

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

Institut mezioborových studií Brno

**Možnosti naplnění lidských potřeb u osob
s mentálním postižením**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Ivan Nedoma

Vypracoval:

Alena Skřivánková

Brno 2006

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Možnosti naplnění lidských potřeb u osob s mentálním postižením“ vypracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Brno 9.11.2006

Alena Skřivánková

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Ivanovi Nedomovi, vedoucímu mé bakalářské práce, za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Alena Skřivánková

Obsah

Úvod	2
1 Psychologická charakteristika osob s mentálním postižením	4
1.1 Příčiny vzniku mentálního postižení	4
1.1.1 Prevence vzniku mentálního postižení	6
1.1.2 Četnost mentálně postižených v populaci	6
1.2 Klasifikace mentální retardace	7
1.3 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací	9
1.4 Znaky schopností osob s lehkou mentální retardací	10
1.5 Výchova a vzdělávání dětí s mentální retardací	13
1.5.1 Předškolní vzdělávání dětí s mentální retardací	13
1.5.2 Základní vzdělávání žáků s mentální retardací	14
1.5.3 Vzdělávání a profesní příprava mládeže s mentální retardací	16
2 Lidské potřeby	18
2.1 Potřeby u osob s mentálním postižením	18
2.2 Plánování podpory u osob s mentálním postižením	21
2.3 Socializace a integrace osob s mentálním postižením	22
2.3.1 Výchova dítěte s mentálním postižením v rodině	26
2.3.2 Ústavní péče osob s mentálním postižením	27
2.4 Formy péče o osoby s mentálním postižením	30
3 Uplatnění potřeb v běžném životě	33
3.1 Pracovní uplatnění	33
3.2 Volnočasové aktivity	35
3.3 Společenské vztahy	36
3.4 Sociální péče	37
3.5 Samostatnost	38
3.5.1 Sexualita osob s mentálním postižením	38
4 Práva osob s mentálním postižením	40
4.1 Nový zákon o sociálních službách	41
4.2 Standardy kvality sociálních služeb	42
Závěr	44
Resumé	45
Anotace	46
Seznam použité literatury	47
Seznam příloh	48

Úvod

Téma „Možnosti naplnění lidských potřeb u osob s mentálním postižením“ jsem si vybrala ke své bakalářské práci na základě osobních zkušeností. Každodenně se setkávám s lidmi s mentálním postižením, poněvadž pracuji v zařízení, které se věnuje péči o lidi s mentálním postižením.

Lidé s mentálním postižením (mentální retardací) žijí mezi námi. Jsou to naši spoluobčané, naši sousedé a známí, děti našich přátel a známých, naši příbuzní, spolužáci, vrstevníci a kamarádi našich dětí a mohou to být i naše vlastní děti.

Myslím si, že lidé s mentální retardací mají stejné nároky na uspokojení všech životních potřeb jako každý jiný zdravý jedinec. Jen jejich rozumové a jiné schopnosti jsou snižené.

Proto je cílem mé práce zjistit, jaké mají potřeby lidé s mentálním postižením a jak své potřeby mohou uplatnit v běžném životě. Také se chci zabývat tím, zda jsou lidé s mentálním postižením schopni se bez problémů zapojit do pracovních povinností.

Zvolené téma souvisí s oborem sociální pedagogika tak, že úkolem sociální pedagogiky je především hledání optimálních forem pomoci člověku v jeho životě v rozličných typech prostředí a kompenzování jeho nedostatků.

V první teoretické části této práce se zabývám charakteristikou osob s mentálním postižením, příčinami vzniku, klasifikací mentální retardace a v neposlední řadě velmi důležitou oblastí a tou je vzdělávání a výchova osob s mentálním postižením.

V druhé kapitole se věnuji tomu, jaké potřeby mají lidé s mentálním postižením. Tím, že k naplnění svých potřeb lidé s mentálním postižením potřebují podporu a otevřenost většinové společnosti. V této souvislosti nabízím i formy péče o mentálně postižené jedince, které jsou v naší společnosti dostupné.

Ve třetí kapitole se zabývám tím, jak mohou lidé s mentálním postižením uplatnit své potřeby v běžném životě. Tím je hlavně pracovní uplatnění a volnočasové aktivity. V této části jsem zvolila metodu přímého pozorování a rozhovoru s klienty ústavu sociální péče Nezamyslice.

V poslední části věnuji pozornost tomu, jaké mají práva osoby s mentálním postižením. Taktéž se zabývám nově připravovanému zákonu o sociálních službách a s ním související zavádění standardů kvality sociálních služeb.

Při vytváření bakalářské práce jsem čerpala z literatury uvedené v seznamu použité literatury.

1 Psychologická charakteristika osob s mentálním postižením

Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. Přesto se však u většiny z nich projevují společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace.

Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná.

1.1 Příčiny vzniku mentálního postižení

Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku. Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení dochází, se rozlišuje:

- oligofrenie – považuje se za opoždění duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním období,
- demence – důsledek poškození mozku různého druhu již v průběhu života jedince, zpravidla po dovršení druhého roku věku.

K demenci může dojít v důsledku různých onemocnění a úrazů mozku, které vedou k tomu, že vývoj, který dosud probíhal normálně, byl narušen, zastaven nebo zvrácen.

Za mentálně postižené se nepovažují osoby, u nichž došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku, a jejichž psychické procesy probíhají normálním způsobem, to znamená děti výchovně zanedbané, děti i dospělí se závažnými emočními poruchami nebo děti s vážným smyslovým postižením, které, není-li včas rozpoznáno, může způsobit zpoždění psychického

vývoje. Tyto stavy připomínající mentální retardaci označujeme jako pseudooligofrenii. Rovněž děti výchovně zanedbané, pokud z jakýchkoli důvodů nejsou řádně vedeny, zaostávají ve vývoji za svými vrstevníky, osvojují si špatné návyky a nemají zájem se učit. Dalším znakem mentálního postižení je trvalost porušení poznávací činnosti. Případy, kdy např. těžké infekční onemocnění, otřes mozku či hladovění mohou vést k určitým poruchám nervových procesů. V důsledku toho může dojít k přechodnému porušení schopnosti duševní činnosti nebo i zpomalení duševního vývoje. Pokud tyto procesy nejsou trvalé, nejde u nich o mentální postižení a porucha s velkou pravděpodobností po celkovém zlepšení stavu sama odezní. Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.

Ve výzkumu příčin vzniku mentální retardace vystupují dvě rozdílná hlediska. Hledisko akceptující dědičnost a více či méně podceňující vlivy prostředí a výchovy na vývoj člověka a hledisko zdůrazňující převážný vliv prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopností, které nezohledňovalo vlivy genetické.

Mentální opožďování může být způsobeno jak příčinami endogenními, tak příčinami exogenními. Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství.

Mezi nejčastější příčiny mentální retardace patří:

- následky infekcí a intoxikací (prenatální infekce – toxoplasmóza, zarděnky..., postnatální infekce – zánět mozku, intoxikace – otrava olovem),
- následky úrazů (mechanické poškození mozku při porodu),
- poruchy výměny látek, růstu, výživy (kretenismus, fenylketonurii...),
- makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací...),
- anomálie chromozomů (např. Downův syndrom),
- nezralost,
- vážné duševní poruchy,
- psychosociální deprivace.

Následky poškození mozku, bez ohledu na příčinu, čas a patologicko-anatomický charakter postižení, se obvykle označují jako encefalopatie.

1.1.1 Prevence vzniku mentálního postižení

Prevence vzniku mentálního postižení znamená činnost zaměřenou na zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické či smyslové vady nebo zabránění tomu, aby vada způsobila trvalé funkční omezení či postižení. Prevence může zahrnovat mnoho různých typů činností, jako je primární zdravotní péče, prenatální a postnatální péče o dítě, výchova týkající se výživy, imunizační kampaně proti přenosným onemocněním, opatření apod. Spektrum příčin vzniku mentálního postižení je velmi široké, a proto je obtížné i hledání konkrétních možností účinné prevence. Základní požadavky prevence prosazuje zejména Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené, která formulovala desatero zásad, jejichž dodržováním lze možnost vzniku mentálního postižení omezit. (viz. příloha č. 1)

1.1.2 Četnost mentálně postižených v populaci

Lidé s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. Navíc počet osob s mentálním postižením nejen u nás, ale i v celosvětovém měřítku stále stoupá. Tento vzrůst může být do značné míry relativní a vysvětluje se jako výsledek lepší evidence mentálně postižených, i když ani dnes není jejich evidence úplná. Například v našich podmínkách brání vytvoření evidence mimo jiné dodržování lékařského tajemství, kdy mnozí pediatři nejsou ochotni a nemají zákonnou povinnost o svých pacientech s mentálním postižením informovat ani odborníky ve speciálněpedagogických centrech.

Vzrůst počtu lidí s mentálním postižením se vysvětluje rovněž jako důsledek lepší péče pediatrů o novorozence, jejímž výsledkem je snižování novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Díky stále se zdokonalující lékařské péči o děti v nejranějších stádiích vývoje se zachraňují i děti, které by bez této intenzivní péče nezůstaly naživu.

Absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám. Na základě kvalifikovaných odhadů se uvádí, že v současné době jsou mentální retardací postižena asi 3 % občanů, z nichž největší počet, téměř 2,6 %, připadá na postižené lehkou

mentální retardací. Lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací je přibližně 0,1 - 0,2 % v populaci. V Národním plánu opatření ke snížení negativních důsledků zdravotního postižení z roku 1993 bylo uvedeno, že přesný statistický údaj o počtech lidí s jednotlivými druhy zdravotního postižení není k dispozici, na základě kvalifikovaných odhadů se však předpokládá, že v naší republice žije asi 300 tisíc osob s mentálním postižením. (4)

1.2 Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. Při klasifikaci mentální retardace se užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

F 70	lehká mentální retardace	IQ 69 – 50
F 71	středně těžká mentální retardace	IQ 49 – 35
F 72	těžká mentální retardace	IQ 34 – 20
F 73	hluboká mentální retardace	IQ 20 a níže
F 78	jiná mentální retardace	
F 79	nespecifikovaná mentální retardace	

Lehká mentální retardace – lidé s lehkou mentální retardací většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Hlavní potíže se projevují při teoretické práci ve škole (problémy se čtením a psaním). Dětem prospívá výchova a vzdělávání zaměřená na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně

nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce. V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod. U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení.

