně využít čas, kdy jsou příbuzní v zaměstnání. Když s organizací či občanským sdružením příbuzní spolupracují, mohou společně vést mentálně postiženého k větší samostatnosti a k lepší adaptaci ve společnosti, například účastněním se na veřejných akcích pořádaných organizací nebo občanským sdružením.

Nakonec bych zde zmínila **poradenskou činnost**, která je neméně důležitá a kterou zajišťují různá poradenská centra a poradny (například Informační a poradenské centrum IPC, různá speciálně pedagogická centra, Internet Poradna). Jejich hlavním společným cílem je pomoc v poskytování informací a poradenství se zaměřením na integraci lidí s mentálním postižením do společnosti, integraci do zaměstnání. Řeší otázky v sociální a právní oblasti. Speciálně pedagogická centra poskytují informace o speciálních školách (mateřských, základních a středních školách pro zdravotně znevýhodněné osoby). Některé poskytují i terapeutické služby a pomáhají řešit problémy v krizových životních situacích.

## **1. 2. 4 Možnost vzdělávání mentálně postižených osob**

Vzdělávání mentálně postižených dětí se věnuje **speciální školství** pomocí speciálních škol. Speciální školy učí pomocí zvláštních výchovných metod, pomocí zvláštních prostředků a forem. Svým žákům (tělesně nebo smyslově postiženým) pomáhají v integraci. Výuku zajišťují speciální pedagogové. Dle potřeby na těchto školách působí i sociální pracovníci.

*„Speciální školství. Sektor národního vzdělávacího systému, který zabezpečuje edukaci dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (např. dětí se smyslovým, mentálním či tělesným handicapem nebo dětí postiženými různými dlouhodobými chorobami). Speciální školství tvoří komplex s těmito součástmi: 1. Speciální školy, 2. Zařízení ústavní a ochranné výchovy, 3. Speciálně - pedagogická centra. V úrovni základního vzdělávání patří do speciálního školství především základní školy pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a základní školy praktické“.*

(Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. 2009, s. 278)

*„Speciální vzdělávání. Vzdělávání dětí se specifickými vzdělávacími potřebami. Vztahuje se k žákům se zdravotním postižením, nebo zdravotním znevýhodněním. Zdravotním postižením je mentální, tělesné, zrakové, nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení a chování. Zdravotním znevýhodněním je zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zvláštní zohlednění při vzdělávání“.*

(Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. 2009, str. 279)

### **Speciální mateřská škola**

Působení zvláštních mateřských škol a jejich možnost působení vychází ze zákona č. 76/1978 Sb. O školských zařízeních a z následujících pozdějších předpisů, hlavně z novely č. 395/1991 Sb., z druhé části, Předškolní vzdělávání. Speciální mateřská škola se věnuje výchově předškolní, plní jak funkci formativní a informativní v čele s výchovami tělesnými, mravními, rozumovými, řečovými a estetickými, tak plní i funkci diagnostickou. Pomáhá dětem sblížit se s kolektivem, snaží se o zachování vlivu rodiny na výchovu a vývoj dítěte. Vytváří nejlepší, ideální podmínky pro rozvoj mentálně postiženého dítěte. Většina speciálních mateřských škol je státního charakteru, menší počet je speciálních mateřských škol soukromých (ale s pokračující dobou jejich počet mírně stoupá, jak uvádí Český statistický úřad). Pak u nás působí i speciální mateřské školy církevní.

### **Speciální základní škola**

Speciální základní školy poskytují výchovu se zaměřením hlavně na výchovu rozumovou. Klade se důraz na to, aby výuka probíhala v souladu s vlastenectvím, humanitou a demokracií. Speciální základní školy mají devět ročníků, členění je stejné jako na základních školách, na první a druhý stupeň a některé speciální základní školy, díky ministerské vyhlášce, mají ročníků deset. V současné době se věnuje i žákům s těžkou a hlubokou mentální retardací a snaží se jim zajistit vhodné podmínky pro vyučování. Ke škole je možnost přiřazení takzvaného přípravného stupně speciální školy, který děti mohou navštěvovat po dobu tří let. Když žák přípravného stupně splňuje podmínky, může nastoupit na první stupeň speciální základní školy. Když ani

po třech letech podmínky nesplňuje, je tu možnost docházení do Rehabilitačního vzdělávacího programu pro pomocné školy (sem většinou docházejí děti s těžkou a hlubokou mentální retardací). Zde je přední orientace na rehabilitaci. Třída má čtyři až šest žáků a užívá se zde alternativních metod (například nonverbální komunikace, například znaková řeč Makaton).

### **Střední škola**

Speciální střední školy poskytují vzdělání hlavně odborného charakteru, zahrnuje odborné vzdělání, úplné střední vzdělání a vyšší odborné vzdělání. Cílem je příprava na budoucí výkon nějakého povolání (například činnost v národním hospodářství, umění, zemědělství, kultuře, státní správě, aj.). Klade důraz na harmonický, všestranný a optimální vývoj žáka vzhledem k jeho stupni postižení. Do speciálních středních škol řadíme odborná učiliště, gymnázia a střední odborné školy.

### **Speciální škola**

Na speciálních školách je věnována pozornost žákům také s rozumovými nedostatky, ale většími, že pro ně není vhodné vzdělávání na zvláštní škole. Většinou jde o velice obtížně vzdělatelné žáky, ale některé oblasti vzdělání si jsou schopni osvojit. Důraz se klade především na zvládání sebeobsluhy, osobní hygieny, rozvoj pracovních dovedností, které jsou potřebné pro každodenní život, optimálních poznatků ve výuce a výchově. Tato škola má deset stupňů a žákům umožňuje navštěvovat přípravný stupeň pomocné školy.

### **Odborné učiliště**

Podle učebních plánů a jednotlivých učebních oborů poskytují odborná učiliště přípravu na výkon nějakého odborně zaměřeného povolání a jednoduchých činností pro samostatnou práci. Výuka probíhá dva až tři roky a na konci se skládají závěrečné zkoušky. Dohlíží se na žákovo společenské uplatnění. Do speciálních odborných učilišť se přijímají hlavně žáci, kteří dokončili devátý ročník zvláštní školy.

### **Praktická škola**

Na praktických školách probíhá příprava na výkon nějaké jednoduché činnosti. Studium trvá tři roky a na školu se přijímají hlavně žáci, kteří dokončili docházku na

nižším stupni než devátém na zvláštní nebo základní škole. Existují i praktické školy s délkou studia jeden rok nebo dva roky. Po tříletém vzdělávání se ukončuje studium závěrečnou zkouškou, po jednoletém nebo dvouletém vzdělávání studium končí vydáním závěrečného vysvědčení.

