

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ PRO
OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ
PROTECTED HOUSING FOR PEOPLE
WITH MENTAL DISABILITY

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VEDOUCÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

Doc. PaedDr. Olga Zelinková, CSc.

VYPRACOVALA:

Eliška Svobodová

PRAHA 2016

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat paní Doc. PaedDr. Olze Zelinkové CSc. za veškeré informace, rady a čas, bez kterých by tato práce nebyla dokončena.

Děkuji klientům, rodinám, opatrovníkům a zaměstnancům chráněného bydlení Portus, kteří mi poskytli potřebné informace a ochotně spolupracovali.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Chráněné bydlení pro osoby s mentální retardací“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30. 4. 2016

Eliška Svobodová

Anotace: Diplomová práce nám přiblíží téma mentální retardace, chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením a život v něm. Dozvíme se konkrétní informace o lidech s mentálním postižením, (definice MR, příčiny, diagnostiku, práva a povinnosti těchto osob; podmínky pro život v chráněném bydlení; o chráněných dílnách; o sociálních službách, které jsou v CHB poskytovány). Zároveň je tato práce doplněná o rozhovory z chráněného bydlení Portus. Odpovědi respondentů jsou v doslovném znění. Výsledky se dále porovnávají a tvoří se z nich závěr.

Annotation: The diploma thesis presents us the topic of mental retardation, sheltered housing for people with mental disabilities, and the life inside it. We could find out specific information about people with mental retardation (definition, causes, diagnosis, rights and obligations of those persons; living conditions in sheltered housing; a sheltered workshops, on social services, which are provided in sheltered housing). Finally, there are informations and interwievs from sheltered housing called Portus, in the last charter of the thesis.

Klíčová slova: mentální retardace; pobytová služba; chráněné bydlení; chráněné dílny; sociální služby; muzikoterapie; arteterapie

Key words: Mental Retardation; Residential Service Protected Housing ; Protected Workshops ; Social Services; Art Therapy, Music Therapy

OBSAH

OBSAH.....	5
SEZNAM ZKRATEK	7
ÚVOD.....	9
1. OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ V HISTORII.....	10
1.1. Definice mentální retardace	12
1.2. Předpoklady pro aplikaci definice.....	13
1.3. Pojmy spojené s mentální retardací.....	14
1.4. Výskyt osob s mentální retardací	16
1.5. Možnosti prevence	16
2. KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE	18
2.1. Lehká mentální retardace	18
2.2. Středně těžká mentální retardace	19
2.3. Těžká mentální retardace	20
2.4. Hluboká mentální retardace	20
2.5. Jiná mentální retardace.....	21
2.6. Nespecifikovatelná mentální retardace	21
3. ZÁSADY KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ RETARDOVANÝMI OSOBAMI.....	22
4. DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE	24
4.1. Obecná diagnostika	24
4.2. Psychologická kritéria k určení mentální retardace	25
5. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	26
5.1. Ambulantní služby	28
5.2. Terénní služby.....	29
5.3. Pobytové služby	30
6. PODPORA OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	32
6.1. Legislativní podpora.....	32

6.2.	Finanční podpora.....	32
6.3.	Operativní a poradenská podpora.....	33
6.4.	Vzdělávací podpora.....	33
6.5.	Informační podpora.....	35
6.6.	Svépomocná podpora	36
7.	CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ.....	37
7.1.	Organizace Portus z.ú.....	38
7.1.1.	Vnitřní řád organizace	38
7.1.2.	Chráněná dílna	40
7.1.3.	Terapie v organizaci (Sociálně terapeutická dílna (STD), Arteterapie, Ergoterapie a muzikoterapie).....	40
8.	ŠETŘENÍ.....	45
8.1.	Rozhovor se „Z“.....	45
8.2.	Rozhovor s „J“	46
8.3.	Rozhovor s „M“	48
8.4.	Závěr šetření.....	49
	ZÁVĚR	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52
	Prameny:	52
	Legislativní normy:.....	52
	Sekundární literatura:.....	52
	Slovníky a encyklopedie:.....	53
	Internetové zdroje:	53
	PŘÍLOHY	54
	SUMMARY.....	55

SEZNAM ZKRATEK

AAMR	Americká asociace na mentální retardaci (American Association on Mental Retardation)
ADD	Porucha pozornosti
ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
apod.	A podobně
CAN	Syndrom zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte (Child Abuse and Neglect)
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
DMO	Dětská mozková obrna
ILSHM	Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené
IQ	Intelligenční kvocient (Intelligence Quotient)
LMD	Lehká mozková dysfunkce
MR	Mentální retardace
např.	Například
NS	Nespecifikovatelná retardace
PPP	Pedagogicko-psychologické poradny
SPC	Speciálně pedagogická centra
SPU	Specifické poruchy učení
STD	Sociálně terapeutická dílna
tzv.	Takzvaný

Zvš Zvláštní škola

WHO Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

ÚVOD

Osoby s MR mají stejné právo na život jako my! Bohužel velká část těchto osob není schopna se o sebe postarat sama. Jejich rodiny nemohou, neumějí, nebo nechtějí v cestě jejich životem pokračovat. Proto jsou zde taková zařízení, která poskytují kvalitní a specializovanou péči. Pomáhají s pracovním uplatněním (chráněnou dílnou), terapií a celkovou podporou v jejich cestě, co možná nejspokojenějším životem.

Téma chráněného bydlení jsem si vybrala proto, že pracuji v Portusu, a trávím s klienty čas nejen na domácnosti. Bohužel zjišťuji, že značná část populace neví, jak má s osobami s mentálním handicapem jednat. Za poměrně krátkou dobu jsem stihla pochopit neskutečně mnoho věcí o tom, co všechno Vám dokážou lidé s mentálním postižením dát, ale i to, jak je těžké s těmito lidmi pracovat. Každý z nás je individuální stvoření, a je obrovská výzva hledat individuální přístupy a metody, díky kterým můžeme osoby s handicapem co nejvíce pochopit a umožnit jim co možná nejkvalitnější život. Navíc bych byla velmi ráda, kdyby se co možná nejvíce lidí zamysleli sami nad sebou. Bylo by krásné, kdybychom se na sebe koukali bez pohrdání a odporu, a zároveň se (je) nelitovali!

Hlavní cíl práce je nejen seznámení se a přiblížení s informacemi o mentální retardaci, jako jsou: definice, dělení, příčiny, projevy, prevence. Jsou zde i důležité body z historie, kde je vidět vývoj problematiky mentálně retardovaných. V závěrečné části je přiblížená organizace Portus (chráněné bydlení), která slouží pro 12 klientů jako domov. Jsou zde popsány i techniky, které se v rámci své sociálně terapeutické dílny klientům poskytují. Poslední kapitola je doplněna o tři rozhovory s klienty chráněného bydlení. Rozhovor je polostrukturovaný a je zde bližší popis formy odpovědí.

Metody práce jsou: studium odborných knih autorů; odborných časopisů a internetových zdrojů, kteří jsou v práci řádně odcitováni; pozorování a práce s cílovou skupinou v chráněném bydlení Portus a polostrukturovaný rozhovor v závěru práce.

Myšlenka celé práce je, seznámit populaci s touto cílovou skupinou a vtáhnout je do dění chráněného bydlení, protože lidé s jakýmkoli znevýhodněním jsou stále lidé, a proto bychom se k nim tak měli chovat. Bohužel na to někteří z nás nejspíš zapomněli.

1. OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ V HISTORII

„Jiné je tvé dítě.

Jiné ve svém duševním bohatství,

jiné v rozvoji svých schopností,

jiné ve vztazích ke světu,

jiné ve svém jednání i počínání,

jiné v běžných reakcích.

Je jiné, ale není horší. “¹

Heinrich Behr

„Mentální retardace se projevuje u člověka, který má snížené schopnosti v osvojování si vědomostí, dovedností a návyků, tak jak je to charakteristické pro ostatní populaci bez postižení. Ve většině sociálních vztahů bude mít MR za následek sociální handicap. Člověk s MR se tak s velkou pravděpodobností setká s obtížemi při naplňování sociálních rolí charakteristickými pro člověka stejného věku, pohlaví, přičemž oba jsou příslušníky stejného širšího sociokulturního prostředí. “²

První zmínky o mentální retardaci se objevily již v dávné minulosti. V Bibli (Starém zákoně) se píše o králi Saulovi, kterého provázela tato duševní porucha. Uklidňující efekt měla Davidova hra na lyru, kterou bychom dnes chápali jako muzikoterapii.

Za dob Antiky se Hippokrates zabývá poruchami mozku a s tím spojenou MR. Galén definuje symptomatické psychické poruchy. Toto období je příznačné tím, že společnost odsuzuje osoby s duševními poruchami k smrti.

Ve středověku jsou někteří lidé vnímáni jako blázni a šilenci, šťastně vyvolení, nebo jako posedlí zlým duchem. Vznikají první azylové zařízení pro kretény. Nevíme, kolik osob upálených za čarodějnictví, by neslo diagnózu MR. Ve stejné době vznikly klášterní hospitály.

¹ VALENTA, M, MÜLLER, O a kol. *Psychopedie*, s. 3.

² ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*, s. 81.

Raný středověk odstartoval vznik klášterních hospitálů pro duševně nemocné, staré a nemohoucí osoby. V německém písemnictví se dočítáme o lodi plné bláznů, která plula od města k městu a hledala poutní místa, kde měl být zázrak uzdravení.

V období renesance vzniká první psychiatrická revoluce, díky Johannovi Weyerovi, holandskému lékaři, který se postavil proti démonologickým pověrám. J. A. Komenský prosazuje vzdělání všech dětí, i těch s postižením.

Všeobecný (tereziánský) školní řád z roku 1774 - první zákonné ustanovení v ČR, které řešilo školní docházku. Uherský reformátor Johann Ignác Felbiger zastával myšlenku, že *„nenadaní žáci by měli být přítomní ve výuce a učitel by je pro jejich nadání neměl trestat.“*³

Filip Pinel přináší model moderní psychiatrie, který obsahuje nový přístup k duševně postiženým občanům. Do té doby jsou mentálně retardovaní v útulcích, azylech, špitálech a pevnostech, kde je personál umírňuje okovy, kazajkami a biči. Pinel jejich metodu mění za morální akci, pod kterou si lze představit ergoterapii (polní práce nebo zahrádkaření). **Jean Etiene-Dominik Esquirol** je žákem Pinela a dělí nám duševní poruchy do 4 kategorií⁴ vrozené slabomyslnosti:

- Lypemánie (deprese)
- Monománie
- Demence
- Imbecilita a idiocie

Jean Itard byl lékařem v ústavu pro hluchoněmé. Popisuje první psychopedický experiment o dvanáctiletém chlapci, který žije mimo lidskou společnost. Díky tomuto experimentu se dostal do odborné kontroverze s Pinelem. Závěr Pinela byl takový, že je tento chlapec idiot a léčba u něj nemá perspektivu. Zatímco Itard tvrdil, že se jedná o zdivočelé dítě, ale díky speciálním metodám ho lze vychovat na úroveň jeho vrstevníků. Přesto se nepodařilo Itardovi tuto studii reálně podložit a chlapce dovést ke zmiňovaným výsledkům. Tento experiment posouvá vědu kupředu například tím, že se otevírají první instituce specializované na výchovu a vzdělání slabomyslných osob.

³ VALENTA, M, MÜLLER, O a kol. *Psychopedie*, s. 29.

⁴ VALENTA, M, MÜLLER, O a kol. *Psychopedie*, s. 21.

V roce **1833** se v Paříži otevírá první samostatné zařízení pro slabomyslné. Roku **1841** se ve švýcarském Abendbergu otevírá první sanatorium pro kretény a epileptiky. Ve stejném roce se v Paříži, díky Eduardu Sequinovi, otevírá první škola pro slabomyslné. Všechny založené školy a zařízení mají společný zájem: morální výchovu a hygienu idiotů a ostatních postižených dětí. Eduard Sequin je autorem tzv. triády - výchova činnosti, myšlení a vůle.