Středně těžká mentální retardace – u lidí se středně těžkou mentální retardací je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Opožděna a omezena je také schopnost starat se sám o sebe (soběstačnost) a zručnost. V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokáží stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a další formy nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie.

Těžká mentální retardace – většina jedinců s těžkým mentálním postižením trpí značnou poruchou motoriky nebo jinými přidruženými vadami. I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná a kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

Hluboká mentální retardace – jedinci s hlubokou mentální retardací jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob je imobilní či výrazně v pohybu omezeni. Postižení bývají inkontinentní a v lepším případě jsou schopni pouze základní neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. Chápání a používání řeči je zpravidla omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání.

Jiná mentální retardace – stanovení stupně mentální retardace pomocí obvyklých metod je nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické postižení, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

Nespecifikovaná mentální retardace – mentální retardace je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů mentální retardace. (4)

1.3 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací

Z hlediska psychické struktury osobnosti mentálně retardovaní jedinci tvoří homogenní skupinu, kterou by bylo možno globálně vyčerpávajícím způsobem charakterizovat. Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný.

Lehká a střední mentální retardace se klinicky projevuje zejména: zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků, sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů, sníženou mechanickou a zejména logickou pamětí, těžkostí pozornosti, nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování, poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace, impulsivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování, citovou vzrušivostí, nedostatečnou rozvinutostí volných vlastností a sebereflexe, sugestibilitou a rigiditou chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opožděným psychosexuálním vývojem, nerovnováhou aspirací a výkonů, zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí, poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci, sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky.

I u lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací se projevují individuální rozdíly a charakteristické chování. Vzhledem k výraznému omezení všech jejich schopností a zejména k jejich velmi malé schopnosti komunikovat a vyjádřit vlastní pocity a potřeby je velmi těžké tyto individuální zvláštnosti obvyklými metodami diagnostikovat. Rodiče, učitelé, vychovatelé a zdravotničtí pracovníci, kteří s osobami s těžkým a hlubokým mentálním postižením žijí a pracují, často dokážou tyto rozdílnosti vnímat i výstižně charakterizovat. (4)

1.4 Znaky schopností osob s lehkou mentální retardací

- **Řeč a komunikační schopnosti**

Opožděný vývoj řeči, který je dán sníženou schopností vnímat, přijímá mluvní vzory dospělých. Objevuje se obsahová chudost, která je dána sníženým abstraktním myšlením a větší orientací na konkrétní předměty, jevy nebo situace. Úroveň řeči většinou odpovídá úrovni jejich myšlení. Není např. možné chtít, aby akceptovali cokoli jiného než jednoduché sdělení. Složitější slovní obraty, ironii, žert, metaforu apod. často nejsou schopni pochopit. Lidé s lehkým mentálním zvládnou běžné konkrétní pojmy a na této úrovni jsou schopni se dorozumět. Většinou se nevyjadřují v dlouhých větách nebo větných celcích. Časté jsou poruchy gramatické stránky řeči zejm. v případě

neadekvátního využívání přídavných jmen. Vyskytují se vady výslovnosti, které jsou ovlivněny jak mírou jejich rozumových schopností tak také výchovným vedením a přiměřenou řečovou výchovou. Vady výslovnosti mohou být také dány nedostatkem v motorické koordinaci mluvidel v rámci organického poškození mozku. Své potřeby ovšem dokáží slovně vyjádřit, dokáží navázat rozhovor.

- **Poznávací procesy**

Typickým znakem je omezenější potřeba zvědavosti a preference podmětového stereotypu.

Myšlení - dosahuje v nejlepším případě úrovně konkrétních logických operací. Je vždy vázáno na realitu, leckdy pouze na její konkrétní nebo náhodnou, aktuální variantu. Je pro něj důležité jak se mu věci jeví, o její podstatě není schopen uvažovat. Nedokáže se odpoutat od vlastních pohledů, pocitů a potřeb, které poznávání různým způsobem zkreslují. Myšlení je obecně charakteristické značnou stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení. Zaměřují se pouze na určité znaky, které nezařazují do systémů. Preferují stereotypy, již vyzkoušené naučené myšlenkové postupy, které využívají neadekvátně situaci. Je snižené chápání pojmů jako označení pro konkrétní předměty nebo jevy.

Paměť - mají vyvinutou mechanickou paměť, často nedokáží ale získané poznatky aplikovat a využívat v praxi, zařazovat do systémů, kombinovat a hledat souvislosti. Odpovídá úrovni konkrétně názorných myšlenkových operací. Lépe si pamatují poznatky, které sami viděli zažili, nebo které si mohou jasně představit.

Vnímání - je ulpívavé, zaměřené pouze na vnější a jasné projevy předmětů nebo jevů. Vše je ovlivněno subjektivně emocionálním zpracováním, které se promítá do racionální a hodnotící složky. Mentálně retardovaný není schopen prohlédnout si materiál podrobně, vnímat všechny detaily, nedostatečné prostorové vnímání (porucha hloubky vnímání), snížená citlivost hmatových vjemů (objem, materiál).

- **Emocionalita**

Regulace vlastního chování je v případě mentálně postižených do značné míry vázána na emocionální prožitky. Jejich citové reakce vyvolávají zpravidla zcela konkrétní podněty. Vzhledem k nedostatečnosti racionálního hodnocení a sebeovládání přetrvává nutnost ovlivňovat chování takových lidí jinak, obvykle prostřednictvím jiné osoby. Ochota mentálně postižených lidí, s níž se podřizují různým požadavkům a pokynům, je spojena s potřebou být jejich plnění pozitivně hodnocen a akceptován. Autoregulace

mentálně postižených je ovlivněna jejich zvýšenou sugestibilitou a horším ovládním vlastních prožitků.

- **Představivost a pozornost**

Je závislá na vnímání a myšlení. Většinou je spojena se zrakovým vjemem. Chybí možnost abstrakce. Je narušena možnost fantazie. Je krátkodobá, preferují jasné a smyslovými orgány poznatelné jevy. Většinou nevydrží dlouho zaměřená pozornost na určitý jev, který je nějak upoutává, nebo zajímá. Záměrná pozornost mentálně postižených osob vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více činností. Je pro ni charakteristické, že s nárůstem kvantity výkonu narůstá i počet chyb. Člověk s mentálním postižením je schopen udržet záměrnou pozornost maximálně 15-20 minut, pak musí následovat relaxace .

- **Sociabilita**

Socializace mentálně retardovaných dětí je opožděna. Vazba na matku přetrvává dlouho ve své původní, symbiotické podobě. Mentálně retardované dítě obvykle dlouho nemá rozvinuty všechny kompetence, které jsou k osamostatnění potřebné a tudíž nemá ani potřebu emancipace. Při komunikaci mezi zdravými dospělými a mentálně postiženými bývá charakteristická menší empatie, je schématictější a obvykle trvá kratší dobu. Postižené děti sice mohou pozorovat různé sociální interakce, ale obtížně chápou jejich podstatné znaky a smysl takového chování. Určitým problémem je odlišení vhodného chování v určitých situacích. Dospívání ovlivňuje vývoj mentálně retardovaných někdy mnohem více biologicky než psychosociálně. Ani v této podobě nemá velká většina mentálně postižených potřebu osamostatnění, a nemá k tomu ani potřebné kompetence. Určitý problém může způsobovat sexuální potřeba, ale ani ta se u všech mentálně postižených nevytváří. V období rané dospělosti dochází někdy i ke zvýšení agresivity. Někdy jde o důsledek stresující působení sociálního prostředí, které mentálně retardovaného nechápe. Jedinci s lehkou mentální retardací jsou zpravidla schopni zvládnout požadavky zvláštní školy, v lepším případě mohou být integrováni do běžné základní školy s individuální dopomocí třídního osobního asistenta.

- **Sebeobsluha**

Jedinci s lehkou mentální retardací jsou většinou schopni samostatné sebeobsluhy, dokáží samostatně hlídat udržování čistoty těla, výměny špinavého oblečení, plně si osvojí stravovací návyky týkající se využívání obou příborů a jejich správné držení,

dodržování čistoty a hygieny při jídle. Dokáží dle individuálních schopností jemné motoriky samostatně zvládat oblékání (zavazování tkaniček, zapínání zipu apod.).

- **Jemná a hrubá motorika**

Motorika je často spojena s úrovní zrakového vnímání a spojením pohybu zraku. Může se objevovat nekoordinovanost pohybů způsobená nějakým přídatným nervovým nebo jiným onemocněním. Často se projevuje špatná orientace ve složitějším prostoru. Ruční práce většinou zvládají dobře a bez problémů.

1.5 Výchova a vzdělávání dětí s mentální retardací

Výchovu a vzdělávání lidí s mentální retardací chápeme jako celoživotní proces. U mentálně postižených, u nichž kognitivní procesy probíhají podstatně pomaleji než u ostatní populace, stále výrazněji vystupuje potřeba jejich permanentního rozvíjení, stálého opakování a prohlubování jejich znalostí a dovedností a jejich soustavného vedení ke stále komplexnějšímu poznávání okolní skutečnosti. (4)

Úspěch výchovy a vzdělávání jedince s mentální retardací je závislý na více faktorech, z nichž k nejdůležitějším patří hloubka postižení, doba vzniku, klinické symptomy, kombinace s dalším postižením, ale i ochota a schopnost mentálně retardovaného a pedagoga vzájemně spolupracovat.

1.5.1 Předškolní vzdělávání dětí s mentální retardací

Předškolní období představuje pro utváření budoucí osobnosti každého člověka velice důležitou etapu rozvoje jeho psychických i fyzických schopností. To platí i pro děti s mentální retardací, u nichž poskytnutí včasné speciálněpedagogické péče může mít pro jejich další vývoj mimořádný význam.