## **1. 2. 5 Výchova mentálně postiženého dítěte v rodině**

Rodina tvoří pro mentálně postižené dítě oblast nejdůležitější, stejně, jako u zdravého dítěte. Je to oblast, kde by dítě mělo mít dobré zázemí, místo, kde se cítí v bezpečí. Rodina je jakési útočiště, první sociální a nejpřirozenější prostředí, kde se dítě pohybuje a rozvíjí svá poznání. Stejně jako u zdravých dětí, tak i děti mentálně postižené jejich vlastní rodina ovlivňuje. Navíc u postiženého jedince je rodina schopna ovlivnit i některé vnitřní faktory vyplývající z postižení samotného (například špatné ovládní svých emocí a vůbec na veškeré zklidňující cvičení má rodina veliký vliv).

V rodině mají hlavní postavení rodiče, kteří dítě formují a pomáhají mu i v utváření postojů, přístupů a návyků. Poskytují mu budoucí způsoby chování (protože dítě se s rodiči identifikuje), které si dítě získá k jiným lidem, pomáhají mu v socializaci. Získává dovednosti ohledně emoční stránky. Dá se tedy říci, že přístup rodičů ve všech jeho aspektech je hlavním bodem rodinné výchovy postiženého dítěte (mimo jiné existují i jiné, neméně důležité faktory ovlivňující výchovu postižených dětí, jako je například sourozenec).

Vše ale začíná jinak. Rodina, jako důležitý aspekt rodinné výchovy může začít fungovat až po vyrovnání se s postižením dítěte. Bývá pravidlem, že po narození jakkoliv postiženého dítěte tato situace u rodiny nastane. Samozřejmě se liší, je individuální, má rozdílné intenzity, délku a podobně. M. Vágnerová rozděluje vyrovnávání se s narozením postiženého dítěte do třech etap.

### **1) Fáze šoku a popření**

Tato etapa je reakcí, která je vůbec prvotní. Rodič tak přirozeně reaguje na vzniklou neobvyklou skutečnost. Jeho obrana je to, že postižení, kterým dítě trpí, popírá a tím se snaží zvládnout svou situaci. Zde stojí před rodičem úkol, a to vyrovnání se s postižením svého dítěte.

*„Veškerá předporodní vyšetření ve mně budila dojem, že se lékařům jedná především o to, aby se neopakoval stejný problém, jako s mým prvním synem Honzíčkem. Sledovali ultrazvukem jak je plod veliký, jakou má hlavičku a zda nebude nutné provést předčasný porod císařským řezem. Má ošetřující lékařka mě neustále chlácholila, že jsem v naprostém pořádku. Přitom celou tu dobu věděla, oč jde, protože výsledky genetických testů dávno znala. Za její péči jsem jí občas zahrnovala drobnými dárečky a za samotný porod jsem jí zaplatila, protože jsem byla ráda, že mě v neděli v pravé poledne odrodila. Muž se mnou na porodním sále nebyl, čekal před porodnicí. Ještě, když jsem k sobě měla Danečka připoutaného pupeční šňůrou, přišel na sál pediatr. Předběžně si novorozeně prohlédl a řekl, že podle divně postavených sklopených oušek by usuzoval na mongolismus. Nevím, zda si svou netaktnost a necitlivost uvědomil, ale v zápětí dodal, že by se také mohlo jednat o pouhou kosmetickou vadu. Jeho zmínka o mongolismu mi otevřela oči. Jasně mi naznačila, k čemu vlastně směřovaly všechny ty testy, které jsem v těhotenství podstoupila. Věděla jsem také, co si pod tím hanlivým slovem představit. Maminka totiž léta pracovala jako mzdová účetní v Drutěvě, která mentálně postižené zaměstnávala. Potkávala jsem je na chodbě, když jsem šla za mámou do práce, vídala jsem je také na podnikové dovolené, kde jsme se s nimi střídali v turnuse. Snadno se mi před očima vybavil jejich vzhled. Když jsem se podívala na čerstvě narozené dítě, zcela zřetelně jsem v jeho obličejí rozeznala tytéž rysy, které jsem tak dobře znala. O jeho diagnóze proto nemohlo být pochyb. Pan doktor ji sdělil mě i manželovi téměř současně, takže jsme tu nepřítel osudu oba hned oplakali“ (Strusková, O. 2000, s. 72)*

## **2) Fáze postupné akceptace a vyrovnávání se s problémem**

Pro tuto fázi je typické to, že se rodiče dostávají z prvotního šoku a pomalu se začínají o dítě a o jeho postižení zajímat více. Například hledají různé dostupné informace o postižení, kterým jejich dítě trpí. Rodiče se v této fázi potácejí mezi dvěma typickými stavy. Prvním pocitem je pocit vlastní viny, sebeobětování, také pocit, kdy se rodič snaží najít jiného viníka. Zde se stává, že rodič chce problémům uniknout a tak dítě dává do institucionální péče. Druhý pocit je pocitem rozumného, realistického myšlení, který se s prvním pocitem dostává do střetu. Tato rozumová složka samozřejmě závisí na celé řadě různých okolností, jako například, jaké má rodič zázemí, jestli má kvalitní partnerský vztah, a podobně.



*„Po mém telefonátu za námi do porodnice přijel ihned manžel i s kamarádem porodníkem. Také on nám doporučoval, abychom situaci raději vzdali. Manžel však vůbec nepřipouštěl možnost, že by náš chlapec nebyl v pořádku a ujišťoval mě, že genetické testy jistě prokáží diagnostický omyl. Začal mi vyprávět, jak pár měsíců před mým porodem byl pracovně v jedné speciální mateřské školce, kde zcela náhodně vyslechl přednášku pro rodiče. Naslouchal při práci jedním uchem, aniž by tušil, že zanedlouho tyto poznatky sám využije. Právě tam se dozvěděl, jak je pro všechny děti, postižené nevyjímaje, důležité, aby hned od porodu byly přijímány s láskou a optimismem. A tak jsme se domluvili, že se zatím nikomu nesvěříme. Nepřáli jsme si totiž, aby se naši nejbližší skláněli nad postýlkou a se slzami v očích, chlapečka i nás litovali a láterili nad nezměnitelnou situací. Dokonce jsme si slíbili, že i když testy dopadnou pozitivně, nebudeme se o jejich důsledcích bavit ani před miminkem, aby nevyčítalo z hlasu náš smutek a beznaděj. Své rozhodnutí jsme splnili. Nic netušící příbuzní začali chodit do porodnice a radovat se z krásného, zdravého chlapečka, zatímco my s manželem jsme se usmívali a přitom jsme polykali slzy. Období, kdy jsme přede všemi skutečnost tajili, bylo psychicky velmi náročné a trvalo přes tři roky. Přesto jsem přesvědčená, že jsme tenkrát udělali s ohledem na naše dítě to nejlepší, co jsme mohli.“ (Strusková, O. 2000, s. 43)*