Roku **1863** byl vydán na našem území **zákon o domovském právu**- legislativní úprava, která stanoví nárok postižených na sociální pomoc.

Roku **1905** byl vydán **Řád školní o vyučování**, který pomohl při zřizování pomocných a podpůrných tříd. O dva roky později jsou upraveny podmínky k přijetí žáka a k jejich výuce. Např. délka jednoho předmětu by měla mít maximálně 25 minut, žáků ve třídě bylo maximálně 20 na jednoho učitele, pomocná škola mohla mít maximálně 5 tříd. Učitelé museli projít speciálním kurzem.

Karel Slavoj Amerling (lékař a pedagog, pedagogický reformátor a přírodovědec) je jeden z prvních českých psychopedů. Řídil první ústav pro slabomyslné za dob Rakousko-Uherska (Ernestinum- Pražský hrad). Založil v roce **1871 Spolek sv. Anny**.

Karel Herfort- lékař, vědec a tehdejší speciální pedagog, který se též spojuje s Ernestinem. Karel Herfort je také známí tím, že zavedl chorobopisy.

Josef Zeman- Školský inspektor, pedagogický pracovník a zakladatel speciálního školství. Spolupracuje s Herfortem. Je spojován se **Zákonem o pomocných školách** z roku **1929**.

Po druhé světové válce nastávají změny v legislativě. V roce 1948 vyšel v platnost **Zákon o jednotném školství**, následoval **školský zákon z roku 1953**. Začínají vznikat ústavy, stacionáře a sdružení pro osoby s mentálním postižením. Mezi české osobnosti tohoto období patří: M. Sovák, J. Jesenský, F. Kábele, M. Černá.

1.1. Definice mentální retardace

Postupným získáváním bližších a přesnějších informací o tomto handicapu se upravují i definice. Někteří autoři zahrnují do definice i souhrn příznaků nebo popis konkrétních problémů u těchto osob. Každý z autorů přikládá důležitost jiným informacím, přesto se v definicích objevuje stejná podstata, a to snížení intelektových schopností jedince.

Je zde několik definic, které nám tento termín blíže vysvětlí:

- AAMR (American Association on Mental Retardation) zveřejňuje tuto definici: *„Výrazné omezení v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech, a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech.“*⁵

U českých autorů můžeme najít například tuto definici:

- *„Celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě. Projevuje se ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji, v ohraničených možnostech vzdělávání a nedostatečné sociální přizpůsobivosti. Příznaky se mnohou projevovat samostatně nebo v různých kombinacích.“*⁶
- *„Snížená schopnost (disabilita) charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech, a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech.“*⁷

1.2. Předpoklady pro aplikaci definice

Je potřeba posoudit aktuální fungování klienta v souvislosti se společenským prostředím, s ohledem na jeho věk a kulturu. Zároveň je třeba zjistit bližší informace o výchově, návycích a intelektu osob, které dítě vychovávají. Pozorujeme komunikaci klienta: jaká slova používá, jak je velká slovní zásoba s ohledem na jeho věk, jak chápe otázky a vnímá situaci, jak se chová a pohybuje. Musíme brát v potaz možnou nervozitu z cizího prostředí a ovlivnění dítěte jeho mluvním vzorem (rodičem).

Dalším předpokladem jsou kladné stránky a omezení klienta. Např. správné chápání otázek, nebo omezená slovní zásoba či špatné používání slov v kontextu. Jako kladná stránka může být, že klient dobře rozumí tomu, co mu sděluje druhá osoba. Zaznamenává se, zda

⁵ ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*, s. 80.

⁶ Tamtéž, s. 79.

⁷ Tamtéž, s. 8.

má dítě nějaké limity, nebo je potřeba podpora při vypracování systému. Kvalitu života těmto osobám zlepšuje individuální podpora.

1.3. Pojmy spojené s mentální retardací

Volně se překládá **mentální retardace** jako zpoždění duševního vývoje, ale definic pro tento termín je mnoho a jsou výše uvedeny. Přesto mají jedno společné, a to celkové snížení intelektových schopností jedince (adaptace na prostředí). Tento termín se používá od roku 1959, kdy ho schválila konference WHO (světová zdravotní organizace).⁸

Mentální postižení je širší pojem než mentální retardace. Je to pojem, který se používá v pedagogické dokumentaci a označuje každého, kdo má IQ pod 85.⁹ Podle WHO je mentální postižení u osob, které mají nižší IQ než 70.

Znevýhodnění jedince (v porovnání s vrstevníky) se jinými slovy nazývá **Hendikep (handicap)**. Určitou roli zde hraje úroveň adaptability.

Dělení **Etiologie MR** (příčin), je několik. Rozhodující jsou vlivy prostředí: endogenní (vnitřní prostředí- genetika) a exogenní (vnější prostředí). Vrozená příčina je od narození, zatímco získaná je ta, která vznikla v průběhu života (úraz, infekce). Příčiny dle období vzniku jsou: prenatální (před porodem), perinatální (během porodu, a krátce po něm) a postnatální (v průběhu života). Nejčastější příčina MR je prenatální, kam spadají příčiny prostředí a dědičnost. Downův syndrom je dědičné onemocnění, které se vyskytuje přibližně u 5 % obyvatelstva, a znamená zdvojení 21. chromozomu.¹⁰

Další příklad etiologie MR je Fetální alkoholový syndrom¹¹. Zařazuje se do příčin podmínek prostředí, a jedná se o závislost matky na alkoholu (návykových látkách), kterou přenáší na plod dítěte, který je ohrožen mnoha důsledky, např. vrozenými vadami, poškozením CNS. Je nutné dodat, že výše vypsaná etiologie je přibližně polovičním výčtem všech, druhá polovina je nám neznáma! Zároveň se mnoho autorů shoduje na tom, že ne vždy se dá jasně stanovit přesná příčina vzniku MR.

U osob s mentální retardací a mimořádnou jednostrannou schopností (často v mechanické paměti) se používá termín **Idiot savant**.

⁸ VALENTA, M, MÜLLER, O a kol. *Psychopedie*, s. 14-19.

⁹ Tamtéž, s. 15.

¹⁰DOWN SYNDROM. Dostupné z www.downsyndrom.cz

¹¹NEŠPOR, K. *Alkohol a jiné návykové látky u žen*. Dostupné z www.alkoholik.cz

Nepravá oligofrenie, sociální debilita, sociální oligofrenie, pseudodebilita nebo sociální slabomyslnost má jednotné pojmenování: **Pseudooligofrenie**. Dříve se tento termín používal na vyjádření výchovné a sociální zanedbanosti.

Hraniční pásmo mentální retardace, nebo také **Mentální subnorma**, se chápe jako podprůměrné IQ (80-70). V tomto hraničním pásmu se pohybuje velká část žáků speciálních škol, v číslech je to 5-16% populace. Jedná se především o děti zanedbávané (výchovně, sociálně), infantilní děti, děti s poruchami vědomí (epilepsií), děti s lehkou mozkovou dysfunkcí (LMD), děti s ADHD, DMO, oslabené, neurotické a nemocné děti, děti se smyslovými poruchami a děti se specifickou poruchou učení (SPU). Dříve se místo pojmu hraniční pásmo používal pojem **slaboduchost**.

Primární mentální retardace – vrozená je takový typ MR, se kterou se jedinec narodí, nebo jí získá do 2 let života. Proti tomu Sekundární MR je získaná po 2. roce života jedince.

Osobnostní strukturou jedince s MR rozumíme infantilnost, zvýšenou závislost na rodičích, časté neurastenické a úzkostné reakce, rigiditu a sugestibilitu chování, opožděný psychosexuální vývoj, větší potřeba uspokojení a bezpečí, impulsivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita, pomalejší chápání, lpění na detailech, těkavou pozornost. Nelze jednoznačně vyjmenovat znaky a rysy, které se u těchto osob vyskytují, protože velmi záleží na dalších aspektech, jako je typ mentálního postižení, rozsah, výchova, naučené vlastnosti (převzaté z prostředí, kde dítě vyrůstá). Ale jsou rysy, které se vyskytují častěji u těchto osob. Např. těkavost pozornosti, nedostatečná slovní zásoba, neobratnost ve vyjadřování, snížená mechanická a logická paměť, opoždění duševního vývoje. Časové opoždění duševního vývoje a strukturální vývojové změny se projevují tak, že vývojové období jedince s MR neodpovídá danému dělení dle věku. Některá vývojová období se mohou u těchto osob opakovat (jako například období puberty).

Příklad: Muž ve věku 31 let s těžkou MR se teď nachází v období puberty. Tímto obdobím už klient prošel před několika lety, ale není vyloučeno, že jím neprojde znovu. Klientova pubescence se projevuje hlavně ve zhoršené kvalitě pleti (akné), častějším vzdorováním a hlavně větší potřeby uspokojení svých potřeb (intenzivnějšímu vnímání svého těla).

Často se řeší problematika v oblasti sexuality. Tyto osoby mají stejné potřeby jako kdokoli z nás! Jen je potřeba s nimi o této oblasti komunikovat, protože je celkem častá problematika obnažování (masturbace) na veřejnosti. To okolí většinou vnímá za deviantní

chování, ale klient nemusel být nikým poučený na toto téma, které často bývá tabu. Jde pouze o saturaci přirozené fyziologické potřeby. Je proto na místě dostatečně komunikovat s klientem o tom, že na masturbaci není nic špatného, jen je potřeba pro tyto okamžiky vyhledat soukromí a dbát na hygienické návyky. Dívky (někdy i muži) jsou oběti incestu, znásilnění nebo svedení. Souvisí to s jejich povahou, která je velmi důvěřivá k cizím lidem. Poměrně rychle mohou být zmanipulovaní, protože věří hezkému obalu, ale nekoukají, co se skrývá v něm.

1.4. Výskyt osob s mentální retardací

Osoby s mentálním postižením se řadí do jedné z nejpočetnějších skupin osob s postižením. Absolutní počet lidí s MR v naší populaci není znám. Víme ale, že z celého světa to jsou přibližně 3-4 % (to je přibližně 200 milionů) osob, a čísla rostou! Ve výše uvedených číslech převládá lehká MR, která se z těchto 3-4 % vyskytuje u 2,5 % mentálně postižených.

V České Republice je to přibližně 300 000 lidí s MR (dle sčítání lidu z roku 2011). Jeden z důvodů, proč čísla této skupiny osob oproti historii stoupají, může mít i to vysvětlení, že populace osob s mentálním postižením, se díky aktuální době a sociální péči na velmi dobré úrovni, dožívá o mnoho let déle, než tomu bylo v historii. Dříve se tyto osoby málokdy dožily dospělosti. Dnes nejen, že se dožijí dospělosti, ale není raritou, že se dožívají vysokého stáří (nad 70 let). Další možná příčina, která zvyšuje počet této skupině, může být zvyšující se věk rodiček, který se podle českých statistik udává kolem 30. roku ženy.

1.5. Možnosti prevence

Do prevence se zahrnuje primární zdravotní péče; péče o dítě (od těhotenství, narození, po celou dobu vývoje); správná výživa; opatrnost před přenosnými nemocemi; vakcinace; důraz na bezpečí; používání ochranných a pracovních pomůcek (dle standardních pravidel pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, 1997).

Požadavky prevence zmiňuje i Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené (ILSHM), která sestavila desatero preventivních opatření. Zde jsou zmíněné další informace o prevenci.