Předškolní vzdělávání dětí s mentální retardací institucionálně zajišťují **mateřské školy a speciální mateřské školy**. Předškolní vzdělávání se organizuje pro děti ve věku zpravidla od tří do šesti let. Předškolní vzdělávání má usnadňovat dítěti jeho další životní i vzdělávací cestu. Jeho úkolem je rozvíjet osobnost dítěte, podporovat jeho tělesný rozvoj a zdraví, jeho osobní spokojenost a pohodu, napomáhat mu v chápání okolního

světa a motivovat je k dalšímu poznávání a učení, stejně tak i učit dítě žít ve společnosti ostatních a přibližovat mu normy a hodnoty touto společností uznávané.

Důležitým úkolem předškolního vzdělávání je vytvářet dobré předpoklady pro pokračování ve vzdělávání tím, že za všech okolností budou maximálně respektovány individuální rozvojové možnosti dětí a umožňováno tak každému dítěti dospět v době, kdy opouští mateřskou školu, k optimální úrovni osobního rozvoje a učení, respektive k takové úrovni, která je pro dítě individuálně dosažitelná. (4)

1.5.2 Základní vzdělávání žáků s mentální retardací

Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami vyplývajícími z lehké mentální retardace, případně jiné úrovně snížení rozumových schopností se vzdělávají v **základní škole praktické** (původně zvláštní školy). Posláním základní školy praktické je speciálními výchovnými a vzdělávacími prostředky a metodami umožnit žákům dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a osobnostních kvalit při respektování jejich individuálních zvláštností a možností. Konečným cílem výchovné a vzdělávací práce je příprava žáků na zapojení, v optimálním případě na úplnou integraci do běžného občanského života. Základní školy praktické v současném přechodném období vyučují podle vzdělávacího programu zvláštní školy, č.j.22 980/97-22. Tento program obsahuje obdobné vyučovací předměty jako učební plán běžné základní školy, s výjimkou cizích jazyků. Výběr učiva byl proveden na základě dlouhodobých zkušeností učitelů zvláštních škol z celé České republiky. Byl koncipován tak, aby umožňoval žákům základní orientaci v okolní skutečnosti, ale také jejich další rozvoj a pokračování ve vzdělávání, získávání dalších informací, osvojování nových poznatků, chápání procesů a jevů v přírodě, ve společnosti i ve světě techniky a v neposlední řadě připravoval žáky na jejich budoucí profesní uplatnění. Základní školy praktické jsou devítileté a žáci v nich plní povinnou školní docházku.

Základní škola speciální (původně pomocná škola) vychovává a vzdělává žáky s takovými nedostatky rozumového vývoje, pro které se nemohou vzdělávat podle vzdělávacích programů běžné základní školy ani základní školy praktické, jsou však schopni osvojit si elementární vzdělání. V těchto školách se vzdělávají žáci s mentálním postižením středního až těžkého stupně. Těžiště práce základní školy speciální spočívá ve

výchovné a vzdělávací činnosti zaměřené na poskytování elementárních vědomostí, dovedností, na vytváření návyků potřebných k uplatnění v praktickém životě a na rozvíjení duševních i tělesných schopností žáků, založeném na důsledném respektování jejich individuálních zvláštností. Cílem speciální základní školy je rozvíjet psychické i fyzické schopnosti a předpoklady žáků a vybavit je takovými vědomostmi, dovednostmi a návyky, které jim umožní, aby se v maximální možné míře zapojili do společenského života. O úspěšnosti zapojení žáků do společnosti nerozhoduje pouze úroveň jejich rozumových schopností a kvalita jejich vědomostí a dovedností, ale také jejich vztah k ostatním lidem, jejich schopnost komunikovat a navazovat osobní vztahy a v neposlední řadě i jejich osobnostní vlastnosti a povahové rysy. Vzdělávání je desetileté a žáci v nich plní devítiletou povinnou školní docházku.

Přípravný stupeň základní školy speciální poskytuje přípravu na vzdělávání dětem s těžkým mentálním postižením. Délka přípravy na vzdělávání je jeden až tři školní roky. Přípravný stupeň si klade za cíl umožnit školní vzdělávání těm žákům s mentálním postižením, kteří by vzhledem k těžšímu stupni mentální retardace nebyli schopni školního vzdělávání, ale u nichž jsou patrné určité předpoklady rozvoje rozumových schopností, které by jim mohly umožnit absolvovat základní školu speciální nebo alespoň její část.

Rehabilitační třídy základní školy speciální umožňují vzdělávání těm žákům, které vzhledem závažnosti svého mentálního postižení nikdy dosud nemohly být vzdělávány, a o absolventy přípravných stupňů, kteří ani po tříletém přípravném cyklu nebyli schopni nastoupit a úspěšně zvládnout požadavky vzdělávacího programu základní školy speciální.

1.5.3 Vzdělávání a profesní příprava mládeže s mentální retardací

Po ukončení povinné školní docházky v základních školách praktických a základních školách speciálních, v případě integrovaných žáků v základních školách, mají mladiství s mentálním postižením možnost pokračovat ve svém vzdělávání v **odborných učilištích** nebo v **praktických školách s dvouletou nebo jednoletou přípravou**. Pro absolventy základních škol praktických jsou zřizována odborná učiliště a praktické školy, obvykle s dvouletou přípravou, absolventi základních škol speciálních zpravidla pokračují ve vzdělávání v praktických školách s jednoletou přípravou.

V rámci prostupnosti vzdělávací soustavy mají absolventi základních škol praktických možnost absolvovat kurz doplnění vzdělání na úrovni základní školy a po jeho úspěšném zakončení vykonat přijímací zkoušky na všechny druhy středních škol, rovnocenně jako úspěšní absolventi kterékoli základní školy. V současné době mají také možnost ucházet se o přijetí na všech středních školách bez toho, aby byli povinni doplnit si vzdělání odpovídající některému ze vzdělávacích programů základní školy.

Odborná učiliště poskytují poměrně široký rejstřík možností výběru profesní přípravy, z nichž si žáci mohou volit učební obor podle svých zájmů a schopností. Odborná učiliště navazují v teoretické části vzdělávání na vzdělávací program zvláštní školy, jehož učivo doplňují a prohlubují. Těžiště jejich práce však spočívá v přípravě žáků na profesní uplatnění s akcentem na předávání praktických dovedností. Výběr učebních oborů je široký, takže poskytuje možnost uplatnění zájmů většiny absolventů praktické základní školy. Délka studia na odborném učilišti je dva nebo tři roky. Pracovní činnost lidí s lehkým mentálním postižením může být velmi produktivní a společensky efektivní. Mohou se uplatnit jako truhláři, tesaři, zedníci, malíři pokojů apod.

Praktické školy dvouleté jsou určeny pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami plynoucími ze snížené úrovně rozumových schopností, případně žákům s více vadami, kteří ukončili povinnou školní docházku v základní škole praktické či v základní škole speciální v nižším než devátém ročníku základní školy a v odůvodněných případech v devátém ročníku základní školy. Absolventi praktické školy se mohou

v rámci svých možností a individuálních schopností uplatnit přiměřeným výkonem při pomocných pracích ve zdravotnictví, v sociální péči a službách, ve výrobních podnicích, v zemědělství, případně na chráněných pracovištích.

Praktická škola jednoletá je určena žákům s těžkým zdravotním postižením, zejména s těžkým stupněm mentálního postižení, žákům s více vadami a žákům s diagnózou autismus, kteří získali ucelené vzdělání na úrovni základní školy speciální, případně základní školy praktické, ukončili povinnou školní docházku a ze zdravotních či jiných závažných důvodů se nemohou vzdělávat na jiném druhu a typu školy. Výuka žáků je organizována jako jednoleté denní studium a poskytuje přípravu zaměřenou na výkon konkrétních jednoduchých činností v profesních oblastech, v nichž probíhala praktická cvičení žáka. Vzhledem k speciálním vzdělávacím potřebám žáků je třeba organizovat výuku tak, aby odpovídala schopnostem a možnostem žáků a respektovala jejich individuální zvláštnosti. Praktická škola s jednoletou přípravou umožňuje cílenou profesní přípravu na určité konkrétní pracovní činnosti. Předpokládá se, že tito žáci najdou své uplatnění na chráněných pracovištích. Tato pracoviště mohou mít různou podobu. Chráněná dílna je pracoviště, kde dospělí lidé s mentálním postižením pracují jako zaměstnanci na základě pracovní smlouvy, zpravidla na zkrácený pracovní úvazek. Jejich práce je strukturována a organizována tak, aby odpovídala jejich schopnostem a možnostem. (4)

2 Lidské potřeby

Potřeba člověka je pociťovaný, respektive prožívaný nedostatek nebo nadbytek něčeho. Potřeba je provázána vnitřním duševním napětím, které nás vede k určitému chování, jehož cílem je uspokojení potřeby. Uspokojením jednoho druhu potřeb vzniká u člověka pocit nutnosti uspokojovat další potřeby, takzvané vyšší potřeby. Neuspokojení potřeby nazýváme frustrací nebo deprivací. Dlouhodobá frustrace potřeb má téměř vždy nepříznivé důsledky pro duševní rovnováhu a u dětí i pro jejich duševní vývoj. Respektovat lidské potřeby neznamená vycházet vstříc jakýmkoliv požadavkům a přáním jednotlivce, jde o ty potřeby, jejichž uspokojení má na zdraví a hodnotný způsob života člověka vždy pozitivní vliv.

To, čím se lidé mezi sebou liší ve svých potřebách, jsou způsoby a prostředky uspokojování potřeb než jejich druh a podstata. Ve způsobech a prostředcích uspokojování potřeb se setkáváme se značnou individuální rozmanitostí podob. Mění se podoby uspokojování potřeb v závislosti na věku, historickém čase či společenské příslušnosti jedince.