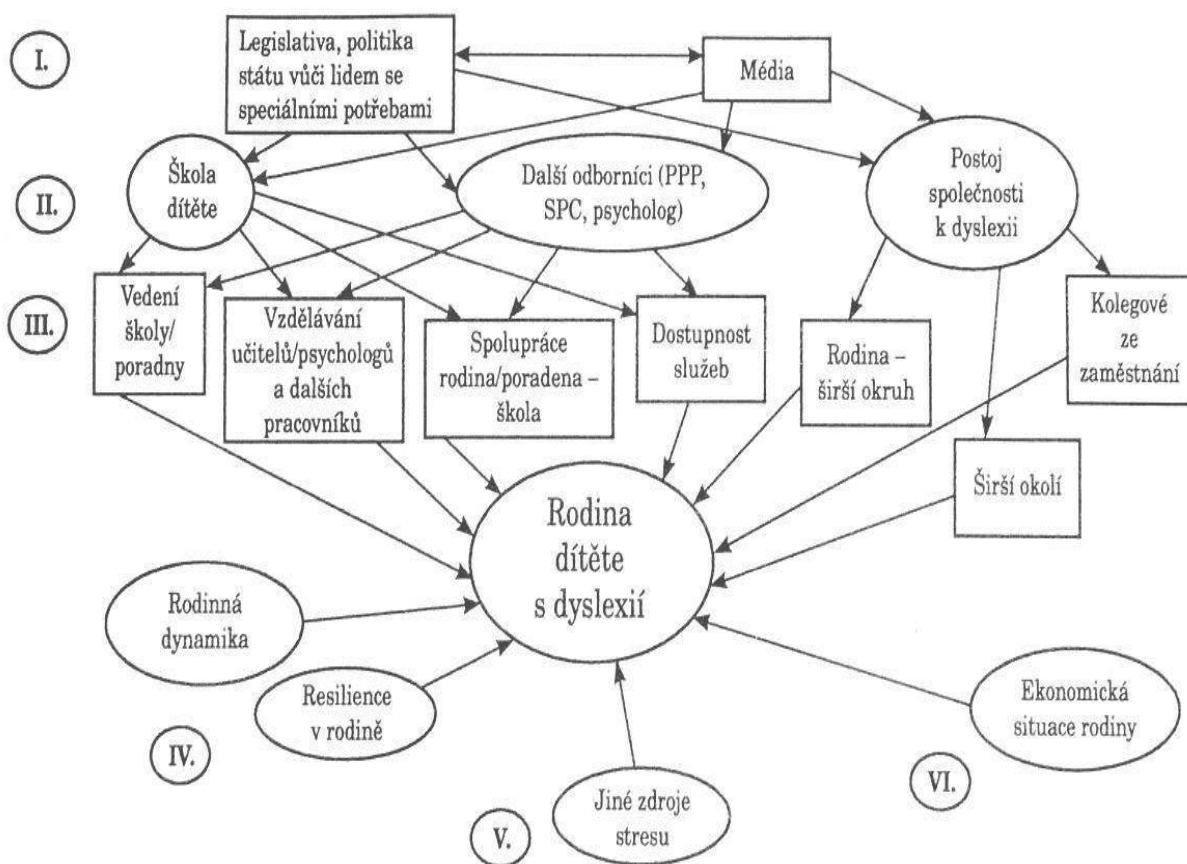
### **3) Fáze realismu**

Tato fáze představuje postupné smíření se se situací. Přináší rodičovi, jak již z názvu fáze vyplývá, realistický pohled na danou skutečnost. Zde už přestal kohokoliv obviňovat z postižení, kterým jeho dítě trpí, naopak je smířen s tím, že postižené je a je s tím smířen a seznámen. Už dokáže usilovat o lepší život dítěte. To znamená, že teprve tady může začít rodina fungovat jako důležitý výchovný prvek, protože je sama vyrovnanou rodinou. To dává předpoklady pro další rozvoj dítěte.

*„Poté, co Mareček začal chodit, brávala jsem ho sebou na nákupy do obchodu. Moc ho to těšilo. Čekal vždycky u pultu, než jsem nakoupila ovoce a zeleninu. Pak jsme se zastavili u chladicího boxu, kde jsem ho učila písmenka ze štítku a nakonec celý nedočkavý spěchal k rohlíkům, které pro něj byly tou největší pochoutkou. Nakupováním byl vždy nadšený. Občas dostal od paní pokladní i nějakou dobrotu za to, že byl hodný a trpělivě na mě čekal. Jednou jsme zas společně vyrazili na nákupy a zrovna když jsem si brala nákupní košík, ozvalo se z úst asi desetiletého chlapce, který stál se svým otcem poblíž: „Hele, tati, jak ten kluk blbě čumí“. Vzala jsem*

*Marečka za ruku, aby bylo vidět, že k němu patřím. Chtěla jsem tomu chlapci vynadat, něčím ho urazit, vyjádřit své rozzlobení, aby věděl, že takové věci se neřikají, ale nic z toho jsem neudělala. Nakonec jsem jim ještě poradila, kde najdou mrazicí pult s nanuky, po kterých kluk tak toužil. Otec poděkoval a usmál se, jako by se tím za syna omlouval. Napadlo mě, že něčemu podobnému budu muset čelit ještě mnohokrát“.*  
(Strusková, O. 2000, s. 21)

Obrázek č. 1: Vlivy působící na rodinu dítěte s postižením (Strnadová, V. 2001)



**Zdeněk Matějček** uspořádal do deseti bodů podmínky,

které vedou k co nejlepšímu uspokojení potřeb dítěte z hlediska rodinného prostředí.

- 1) Rodiče by měli o svém dítěti co nejvíce vědět – nejlépe z odborných zdrojů.
- 2) Dítě s mentálním postižením potřebuje značnou dávku obětavosti (porozumění, výchovného vedení), ale ne „obětování se“ – péči o dítě je nutné rozdělit mezi všechny členy rodiny.
- 3) Vztah k postiženému dítěti nemá mít charakter pasivního prožívání neštěstí ale spíše aktivního řešení úkolu, který je třeba zorganizovat, rozpracovat do dílčích činností, získat pro něho odborné i laické spolupracovníky.
- 4) Rodiče musí znát a přijmout pravdu o budoucnosti vývoje svého dítěte
- 5) Pro zdárný vývoj dítěte je důležitější mu pomáhat k radostnému životu, než je litovat.