- Primární prevence se snaží zamezit vzniku konkrétní vady (fyzické, intelektové, smyslové nebo psychické), v tomto případě mentálního postižení.
- Sekundární prevence zabraňuje, aby daná vada způsobila omezení nebo postižení. Znamená to, že se zaměřuje na populaci, kde je riziko vzniku MR. Hlediska jsou dvě: zdravotní hledisko, kde se řeší genetická zátěž v rodině. A druhé hledisko, kde se řeší těhotenství, které s rodiči konzultuje otázku rozhodnutí, zda v těhotenství pokračovat, nebo se přiklonit na možnost interrupce (umělé přerušování těhotenství). Environmentální hledisko ukazuje nepodnětné a patogenní prostředí. Pokud je riziko větší než 10%, doporučí se partnerům přerušování těhotenství, avšak poslední slovo je na partnerech.
- Terciální prevencí se rozumí snižování dopadu následků mentálního postižení na osobu. Např. socializace mentálně postižených osob do běžné populace a s tím spojené humanizace, atomizace, normalizace a hlavně integrace.¹²

¹² ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace, 2000*

2. KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE

Podle hloubky postižení a etiologie rozlišuje WHO šest typů MR. Klasifikace dle WHO z roku 1992 (v ČR od roku 1993) se dělí na:

- | | | |
|---|------|-----------|
| • Lehkou mentální retardaci | F 70 | IQ 50-69 |
| • Středně těžká mentální retardace | F71 | IQ 35-49 |
| • Těžká mentální retardace | F72 | IQ 20-34 |
| • Hluboká mentální retardace | F73 | IQ pod 20 |
| • Jiná mentální retardace | F78 | |
| • Nespecifikovatelná mentální retardace | F79 | |

Tato klasifikace¹³ vychází z výše inteligenčního kvocientu, která je jedním z nejdůležitějších ukazatelů. Současně je důležité podotknout, že tým odborníků (speciální pedagog, psycholog, lékař, sociální pracovník) diagnostikuje nejen dle této hodnoty. Přihlíží k aktuální situaci, zdravotnímu a psychickému stavu dítěte. Dále se hodnotí dle škály stupně adaptace v určitém prostředí, jako je samostatnost nebo sebeobsluha. Zajímá nás i přizpůsobivost a intelekt schopností. Diagnostika MR je dlouhodobý proces, u kterého nestačí pouze změřit hodnotu IQ.

2.1. Lehká mentální retardace

Lehká mentální retardace (F70): IQ 50-69

Nejčastěji se vyskytující typ je u 85 % osob z celkového počtu MR. Dříve nazývaná také jako slabomyslnost, lehká oligofrenie nebo debilita. Jedinci jsou přibližně na úrovni dítěte v 8-11 letech. U lidí s lehkou mentální retardací se také často vyskytují tyto diagnózy: Autismus, jiné vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování a tělesné postižení. Většinou jsou osoby s lehkou mentální retardací schopní užívat řeč za daným účelem a zvládají konverzaci. Mluvit začínají později. Často bývá porušena formální stránka řeči. Co se týče osobní péče, většina z nich je v této oblasti sebeobsluhy plně soběstačná (obstarání jídla, osobní hygiena, oblékání, domácí dovednosti). Nebo stačí slovní podpora při výše zmiňovaných bodech. Velmi důležitá je výchova těchto osob. Problém většinou nastává při

¹³VALENTA, M, MÜLLER, O a kol. *Psychopedie*, s. 44-45.

nástupu do školy. Nevládají požadavky základních škol společně s běžnou populací. Je potřeba, aby měli individuální výuku, více času a podpory při daných lekcích. Proto navštěvují speciální školy, speciální třídy v klasických školách nebo mají individuální vzdělávací plán (může být i s asistencí) na běžných základních školách. Jsou schopni pracovat, hlavně tedy prakticky (mytí nádobí, loupání brambor) často proto pracují například jako pomocná síla v kuchyni. Náplň práce mají většinou přizpůsobenou svým schopnostem, zároveň mají po boku osobu, která je pověřená tím, že je slovně podporuje ve výkonu práce a dohlíží na odvedení jejich práce. Těžké situace nastávají, když mají řešit problém z jejich nezávislého života (finance, zodpovědnost, úroveň bydlení, zdravotní péče, udržení zaměstnání). Často bývají afektivně labilní, úzkostní, impulzivní a se zvýšenou sugestibilitou (ovlivnění myšlenkou druhých lidí).

2.2. Středně těžká mentální retardace

Středně těžká mentální retardace (F71): IQ 35-49

Dříve nezvaná jako středně těžká oligofrenie a imbecilita. Vyskytuje se v 10% z celého počtu MR a jedinci jsou přibližně na úrovni dítěte v 5-8 letech. U lidí se středně těžkou mentální retardací se často vyskytují tyto diagnózy: Autismus, jiné vývojové poruchy, tělesné postižení, neurologické postižení (Epilepsie), někdy i psychiatrická onemocnění. Dochází zde k výraznému opoždění rozvoje řeči a chápání. Tyto oblasti zůstávají do konce života omezené. Osoby nevládají gramatiku a mají špatnou výslovnost. Nevládají plně sebeobsluhu a zručnost. Někteří se naučí číst, psát a počítat, ale je to pouze menší část osob s touto diagnózou. Jednoduché manuální práce zvládají, ale potřebují k tomu jasná pravidla a dohled. Přesto většina z těchto osob není schopná žít samostatně. Často využívají chráněného bydlení a zaměstnání v chráněných dílnách a navštěvují stacionáře. Často bývá u tohoto typu výrazné opoždění motoriky, ale mobilita je zachovaná. Osoby mají velké problémy s koncentrací pozornosti, chápáním, změnami nálad, impulzivitou a zkratkovitým jednáním. Je potřeba v komunikaci s těmito osobami volit vhodná slova, která jsou jasná, jednoduší a která klient zná. Jsou schopni jednoduchých sociálních aktivit. Je zde vidět větší odchylka u jednotlivých osob. Proto se nám potvrzuje individuální práce s těmito osobami.

2.3. Těžká mentální retardace

Těžká mentální retardace (F72): IQ 20-34

Dříve nazývaná jako těžká oligofrenie, idioimbecilita, prostá idiocie. Vyskytuje se v 3,5% z celkového počtu MR a jedinci jsou přibližně na úrovni 3-6 let. Často se vyskytuje u těchto osob porucha chování, která se projevuje stereotypními pohyby, sebepoškozováním a agresi. Má mnoho společných znaků se středně těžkou mentální retardací, jen jsou tyto znaky výraznější. Osoby mají výrazně porušenou oblast motoriky. Dochází velmi často ke stagnaci řečového vývoje na předřečovou úroveň (jednotlivá slova). To znamená, že ke komunikaci používají převážně nonverbální komunikaci, která je doprovázena neartikulovanými výkřiky, nebo jednotlivými slovy. Je potřeba v komunikaci volit vhodná slova, jednoduché věty a ujist'ovat se, zda rozumí tomu, co se jim říká. Vzdělání, rehabilitace a výchova je u těchto osob velmi omezená, ale pokud se s nimi začne pracovat včas, odrazí se to na jejich rozumových schopnostech, komunikaci, motorice, soběstačnosti a oblastech osobní péče. Je potřeba pravidelně nacvičovat s osobami návyky a dovednosti. Přesto jsou tyto osoby odkázané do konce života na pomoc a podporu od druhých osob.

2.4. Hluboká mentální retardace

Hluboká mentální retardace (F73): IQ pod 20

Dříve nazývaná jako hluboká oligofrenie, vegetativní idiocie a idiocie. Vyskytuje se nejméně (u 1,5 % všech mentálních retardací), a jedinci jsou na úrovni dítěte ve 3 letech a mladšího. U těchto osob je těžké omezení schopností porozumět požadavkům, instrukcím a jejich vyhovění. Často jsou osoby imobilní, omezení v pohybu, inkontinentní, a neschopni o sebe pečovat. To znamená, že je potřeba trvalá péče a dohled o tyto osoby, ale i zajištění základních životních úkonů. Komunikuje pouze nonverbální komunikací, někteří nekomunikují vůbec. Potřebují neustálou pomoc a dohled. Často se vyskytují afektivní sféry. Možnost výchovy a vzdělání je velmi omezená. Je potřeba mluvit na tyto osoby v jednoduchých větách, používat známá slova, a dát jim prostor vyhovět jednoduchým požadavkům. Přesto jsou schopni, po nácviku, jednoduchých dovedností a návyků. Často mají i tělesné postižení, neurologické diagnózy (epilepsie), poškození zraku a sluchu, vývojovou poruchu nebo autismus.

2.5. Jiná mentální retardace

Jiná mentální retardace (F78)

Stanovení stupně intelektové retardace je nemožné nebo velmi složité. Jsou to další onemocnění, která znesnadňují určení správné a konkrétní diagnózy a klasifikace. Řadí se sem např. poruchy zraku a sluchu, lidé, kteří (ještě) nemluví, při těžkých poruchách chování, u osob s autismem nebo u těžce tělesně postižených osob.

2.6. Nespecifikovatelná mentální retardace

Nespecifikovatelná mentální retardace (F79)

Používá se u osob, u kterých byla diagnostikována mentální retardace, ale nebylo tolik informací, aby se jedinec zařadil do některé z výše uvedených klasifikací. NS je oficiální zkratka pro tuto nespecifikovatelnou mentální retardaci. Můžeme se v některých knihách setkat s tím, že autoři spojují Jinou mentální retardaci s Nespecifickou mentální retardací.

V kódu klasifikace se zaznamenává i porucha chování u těchto osob (sebeпоškozování, afektivní chování) Značí se přidáním číslice za kód klasifikace MR.

- 0 - Značí žádné či minimální poruchy chování
- 1 - Značí výrazné poruchy chování

Příklad: F70.1 Lehká mentální retardace s výraznými poruchami chování

U mentálně retardovaných jedinců se mohou objevovat dva typy chování:

- Eretický typ - je to neklidný, hyperaktivní a verzativní typ osoby.
- Torpidní typ - je to apatický, netečný a hypoaktivní typ osoby.

Sledování projevů je důležité především pro jejich pracovní začlenění.¹⁴

¹⁴ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 36-37.

3. ZÁSADY KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ RETARDOVANÝMI OSOBAMI

Jako u každé komunikace, i tady je potřeba udržovat oční kontakt a pozornost, kterou věnujete pouze té osobě, se kterou se bavíte. Každý z nás má rád, když má milého a aktivního posluchače. Ihned v úvodu je nutné zmínit, že pokud se vede komunikace s dospělou osobou, je na místě vykání. Nikomu není příjemné, když se s námi někdo baví tak, jako by námi pohrdal!

Důležitá oblast, nad kterou je potřeba se zamyslet, je komunikace sama. Volíme vhodná slova, nejlépe známá, krátká a jednoduchá. Vyhne se cizím slovům nebo hovorové řeči. Věty používáme spíše kratší, aby se v nich neztrácela důležitá sdělení. Mluvíme pomalým a přirozeným tempem řeči, a pokud vyloženě nevíme o tom, že by měla daná osoba problémy se sluchem, nezvyšujeme na hlasitosti vyjádření a důrazu. Při opačné komunikace budme trpělivý a klidní. Ne vždy je jednoduché myšlenky utřídit a sdělit tak, aby je klient pochopil stejně jako autor. Svou potřebnou roli v komunikaci hraje i neverbální složka, jako jsou gesta a mimika. Proto bychom na ně neměli zapomenout a použít je. Pokud si to situace dovoluje, nebojme se do komunikace zařazovat konkrétní příklady. Je dobré vést komunikaci vždy s jednou myšlenkou. Dokud jí neopustíte, do další myšlenky se nepouštějte. Umožníte tím lepší čitelnost komunikace pro partnera. Nezapomeňte se ujistit, zda Vám osoba rozuměla, vše chápe, nebo naopak, že s ní nemluvíte moc „jednoduchým“ způsobem. Vždy se dá z průběhu hovoru zjistit, jakým způsobem s osobou jednat.

Na závěr je potřeba připomenout, že lidé s mentálním postižením jsou sugestibilní. Proto je potřeba rozvážně volit typy otázek, které se pro danou situaci hodí, ale zároveň takové otázky, abychom jimi neovlivňovali následnou odpověď. Často jsou nápomocní při komunikaci s mentálně postiženými lidé, kteří je znají. Ale vždy mluvíme na toho, na koho jsou směřované otázky. Doprovod je zde pouze pro lepší klientův pocit, nebo jako pomocník při hovoru. Ale není tlumočník!