Lidské potřeby mají univerzální charakter, jsou společné všem lidem, bez ohledu na věk, bez rozdílu v jejich příslušnosti k určité rase, etniku, náboženství, komunitě, postižení. Univerzalitu lidských potřeb vystihl americký psycholog Abraham Maslow. Maslow popsal potřeby a strukturoval je do hierarchicky uspořádaného žebříčku (viz.příloha č.2). Východiskem hierarchického uspořádání potřeb je jejich prožívaná naléhavost a princip, že potřeby v tomto systému uvedené jako vyšší jsou uspokojovány teprve tehdy, když jsou do jisté míry uspokojeny potřeby nižší. (1)

2.1 Potřeby u osob s mentálním postižením

V rámci aktivit ve prospěch lidí s mentálním postižením se často hovoří o péči, servisu, službách a pomoci. S ohledem na vývoj v České republice po roce 1989 i na asimilaci zahraničních trendů dochází k částečnému nahrazování stávajících pojmů, které

mají v sobě zakódovány prvky pasivity, pojmy novými, které jsou založeny na zdůraznění specifík postiženého jedince. Tyto pojmy známe jako „specifické potřeby“, „speciální potřeby“, „zvláštní potřeby“ apod.

Všechny uvedené pojmy mají jedno společné – vzbuzují totiž dojem, že lidé s postižením mají nějaké mimořádné, prioritní potřeby, že prostě vyžadují něco navíc. Ale je tomu tak doopravdy ?

Lidé s postižením mají prostě tytéž potřeby jako ostatní lidé, jak je popisuje Maslowova hierarchie potřeb člověka, která je výstižným modelem potřeb každého člověka. Lidské potřeby jsou přirozenou součástí každé osobnosti, rozdíl je jen v tom, jakým způsobem může jedinec tyto potřeby uspokojovat. Překážky a nemožnost realizovat samozřejmé, běžné lidské potřeby vedou pak k frustraci, podnětové, citové i výkonové deprivaci, a mohou tak trvale negativně ovlivňovat integritu jedince i narušovat harmonický vývoj osobnosti. Znamená to, že člověk s mentálním postižením potřebuje v individuální míře určitou pomoc či kompenzaci při uspokojování samozřejmých lidských potřeb. Tato pomoc není nějaká „zvláštní“ potřeba, je to soubor opatření, které vedou ke zpřístupnění možnosti realizovat či naplňovat běžné a zcela přirozené potřeby jedince. (2)

Potřeby u osob s mentálním postižením mohou být pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností a učení různým způsobem modifikovány. Obecně platí, že čím je člověk závažněji mentálně postižený, tím je v uspokojování svých potřeb závislejší na okolí. Na druhé straně mají tito lidé tendenci uspokojovat svoje potřeby neodkladně a bez zábran, Způsob saturace různých potřeb odpovídá aktuálnímu psychickému i somatickému stavu, tedy i mentální úrovni.

- **potřeba stimulace a aktivity** - přísun podnětů je pro psychický vývoj nezbytný, avšak musí být přiměřen možnostem mentálně postiženého jedince z hlediska jejich množství a kvality i doby působení. Lidé s mentálním postižením dávají přednost stereotypnější, jednodušší a jednoznačnější stimulaci. Důležitým aspektem stimulace lidí s mentálním postižením je její srozumitelnost. Motorická stimulace je neodmyslitelnou podmínkou rozvoje motoriky a ta je základním předpokladem dalšího vývoje všech psychických složek. Chceme-li rozvíjet Jedince s mentální retardací musíme začít s rozvojem jeho motoriky. Pomoci pohybu jsou lidé s mentální retardací schopni navazovat kontakt s okolím, projevit své city, potřeby, přání. Všechny činnosti motorického rázu musí být

zábavné, úspěšné a musí je motivovat. Neuspokojení potřeby aktivity a její neusměrnění smysluplnou činností má za následek stereotypní chování a vznik řady automatismů až manýrování.

- **potřeba učení a poznávání** – je u lidí s mentálním postižením vyjádřena tendencí porozumět v mezích svých možností nejbližšímu okolí. V informacích, které takový člověk ve svém prostředí získává, musí být nějaký jednoduchý řád a musí zde platit pravidla, kterým by mohl porozumět. Poznávání okolního světa je umožňováno smysly, které se tím současně rozvíjí a zdokonalují. U dětí s mentální retardací je zvědavost nutno podněcovat a tak napomáhat k dokonalejšímu využívání zraku, sluchu, hmatu, motoriky. Do jejich blízkosti je nutné dávat předměty nápadné tvarem, velikostí, barvou, ukazovat jak se s nimi zachází a vést je ke smysluplnému používání. Předměty musí být blízké chápání dětí. Aktivní musí být ten, kdo o tyto děti pečuje. Denně je potřeba zaměstnávat ruce dítěte, aby nezůstaly bez činnosti. Učíme děti předměty uchopovat, pouštět, manipulovat s nimi.
- **potřeba citové jistoty, bezpečí a náklonnosti** – u lidí s mentálním postižením bývá velmi silná. Citová jistota, daná vztahem s blízkým člověkem, je v tomto případě ještě důležitější, protože může sloužit jako zdroj rovnováhy, narušované pocitem ohrožení okolním světem, který je pro člověka s postižením často obtížně srozumitelný. Řada dětí s mentálním postižením žije od ranného dětství v ústavních zařízeních, proto jsou u nich patrné známky citové deprivace, které mentální postižení výrazně zhoršují. Zařízení by mělo zajistit, aby s dětmi pracoval stabilní okruh pracovníků, kteří mají k těmto dětem dobrý vztah a kteří svým jednáním a chováním dávají dětem pocit jistoty, bezpečí a náklonnosti.
- **potřeba seberealizace** – je ovlivněna mírou mentálního postižení a z toho vyplývajícím způsobem sebepojetí. Sebehodnocení bývá spíše mechanickou akceptací názoru autority dospělé osoby, na níž jsou závislí.
- **potřeba životní perspektivy** – je ovlivněna stejným způsobem. Už její vznik je závislý na schopnosti člověka s mentálním postižením chápat alespoň základním způsobem pojem času, diferencovat minulost, přítomnost a budoucnost. Lidé s mentálním postižením budoucnost nechápou, proto je ani příliš nezajímá. Nedělají si žádné plány a nepředstavují si, jaký by mohl být jejich další život. Žijí převážně přítomností, ta je plně saturuje. (5)

2.2 Plánování podpory u osob s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením jsou schopni nabývat nových dovedností po celý život. Hledání optimálních činností pro občany s mentálním postižením musí být individuální, s přihlédnutím k rozsahu postižení. Činnosti přiblížit co nejvíce životu obvyklému v naší společnosti. Mimo rozšiřování vědomostí a dovedností především praktického života je důležitá pomoc, kterou můžeme charakterizovat jako „doprovázení životem“, tj. pomoc a podpora v situaci, kterou nejsou schopni zvládnout sami. Lidi s mentální retardací bychom tedy mohli považovat za osoby, které potřebují větší míru podpory v tom, aby mohly žít v majoritní společnosti, v běžných podmínkách a využívat služeb veřejných institucí. Pojem „podpora“ se odlišuje od pojmu „péče“.

Péče je zaměřená na uspokojování základních fyziologických potřeb člověka a její příjemce je pasivní. Péče je v naší kultuře tradičně spojována s věkem útlého dětství, pozdním stáří, s nemocí a nemohoucností. **Podporu** bychom mohli chápat jako proces vzájemné interakce, při kterém je podporovaný člověk veden k maximální možné samostatnosti a nezávislosti v naplňování svých vlastních potřeb, nebo využitím pomoci druhých osob v co nejmenší možné míře. Podpora je spojována s věkem dospívání a rané dospělosti. Oprostíme-li se od medicínského pojetí mentální retardace, tedy budeme-li chápat tento jev nikoliv jako nemoc, ale jako sociální fenomén, a připustíme-li, že i lidé s mentální retardací procházejí pubertou, dospívají a směřují k dospělosti, je namístě uvažovat o tom, jak je vhodně podporovat v jejich rozvoji, namísto o tom, jak o ně pečovat.

Popis naplánování podpory pomocí obrázků:

Na obrázku číslo 1 (viz. příloha č. 3) je člověka v prostředí, ve kterém se pohybuje. Protože je podpora proces zaměřený na člověka, stojí tento člověk ve středu tohoto obrázku. Na počátku jakéhokoliv plánování podpory je nutno nejprve zjistit jeho osobní cíl, tedy to, co by tento člověk chtěl ve svém prostředí dokázat. Zjistit tento cíl může být velmi obtížný úkol, protože ne každý člověk s mentální retardací jej dokáže vyjádřit

slovy. Vhodné je opřít se o to, co tohoto člověka zajímá – o jeho zájmy, co ho baví, na co pozitivně reaguje, na přání, která vyjadřuje.

Ve druhém kroku na obrázku č.2 (viz. příloha č. 3) je potřeba zmapovat a definovat rizika, která jsou s dosahováním osobního cíle spojena. Je-li například osobním cílem člověka s mentální retardací naučit se samostatně cestovat do kina, můžeme za rizikové považovat události jako ztráta orientace ve městě, sražení autem, odchod s cizí osobou apod. Jestliže máme rizika zmapována, měli bychom si ujasnit, která rizika považujeme za nejzávažnější a která za přijatelná.

Ve třetím kroku na obrázku č.3 (viz. příloha č.4) se budeme zamýšlet nad tím, jak těmto rizikům můžeme vzdorovat úpravou podmínek vnějšího prostředí. Naším cílem bude nalézt soubor opatření, kterým bychom zajistili, aby se nejzávažnější rizika proměnila v rizika přijatelná. Naším cílem není rizika odstraňovat, ale pouze pracovat na tom, abychom tato rizika dokázali přijmout.