- 6) Každý cílevědomý krok ve výchově, v učení, v rehabilitaci chce svůj čas a náležitou míru.
- 7) Rodiče mentálně postiženého dítěte by se neměli úplně izolovat od okolního světa.
- 8) Rodiče mentálně postiženého dítěte by se měli zbavit přecitlivělosti na reakce okolí.
- 9) Je nutné si do maximální míry chránit manželství a rodinu.
- 10) Je třeba realisticky vyhlížet do budoucnosti (ze strany vlastní schopnosti zajistit potřeby dítěte i reálně pomoci okolí, stran institucionálního zajištění výchovy)  
(Valenta, M., Muller, O. 2003, str. 239)

## **2 Výzkumná část**

### **2.1 Cíle výzkumu**

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda integrace osob s mentálním postižením se podle názorů jejich rodičů během posledních let zlepšila, v čem se zlepšila a co je třeba podle jejich názoru ještě zlepšit.

### **2.2 Metoda výzkumu**

Pro svůj výzkum jsem zvolila formu dotazníku (viz. Příloha 1.), který jsem dávala k vyplňování rodičům mentálně postižených osob.

Dotazník obsahoval čtyři otázky, z nichž jedna byla uzavřená, a zbývající tři byly otevřené. Dotazník byl samozřejmě anonymní.

### **2.3 Výzkumný vzorek**

Svůj výzkum jsem prováděla na jaře v roce 2011 v místě mého pracoviště – v Domově pro osoby se zdravotním postižením Papírenská a také ještě v Domově pro osoby se zdravotním postižením Vlašská a v Centru denních služeb Vlašská.

Díky mému zaměstnání jsem měla dostatek kontaktu na všechna jmenovaná pracoviště. Také vzhledem k tomu, že většinu klientů s jejich rodiči znám, neměla jsem sebemenší problém s ochotou a spoluprací. Dohromady jsem rozdala 45 dotazníků, ze kterých se mi jich v konečném čísle vrátilo 30. Z toho bylo 10 dotazníků z Domova pro osoby se zdravotním postižením Papírenská, 8 dotazníků z Domova pro osoby se zdravotním postižením Vlašská a zbývajících 12 dotazníků z Centra denních služeb Vlašská. To znamená, že jsem zahrнула jak domovy pro postižené s celoroční ústavní péčí, tak i denní stacionář. Tím se zvětšilo i věkové rozpětí klientů i jejich rodičů. Klienti, tedy děti dotazovaných rodičů byly ve věku zhruba od 17 do 45 let. Rodiče klientů byli velice laskaví a ochotní. Do značné míry byli i nadšení, že se tomuto tématu bude někdo věnovat.

## 2. 4 Vyhodnocení dotazníku

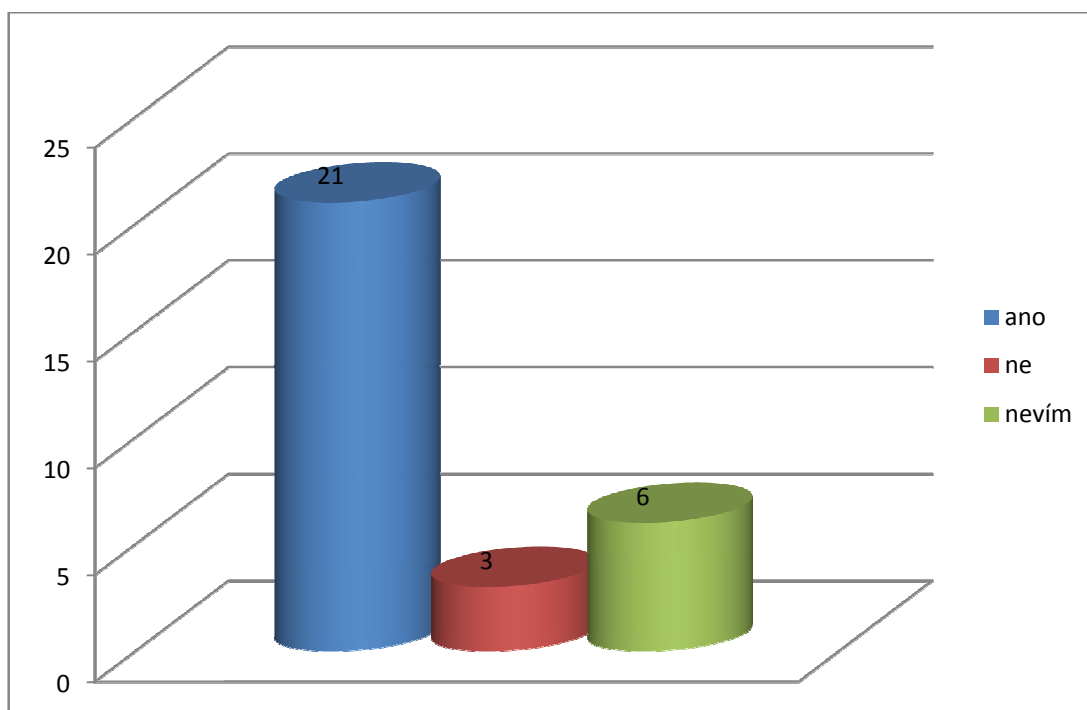
### Otázka č. 1: Zaznamenali jste posun v integraci (začleňování) mentálně postižených osob do společnosti?

Pomocí uzavřené otázky jsem chtěla zjistit nejprve obecně, zda se v integraci u nás v České republice během let odehrál nějaký vývoj. Jestli se pro rodiče mentálně postižených něco změnilo a jestli je to viditelné například v jejich konkrétní životní situaci. Rodiče měli možnost odpovědět ano, ne, či nevím, šlo tedy o typ uzavřené otázky.

Tabulka č. 2

otázka č. 1	ano	ne	nevím
Zaznamenali jste posun v integraci (začleňování) mentálně postižených osob do společnosti?	21	3	6