I na prostředí, kde k hovoru dochází, velmi záleží. Je potřeba eliminovat rušivé elementy, navodit příjemnou atmosféru a pocit bezpečí, kterým přispějeme, když budeme empatičtí, trpělivý a respektující.

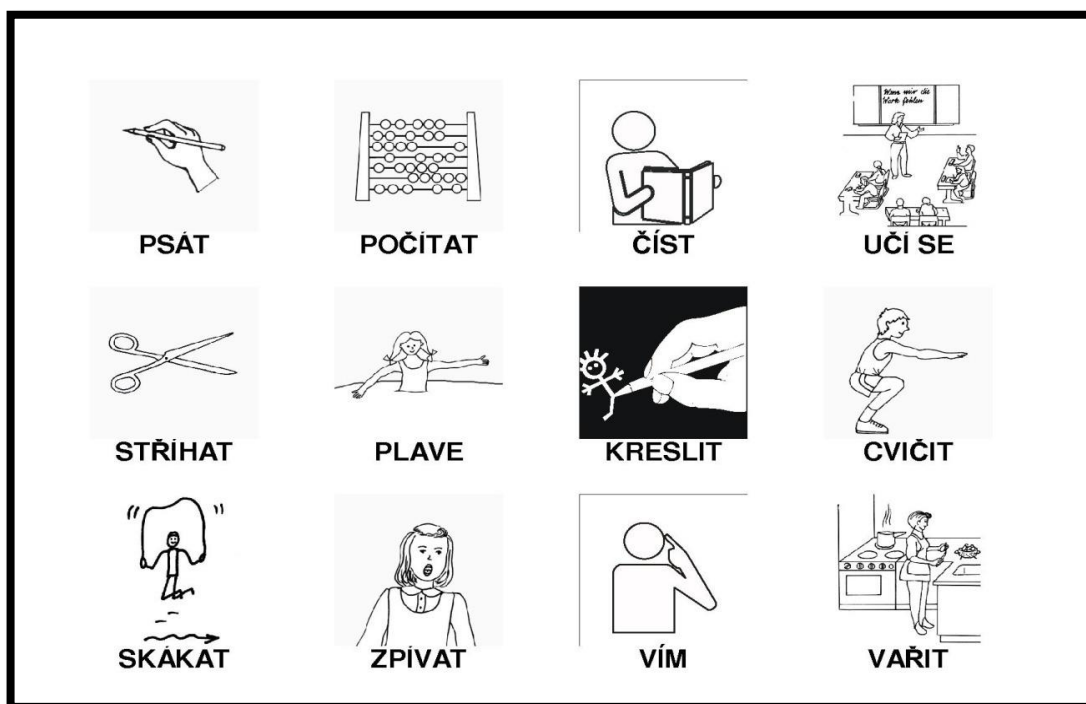
Snažme se odbourat předsudky, ať už ty, které si vytvoříme z prvního dojmu na klienta, nebo ty, které převezmeme od ostatních lidí. Vždy je příjemné člověka poznat, a teprve poté si udělat vlastní obrázek s čistým svědomím.

Nelekejme se, a nenechme se ovlivnit tím, když je klientův hovor doprovázen atypickými gesty nebo pohyby. Často jsou to doprovodné znaky, které klient neovlivní. Naopak se snažme tyto pohyby vytěsnit a spíše proniknout hlouběji do rozhovoru, než se nechat ovlivnit vedlejším projevem, a nechat si tím utéct osobnost klienta a jeho obsah sdělení.

Je také možné, že budou klienti dávat najevo více emocí, než jsme zvyklí. I to je součástí jejich diagnózy. Proto se stavme k těmto situacím profesionálně. Nenechme se vykojetit žádným z výše vypsanych příkladů. Pokud v sobě objevíme alespoň snítku empatie, rozhovor proběhne příjemně pro obě strany zúčastněných.

U některých klientů, kde je porucha řeči, se využívají různé piktogramy a obrázky, jako je např. Makaton.

Obrázek č. 1: Makaton, obrázky s činnostmi



Zdroj: Záznamový arch Makaton

4. DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE

Jde o komplexní týmovou spolupráci odborníků (psycholog, lékař, speciální pedagog a sociální pracovník). K diagnostice je nutný souhlas rodičů (opatrovníků), pokud není jedinec plnoletý nebo způsobilý k právním úkonům. Diagnostika zpravidla probíhá longitudinální (dlouhodobě), aby nebyla ovlivněna aktuálním stavem klienta při diagnostikování. Nutný je individuální přístup ke každému jedinci.

Druhy diagnostiky:

- Obecná diagnostika
- Symptomatická diagnostika - Jde o deskripci znaků.
- Kauzální diagnostika- Zaměřuje se na příčiny stavu.

Klinická metodika, která zahrnuje i standardizované testové postupy a zkoušky, zároveň zahrnuje anamnézu a pozorování (např. krátkodobé, dlouhodobé, introspektivní, extrospektivní).

Testové metody jsou standardizované didaktické testy, některé psychodiagnostické testy (testy schopností- inteligence, mentálních schopností, vědomostí, dovedností), sociometrické testy, které zjišťují sociální interakci v malých skupinách.

Instituce, které diagnostikují MR a jiné duševní nemoci jsou: Speciálně pedagogická centra (SPC), pedagogicko-psychologické poradny (PPP), (diagnostické) ústavy sociální péče, střediska výchovné péče, výchovné a diagnostické ústavy pro děti a mládež, pedopsychiatrická oddělení, věznice pro mladistvé, subjekty pečující o klienty ohrožené sociálně patologickými jevy (drogy) centra pomoci, stacionáře a sanatoria.

4.1. Obecná diagnostika

Používají se metody a nástroje psychologie, pedagogiky a speciální pedagogiky. Diagnózu stanovuje pedopsychiatr, klinický či poradenský psycholog. Spolupracují zde další odborníci jako např. neurolog, klinický psycholog, klinický logoped.

Cílem je najít individuální oblast specifických potřeb jedince a umožnit mu důstojný život ve společnosti. Zakládá se na tom, že nelze porovnávat mentálně postiženého jedince s jeho vrstevníky. Je potřeba nekategorizovat, neboli hledat a vytvářet individuální přístupy ke každé osobě dle jejich možností a schopností. Hlavní úkol je soustředit se na to, co klient umí, a dále jeho schopnosti rozvíjet. Diagnostikuje se formou hodnocení (např. celkové

hodnocení jedince; hodnocení specifických dílčích schopností; adaptivní chování). Prvotně je nutné zjistit současnou úroveň jedince. Hodnoty IQ se často při opakovaných testech liší. Roli také hraje psychické rozpoložení osoby, jak se otázky kladou, jakou kvalitu test má, a zda je vhodný pro osoby s mentálním postižením. Je zde také potřeba celková anamnéza, ze které se vychází.

Do anamnézy se zahrnuje:

- Osobní anamnéza řeší průběh těhotenství, okolnosti porodu, onemocnění, vývoj jedince, zájmy jedince, citové podněty, jak se jedinec vnímá, jakou medikace užívá.
- Rodinná anamnéza zahrnuje počet členů rodiny, věk rodičů, pořadí sourozenců, vzájemné vztahy, prostředí kde jedinec žije, kde vyrůstal, krize rodiny.
- Školní anamnéza je od jeslí, mateřské školy po nejvyšší vzdělání, které jedinec má (ukončený ročník). Jedná se o kroužky, stacionáře, školení, kurzy, výsledky ve škole, vztahy se spolužáky, zaměstnání nebo nezaměstnanost.
- Sociální anamnéza nám přibližuje jaký klient je. Jeho povahu, komunikaci, přátele, společnost, informace o tom, kde a s kým bydlí.

Je nutné rozpoznat MR od smyslových vad, poruch řeči, ADHD a ADD, lehkých mozkových dysfunkcí a specifických poruch učení, kulturních a psychických deprivací, syndromu CAN a od ostatních duševních poruch jako je např. dětská schizofrenie.

4.2. Psychologická kritéria k určení mentální retardace

- Inteligenční zkouška
- Profil výsledků v inteligenčních zkouškách
- Zhodnocení výsledků zkoušek s ohledem na klientovy osobní vlastnosti a psychické funkce
- Výsledky výukových zkoušek
- Charakteristiky vývoj řeči
- Charakteristiky citového vývoje a regulace chování
- Výsledky z neurologického, psychického a somatického vyšetření¹⁵

¹⁵ ŠVARCOVA, I. *Mentální retardace*, s. 31.

5. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

V této kapitole je použita literatura od Lucie Kozlové Sociální služby¹⁶, Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. a Poradenství pro osoby s mentálním a jiným onemocněním od Lucie Pastierikové¹⁷.

Během našeho života nastávají takové situace, kdy člověk není schopen pomoci si sám. Bohužel, ani rodina nebo blízcí nemají v některých situacích tolik sil a prostředků, aby pomohli. Proto je tu stát, aby v takových případech podával pomocnou ruku. Sociální služby spadají společně s dávkami sociální péče do tzv. sociální pomoci. Je potřeba tyto sociální služby pravidelně zkvalitňovat, a zároveň držet krok se systémy z ostatních zemí Evropské unie.

Termínem sociální pomoc se myslí konkrétní formy sociální péče. V sociálních službách dochází k propojení aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů. Sociální služba je prevencí před sociálním vyloučením.

Sociální služby se dělí do tří skupin:

- Plánování sociálních služeb (komunitní plánování)
- Mapování kvality sociálních služeb (Standardy kvality)
- Financování sociálních služeb

Dle některých autorů, kteří o této problematice píšou (Jabůrková, Mátl, Syslová, Průša, Veselá) se dělí sociální služby na: Základní služby a komplexy služeb. Základními službami se rozumí výchozí prvky systému, to jsou komponenty (součásti). Tyto komponenty v kontextu se situací (nepříznivým problémem, který je potřeba řešit) uživatele vytváří komplexy služeb. Konkrétní sociální služby dávají uživatelům představu o tom, jaká je pomoc v dané situaci, co je to za službu, se kterou přichází poskytovatel. Popisuje činnosti poskytovatele, a tím vysvětluje, o jakou službu se jedná. Komplexy sociálních služeb jsou hlavně azylové domy, bydlení na půl cesty, denní centra, denní stacionáře, domovy pro seniory, chráněné bydlení, chráněné dílny, komunitní centra apod. Výše jmenované dvě služby se tedy liší tím, že základní služba poskytuje konkrétní činnost pro klienta, jako je

¹⁶ KOZLOVÁ, L. *Sociální Služby*, 2005

¹⁷ PASTIERIKOVÁ, L. *Poradenství pro osoby s mentálním a jiným duševním onemocněním*. Dostupné z WWW <<http://kurzy-spp.upol.cz/CD/3/2-03.pdf>>.

hygiena, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů, pomoc při chodu domácnosti, poskytnutí informací (poradenství), stravování, terapie, ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační služby. Zatímco komplex služeb zahrnuje konkrétní službu, např. chráněné bydlení, ve kterém jsou poskytovány jednotlivé základní služby.¹⁸

Služby sociální péče dle § 32

Poskytují příležitosti klientům, kteří jsou díky svému zdravotnímu nebo sociálnímu stavu znevýhodněni, čímž se hůře zapojují do společenského života. Do služeb sociální péče se řadí domovy pro seniory, domovy pro osoby s fyzickým, mentálním a smyslovým znevýhodněním, chráněná bydlení, chráněné dílny, penzionsy, respitní péče a osobní asistence. Jsou to převážně dlouhodobě poskytované služby.

Služby sociální intervence

Jedná se o službu, která pomáhá zmírnit nebo změnit nepříznivou sociální situaci, která byla způsobená konfliktním způsobem života, rizikovým prostředím nebo vztahovou krizí. Konkrétně se jedná o azylové bydlení, denní stacionáře a denní centra, krizovou pomoc, noclehárny a terapeutické komunity. Tyto služby se poskytují v omezené délce trvání.