V závěrečném kroku na obrázku č.4 (viz. příloha č.4) si položíme otázku, co všechno můžeme udělat proto, abychom člověka s mentální retardací naučili, jak těmto rizikům může vzdorovat samostatně na základě svých vlastních zdrojů. Půjde nám především o posilování kompetencí tohoto člověka, o nácvik sociálních dovedností, která jsou pro zvládnutí těchto rizik nutná. Do podpory jednoho člověka bude zapojeno více lidí (rodiče, asistent, učitel atd.) bude vhodné, pokud se spolu čas od času sejdou a zhodnotí, jak se podpora daří a rozhodneme se, jestli je ještě vůbec nutná. Musíme mít především na paměti, že nejvhodnější podpora je ta, která ví, kdy je jí dost a kdy už není tolik potřebná. (7)

2.3 Socializace a integrace osob s mentálním postižením

Sociální integrace je proces rovnoprávného společenského začleňování specifických minoritních skupin do vzdělávacího i pracovního procesu a do života společnosti. Integrace příslušníků minority je v kontextu péče o člověka a jeho všestranný rozvoj nejvyšším stupněm socializace jedince, kterou definujeme jako

schopnost zapojit se do společnosti, akceptovat její normy a pravidla, vytvářet a formovat k ní pozitivní vztahy a postoje. Schopnost socializace je nepochybně multifaktoriální, podílejí se na ní předpoklady určité sociální skupiny, řada individuálních odlišností každého jedince i objektivní aspekty dané stavem společnosti. Z toho vyplývá, že míra socializace není a pochopitelně nikdy nebude u všech postižených jedinců stejná. Proto rozlišujeme čtyři základní stupně socializačního procesu:

1. **Integrace** – je plným začleněním a splynutím postiženého se společností. Předpokládá samostatnost, nezávislost jedince, jenž nevyžaduje zvláštní ohledy nebo přístupy ze strany přirozeného prostředí. Postižený je schopen plnit všechny funkce, vyplývající z plné socializace, a je rovnoprávným partnerem ve všech běžných oblastech profesní přípravy, pracovního uplatnění a společenského života. Úspěšnou integraci s dobrou prognózou lze například předpokládat u opožděných nebo zanedbaných dětí či u lehčích forem postižení.
2. **Adaptace** – je o něco nižší fáze či stupeň socializace a charakterizujeme ji jako schopnost handicapovaného jedince přizpůsobovat se sociálnímu prostředí, komunitě, společenským podmínkám. Přirozeně záleží na osobnosti, schopnostech a potřebách postiženého jedince, jak se dovede včlenit mezi ostatní zdravé i postižené lidi tak, aby byl akceptován prostředím, v němž žije nebo ve kterém bude trvale či dočasně žít. Stupně adaptace lze dosáhnout u defektů těžšího typu, jako jsou smyslové vady, autismus či lehká mentální retardace apod. Tato postižení působí postiženým značné obtíže a je nutné počítat s projevy zbytků efektivity, často provázených nízkým sebehodnocením, což komplikuje výchovný i socializační proces, navozuje počátek sociální izolace a znesnadňuje společenské i pracovní uplatnění postiženého.
3. **Utilita** – označuje již jen sociální upotřebitelnost postiženého jedince, jehož vývoj je značně omezen. Jde například o kombinované vady. Takový jedinec již není samostatný a v mnoha oblastech je závislý na jiných lidech. V důsledku svého postižení se ani přes plnou terapeutickou péči nemůže zcela socializovat a trvale nemůže žít samostatně.
4. **Inferiorita** – charakterizujeme ji jako nejnižší stupeň socializace, pro niž je typická sociální nepoužitelnost a vyčlenění ze společnosti. Jedinci jsou naprosto nesamostatní, odkázaní na ošetrovatelskou péči a pomoc při uspokojování nejzákladnějších životních potřeb. (2)

V současné době je **integrace** chápána jako akt zařazení postiženého dítěte do běžné třídy mateřské školy, základní školy, střední školy, kdy je pro tento typ integrace vhodné volit pojem **integrované vzdělávání** (moderní přístup, jak zapojit žáka a studenty s těžším a trvalým zdravotním postižením do hlavního proudu vzdělávání).

Integrace společenská – schopnost zdravotně handicapovaného jedince žít ve společnosti zdravých plnohodnotným životem a podílet se dle svých možností a schopností na trhu práce.

Tato integrace může být i s částečným omezením, s podporou druhého člověka a společnosti, je cílem veškerého snažení lékařů, rodičů, učitelů, psychologů apod.

Integrace dle Světové zdravotnické organizace WHO (1976):

„Integrace je sociální rehabilitace, schopnost příslušné osoby podílet se na objektivně společenských vztazích. Integrace je tedy stav, kdy se zdravotně postižený jedinec vyrovnal se svou vadou, žije a spolupracuje s nepostiženými, prokazuje výkony a vytváří hodnoty, které společnost uznává jako rovnocenné, společensky významné a potřebné.“

Integraci nelze rozdělit na úspěšnou či neúspěšnou, nelze ji měřit ani sčítat. Nikdo z nás nemůže objektivně říci, kolik lidí a v jaké formě je opravdu spokojených a co pro každého z nás slovo "spokojenost" znamená. Proces integrace neznamená osvojení si toho, co dělají druzí a snažit se to dělat stejně. Znamená najít si své místo ve společnosti, uspokojovat své každodenní potřeby, seberealizovat se a akceptovat sebe i okolí v každodenním koloběhu soužití. Integrace poskytuje lidem s postižením stejná práva a svobody, jaké mají ostatní. Integrace se nesnaží lidi s mentálním postižením prezentovat jinak, než takové jací jsou. Jedná se volbu každého z nás. Volbu žít život takový jaký si představujeme.

O integraci se ve společnosti nejčastěji hovoří ve vztahu k integraci žáků a studentů s mentálním postižením do škol. V tomto případě se jedná především o snahu pedagogů rozvíjet a naučit žáky to, co je či by v budoucnu mohlo být důležité ve vztahu k uspokojení jejich potřeb. Významnou roli v procesu integrace rovněž hrají instituce, které se ve svých programech zaměřují především na získání pracovního

uplatnění a pracovních návyků, způsobů a potřeb sebeobsluhy, získání povědomí o potřebách vzájemného soužití, komunikace a bydlení pro lidi s postižením.

Dalším nově se prosazujícím trendem v péči o lidi s postižením je **normalizace**. Tento v kontextu našeho sociálního a historického vývoje poněkud zavádějící pojem má vyjádřit skutečnost, že lidé s mentálním postižením mají, pokud je to možné, žít **normálním životem**, tak jako jejich ostatní spoluobčané. To znamená žít nikoli v ústavním zařízení, ale v rodině, kde jsou uspokojovány jejich přirozené potřeby lásky, pozornosti, zájmu a bezpečí, znamená to také mít možnost navštěvovat školu nebo školské zařízení, které dětem a mládeži umožní maximální možný rozvoj jejich schopností. Žít normálním životem – to je také mít možnost zabývat se zájmovou, kulturní a sportovní činností, znamená to připravovat se na určité profesní uplatnění a v dospělosti mít odpovídající zaměstnání, kde je možné vytvářet určité hodnoty pro společnost nebo alespoň pro vlastní uspokojení. Znamená to mít své přátele a soukromí, mít možnost projevit své názory, spokojenost, ale i nespokojenost se způsobem života.

S oběma těmito trendy (integrace a normalizace) těsně souvisí a také je podmiňuje **humanizace**, a to nejen ve vztahu k lidem s postižením, ale humanizace celé společnosti, která ve svých postižených spoluobčanech bude vidět a respektovat rovnoprávné členy, vyžadující ve srovnání s ostatními více pozornosti a péče, a jež jim pomůže do určité míry kompenzovat jejich odlišnost. Humanizace společnosti se projevuje nejen ve verbálně vyjadřovaných postojích k postiženým lidem, ale zejména v jednání a zacházení s nimi a ve vytváření adekvátních podmínek pro jejich život. Ve vztahu k lidem s postižením to znamená, že při jakémkoli rozhodování o nich je nutno brát v potaz jejich oprávněné zájmy a potřeby, a pokud jsou toho schopni, umožnit jim, aby se na rozhodování o sobě v co nejvyšší možné míře podíleli. Tam, kde je zájem postiženého člověka v rozporu se zájmy ostatních lidí, měla by zájmu postiženého, pokud je to možné, být dána přednost.

Požadavek humanizace se týká i procesu výchovy a vzdělávání lidí s mentálním postižením. Nevztahuje se jenom k cílům, ale také k prostředkům a metodám výchovy a vzdělávání. To znamená, že za žádných okolností nelze při výchově postižených dětí používat nehumánních prostředků, zejména tělesných trestů, fyzického či psychického týrání, omezování osobní svobody či zesměšňování.

Postižení, stejně jako zdraví, je vždy relativní. Podle donedávna uznávaného názoru se soudilo, že mentální retardace je postižení trvalé a zcela nezměnitelné. Předpokládalo se, že úroveň inteligence je konstantní a že naměřený inteligenční kvocient zůstává stabilní od raného dětství až do dospělosti. Z tohoto postoje vyplývala určitá skepse ve vztahu ke vzdělávání lidí s mentálním postižením. Z výsledků novějších výzkumů však vyplývá, že v řadě případů lze vhodným pedagogickým a psychologickým působením dosáhnout u některých mentálně postižených dětí výrazného zlepšení rozumových schopností, zejména když je jim včas věnována dlouhodobá intenzivní kvalifikovaná péče. Navíc se ukazuje, že kvalita života člověka závisí nejen na inteligenci, ale i na mnoha dalších faktorech, zejména na jeho emocionalitě a sociabilitě, na míře rozvoje jeho volných vlastností, na úrovni komunikačních dovedností, na rozvinutosti motoriky, na jeho samostatnosti a schopnosti sebeobsluhy a na řadě dalších praktických dovedností. (4)

2.3.1 Výchova dítěte s mentálním postižením v rodině

Nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte s mentální retardací je jeho rodina. Žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability ani stejné množství podnětů pro jeho další rozvoj. Optimistický přístup k možnostem rozvoje dětí s mentální retardací vede ke stále důraznějšímu akcentování funkce rodiny pro život a vývoj dítěte.