Graf č. 1



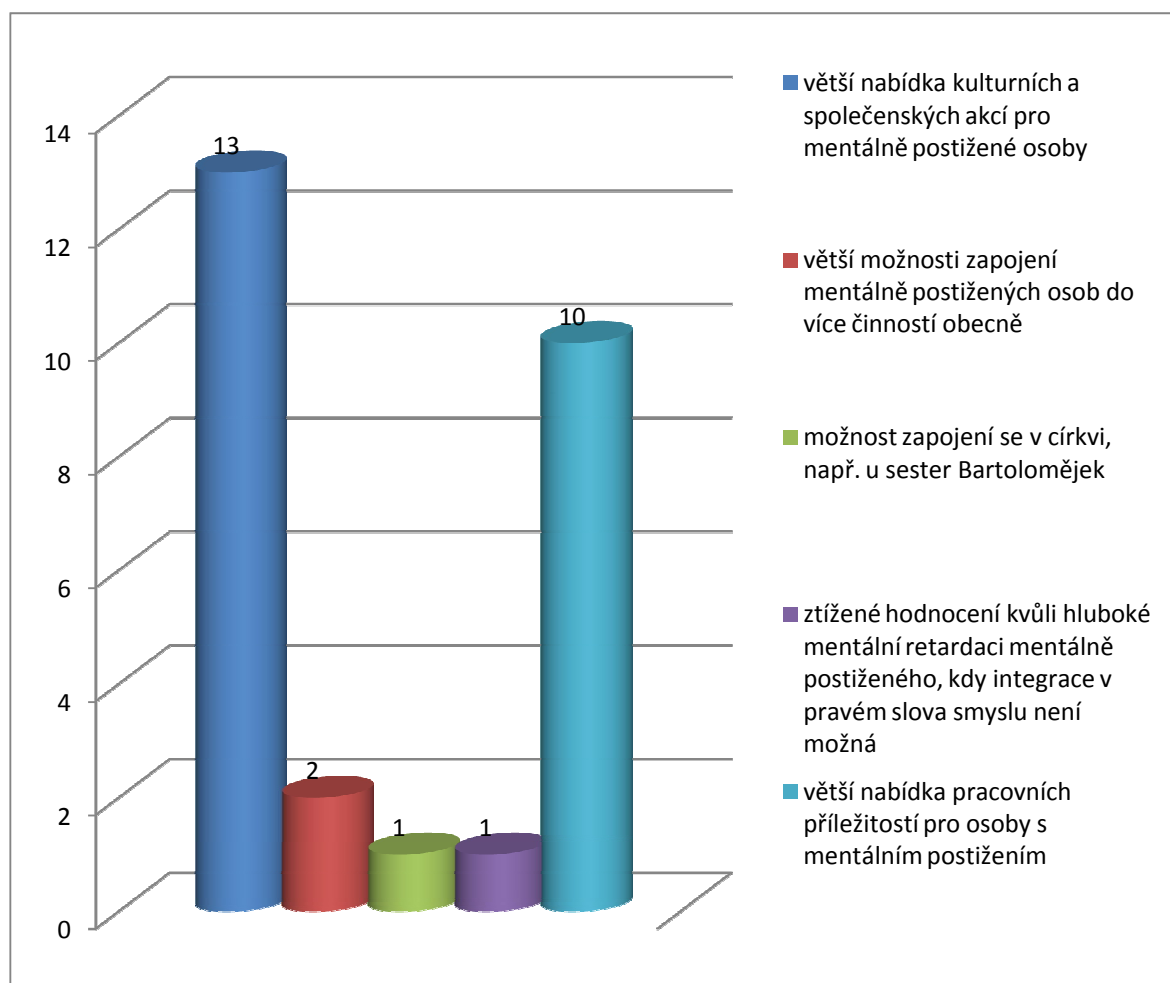
## Otázka č. 2: Jestli ano, tak v čem konkrétně?

Pomocí otázky č. 2 jsem chtěla rozvést předešlou otázku. Chtěla jsem se dozvědět, ve kterých konkrétních bodech je znát vývoj integrace. Respondenti zde měli možnost se vyjádřit pomocí otevřené otázky dle vlastního názoru. V následujícím grafu jsem se snažila vystihnout skupiny nejčastějších odpovědí rodičů mentálně postižených osob. Počet odpovědí je 27. Zbývající tři v předchozí otázce, zda vůbec vývoj v integraci zaznamenali, odpověděli ne a v této otázce se nevyjádřili.

Tabulka č. 3

Otázka č. 2	akce	činnosti	církev	ztížená schopnost	práce
Jestli ano, tak v čem konkrétně?	13	2	1	1	10

Graf č. 2



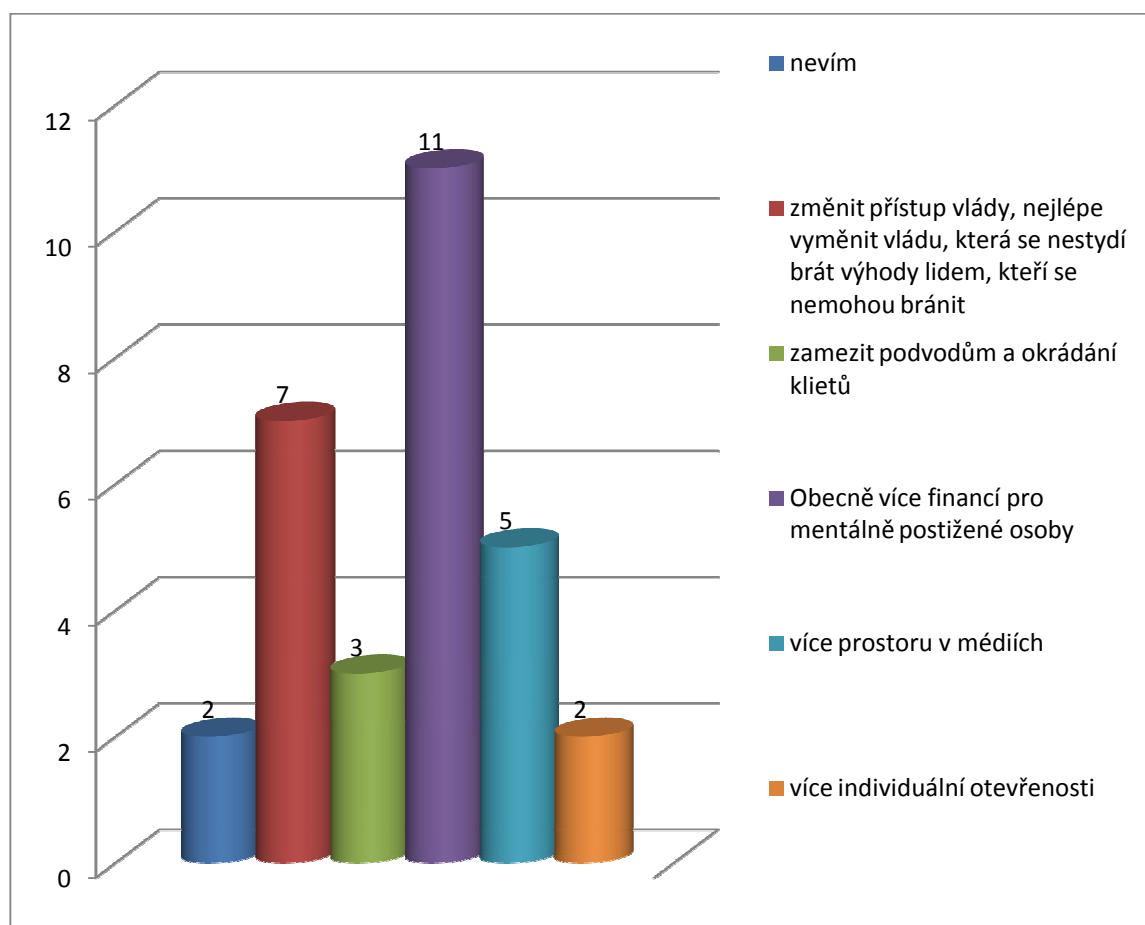
### Otázka č. 3: Kdybyste mohli, co byste konkrétně v systému podpory mentálně postižených osob změnili?