Služby sociálních aktivit

Podporují volnočasové a jiné programy, které mají přispět k rozvoji společenství a komunit, ale i posílit soudružnost a přispět k lepšímu soužití obyvatel. Do této kategorie spadají komunitní centra nebo zájmové kluby. Služby sociálních aktivit mají různou délku trvání a jsou jak profesionální, tak i svémocné.

Formy sociálních služeb se dělí dle Zákona o sociálních službách 108/2006 § 33 na:

- Ambulantní služby
- Terénní služby
- Pobytové služby

¹⁸ NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*, 2000

5.1. Ambulantní služby

Jsou to krátkodobé služby, které stanovují svůj cíl a záměr okamžitě, a většinou jsou ukončeny do jednoho měsíce. Do těchto služeb můžeme zařadit kontaktní práci, denní centra, krizovou pomoc, poradenství a noclehárny.

Kontaktní centrum (práce)

Kontaktní centrum lze zařadit i do terénních služeb. Vytváří a udržuje kontakty s jednotlivými klienty nebo se skupinami, kteří nechtějí institucionální pomoc. Nejčastěji je spojováno s klienty, kteří jsou závislí na alkoholu nebo návykových látkách. (Přestože tato služba přímo nesouvisí s mentální retardací, je zde zmiňována z toho důvodu, že i osoby s mentální retardací mohou být klienty kontaktních center). (Sananim)

Krizové centrum

Okamžitá pomoc pro osoby, které se ocitly v závažné (krizové) situaci. Krizové centrum slouží klientům v neodkladných a naléhavých situacích jako poradce a podpůrce, zároveň snižuje rizika negativních dopadů situací nejen pro určitou osobu, ale i její okolí. (Modrý klíč)

Centra denních služeb

Do centra denních služeb klient dochází. V tomto typu zařízení jsou různé volnočasové aktivity, rozvíjí se zde klientovi sociální a pracovní dovednosti, které mu pomáhají při hledání a udržení zaměstnání. Často jsou v těchto centrech osoby sociálně izolované, které potřebují pomoc se získáním a udržením stálé práce. (Centrum sociálních služeb Poruba)

Stacionáře a denní centra

Služby v podobě stacionářů a denních center se snaží zlepšit, nebo alespoň zachovat kvalitu života klienta, který žije ve své domácnosti. Poskytuje úlevy pro rodiny osob s mentálním postižením. Dochází zde k socializaci klientů.

Stacionáře fungují jako institucionální péče, která pracuje se s tím, že klienti mají ve své rodině podporu a společnou chuť spolupracovat. Dělí se na dva typy: denní stacionáře a týdenní stacionáře. Tento druhý typ se řadí do pobytových služeb. (Denní stacionář Diakonie, Církve bratrské)

Denní centra navazují první kontakt s klienty, zabezpečují podmínky pro přežití, snižují sociální a zdravotní rizika a zprostředkovávají sociální služby. Klienti denních center nemají rodinu, práci, ani sociální zázemí. Navíc situaci, která nastala, nedokážou sami vyřešit. (Denní centrum Úsměv)

Komunitní centra

Opět jde o komplex sociálních služeb, který má za cíl zlepšit kvalitu života klientů v místním společenství. Pracují na aktivaci a propojují možnosti jednotlivých klientů, skupin a společností. Převážně se jedná o klienty z jedné lokality, které mají společný zájem nebo společnou potřebu. Aktivně využívají volný čas, sportují, navštěvují kulturu, díky čemuž se zároveň podílí na integraci mezi běžnou společností. Dále se udává, že tento typ služby je zároveň rehabilitací. (Komunitní centrum Motýlek)

5.2. Terénní služby

Jedná se o střednědobé služby, které mají jasně určené časové období, ve kterém se stanovují a plní cíle a záměry. Nejčastěji mají horní hranici jednoho roku. Do střednědobých služeb řadíme azylové bydlení, bydlení na půl cesty, komunitní centra, chráněné dílny, terapeutické komunity, respitní péče a stacionáře.

Poradenství

Tuto službu většinou poskytují nestátní subjekty (jednotlivé organizace). Jedná se o komplex služeb s cílem poskytnout klientům a jejich rodinám, přátelům a celkové veřejnosti informace, ať už o jejich právech a povinnostech, možnostech využívání dalších služeb, jako je např. denní stacionář, týdenní stacionář, chráněné bydlení nebo chráněná dílna. Cíl poradenství je, aby byl klient co nejvíce schopen zvládnout žít samostatně, a zároveň aby se zapojoval do společnosti. Dle oboru zaměření můžeme hovořit o lékařském, psychologickém, edukačním, profesním, sociálním, právním, technickém, resocializačním, kurátorském či pastoračním poradenství¹⁹ (Paprsek)

Osobní asistence

Pomáhá a podporuje při zvládnání každodenních činností a konkrétních úkonů, které dělají klientovi potíže (vzdělání, práce, komunikace a celková socializace, doprovod) Klient by si

¹⁹ NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*, 2000

měl sám stanovit, co je náplní práce osobního asistenta. Díky osobní asistenci jsou lidé, kteří tuto formu služby využívají, schopni žít ve svém přirozeném prostředí (domově). Stále se udává, že tato forma služby vyjde finančně výhodněji, než péče ústavní. (Asociace pro osobní asistenci APOA, o. s.)

Pečovatelská služba

Je to služba, která je vykonávána u klienta doma (v přirozeném prostředí). Zahrnuje komplex služeb zdravotních, rehabilitačních, sociálních ale i spirituálních, protože je velká část těchto pečovatelských služeb zřizovaná církví (evangelická Diakonie, katolická Charita). (Horizont - středisko Diakonie a misie Církve československé husitské)

Raná péče

Služba rané péče se může zčásti zařadit i do ambulantních služeb. Je pro rodiny s dětmi do 7 let, které mají zdravotní postižení. Dělí se dle toho, o jaké postižení se jedná. Podporuje rodiny v práci s jejich dětmi, které potřebují speciální služby, a podporují vývoj dítěte. Jde o psychosociální služby, které jsou charakterizované komplexností přístupu, orientací na rodinu a interdisciplinarnitou (metodou propojení a aktivní spolupráce s několika vědami). Cílem rané péče je snížení negativního vlivu postižení, zvýšení úrovně vývoje dítěte, podpora kompetencí rodiny, snížení závislosti na sociálních systémech a vytvoření podmínek pro sociální integraci. (APLA Praha)

Respitní péče

Jedná se o odlehčovací službu, která slouží lidem, starajícím se o osobu s handicapem. Tato služba má pečujícím osobám dopřát čas na odpočinek, nebo na běžné zařizování a jiné činnosti. Repitní péče zastoupí pečující osobu a stará se o klienta, buď v jeho domácnosti, v jiné domácnosti, v kolektivu mimo domov nebo v konkrétním zařízení. Oproti ústavní péči je respitní péče levnější, tudíž jí značná část společnosti využívá. (Pohoda)

5.3. Pobytové služby

Jedná se o dlouhodobé služby, které mají cíl stanovený v průběhu časového období, a většinou není horní hranice předem limitovaná. Řadí se sem služby, jako jsou: domovy pro seniory, domovy pro osoby s fyzickým, mentálním či kombinovaným onemocněním, osobní

asistence, penziony, pečovatelské služby a tísňová volání. Charakteristické pro pobytové služby je, že jsou spojeny s ubytováním klientů.

Týdenní stacionář

Výše jsou zmíněné obecné informace o stacionářích a denních stacionářích, které spadají do ambulantních služeb. Týdenní stacionář je pobytová služba, poskytující aktivizaci členů během celého pracovního týdne. Na víkend se klienti vrací do rodinného prostředí. Tento typ stacionáře tedy poskytuje klientům ubytování během pracovních dní, stravu, aktivity a různé pracovní činnosti. Zároveň klienty podporuje v samostatnosti ke každodenním činnostem, jako je hygiena a úklid domácnosti. (Centrum Kociánka)

Chráněné bydlení²⁰

Jedná se o komplexní rezidenční službu pro klienty, kteří mají dlouhodobé sociální znevýhodnění (věk, zdravotní stav), a proto nemohou žít zcela samostatně. V chráněném bydlení osoby vedou plnohodnotný život s pomocí asistenta, který je podporuje a pomáhá jim při chodu domácnosti a každodenních činnostech. (Chráněné bydlení Portus)

²⁰ KOZLOVÁ, L. *Sociální Služby*, s. 23-32.

6. PODPORA OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Podpora lidí s mentální retardací a jejich rodinám v České Republice:
V České republice je 7 oblastí podpory:

- Legislativní podpora
- Finanční podpora
- Operativní podpora
- Poradenská podpora
- Vzdělávací podpora
- Informační porada
- Svépomocná podpora

6.1. Legislativní podpora

Jde o zákony a vyhlášky, které upravují vzdělání mentálně postižených dětí, a pracovní uplatnění pro dospělé. Navíc doplňují legislativu i dokumenty, které upřesňují náplň sociální péče. Legislativní podpora pomáhá prosazovat práva a svobody těchto osob, která jsou úplně stejná jako pro jakoukoliv lidskou bytost! Jsou to práva, které pomáhají rozvíjet a využívat možnosti a schopnosti, a uspokojují naše základní potřeby.

„Jedinci s mentálním postižením jsou denně konfrontováni s mnohonásobným tichým zneužíváním lidských práv“²¹

(Oscar Arias Sanchez)

6.2. Finanční podpora

Do této skupiny se řadí příspěvky a dávky. Nejčastěji používaná forma sociální pomoci jsou dávky (věcné a peněžité). Tyto dávky se dále dělí na jednorázové a opakující se (periodické). Jedná se o invalidní důchody různých stupňů, dle výše postižení; dávky pro osoby se zdravotním postižením, které zahrnují příspěvky na mobilitu, příspěvky na zvláštní pomůcky a průkazy osobám se zdravotním postižením a s tím spojené benefity, které z nich

²¹ ŠVARCOVA, I. *Mentální retardace*, s. 14.

vyplývají. Jde např. o slevy a volné vstupy na některé kulturní akce. A v poslední řadě se jedná o příspěvek na péči.²²

6.3. Operativní a poradenská podpora

U operativní podpory se jedná o osobní asistenci (telefonickou nebo osobní) a kompenzační pomůcky.

Poradenská podpora má několik oblastí: zdravotní, lékařskou, psychologickou a pedagogickou oblast. Této oblasti se věnují poradenská centra, která pomáhají řešit nepříznivé situace, ve které se klient (rodina) nachází. Podporuje nejen klienta, ale celou jeho rodinu. Připomíná základní lidská práva a povinnosti osob s postižením a pomáhá je uplatňovat.

6.4. Vzdělávací podpora

Jedná se o individuální vzdělávací plány a plány pro učitele, které jsou sestavené dle dovedností a vědomostí konkrétního klienta. Stanovuje cíl, který je ohraničený časovým horizontem.

Vzdělávání v ČR je stanoveno dle Školského zákona z roku 2004 a jeho novely č. 82/2015. Právní systém vzdělávání je v současné době ve vývoji, který pracuje na změnách v oblasti inkluzivního vzdělávání.

EDUKAČNÍ SYSTÉM PRO OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Dle § 16 novely o Školském zákoně 82/2015 je žákem se specifickými potřebami:
„Osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.“

²² dle www.mpsv.cz/cz/8

„Pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem lze zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny. Zařadit do takové třídy, studijní skupiny nebo oddělení nebo přijmout do takové školy lze pouze dítě, žáka nebo studenta uvedené ve větě první, shledá-li školské poradenské zařízení, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům dosavadního poskytování podpůrných opatření by samotná podpůrná opatření podle odstavce 2 nepostačovala k naplňování jeho vzdělávacích možností a k uplatnění jeho práva na vzdělávání. Podmínkou pro zařazení je písemná žádost zletilého žáka nebo studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka, doporučení školského poradenského zařízení a soulad tohoto postupu se zájmem dítěte, žáka nebo studenta.“

Předškolní zařízení

Speciální mateřská škola²³ je stejné zařízení jako klasické mateřské školky, které připravují děti na školu, a zároveň je integrují mezi ostatní děti. Navíc plní funkci diagnostickou, rozvíjí postižené i nepostižené funkce mozku dítěte, nebo rehabilitují

Speciálně pedagogické centrum²⁴ zahrnuje depistáž, diagnostiku, ranou péči, ambulantní a poradenskou činnost pro děti a rodiče, konzultuje s učiteli a rodiči při integraci do běžných škol. Sleduje děti při jejich studiu, poskytuje podpůrné služby, pomáhá při individuálním vzdělávacím plánu, poskytuje speciální pomůcky, literatury a učebnice. Ve speciálně pedagogickém centru jsou: psychopedi, psychologové, sociální pracovníci, popřípadě logoped, terapeut, pediatr nebo rehabilitační pracovník.