Rodina hraje významnou roli ve školním věku dítěte. Mentálně postižené dítě potřebuje více než jeho nepostižení vrstevníci rodinné zázemí, pocit ochrany a bezpečí, intenzivnější výchovnou péči a pomoc při vzdělávání. Výchova mentálně postižených dětí je pracná a náročná. Vědomosti, dovednosti a návyky se vytvářejí obtížně a pomalu, postižené děti jsou nesamostatné a vyžadují pomoc i v činnostech, které již mnohem mladší nepostižené děti snadno zvládají, nedovedou se obvykle samy zaměstnat ani zabavit, a proto vyžadují téměř nepřetržitý dohled. Každý vytvořený návyk, každá nová dovednost a nově osvojený poznatek však znamenají cenné kroky k jejich osamostatnění, k obohacení a usnadnění jejich života. Nesmírná trpělivost rodičů a vychovatelů, která je při výchově mentálně postižených nutná, se obvykle bohatě vyplatí. Velkým pokrokem na cestě k osamostatnění je zvládnutí základní sebeobsluhy, základní orientace v běžném každodenním životě, schopnost komunikovat s ostatními lidmi. Některé těžce

postižené děti se pod trpělivým vedením naučí i dovednostem, které neovládají ani mnozí jejich nepostižení vrstevníci.

V současné době prošel schvalovacím řízením zákon o sociálních službách. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, mezi něž řadí i lidi s mentálním postižením, prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Návrh zákona akcentuje význam rodiny v péči o lidi se zdravotním postižením a vytváří podmínky pro to, aby jim potřebné služby mohly být poskytovány v jejich přirozeném prostředí. (4)

2.3.2 Ústavní péče o osoby s mentálním postižením

Postoje společnosti k ústavům sociální péče v poslední době procházejí vývojem plným různých peripetií. Ještě v předcházejícím desetiletí se za standardní považoval názor, že člověk se závažnějším mentálním postižením patří do ústavu. Rodiče takto postižených dětí, kteří se rozhodli, že si své dítě ponechají doma a budou o ně pečovat sami, byli nezřídka svým okolím považováni za podivíny, kteří jsou ochotni kvalitu svého života obětovat mentálně postiženému dítěti, z něhož stejně nikdy nic nebude. Tyto předsudky se tradovaly velmi houževnatě a byly často zdrojem velkých nedorozumění i uvnitř rodin dětí s mentálním postižením. Vedly nezřídka k tomu, že rodiče své postižené děti skrývali, jednak před nepochopením svého okolí, jednak ze strachu, aby je nemuseli dát do ústavu.

Ústavy sociální péče jsou podle vyhlášky č. 182/1998 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, určeny pro občany postižené vedle mentálního postižení těžšího stupně též tělesnou nebo smyslovou vadou, kteří potřebují ústavní péči. Občané s mentálním postižením lehčího stupně mohou být do ústavu přijati jen tehdy, jestliže nezbytně potřebují ústavní péči. Ústavní péče je poskytována jednak v ústavech pro mládež, kam jsou zařazovány děti od tří let do skončení povinné školní docházky, eventuálně do ukončení přípravy na povolání, nejvýše však do 26 let, a jednak v ústavech pro dospělé. Toto ustanovení se však v praxi nedodrhuje a rozdíl mezi ústavem pro mládež a pro dospělé se postupně stírají, což je vzhledem k mentálnímu věku klientů pochopitelné a správné. Pro lidi s mentálním postižením se zřizují ústavy:

- **Denní ústavy** (stacionáře) – pečují o děti, mládež i dospělé klienty. V některých případech suplují práci mateřských škol a speciálních základních škol, kam by

děti s mentální retardací měly být zařazovány. Podle nového školského zákona by děti s mentální retardací již neměly být osvobozeny od povinného vzdělávání a ve věku povinné školní docházky by měly být zařazovány do vhodného typu školy. V péči o dospělé tato zařízení často suplují činnost chráněných pracovišť, kam by dospělí lidé s mentálním postižením měli docházet, kde je však trvalý nedostatek volných míst zejména pro klienty se závažnými formami postižení. Obsah činnosti jednotlivých stacionářů je různý, závisí na potřebách a schopnostech klientů i na možnostech těchto zařízení. Zpravidla se orientují na výchovnou činnost, pracovní rehabilitaci, různé druhy terapií, různé formy rehabilitace, volnočasové aktivity apod.

- **Týdenní zařízení** – představují určitý kompromis mezi domácí a ústavní péčí a pro rodiny dětí s mentálním postižením jsou velkou pomocí. Rodina v průběhu všech pracovních dnů může žít normálním životem, rodiče mohou vykonávat svá zaměstnání a dostatečně se věnovat svým nepostiženým dětem. O víkendu se rodiče mohou starat o postižené dítě, které tak neztrácí kontakt s domácím prostředím a blízkými lidmi. Děti v týdenních zařízeních zpravidla žijí velmi spokojeným životem, protože se mají stále na co těšit. V průběhu týdne se těší domů na rodiče a sourozence a koncem víkendu již zase vzpomínají na své kamarády v zařízení a chystají se za nimi.
- **Ústavy sociální péče s celoročním provozem** – jsou stále častěji zdrojem kritiky ze strany rodičů postižených dětí i zainteresované veřejnosti. Objevují se i jejich velmi radikální odpůrci, kteří začali ústavy označovat jako koncentráky, kriminály apod. a dožadovali se jejich rychlé likvidace. Tato představa je značně zjednodušená, vulgarizující a nerespektuje různé druhy potřeb lidí s mentálním postižením ani různou kvalitu péče v jednotlivých zařízeních. V současné době již u nás existuje mnoho zařízení, která poskytují svým klientům mimořádně kvalitní komplexní péči a stále hledají další možnosti, jak svou práci zlepšovat.

V ústavěch sociální péče pracuje spousta zaměstnanců, kteří vykonávají svou práci dobře, dokáží ji obětovat veškerou svou pracovní aktivitu a zachovávají ke klientům odborný, citlivý a laskavý přístup, který se následně projevuje také ve výsledcích jejich výchovné, ale i zdravotnické a sociální práce. Přesto zde pracuje také velké personálu, který svou práci bere chladně a od nich se tak odvíjí určitá rizika v ústavní péči o mentálně retardované. Nabídnout rodině pomoc v péči o dítě s mentálním postižením

je povinností každé kulturní společnosti. Nemusí to však být vždy péče institucionální, což v našich podmínkách znamená umístění dítěte v celoročním ústavu.

Nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je **hospitalismus**, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní „civilní“ život. V ústavu má klient plné zaopatření, někdo pro něj vaří, někdo se stará o jeho finance, někdo pere, někdo obstarává předměty potřebné k životu. Klient se stýká s omezeným počtem spoluobyvatel ústavu a s obvykle nepočetným týmem profesionálů. Pohybuje se v omezeném prostoru. Redukce nároků a omezení podnětů mají dobře známé, mnohokrát popsané následky: ztrácejí zájem o lidi a svět, zhoršování schopnosti komunikovat, regresi čili návrat do ranějších vývojových stádií, hledání náhradního uspokojení v jídle, nepřiměřeně dlouhý spánek, automatické pohyby apod. V ústavech se utváří velké, uzavřené a osobnostně homogenní kolektivy, které těžko povedou ke korigování individuálního chování. Je mnohem pravděpodobnější, že interakce mezi klienty bude jejich osobní problémy spíše násobit. Nepřítomnost druhého pohlaví je další nevýhodou. Mentálně postižení lidé uzavření v ústavu nepřestávají být pohlavně cítícími bytostmi. Sexualita si hledá a nachází průchod v homosexuálních vztazích.

Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Klient je do značné míry vydán všanc ústavnímu režimu a pro nezasvěceného, nezávislého pozorovatele mohou být skutečná pravidla vnitřního fungování ústavu dlouho nejasná.

Přes tato rizika ústavní péče nesdílíme představu, všechny formy ústavní péče jsou přežitkem. Pro některé lidi jsou jedinou možností umožňující důstojnou existenci. Uvažování, které v humanitárních disciplínách nyní převládá, zdůrazňuje, že přiměřená péče by měla být šita klientovi na míru, proto je k ústavní péči skeptické někdy až příliš. Neuvážené rušení ústavů, prováděné pod praporem deinstitutionalizační doktríny, není dobré ani pro klienty, ani neřeší společenskou potřebu. Je nutné počítat s tím, že moderní rodina je stále méně ochotna pečovat o své handicapované členy a moderní společnost je stále více náročnější, pokud jde o vzdělání, pracovní výkon a sociální chování. Ústavy by neměly šmahem zanikat, i na ně budou kladeny vyšší požadavky. Péče organizovaná tradičním, odosobněným způsobem však nemá budoucnost. Smysl budou mít je ústavy odvozují svůj režim z individuálních potřeb klienta a pouze v minimální nutné míře vůči němu uplatňující omezení. (4)

2.4 Formy péče o osoby s mentálním postižením

Okruh možností v péči o lidi s mentálním postižením je v našich podmínkách stále poměrně omezený. Nový zákon o sociálních službách by měl tuto situaci změnit, neboť jednak zrovnoprávňuje různé státní i nestátní poskytovatele sociálních služeb, jednak upravuje základní druhy sociálních služeb. Služby sociální péče jsou charakterizovány jako skupina služeb, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat osobám v nepříznivé sociální situaci základní životní potřeby, které nemohou být zabezpečeny bez pomoci druhé osoby. Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto jejich stav vylučuje, jim zajistit důstojné prostředí a zacházení.