Třetí otázka je směřována tak, aby dotazovaní mohli sami navrhovat konkrétní změny v systému podpory. Opět zde shrnuji nejčastější odpovědi. Zde se účastnilo všech 30 respondentů.

Tabulka č. 4

Otázka č. 3	nevím	změna přístupu vlády	zamezení podvodům	více financí	více prostoru v médiích	více individuální otevřenosti
Kdybyste mohli, co byste konkrétně v systému podpory změnili?	2	7	3	11	5	2

Graf č. 3





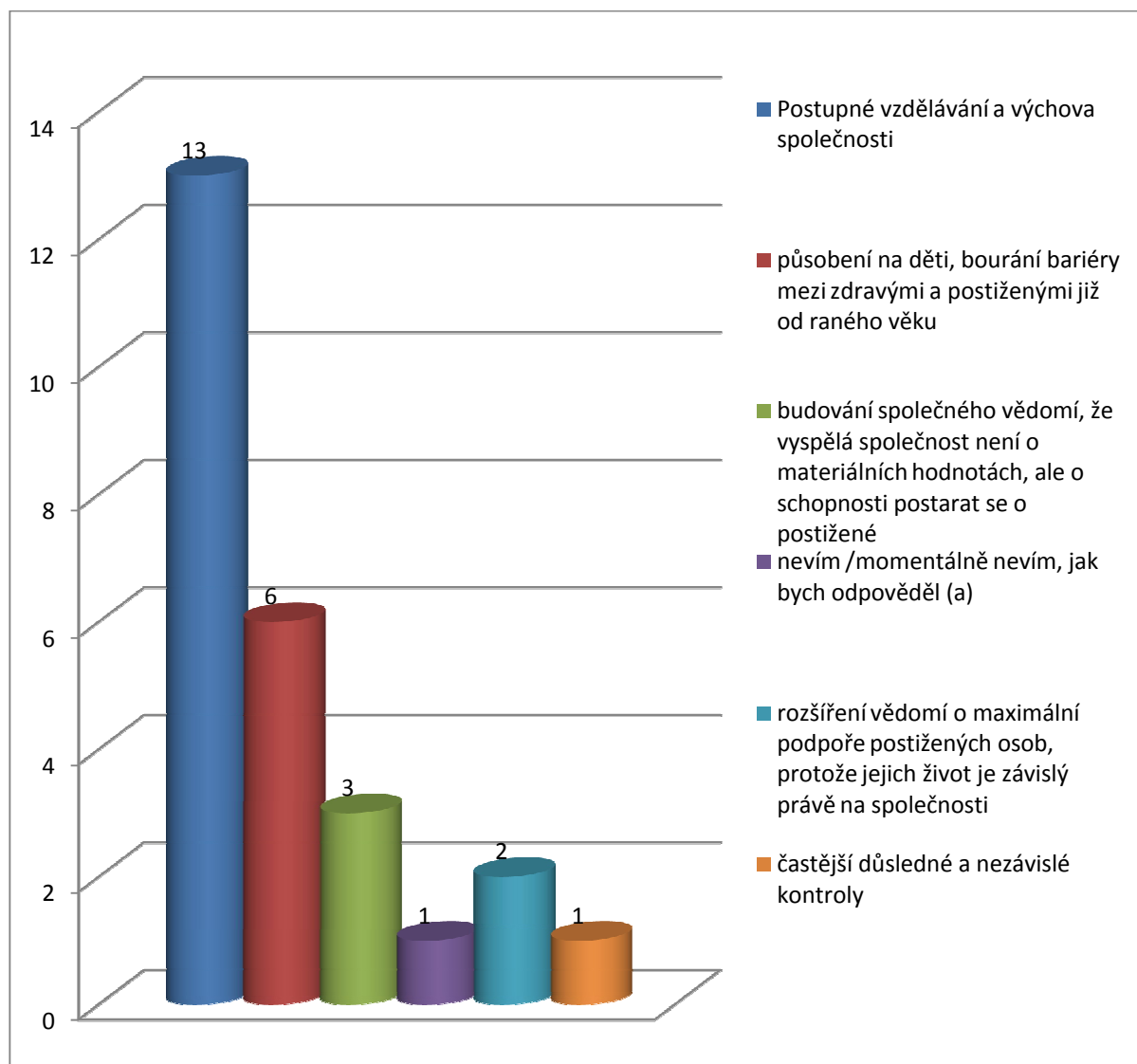
## Otázka č. 4: Na čem si myslíte, že je ještě nutné pracovat?

Čtvrtá otázka je opět otevřená a snaží se zodpovědět, co by bylo třeba v systému podpory změnit. Odpovědí bylo 30, stejně jako u předchozí otázky.

Tabulka č. 5

otázka č. 4	postupné vzdělávání a výchova	bourání bariéry už od dětství	budování všeobecného vědomí	nevím	rozšíření vědomí o maximální podpoře	častější kontroly
Na čem si myslíte, že je nutné ještě pracovat?	13	6	3	5	2	1

Graf č. 4



## 2. 5 Kritika v dotaznících

V dotaznících se poměrně často objevovala kritika.

U starších respondentů se objevoval názor, že nový způsob, jak integrovat mentálně postižené osoby do společnosti, zastihl všechny zúčastněné (i společnost) nepřipravené. Dotazovaní si stěžovali na nekvalifikovaný personál, neustálé přibývání nových chráněných bytů a také na to, že se vše, až na výjimky, řeší za pochodu a na úkor klientů. Jeden respondent si stěžoval na jedno nejmenované chráněné bydlení, kterým odkazoval na obecné nedostatky v podobných zařízeních. Předmětem kritiky zde bylo hlavně to, že když jsou asistenti přijímáni do zaměstnání, tak je sociální zařízení často vůbec prvním místem, kde se s mentálně postiženými osobami setkávají. To znamená, že nemají dostatek zkušeností. Také se velmi často střídají, většina po roce odchází a nahrazuje jí další nezkušený pracovník. Za těchto podmínek je velmi těžké přesvědčovat klienty, že toto je jejich domov. V chráněných bytech je k dispozici kuchyň, ale mladí asistenti většinou neumějí vařit a bohužel ani poradit jak se s nádobím zachází.

Další věc, která byla předmětem kritiky je ta, že bydlení v těchto zařízeních je většinou dimenzováno jako krátký rekreační pobyt. Také poličky jsou neúměrně vysoko pro potřeby klientů. To znamená, že spousta věcí se nachází ve výšce nedostupné bez pomůcek.

Co se týká nabídky zaměstnání pro mentálně znevýhodněné osoby, je diskutabilní, jestli je pro ně vhodné čištění ulic od psích výkalů, cigaretových nedopalků a injekčních stříkaček.