Přípravné třídy jsou nově s možností zřizování církevními základními školami, dle potřebného souhlasu ministerstva. Musí se v ní vzdělávat alespoň 10 dětí. Slouží nejen dětem se specifickými potřebami, ale i pro děti, kde je potřeba vyrovnat jejich vývoj. Přednost mají děti s povinným školním odkladem.

Úprava přípravných stupňů základních škol speciálních se v novele 82/2015 nemění.

²³ VALENTA, M, MÜLLER, O a kol. *Psychopedie*, s. 99.

²⁴ Tamtéž, s. 99-108.

Školní zařízení

Základní škola speciální je pro žáky se střední a těžkou MR, autismem nebo se souběžným postižením více vadami. Žádost podává zákonný zástupce žáka, s písemným doporučením školského poradenského zařízení. Základní škola speciální má dva stupně a 10 ročníků.

Dle § 18 mohou ředitelé škol, na základě písemného doporučení, udělit **Individuální vzdělávací plán** žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami.

Dle § 42 **Vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením**

„Dítěti s hlubokým mentálním postižením stanoví krajský úřad místně příslušný podle místa trvalého pobytu dítěte se souhlasem zákonného zástupce dítěte takový způsob vzdělávání, který odpovídá duševním a fyzickým možnostem dítěte, a to na základě doporučujícího posouzení odborného lékaře a školského poradenského zařízení. Krajský úřad zároveň zajistí odpovídající pomoc při vzdělávání dítěte, zejména pomoc pedagogickou a metodickou. Dojde-li ke změně duševních a fyzických možností dítěte, krajský úřad způsob vzdělávání odpovídajícím způsobem upraví.“

6.5. Informační podpora

V tomto typu podpory jsou zahrnuty zdroje informací a možností pracovních nabídek a poptávek. Patří sem i organizace a sdružení, které poskytují svým klientům informace. Jedná se např. o Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z. s., která nejen informuje své klienty, ale nabízí i další činnosti jako jsou: vzdělávání, rozvíjení sebeobhájců, práce s rodinou klientů. Z oblasti tisku se jedná o časopis, jako je *Můžeš*²⁵.

Internetové stránky nabízejí hned několik možností, kde tato cílová skupina a nejen ona, může hledat potřebné informace. Jedním z nich je Dobromysl²⁶.

²⁵ dostupný v tištěné formě, nebo na www.muzes.cz

²⁶ dostupné na www.dobromysl.cz

6.6. Svépomocná podpora

Jedná se o vzájemnou podporu mezi klienty a rodinou (příbuznými, přáteli). Patří sem i osvěta a spolupráce mezi rodinami s handicapovanými členy. Některé organizace slouží pro tyto rodiny jako prostředek seznámení s ostatními lidmi, kteří mají stejný nebo podobný příběh. Rodiny si předávají informace, rady, typy a nápady. Většinou má tento typ podpory pozitivní vliv, protože získávají z těchto sezení dojem, že nejsou na daný problém sami a že je tu někdo, kdo jim rozumí v těžkých životních situacích. Navíc je zde důležitý okamžik, kdy si jsou rodiny vědomé toho, že je nikdo nesoudí a nikdo na ně nepohlíží jako na „jiné“, protože jsou spojeni v tom důležitém.

7. CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

Je definováno dle § 51 ze Zákona o sociálních službách 108/2006. Jedná se o dlouhodobou pobytovou službu, která má cíle bez horní hranice realizace.

Představuje nejvyšší stupeň azylové péče na přechodu do úplné sociální nezávislosti. Mimo chráněná bydlení může jít o domovy pro seniory nebo domovy pro osoby se zdravotním postižením. Chráněné bydlení je určeno pro osoby s mentálním nebo tělesným postižením všech stupňů, pro osoby s kombinovanými vadami, nebo těžkými formami epilepsie, které vyžadují pomoc jiné osoby. Klienti z chráněných domovů většinou nedosáhnou na to, aby žili v chráněných bytech nebo sami. Přesto jsou schopni se zapojovat do běžných činností v rámci domácnosti, ale s potřebnou podporou asistenta. Pobytová služba zajišťuje různé služby dle individuálních potřeb klientů. Poskytuje nejen ubytování, ale i pomoc při vedení domácnosti, terapeutickou pomoc, a pomoc v kontaktu se společenským prostředím. Tyto služby vykonává asistent, pečovatel, vychovatel nebo sociální pracovník. Často služba spolupracuje s místním obecním úřadem, který může klientům přidělit byt, kde mají možnost „schopní a soběstační“ klienti vyzkoušet žít samostatně, pouze s minimální podporou asistenta nebo sociálního pracovníka. Zároveň se také můžeme setkat s tím, že obecní úřad v místě chráněného bydlení zaměstnává klienty na menší pracovní činnosti (úklid obce a správa zeleně). Chráněná bydlení zajišťují občanská sdružení, okresní a katastrální úřady, obce a ústavy sociální péče. Může také být součástí domova sociálních služeb, ale mělo by být odděleně. Jde o nejvhodnější alternativu řešení sociální pomoci, která nahrazuje umístění klientů do ústavní péče.

ÚSTAVY PRO TĚLESNĚ, SMYSLOVĚ A MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ DOSPĚLÉ²⁷

Pro osoby s těžším stupněm postižení, které potřebují ústavní zaopatření, z důvodu nemožného zajištění potřebné péče ve stávajícím prostředí. Poskytují se zde služby v oblasti bydlení, stravování, osobního vybavení, praní, rehabilitace, zdravotní péče, výchovné pracovní činnosti a kulturně zájmových činností. V těchto zařízeních jsou možné problémy, jako je: šikana, ponorková nemoc, sexuální obtěžování, hospitalismus nebo ztráta soukromí.²⁸

²⁷Dle vyhlášky 505/2006 Sb.

²⁸VRTÍŠKOVÁ, M. *Metody sociální práce*, s. 30-39.

7.1. Organizace Portus z. ú.

„Lod' v přístavu je v bezpečí, ale proto se lodě nestaví“

William Sheed

Portus znamená přístav a výše napsaný citát je mottem cílové organizace.

Portus Praha bylo založeno v roce 1998 v Horním Maxově, kde se snažilo transformovat místní ústav sociální péče pro osoby s mentálním postižením. V roce 2001 se pod občanským sdružením založila samostatná pražská organizace, která postavila dvě chráněná bydlení v okolí Prahy (Slapy nad Vltavou). Fara funguje od roku 2001, je pro osoby, které potřebují 24 hodinovou péči. Kapacita domácnosti je pro 12 klientů. Vyhlídka je v provozu od roku 2008, je určena klientům, kteří nepotřebují 24 hodinovou péči asistentů. Kapacita vyhlídky je pro 7 klientů. Provoz chráněného bydlení je celoroční, a navíc má Portus i svou sociálně-terapeutickou dílnu (STD).

Občanské sdružení Portus také založilo projekt se jménem „DOBROTY S PŘÍBĚHEM“, který funguje dodnes a zaměstnává několik klientů. Jedná se o výrobu nakládaných pochutin (hermelínů, utopenců) klienty, v rámci sociálního podniku. Navíc je tato organizace velmi mediálně známá, díky své benefiční kampani „AKCE CIHLA“. Jedná se o prodej benefičních cihel, kde se z výtěžku budují nová chráněná bydlení, chráněné byty, terapeutické a chráněné dílny. Začátek benefice se datuje do roku 1999, kde probíhala pouze v Praze, nyní už je možné tuto cihlu zakoupit po celé ČR. Dnes je v propojení s několika dalšími neziskovými organizacemi, které také poskytují služby pro osoby s mentální retardací. CIHLA FEST je benefiční hudebně-divadelní festival, který probíhá každé léto, od roku 2010, přímo v prostorech chráněného bydlení Fara. Je to velmi zajímavá akce, která umožňuje propojení zábavy s možností nahlédnout, do života klientů.

V poslední řadě organizace Portus poskytuje od roku 2013 vzdělávací kurzy, a to především pro pracovníky v sociálních službách. Od 1. ledna 2015 se organizace změnila z občanského sdružení na zapsaný ústav.

7.1.1. Vnitřní řád organizace

Na začátek zmíníme to, jak se klient do chráněného bydlení dostane. První krok, který musí zájemce o službu chráněného bydlení udělat, je vyplnění vstupního dotazníku,

který slouží jako pomyslná brána prvotního setkání s vedoucí sociálních služeb. Zájemce (může být s doprovodem) se dohodne s vedoucí sociálních služeb na termínu osobní schůzky, kde obdrží všechny potřebné informace (především to, zda je klient v cílové skupině Portusu, jaké má klient přání, zájmy, potřeby a představy do budoucnosti, zda by mu vyhovoval tento styl bydlení). Organizace má připraveno několik verzí smluv, aby co nejlépe klienti načerpali potřebné informace sepsané ve zjednodušených formách (písemných, piktogramech). Funguje zde princip zaevidování do pořadníku, a předem stanovená zkušební lhůta.

Přijímací kritéria:

- Datum vstupního dotazníku
- Plnoletost
- Mentální postižení
- Doporučení obvodního lékaře a ostatních specialistů (psychiatr, neurolog)

Dále se zohledňují tyto aspekty: věk a pohlaví žadatele. Organizace se snaží tímto krokem vyrovnat počet obou pohlaví a držet věkovou hranici přibližně s ostatními klienty chráněného bydlení. V situacích, že by se jednalo o partnera/ partnerku některého z klientů, je to upřednostněno, z důvodu podpory partnerského soužití. Následující a neméně důležitý aspekt, který se bere v potaz, je míra postižení žadatele, která rozhoduje, jak velkou podporu asistence bude potřebovat. V posledních bodech se udává, v jaké aktuální situaci zájemce je. Zda mu nehrozí bezdomovectví, kde má trvalé bydliště, jaký má příjem (důchod a příspěvky) a zda je ochotný doplácet za služby.

Denní chod domácnosti spočívá v tom, že od pondělí do pátku navštěvují klienti práci, chráněnou dílnu nebo STD. U většiny klientů je plán akce pouze na dopoledne. Odpoledne mají volné a mohou společně s asistenty pracovat na běžných činnostech v domácnosti (jako je uklízení nebo praní), na zahradě, mohou navštěvovat služby v okolí domova nebo jen odpočívat a užívat si volný čas. Večerka na domácnosti není striktně stanovená, protože se jedná o dospělé osoby, které jsou vedeny k tomu, aby byly ohleduplní k ostatním. Během ranního vstávání je však potřeba asistentův dohled. Víkend tráví klienti plně dle své režie. Při přijatelném počasí se plánují společné akce, jako jsou procházky, výlety a kultura. Někteří z klientů odjíždí navštěvovat rodinu nebo jezdí rodina za klienty.

Obecný vnitřní řád organizace je složen z klasických bodů, jako jsou: pravidla společného soužití, netolerance násilí a agresivity, dodržování běžných činností- úklid,

návštěva práce nebo sociálně terapeutické dílny. Jediný bod, který by mohl být atypický od ostatních běžných bodů, které spíše souvisí s etikou, je bod ve kterém se jasně říká, že Portus podporuje partnerství klientů, avšak nedovoluje v tomto chráněném bydlení možnost bydlení těhotné klientky nebo klientky s dítětem.