Druhy péče:

- **Osobní asistence** – je služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Služba obsahuje činnosti jako je pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Služby osobní asistence v typické podobě jsou služby vymezené a řízené uživatelem. U lidí s mentálním postižením se nepředpokládá, že by dokázali definovat své vlastní potřeby a organizovat jejich uspokojování jinými osobami, měl by mít právo a možnost spolurozhodovat o svém vlastním životě. Asistent by měl být nejen pomocníkem, průvodcem životem, advokátem svého klienta, ale především jeho blízkým člověkem, který s ním bude prožívat jeho život a bude myslet nejenom za něj, ale také s ním a bude to s ním myslet dobře.
- **Pečovatelská služba** – je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné

fyzické osoby. Služba obsahuje činnosti jako je pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

- **Tísňová péče** – je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Služba obsahuje činnosti jako je poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, sociální poradenství, sociálně-terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Tato služba by měla být dostupná zejména rodinám, které pečují o osoby s epileptickým onemocněním nebo jiným onemocněním, kde hrozí náhlé zhoršení zdravotního stavu.
- **Podpora samostatného bydlení** – je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje činnosti jako je pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně-terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- **Odlehčovací (respitní) služby** – jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí, cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje činnosti jako je pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Odlehčovací služby poskytují pomoc rodinám, které pečují o dítě nebo dospělého člena rodiny se závažnějším postižením. Umožňuje rodině odjet na dovolenou nebo do lázní, odpočinout si a načerpat noví síly. Tato služba může být zajištěna na dobu od

několika dnů do několika týdnů a může být poskytována buď v rodině klienta, nebo v zařízení organizace, která službu poskytuje. Poskytovatel služby potom přebírá odpovědnost za uspokojování všech potřeb klienta.

- **Chráněné bydlení** – je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Služba obsahuje činnosti jako je poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně-terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Chráněné bydlení je modernější formou celoroční péče. Spočívá v tom, že několik klientů s mentálním postižením bydlí společně v běžném bytě nebo rodinném domku. Chráněné bydlení by mělo mít povahu společné domácnosti, kde dospělým klientům pomáhají asistenti s úklidem, s vařením, se sebeobsluhou a se vším, co klienti sami nemohou zvládat. (4)

3 Uplatnění potřeb v běžném životě

3.1 Pracovní uplatnění

Ústav sociální péče pro osoby s mentálním postižením, kde pracuji, poskytuje celoroční pobyt a komplexní péči 134 klientům mužského pohlaví. Do této péče je zahrnuto: ubytování, stravování, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla, výchovná a zdravotní péče, přiměřená rehabilitace, kulturně-společenské vyžití klientů v rozsahu jejich schopností, zajišťování kontaktů klientů s rodinou. Věkové složení klientů je od 7 – 75 let. Klienti jsou rozděleni podle věku a stupně postižení do výchovných a ošetrových oddělení, kde o ně pečují zdravotní sestry a pracovníci sociální péče. Bydlí společně na dvou až čtyř lůžkových pokojích.

Výchova a vzdělávání klientů ústavu sociální péče zaujímá významné místo jak v systému poskytované sociální péče a podpory, tak i v životě klientů. Výchova mentálně postižených klientů se organizuje ve výchovných skupinách ustavených podle jejich mentální úrovně s přihlédnutím k fyzické vyspělosti. Je zaměřena především na rozvoj již získaných psychických a fyzických schopností klientů a na upevnění získaných poznatků a dovedností. U těžce mentálně postižených uživatelů je účelem výchovy zejména vytvoření základních hygienických a společenských návyků. Dopoledne jsou klienti zaměstnáni v pracovních terapiích, odpoledne probíhá výchovná a zájmová činnost. Mezi pracovní terapie patří: keramika, košíkářství, tkání, šití koženkových nazouváků, výroba z korálek. Dále pak se klienti zapojují do pomocných prací na zahradě a v kuchyni. Odpoledne se věnují činnostem jako jsou vycházky po okolí, různým hrám, v letních měsících mohou využívat místní bazén apod.

V keramické dílně najdou uplatnění převážně klienti s mentálním postižením lehčího až středně těžkého stupně postižení. Tento druh terapie má význam především pro rozvoj pracovních návyků, zručnosti a tvořivosti. Keramická hlína má příznivý vliv i na rozvíjení jemné motoriky, je schopna eliminovat nebo uzemnit výbuchy agresivity, hněv, zuřivost, ale i žal a smutek. Práce s hlínou posiluje sebevědomí, působí relaxačně a rehabilitačně (3). Klienti s lehkým stupněm mentální retardace jsou schopni vymodelovat postavičky, hrníčky, květináče, plastiky, zvládají také finálovou dekoraci

glazováním. V tomto zařízení mají klienti možnost využívat pouze pracovní terapii. Není zde jiná možnost pracovního využití. U klientů s těžkou formou mentální retardace jde spíše o aspekt terapie. Veřejnost se s pracemi klientů setkává při pravidelných výstavních akcích během celého roku.

Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením je možné, pokud vykonávají práci, která odpovídá úrovni jejich myšlení, koncentraci pozornosti a nevyžaduje rychlé reakce a častou změnu pracovních operací. Tito lidé se uplatní v klidném prostředí, kde se nestřídá velké množství neznámých lidí. Pokud není takový člověk manuálně zručný, nemůže být jeho práce náročná na senzomotorickou koordinaci a přesnost. Přes všechny obtíže je přijatelná pracovní činnost pro osoby s mentálním postižením užitečná, rozvíjí a uchovává jejich kompetence a dává jejich životu náplň.

Pracovním uplatněním si člověk s mentálním postižením uspokojuje **potřebu seberealizace**. Seberealizací rozumíme rozvíjení a soustavné využívání nadání a schopností jedince, tedy uplatnění přirozených i utvářených dispozic jedince k určité činnosti, k určité práci či sociální aktivitě.

Možnosti pracovních programů :

Denní centra a stacionáře – rozvoj základní schopnosti sebeobsluhy, orientace, pozornosti,

Chráněné dílny – osvojení základních pracovních návyků dovedností (přesnost, odpovědnost, pozornost, schopnost kombinace) postupného zvyšování produktivity,

Přechodové pracovní programy – zprostředkování pracovní a sociální zkušenosti v integrovaném pracovním prostředí, mapování zájmů a dovedností klienta a příprava přechodu do méně restriktivních programů,

Podporované zaměstnání – zapracování a následné zaměstnání klienta na běžném pracovišti,

Běžné zaměstnání – plnohodnotné zapojení do pracovního procesu.

Podporované zaměstnávání je služba určená dospělým lidem s mentálním postižením, kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání odpovídající jejich individuálním zájmům, schopnostem i osobním možnostem. Jedná se o zaměstnání v běžném pracovním prostředí na otevřeném trhu práce. Dalším cílem je zvýšení úrovně

samostatnosti uživatelů služby, mají podporu při vytváření nebo rozvíjení dovedností potřebných pro nalezení, získání a udržení si zaměstnání, rozšíření zájmu o profesní rozvoj a posílení pracovních návyků. Poskytování služby je časově omezeno na 2 roky.

Tréninkový program kavárny Vesmírna a Tranzitní program se zaměřují na pracovní integraci a podporují tak nezávislý způsob života lidí s mentálním postižením. Tréninková kavárna Vesmírna, která má provoz v centru Prahy od r. 2002, je přirozeným integračním prostředím, ve kterém se denně setkávají lidé s postižením a bez postižení. Cílem programu je během dvou let poskytnout lidem s mentálním postižením reálnou placenou pracovní zkušenost a připravit je na přechod do zaměstnání nejlépe na otevřeném trhu práce. Lidé s mentálním postižením získávají ve Vesmírně pracovní i sociální dovednosti, které potřebují k rozvoji kariéry a k plnohodnotnému životu v komunitě. Zkušenosti z kavárny Vesmírny využívají dále v Tranzitním programu, který podporuje přechod lidí s mentálním postižením na běžný pracovní trh, učí je orientovat se v běžném pracovním prostředí a poskytuje jim podporu při hledání a udržení si pracovního místa.

Během čtyř let provozu využilo těchto služeb programu 28 lidí s mentálním postižením ve věku 18 - 47 let. Program úspěšně ukončilo 14 uživatelů. Z nich 7 pracuje na běžném trhu práce jako pomocná síla v kuchyni, pomocná síla v kavárně, úklid parkoviště, úklid v kancelářích. Tři uživatelé pracují v chráněných dílnách, dva uživatelé pracují pouze příležitostně (výpomoc v kuchyni) a dvou uživatelům se práci nepodařilo získat. (8)

3.2 Volnočasové aktivity

Lidé s mentálním postižením se věnují v odpoledních hodinách zájmové činnosti. K dispozici mají kroužek výtvarný, keramický, hudební, taneční a sportovní, který zahrnuje atletiku, přehazovanou, stolní tenis, plavání a přizpůsobené sporty. Velkou oblibu mají klienti v hudebním a tanečním kroužku. Hudební kroužek navštěvují i žákyně místní základní školy a tak se podařila integrace se školou. Společně s našimi

klienty vystupují na různých akcích, tradicí je Hudební festival Plumlov, kde vždy sklízí velký obdiv všech přítomných. Také taneční kroužek sklízí úspěch i tady se podařila integrace s místními žákyněmi. Získané taneční dovednosti jsou prezentovány na mnohých kulturních akcích. Také spolupracují s ústavem pro ženy na společných tancích. Tato spolupráce je podnětná pro obě strany (viz. příloha č.5).

Nemalý podíl na úspěchu má také sportovní činnost. Klienti jsou velmi zdatní, například v atletice se jim daří z každých závodů dovést spoustu medailí. Klienti se zúčastňují Speciálních olympiád, Sportovních her, turnajů v různých disciplínách (viz. příloha č.6).

Provozování různých sportů a sportovních aktivit pomáhá vychovávat nás všechny. Cvičením a sportem pěstujeme vůli k dosahování cílů, hledání vhodných způsobů k překonávání překážek. Pohybové aktivity učí člověka sebekázně, dodržování určitých pravidel a chování k ostatním. Při úspěšném výkonu si člověk s mentálním postižením uspokojuje **potřebu uznání** (6).

Klienti se také zúčastňují různých divadelních a filmových představení. Dvakrát do roka dojíždí za nimi kouzelník. Navštěvují místní knihovnu. Jsou zváni na různé výstavy, kde sami prezentují své výrobky z pracovních dílen.