Dva respondenti byli rozhořčeni z podpory mentálně postižených osob v sexuálních hrátkách.

Velkou část kritiky tvořily výtky na nedostatečné množství financí, které by byly potřebné k většímu zkvalitnění života těchto osob. Apeluje se na větší účast státu. Holým faktem je, že ústavy sociální péče nemohou samostatně fungovat bez pomoci sponzorů.

### 3. Diskuze

V diskuzi se pokusím shrnout a okomentovat získané výsledky výzkumu.

#### Otázka č. 1

Z třiceti dotazovaných osob, jen 3 osoby odpověděly záporné a 6 osob nevědělo. To znamená, že většina, tedy 21 dotazovaných osob, zaznamenalo v integraci mentálně postižených osob vývoj. To poukazuje na zlepšující se situaci v České republice, co se integrace týká.

Podle mého názoru odpověď na tuto otázku není jednoduchá. Protože integrace někoho do něčeho (v tomto případě člověka do společnosti), má dvě roviny.

Zprvė snahu, možná lépe ochotu jedince se do společnosti integrovat.

Za druhé podmínky, které společnost pro integraci vytváří.

Ve vztahu mentálně postižených a společnosti je nevýhoda na straně jedince, protože schopnost vědomé činnosti (v tom nejširším významu slova) není vždy rozvinuta do takové míry, aby se dalo hovořit o cílené činnosti jedince. Zde je místo a především úloha těch, kteří vychovávají, aby se snažili, v rámci individuálních schopností každého jedince, rozvíjet jeho osobnost v rámci pravidel, která jsou ve společnosti všeobecně dána. To lze tedy chápat jako snahu společnosti pomoci mentálně postiženým integrovat se do ní. A tak se dostávám k přímé odpovědi na položenou otázku.

Já osobně jsem zaznamenala posun v integraci mentálně postižených osob do společnosti, hlavně díky snaze, hledání nových způsobů a forem skupiny osob, kteří s postiženými pracují. Z hlediska přístupu společnosti jsem bohužel skeptik a s pozitivním přístupem se moc často neseťkávám, spíše naopak. Díky mé práci, kdy se skoro denně pohybuji v prostředí mentálně postižených, vidím pozitivní změnu v činnosti různých organizací a jednotlivých dobrovolníků a osob, kteří chtějí pomáhat. Změny v sociální politice státu vnímám tak, že další prohlubování deficitu výdajů na tuto oblast by mohlo přinést jen negativní dopady.

## Otázka č. 2

Ve druhé otázce odpovídalo těch 27 osob, které v předchozí otázce odpověděli ano, nebo neví. Otázka se týká toho, že pokud dotazovaní zaznamenali vývoj v integraci, tak v čem konkrétně. Nejčastěji se objevovala odpověď ohledně nárůstů kulturních a společenských akcí pro mentálně postižené osoby, konkrétně tímto způsobem odpovědělo 13 dotazovaných. Hned v závěsu, jako druhá skupina nejčastějších odpovědí se umístila větší nabídka pracovních příležitostí s deseti odpověďmi. Pak následovala odpověď ohledně zapojení mentálně znevýhodněných jedinců do více činností obecně, takto odpověděli 2 respondenti. A pak už následovaly dvě odpovědi, kdy každá získala po jednom hlasu. První z nich vyšla neutrálně, jelikož dotazovaný rodič se stará o hluboce mentálně postiženého syna a integrace v pravém slova smyslu u něj není možná. Poslední otázka, čítající jednu odpověď, zahrnovala větší možnost zapojení mentálně postižených osob do církevních aktivit.

Já tento vývoj vnímám především tak, že osoby s mentálním postižením opouští svůj „uzavřený svět“ a díky profesně odpovědným osobám se dostávají do kontaktu se společnostmi. O co jde? O různé formy denní činnosti osob s mentálním postižením, které jsou vykonávány mimo ústav sociální péče, jako je například návštěva:

- Muzea
- Divadelního, nebo filmového představení
- Sportovní soutěže, plavání
- Návštěva památek a míst, které mají z hlediska historie české republiky svůj význam
- Účast na sponzorských akcích, jako jsou například akce TV NOVA, Matějská pouť, Václavská pouť apod.
- Činnost Infocenter
- Týdenní nebo vícedenní pobyty v různých rekreačních zařízeních v ČR a řada dalších aktivit

Myslím si, že při dobré kombinaci okolností, souvislostí a především lidského pochopení, je integrace mentálně postižených osob do společnosti reálná a možná.

Svou váhu a význam zcela určitě mají i aktivity, které probíhají uvnitř ústavu sociální péče, kde je, nebo by měla být věnována pozornost každému jednotlivě s ohledem na jeho schopnosti a dovednosti. Výsledkem je pak například originální keramika,

o kterou je v rámci společnosti značný zájem, rozvíjení talentu v oblasti hudební a výtvarné výchovy (například vánoční besídky, kde se zpívají nacvičované koledy a klienti svůj zpěv doprovázejí jednoduchými hudebními nástroji, nebo se odehraje divadelní představení, kde má každý klient z ústavu sociální péče svou nezaměnitelnou roli). Stejně důležitý je apel na individuální rozvoj osobnosti podle daných možností a předpokladů, jako je počítání, všeobecné znalosti, psaní, rozumová cvičení a podobně. Další důležitá stránka ústavu sociální péče je rozvíjení oblasti osobní hygieny a schopnosti postarat se sám o sebe, tzv. sebeobsluhy, i když je i zde vše samozřejmě dáno individualitou každého jedince.

### **Otázka č. 3**

Třetí otázka dotazníku se týkala toho, že kdyby měli respondenti možnost něco v systému podpory změnit, tak co by to bylo. Nejpočetněji zastoupená odpověď se týkala většího přílivu financí pro mentálně postižené. Na otázku odpovídalo 11 dotazovaných osob. Druhá nejčastější odpověď se sedmi hlasy byla změna či výměna vlády, která se problematice mentálně postižených málo věnuje. S pěti hlasy následuje odpověď ohledně více prostoru v médiích, aby se situace mentálně postižených zviditelnila a lidé k ní nebyli lhostejní. Tři dotazovaní se vyjádřili tak, že by byla potřeba zamezit podvodům a okrádání postižených klientů obecně. Dva respondenti se vyjádřili pro větší individuální otevřenost a poslední 2 dotazovaní nevěděli.

Jak už jsem zmiňovala u první otázky, tak sociální politiku našeho státu nevnímám jako pozitivní. Tudíž bych byla samozřejmě ráda, kdyby se situace změnila a vláda začala mentálně postižené více podporovat, protože dnešní situace je opravdu nedostatečná.

Změnila bych to, aby systém garantoval každé osobě s mentálním postižením zabezpečení v jakékoliv životní situaci nebo stavu.