7.1.2. Chráněná dílna

Chráněná dílna je definovaná dle Zákona o sociálních službách 108/2006 § 67.

Chráněná dílna je nejstarší institut chráněného prostředí v ČR. Vyrábí se zde různé zboží a výrobky, jako jsou: svíčky, keramika, oblečení, farmářské výrobky. Některé chráněné dílny mají smlouvy s firmami, které od nich výrobky odebírají. Klienti zde pracují pod dohledem, a postupně si navykají na pracovní režim a zároveň se zdokonalují a získávají jistotu v práci, kterou dělají.

V roce 2014 nechal Portus postavit nedaleko Davle chráněnou (potravinářskou) dílnu, která vznikla díky benefiční akci Cihla. Dojíždí sem několik klientů, kteří v prostorách výroby, s pomocí asistentů, nakládá sýry a utopence. V druhé části budovy je zároveň prodejna, kde se výrobky prodávají.

Nutno podotknout, že chráněná dílna spolupracuje se sociálně terapeutickou dílnou, kam dochází zbytek klientů chráněného bydlení. Konkrétně to vypadá tak, že v sociálně terapeutické dílně loupou klienti česnek, který je následně odvezen do chráněné dílny Davle, kde ho klienti přidávají do svých výrobků.

7.1.3. Terapie v organizaci (Sociálně terapeutická dílna (STD), Arteterapie, Ergoterapie a muzikoterapie)

SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÁ DÍLNA

Sociálně terapeutická dílna je vydefinovaná v Zákone o sociálních službách 108/2006 § 67 jako: „*ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném*

trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. “

Portus v rámci svého chráněného bydlení poskytuje klientům sociálně terapeutickou dílnu, která funguje od pondělí do pátku. Každý všední den začíná tím, že se všichni z chráněného bydlení sejdou ve společném prostoru na 8:00, a společně si zacvičí. Je to příjemný start dne, kdy se podporuje aktivita a pohoda u klientů. Většinou jde o základy jógy, které se během léta cvičí i na zahradě, dále se jedná o různé protahovací cviky a meditaci. Sociálně terapeutická dílna je vždy do půl jedné, a v 10 je pauza na svačinu. V pondělí je na programu péče o zahradu. Do náplně práce se zahrnuje od pěstování zeleniny, péče o políčka, plení, až po obstarávání zvířat (3 oveček), které jsou na pozemku chráněného bydlení po domluvě s místním farmářem, který je zde nechává přibližně po dobu 4-5 měsíců. Klienti mají možnost díky péči o zvíře budovat zodpovědnost, protože je potřeba, aby zvířata každý den dostala čistou vodu a aby měli seno. Práce na zahradě je jen pokud je vhodné počasí. Když je počasí nevhodné pro to, aby klienti byli na zahradě, je na programu arteterapie nebo muzikoterapie. Od úterý do čtvrtka klienti loupou česnek, který se vzápětí odváží do chráněné dílny Davle, kde z něj klienti ve spolupráci s asistentkou vyrábí pochutiny. V pátek je prostor pro arteterapii a muzikoterapii.

ARTETERAPIE

„Arteterapie v širším slova smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním.“²⁹

Arteterapie je poměrně nový obor, který měl dlouhý vývoj. Od roku 1994 funguje v ČR Česká arteterapeutická asociace, která slouží jako samostatné profesní sdružení arteterapeutů, ale i zájemcům o arteterapii. Asociace má na starost vytváření profesního statutu arteterapeuta, aby vše bylo v souladu se standardy. Česká arteterapeutická asociace má za cíl koordinaci úsilí o zkvalitnění arteterapie v ČR. Organizuje, nebo se podílí na organizaci, konference a odborná setkání. Aktivně se podílí na koncepci arteterapeutických aktivit v různých institucích (nemocnice, školy), a výzkumů. Navíc je její náplní práce zabezpečit kontakty s dalšími obory (pedagogické obory, psychologické obory a psychoterapeutické obory).

²⁹ ŠICKOVÁ- FABRICI, J. *Základy arteterapie*, s. 30.

Jak se můžeme dočíst v knize Základy arteterapie, od Jaroslavy Šickové-Fabrice, jsou dvě formy arteterapie.

INDIVIDUÁLNÍ ARTETERAPIE

Individuální arteterapie je v té situaci, kdy má klient terapeuta jen pro sebe. Je zde výhoda, že terapeut má možnost pozorovat celý průběh malování a zároveň se klient s terapeutem sbližují. Tato forma terapie se využívá u klientů, kteří se nemohou zúčastnit skupinové terapie z několika důvodů, které mohou být např. agrese, manipulace a negativní vůdcovství, psychotické projevy. Nebo se využívá u klientů, kde je potřeba věnovat celou pozornost na daný problém. Cílem individuální arteterapie je sebevnímání, sebeprožívání, uvolnění, verbální a vizuální organizace zážitků, fantazie a nadhled.

SKUPINOVÁ ARTETERAPIE

Do skupinové arteterapie se zařazuje rodinná arteterapie, partnerská arteterapie a skupinová arteterapie. Jedná se o náročnější formu, především pro terapeuta, který musí věnovat svou pozornost na několik klientů zároveň. Klienti to mohou pociťovat jako stěžejní situaci, když jim někdo narušuje jejich zónu pro tvoření, nebo narušuje jejich soustředění. To spadá do kompetencí terapeuta, který by měl připravit vhodné podmínky pro tvoření, popřípadě vzniklé rušivé situace vyřešit. Z toho vyplývá, že v této formě arteterapie musí být terapeut s větší pohotovostí a obratností. Dalším negativním bodem je menší diskrétnost oproti individuální arteterapii. A na závěr to, že se terapeut věnuje každému klientovi méně času, než při individuální terapii. Skupinová terapie má však řadu výhod. Pokud se sejdou lidé se stejnými nebo podobnými problémy, mohou se podporovat a motivovat. Ve skupině je rychlejší a intenzivnější sociální učení. Je zde prostor pro zpětné vazby, které jsou podnětné pro každého jednotlivě. Výborně se hodí pro klienty, kteří jsou v individuálních terapiích příliš intenzivní. V neposlední řadě jde i o ekonomickou stránku, kdy se za stejný čas může pomoci více lidem. Vnímání druhých, navázání kontaktu, komunikace, reflexe nebo zkušenost jsou některé z cílů skupinové (sociální) arteterapie.

Portus: Během arteterapie je čas na malování. Ale to není všechno. Pravidelně se zkoušejí nové techniky, jako jsou např. navlékání korálků, vytváření tematické výzdoby, vyrábění dekorací z klasické modelíny a fimo modelíny, a spousty dalšího. Obyvatelé domácnosti si sami určí, co mají rádi a na co mají ten den náladu. Největší radost jim dělá, když si mohou hotový, a povedený, výrobek nechat. Vždy jsou výtvoř plné nádherných barev a tvarů, které nelze jen tak přehlédnout, a proto lákají oči všech, kteří přijdou s výrobky do styku.

MUZIKOTERAPIE³⁰

Dle Procházky a kolektivu lze muzikoterapii definovat jako: „ *Cílené využívání zvuků a hudby k terapeutickým postupům.*“

V muzikoterapii je hned několik složek, nad kterými se terapeut u klientů zastavuje. První věc, která nás napadne, je **zpěv písně**, který zlepšuje artikulaci, dechovou kontrolu a rytmus řeči. Je prokázáno, že u osob s MR pomáhají písně zvětšovat slovní zásobu a procvičovat paměť. Při společném zpěvu by mělo docházet ke společnému kontaktu, anonymitě a odreagování.

Hodnotí se i například **hudební interpretace**, kterou využívá terapeut ve prospěch klienta, a nechává ho zrcadlit své pocity a aktuální stav do zpívané písně. Cíl této terapie je, že terapeut postupně mění tempo, výraz a dynamiku a tím navodí lepší stav klientovi.

Stěžejní technika terapeuta při muzikoterapii je **hudební improvizace**. Jedná se o spontánní vyjádření hudby pomocí hry na tělo, zpěvu a hudebních nástrojů. Tato metoda je vhodná všem klientům, různého typu postižení. Tvoří se hudebně a emocionálně příjemné prostředí, kde se účastníci sblíží. Hudební improvizace může být připravená, ale i nepřipravená.

Lze zde také využít hru na tělo, nástroj, pohyby nebo jiné umělecké prostředky. Tato metoda posiluje klientům sebedůvěru, hudební dovednosti, percepční, motorické, sociální a kognitivní funkce. V praxi to může vypadat tak, že je klient zapojen do hry na konkrétní hrací nástroj, kterým má doplňovat hudbu. Zároveň hrou na nástroj procvičuje svalové partie, které jsou v oslabení.

Někdy může stačit pouhé aktivní naslouchání hudby. Je prokázáno, že **poslech hudby** podporuje vyjádření myšlenek a pocitů nedirektivním způsobem, zároveň evokuje vzpomínky a asociace. Pomáhá při interakci a navazování kontaktů. Jen je potřeba mít na mysli, že text ovlivňuje následnou komunikaci mezi terapeutem a klientem.

Hudební vystoupení potřebuje několik nácviků, proto je potřeba zjistit, kde se každý klient cítí nejlépe. Zda chce tančit, hrát na hudební nástroj, nebo jen sedět a zpívat. Vystoupení buduje u klientů sebedůvěru, sebedůvěru a sebedisciplínu. Pokud dojde k realizaci vystoupení, dojde i k velmi důležité socializaci.

Je potřeba si přiblížit **pohybové aktivity při hudbě**. Pohyb je velmi důležitý, nejen proto, že nám rozvíjí pohyby, koordinaci a svalovou sílu, ale pohyb navíc zvyšuje motivaci, prožitek a zájem z hudby a tance.

³⁰WEBER J. LIPSKÝ M. a PROCHÁZKA T. *Základy muzikoterapie*. s. 21.

<http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeutickych-technik>

Na závěr zmíníme z velké řady technik tu poslední, které se budeme věnovat, a to je **dechová cvičení při interaktivní hudbě**. Tato technika se zaměřuje na klienty s chronickými nemocemi, jako jsou: hypertenze nebo onemocnění v oblasti respiračních svalů a pneumonie. Klient je pravidelně veden terapeutem k tomu, aby pravidelně a pomalu dýchal. Většinou volí terapeut vhodnou hudbu, která by měla navodit rytmus dýchání tak, aby vedl ke zpomalení dechové aktivity.

PORTUS A MUZIKOTERAPIE

Ve Slapech je využívána muzikoterapie jak individuálně, tak ve skupině. Individuální sezení v podobě výuky na hudební nástroj využívají 2 klienti. Pravidelně se tedy scházejí, aby se naučili to, co je jejich snem. Skupinová terapie skrývá pod kapelou „Fara Band.“ V minulém roce vzniklo hudební seskupení Fara Band, které společně a pravidelně nacvičuje zpěv písní za doprovodu hudebních nástrojů. Je zde možnost využívat hudebních nástrojů jako jsou: bubny, dřívka, rolničky, triangel, rumba koule a tamburíny. Klienti mají nejraději bubny (bonga), díky kterým se postupně všichni naladí na stejnou vlnu. Panuje mezi nimi respekt a tolerance v tom slova smyslu, že jeden druhého nepřekřikuje a nepřehrává. Fara Band má za sebou již několik úspěšných vystoupení na veřejnosti, kde se podařilo připojit i ostatní hosty akce, a došlo k velmi příjemné integraci. Terapeutka doprovází kapelu hrou na hudební nástroj, většinou na kytaru, a když mají i přes to vše pocit, že jich je málo, připojí se k nim i místní kamarád chráněného bydlení, který má nádherné orientální nástroje a stejně nádherný hlas. Vidět jejich vystoupení můžete např. na Cihla Festu, který se pořádá vždy v létě, právě v těchto prostorech chráněného bydlení Slapy.