### **Otázka č. 4**

Ve čtvrté otázce se respondenti měli možnost vyjádřit, co by ještě chtěli v systému podpory mentálně postižených osob změnit. První místo v počtu odpovědí získalo vyjádření, že by byla potřeba postupného vzdělávání a výchovy společnosti, kde bylo 13 odpovědí. Další odpověď s počtem 6 ti hlasů, řešila působení na děti ve smyslu bourání bariéry mezi zdravými a postiženými již od raného věku. Následující odpověď

se třemi hlasy se týká hodnot společnosti. Dotazovaní zde zdůrazňují, že hodnoty společnosti nejsou v materiálních potřebách, ale ve schopnosti postarat se o postižené. Dva hlasy získala odpověď, která apeluje na šíření maximální podpory mentálně postižených osob, protože právě ony jsou na společnosti závislí. Po jednom hlasu získaly dvě odpovědi, a to častější a nezávislé kontroly a jeden dotazovaný nevěděl. V otázce se účastnilo všech 30 dotazovaných.

Podle mého názoru dlužníkem ve vztahu mentálně postižení a společnost, je právě společnost. Společnost, která je také reprezentovaná státem ve smyslu přijímání legislativních opatření k integraci osob s mentálním postižením a zabezpečení takových finančních prostředků, které budou garantovat provoz zařízení pro mentálně postižené bez nutnosti „shánět sponzory“.

Společnost jako celek si ještě musí prohloubit svůj vztah k mentálně postiženým osobám. Zde se, podle mého názoru, projevuje diferencovanost v přijímání osob s různým postižením.

#### **4. Závěr**

Ve své bakalářské práci bylo mým cílem poukázat na důležitost integrace mentálně postižených osob. Chtěla jsem také nastínit jejich současnou situaci pomocí zodpovědaných otázek, kde dotazy vypracovávali rodiče mentálně postižených osob, pro které je celá záležitost každodenní skutečností. Je důležité si uvědomit, že ve vztahu reálně postižení jedinci a společnost, není jediným aktérem společnost, ale že i mentálně postižení můžou společnosti něco dát, něco, co můžeme nazývat například humanitou.

Integraci mentálně postižených jedinců vnímám jako celospolečenskou záležitost a právě na ní a pro ni jsem chtěla ukázat, jaký rozvoj prodělala a nastínit, kam až by mohla směřovat.

Po vyhodnocení dotazníků jsem dospěla k tomu, že většina zainteresovaných rodičů, kteří v rodině mají postiženou osobu, vidí většinou v integraci do společnosti obrat k lepšímu. Jsou schopni vyjmenovat konkrétní body (jako například konkrétní společenské a kulturní akce, nabídka zaměstnání pro mentálně postižené apod.), které tu nyní pro postižené jsou a podle nich jsou hodnoceny jako přínosné v integračním procesu. Mimo jiné je jim společná snaha neustále v tomto procesu pokračovat.

Z výsledků také vyplynulo, co by bylo zapotřebí řešit, co ještě není dostatečné. Ukázala se i pozitivní rovina výzkumu, kdy bylo jmenováno hodně bodů, které se proměnili k lepšímu, nebo v procesu integrace nově vznikly.

V závěru mé práce bych chtěla zdůraznit a hlavně poukázat na to, jak se situace a vztah společnosti a mentálně postižených změnila, trůfám si říci, že k lepšímu. Ovšem je nutné brát v potaz, že proces integrace je velice pozvolný a postupný. Rozhodně ještě není úplný a dlouho nebude. Ale díky lidem, kteří se snaží pomáhat třeba malými krůčky, tak dochází každý den k většímu pochopení a ohleduplnosti. Nyní už máme vytýčené cíle. Víme, kam směřujeme a to znamená, že jsme zase o kus dál. A právě vytýčením si všech cílů daného problému a směřováním k nim, se stává jejich dosahování jednodušší.

Věřím, že i má práce je takovým malým krůčkem, který by mohl čtenáře inspirovat k tomu, aby se na chvíli zastavili, zamysleli se a poznali, že i oni můžou přispět ke zlepšení integrace mentálně postižených osob.

## 5. Seznam použité literatury

- 1) VALENTA, M., MULLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2007 ISBN 978-80-7320-099-2
- 2) ČERNÁ, M. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008 ISBN 978-80-246-1565-3
- 3) TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2000 ISBN 80-86039-90-0
- 4) ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace. Vzdělání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2000 ISBN 80-7178-506-7
- 5) STRUSKOVÁ, O. *Děti z planety D. S.*. Praha: Nakladatelství G plus G, 2000 ISBN 80-86103-31-5
- 6) MARKOVÁ, Z., STŘEDOVÁ, L. *Mentálně postižené dítě v rodině*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987
- 7) BOHUSLAV, B., OLMROVÁ, J. *Světy postižených*. Praha: Avicenum, 1988 ISBN 08-083-88
- 5) ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Avicenum, 1994 ISBN 80-7169-086-4
- 9) BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001
- 10) DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1978
- 11) VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 1999 ISBN 80-7184-421-7
- 12) ĎURIČ, L. *Úvod do pedagogické psychologie*. Praha: SPN., 1979
- 13) KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN, 1981
- 14) PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Nové, rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Portál, 2001 ISBN 978-807367-647-6



- 15) CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál, 2001 ISBN 80-7178-558-1
- 16) FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství*. Praha: NLN, 1994 ISBN 80-7106-085-2
- 17) HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000 ISBN 80-7178-308
- 18) JESENSKÝ, J. a kol. *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995 ISBN 80-7184-030-0
- 19) JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. Praha: Comenia Consult, 1993
- 20) VALENTA, M. a Kol. *Přehled speciální pedagogiky a školské integrace*. Olomouc: UP, 2003 ISBN 80-244-0689-5
- 21) VALENTA, M. *Psychopedie*. Praha: Portál, 2003 ISBN 807320-039-2

## 6. Přílohy

Příloha č. 1

Dobrý den,

jsem studentka Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v programu Specializace v pedagogice. Nyní píšii bakalářskou práci na téma „**integrace osob s mentálním postižením do společnosti**“ a v rámci této práce provádím výzkum u rodinných příslušníků, či opatrovníků klientů z domovů sociálních služeb v Papírenské a Vlašské. Proto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku. Děkuji, s pozdravem a s přáním hezkého dne,

Zuzana Kohoutová (vychovatelka z domova sociálních služeb Papírenská)

**1) Zaznamenali jste posun v integraci (začleňování) mentálně postižených osob do společnosti?**

- Ano
- Ne
- Nevím

**2) Jestli ano, tak v čem konkrétně?**

---

---

---

---

**3) Kdybyste mohli, co byste konkrétně vy v systému podpory změnili?**

---

---

---

---

**4) Na čem si myslíte, že je nutné ještě pracovat?**

---

---

---

---