8. ŠETŘENÍ

Šetření proběhlo v rámci chráněného bydlení, kdy 3 klienti odpovídali na 13 připravených otázek. Klienti odpovídali individuálně, takže se jejich odpovědi nemohli ovlivňovat. Přepis rozhovoru je v doslovném znění a není upraven do spisovného jazyka. V šetření je použita metoda polo strukturovaného rozhovoru, který je anonymní a udává se zde pouze pohlaví dotazovaného, věk a diagnóza.

8.1. Rozhovor se „Z“

„Z.“ (žena, Russell-silver syndrom, lehká mentální retardace, věk: 38 let)

- Jak dlouho žiješ v chráněném bydlení Portus?

Přibližně 6 let.

- Jsi tu spokojená?

Jo, mám tu volnost.

- Kde jsi bydlela, než jsi přišla do Portusu?

V týdenním stacionáři Hvozdy.

- Mohla by jsi porovnat čím se liší Hvozdy od Portusu? (v čem jsou lepší / horší?)

Bylo tam hezky, je to v lese. Ale problém byla doprava, a že jsme byli mimo společnost.

- Co se Ti líbí na Portusu?

Jsem tady volná a můžu se jít třeba projít. A je tu kolem nás společnost.

- Co se Ti na Portusu nelíbí?

Když se ostatní perou a hádají.

- Baví tě Tvá práce? (Proč ano / ne?)

Je to práce jako každá jiná, musí se do ní chodit. Někdy jsem utahaná, ale jsou dny, kdy mě to fakt baví. A jsou za to peníze, za který si můžu něco koupit

- Co by jsi vylepšila na Portusu?

Nevím, možná nový bazén s lepším přístupem, a chtěla bych lehátko na opalování.

- Jak si spokojená s kolektivem (ostatními klienty)? (počet, ženy / muži, věk, chování..)

Teď je tu víc kluků, takže bych chtěla, aby tu bylo víc holek a bylo to vyrovnané, ale jinak je to dobrý. Akorát nejstarší „spolubydlící“ se moc nezapojuje do společných her.

- Jak si spokojená se zaměstnanci (asistenty)?

Mám je ráda, ale někteří by se nám mohli víc věnovat. Vadí mi, když si na někoho zvyknu a on odejde.

- Co ráda děláš ve volném čase?

Vyšívám, korálkuju, čtu si, poslouchám hudbu, koukám na televizi, spím a odpočívám.

- Kdybys měla mnoho peněz, co by sis chtěla koupit?

Polovinu bych dala Portusu, třeba na rekonstrukci. Pak bych si koupila auto a udělala si řidičák.

- Dokážeš si představit, že bydlíš sama (bez podpory asistentů)? Proč?

Ano, bydlela jsem tak předtím s přítelem ve Hvozdech. Asi bych to zvládla, jenom to nebylo jednoduchý.

8.2.Rozhovor s „J“

„J“ (muž, poruchy autistického spektra, lehká mentální retardace, poruchy chování, věk: 38 let)

- Jak dlouho žiješ v Portusu?

8 let

- Jsi tu spokojený? Proč?

Sem, je mi líto, že mi umřeli rodiče a sem sám.

- Kde jsi byl před Portusem?

Ve Štenberku, v ústavě od roku 1990 do roku 2007. Kolik je to let?

- Porovnej Slapy se Štenberkem (výhody, nevýhody)

Nedá se to porovnat, ve Štenberku byli mříže a klece, a říkalo se, že tam jsou idioti.

- Co se Ti na Portusu líbí?

Svéprávnost, a volnost. Taky tu nejsou mříže..

- Co se Ti na Portusu nelíbí?

Nevím... Možná, že mám malej pokoj, nebo že mi blbne televize..

- Baví tě Tvá práce? (Proč ano / ne?)

Baví, je to v Davli lepší než ve starý dílně. Je nás tam míň a je tam víc místa. Jsme tam od roku 2014..

- Co by jsi vylepšil na Portusu?

Nenapadá mě nic..

- Jak si spokojený s kolektivem (ostatními klienty)? (počet, ženy / muži, věk, chování..)

Někdy se s ostatníma naštveme, nebo pohádáme, tak se zavřu ve svém pokoji..

- Jak si spokojený s asistenty (zaměstnanci)?

Mrzí mě, že odešel XY (zaměstnanec), ale bude se vracet YX (zaměstnanec z mateřské)

- Co děláš rád ve volném čase?

Čtu rád časopis Květy a koukám na ČT24, baví mě památky, jako hrady a zámky, poslouchám rád hudbu..

- Kdybys měl mnoho peněz, co by sis chtěl koupit?

Novou helmu na kolo a příslušenství na kolo.

- Dokážeš si představit bydlet samostatně? (Proč ano- ne?)

Nedokážu, potřebuju společnost..

8.3.Rozhovor s „M“

„M“ (muž, těžká mentální retardace, věk: 67 let)

- Víš, jak dlouho seš v Portusu?

Jo, dlouho

- Seš tu spokojenej (rád)?

Jo, pomáhám tu.

- Víš, kde jsi bydlel před Portusem?

V Maxově.

- Kde se ti víc líbilo? V Maxově nebo ve Slapech?

Líbí se mi pokoj.

- Co se Ti na Portusu líbí? (kamarádi, zahrada, zvířata, pikniky, Cihla fest, hry..)

Cihla fest.

- Co se Ti na Portusu nelíbí?

Chci jezdit domů.

- Baví tě Tvá práce? (Co děláš?)

Nebaví, nechodím do práce. Pomáhám vařit a mejt nadobí...

- Co by jsi vylepšil na Portusu? (co ti tu chybí?) (Např. velikou televizi, něco na zahradu, plyšáky, hry, knížky..)

Nevim, pastelky..

- Jak si spokojený s ostatními klienty? (máš tu kamarády, je Vás tu hodně nebo málo?)

„H“ je kamarád a ty. Moc..

- Jak si spokojený s asistenty (zaměstnanci)?

Jo, rád s nima maluju.

- Co rád děláš? (co teď děláš? Co děláš v lese?)

Nevim. Koukám na televizi, maluju, sbírám kameny a šišky, hraju si s klackem a provázkem..

- Kdybys měl hodně peněz, co by sis koupil?

Čokoládu, maj zavřeno? Kdo zejtra slouží? Dneska nejde ordinace...

- Chtěl bys bydlet sám? (Bylo by ti smutno, kdyby si byl sám, bál by ses..?)

Ne. Jo, nechci bejt sám, třeba s mámou nebo tady.

8.4.Závěr šetření

V prvním rozhovoru byla spolupráce bez problémů. Odpovědi byly jasné, věcné a poměrně obsáhlé.

V rozhovoru s „J“ převládají autistické rysy. Na otázky typu co by změnil, nedokáže odpovědět. Na otázky spíše odpovídá fakty (reáliemi), než citově zbarveným textem.

V závěrečném rozhovoru bylo znát těžké postižení klienta. Otázky musely být přeformulované tak, aby jim mohl klient porozumět. Jeho slovní zásoba je na malé úrovni a často nedokáže odpovídat na otevřené otázky. Věty tvoří jednoduché, často jednoslovné. Zdá se být při rozhovoru nervózní, neklidný a dlouho nevydrží u této činnosti. Často musela padnout jasná nabídka odpovědí, ze kterých teprve poté klient odpověděl. Dá se tedy říct, že ve třetím případě mohou být odpovědi zkreslené, díky předem daných možnostem.

U všech rozhovorů je ponechané doslovné znění odpovědí klientů. Cílem šetření bylo zjistit, jak se klientům v chráněném bydlení žije a zda je něco, co jim tady vadí. Odpovědi všech 3 klientů se v zásadních věcech shodují. V chráněném bydlení jsou spokojeni, mají pocit volnosti a nic zásadního jim tady nechybí. Zároveň byly odpovědi prvních dvou respondentů velmi podobné. Určitě na to má vliv jejich úroveň postižení, která je prakticky stejná, ale i myšlenka toho, že spolu tráví poměrně mnoho času, proto se mohli vzájemně před rozhovorem ovlivnit svými myšlenkami.

ZÁVĚR

Tato práce ve své první části seznamuje čtenáře s obecnými informacemi o MR, jako je: historie a vývoj práce s osobami s MR, klasifikace MR, diagnostika, sociální služby a podpora. Ve druhé části práce jsme seznámeni s organizací Portus (Chráněným bydlení), a je nám přiblížený život v něm. V závěru práce je rozhovor se třemi klienty chráněného bydlení, kteří zodpovídali 13 otázek se zaměřením na život v chráněném bydlení. Odpovědi klientů jsou v doslovném znění, bez úprav gramatiky. Z odpovědí vyplývá, že jsou dotazovaní klienti se životem v chráněném bydlení spokojeni, a že hlavní pozitivum udávají, že zde mají volnost, která je pro ně tak důležitá.

Z šetření vyplynulo, že klientům, z organizace Portus, podmínky bydlení vyhovují více, než v předcházejících zařízeních. Oceňují pocit volnosti a svobodného volby v trávení volného času. Z odpovědí je zřejmé, že se klienti na personál váže a negativně vnímají všechny změny (odchod personálu). Účastníci chráněného bydlení jsou pozitivně naladěni, z jejich odpovědí byla zřejmá spokojenost a optimistický pohled do budoucna.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Prameny:

- ČERNÁ, Marie. *Česká Psychopedie. 1. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.*
- KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální Služby. 1. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-2754-662-7*
- LIPSKÝ, KANTOR, PROCHÁZKA a WEBER. *Základy muzikoterapie. 1. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.*
- LUCKASSON. *American Association on Mental Retardation. 2002. (AAMR 2002; Luckasson et al. 2002, in Černá 2008)*
- NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7367-174-3.*
- PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0*
- ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.*
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-*
- VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie. 1. vydání. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.)*

Legislativní normy:

- Školský zákon roku 2004, novela 82/2015 (dostupný z <http://www.zkola.cz/management/prehledpredpisu/Stranky/novela.aspx>)
- Zákon o sociálních službách 108/2006 (dostupný z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>)

Sekundární literatura:

- *Dokument o autismu: TAK DALEKO, TAK BLÍZKO (SO FAR, SO NEAR) 80 minut. SK 2014 (JEDEN SVĚT)*

Slovníky a encyklopedie:

- VOKURKA, Martin a Jan HUGO A KOL. *Velký lékařský slovník*. 10. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-456-2.

Internetové zdroje:

- www.drnespor.eu/szurod04.doc
Alkohol a jiné návykové látky u žen- Karel Nešpor, dokument
- <http://www.arteterapie.cz/?kategorie=asociace>
Česká arteterapeutická asociace
- <https://www.czso.cz/>
Český statistický úřad
- www.muze.cz
Internetový časopis, který se prodává i v tištěné verzi
- www.mpsv.cz/cz/8
Ministerstvo práce a sociálních věcí
- <http://www.nicm.cz/organizace-venuujici-se-mentalne-postizenym>
Organizace pro osoby s mentálním postižením
- <http://kurzy-spp.upol.cz/CD/3/2-03.pdf>
Poradenství pro osoby s mentálním a jiným duševním postižením- Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.
- www.downsyndrom.cz
Společnost rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem z.s.
- www.dobromysl.cz
Vše o mentální retardaci
- <http://www.kjm.cz/zasady-komunikace-mentalni-postizeni>
- <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-u-osob-s-mentalnim-postizenim-461759>
Zásady komunikace s mentálně postiženými osobami

PŘÍLOHY

Obrázek 1- obrázky s činnostmi ze záznamového archu Makaton

SUMMARY

This graduate work deals with topic of people with mental disability, who live in sheltered housing. Attention is mostly paid to important dates associated with mental retardation and describes sheltered housing Portus.

In conclusion, there are three interviews with people in sheltered housing, who answered questions about how they live here. Regarding to the client responses, there are visible differences in the types of mental retardation. These answers are verbatim transcript of clients words without grammar modification. The methods used in the work are: the study of scientific literature, specialized journals and Internet resources that are properly cited. The method of the survey is semistructured interview.

The aim of this work is to convince people to think about the group of people with disabilities, especially, how to deal with those individuals who have specific needs and symptoms.