3.3 Společenské vztahy

Dítě s mentálním postižením v mnoha případech netráví v rodině celý svůj život, rodiče často děti umísťují do ústavu sociální péče. Pokud přece jen si rodiče nechají dítě s postižením ve své péči v rodinném kruhu, často dochází k rozvodovosti. Matka je totiž obvykle tím, kdo po několik let celodenně a trvale pečuje o dítě. Je tedy nepřetržitě, často i celou noc zaměstnaná péčí o ně, chybí kontakt se společností a přestává být přínosem pro svého partnera. Otec tuto situaci řeší rozvodem. Dítě tak citově strádá po otci. Pokud je umístěn do ústavu strádá po obou rodičích. Případně dítěti chybí kontakt se sourozenci, ostatními členy rodiny. Dítě si mnohdy neuvědomí kam vlastně patří, chybí mu lidské pohlazení, proto se upíná na personál v zařízení v kterém je umístěn. Určitou kompenzaci společenských vztahů umožňuje kontakt s obyvateli města, kde se zařízení nachází.

Partnerské vztahy u lidí s mentálním postižením naráží na řadu problémů způsobených zejména podmínkami života v ústavních zařízeních. Jedním z problémů bývá reálná možnost navazovat a realizovat vztahy s opačným pohlavím. Možnosti setkávání jsou omezené, podmínky umožní pouze společenský kontakt a to pouze za určitou dobu při společenských setkáních jako jsou plesy, sportovní a kulturní aktivity apod. Ale i přesto si mnozí našli své „lásky“.

Potřeba naplnit svoji tělesnou a citovou touhu, příjemné pocity sdílet s blízkým člověkem nesmí být nikomu odepřena. U lidí s mentálním postižením dochází k rozporu mezi duševním a tělesným vývojem. Je nutno využít možnosti výchovy, vytvořit vhodné prostředí pro koedukované soužití i užívání vhodných technik antikoncepce a metod nekoitálních sexuálních aktivit. Jen tak lze předejít nežádoucím nekontrolovatelným projevům sexuálního chování a celkovému emočnímu deficitu. (2)

Člověk s mentální postižením tak uspokojuje či neuspokojuje **potřebu sounáležitosti**.

3.4 Sociální péče

Konkrétním výstupem určité sociální politiky jsou sociální služby, které představují poměrně širokou škálu podpor, opatření a pomoci, jež vychází z nutnosti řešit svízelné životní situace lidí s postižením. Pokud člověk s mentálním postižením není schopen samostatného života, nabízí se mu řešení, umístění v zařízení s pobytem. Zařízení (ústavy) s denním, týdenním a celoročním pobytem. Tyto zařízení kompenzují **potřebu bezpečí a jistoty**.

3.5 Samostatnost

U člověka s mentálním postižením lehkého či těžkého stupně, se provádí nácvik zvládnání sebeobslužných činností za účelem dosažení co nejvyšší možné míry samostatnosti klientů a jejich nezávislosti na péči.

Nacvičovat lze především: dodržování hygienických návyků, péči o zevnějšek, správné a samostatné stolování, regulaci tělesné teploty, příprava jednoduchých jídel, správný čas na odpočinek apod.

Nácvikem samostatnosti klientů se tak uspokojuje jedna z nejzákladnějších potřeb osob s mentálním postižením, uspokojení **fyzilogické potřeby**.

3.5.1 Sexualita osob s mentálním postižením

Sexualita má mnoho podob a zejména v souvislosti s mentálním postižením by bylo velmi zjednodušující je jakkoli redukovat. Oblast partnerských vztahů je nesmírně citlivá a potřeba fyzické sexuality může, ale také nemusí být přítomna. Touha mít svého partnera, případně se vdát nebo oženit, je zejména u lidí s mentálním postižením lehčího stupně stejná, jako u ostatních vrstevníků stejného věku. Většinou je ale přehlížena, odsuzována, kritizována. Jen málokdy je chápána a ještě méně často podporována tak, aby se člověku s postižením dostalo skutečné pomoci. Těmto lidem není při vyslovení jejich přání ohledně partnerských vztahů zpravidla ani nasloucháno, a to ani z okruhu nejbližších, a už vůbec jim není pomáháno jejich přirozené touhy naplnit. Jakoby nebyli lidé. Jakoby na lásku neměli nárok. Jsou samozřejmě výjimky z tohoto smutného pravidla. Přitom touha mít partnera, žít jako ostatní je naprosto přirozená. Mnohdy tato přání nemají hlubší sexuální podtext. Někdy dokonce vůbec žádný.

Netroufám si tvrdit, v jakém procentu případů jde spíš o potřebu platonické lásky, pohlazení, objetí, něčí blízkosti bez potřeby uskutečnění pohlavního aktu. Ale z praxe vím, že je to relativně časté. Nevím o žádné statistice, která by v tomto směru byla vypovídající. Bylo by těžké ji vytvořit.

Člověk s mentálním postižením má fyzickou potřebu se nějak chovat, dotýkat se občas svého těla způsobem, který mu poskytuje radost a potěšení. Zároveň je za ty

příjemné pocity trestán nebo je mu důrazně dáváno najevo, že se to nesmí. Proč? Takový člověk většinou nemá ani nejmenší ponětí o fungování vlastního těla, o souvislostech libých pocitů z vlastního dotýkání s tím, že se mu možná také líbí lidé druhého pohlaví, nic neví o sexualitě. Jeho tělo přitom funguje normálně, má přirozené potřeby psychické (láska, vztahy, obdiv) i fyzické.

Člověk s mentálním postižením neví, co si k němu kdo může dovolit. Někdy může zcela bezděky svým nestandardním chováním i provokovat. Je bezradný, zmatený a tím i zcela bezbranný. To je hlavní důvod, proč je dítě i dospělý člověk s mentálním postižením absolutně nejčastějším objektem sexuálního zneužívání. A jakkoli je to smutné a šokující, bohužel právě těmi, na kom je nejvíce závislý. Jde nejen o zaměstnance ústavů, ale velmi často i o příslušníky vlastní rodiny, otce, sourozence, strýce. Je velmi těžké takové jednání odhalit, zneužívaná oběť netuší, že to není samozřejmé chování k němu ze strany toho, kdo se ho dopouští. I jen nepatrný náznak podezření ze sexuálního obtěžování je nutné bezodkladně konzultovat s odborníkem, nemyslet si, že se vše nějak urovná.

Řada párů ve skutečnosti touží jen po platonickém vztahu. Někteří vlivem cílené antisexuálně zaměřené výchovy, někteří prostě tyto potřeby nemají. Chtějí jen mít svého blízkého partnera. Chtějí žít jako ostatní. (9)

4 Práva osob s mentálním postižením

Na lidi s mentálním postižením se vztahují veškerá lidská práva stejně jako na všechny ostatní lidské bytosti. Lidská práva se obvykle charakterizují jako ta práva, která lidem dovolují rozvíjet a využívat jejich možnosti a schopnosti a uspokojovat základní materiální a duchovní potřeby. Vycházejí ze stále více pocítované potřeby lidí žít takovým životem, v němž bude respektována a chráněna hodnota a důstojnost každé lidské bytosti. Respektování lidských práv a svobod je základem spravedlivého uspořádání každé společnosti.

Zájem o lidská práva se začal rozvíjet již po první světové válce v době přijetí versailleské dohody, která stanovila podmínky míru. Součástí této dohody bylo založení Společnosti národů a Mezinárodní organizace práce. V roce 1924 byla V. shromážděním Společnosti národů očištěna deklarace práv dítěte nazvaná **Ženevská deklarace**, k níž se připojilo mnoho zemí. Po skončení druhé světové války byla Organizací spojených národů přijata **Všeobecná deklarace lidských práv** se základní myšlenkou „uznání základní důstojnosti, rovnosti a nezadatelných práv všech členů lidské rodiny“. V roce 1959 byla na XIV. zasedání OSN vyhlášena a jednomyslně přijata **Deklarace práv dítěte**. V roce 1961 byla přijata **Evropská sociální charta**, jež byla po dlouhou dobu jedinou mezinárodní smlouvou o lidských právech, která výslovně zmiňovala postižené osoby jako nositele lidských práv. Pojetí postižení v tomto dokumentu vycházelo z představy, že postižení potřebují především péči a pomoc svých nepostižených spoluobčanů. V roce 1971 byla Valným shromážděním OSN přijata **Deklarace práv mentálně postižených osob** (viz. příloha č.7). Dalším významným dokumentem je **Evropská konvence o prevenci týrání a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání**, přijatá v roce 1987 v rámci Rady Evropy, jež umožňuje zkoumat, jak se zachází s lidmi, kteří byli zbaveni svobody, s cílem posílit jejich ochranu před týráním a ponižujícím zacházením. Na děti a mládež s mentální postižením se v plné míře vztahuje i **Úmluva o právech dítěte**, která byla u nás ratifikována a vstoupila v platnost v roce 1991.

V roce 1997 se v Praze konala mezinárodní konference K 97 Lidská práva pro osoby s mentálním postižením, jíž se zúčastnilo mnoho představitelů různých světových organizací zabývajících se otázkami práv lidí s postižením. Z hlediska práv lidí

s mentálním postižením je velmi důležitým dokumentem návrh zákona o sociálních službách, který přináší změny v oblasti sociálních služeb. (4)

4.1 Nový zákon o sociálních službách

Závažné změny do činnosti ústavů sociální péče přinese nový zákon o sociálních službách, který vstoupí v platnost od 1. ledna 2007. Sociální služby podle tohoto zákona zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena či dopravována do zařízení sociálních služeb. Součástí ambulantní služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují zařízení sociálních služeb jako jsou centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče.

Podle tohoto zákona by se měly ústavy sociální péče transformovat na Domovy pro osoby se zdravotním postižením, případně denní nebo týdenní stacionáře.

Služby podle nového zákona obsahují činnosti jako je poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Tento zákon zásadním způsobem změní dosavadní praxi v sociální oblasti. Základním cílem zákona je zajistit lidem v nepříznivé sociální situaci podporu

prostřednictvím sociálních služeb a také stanovit pravidla pro poskytování těchto služeb. Lidé si budou moci zvolit sociální služby, které jim umožní zůstat v jejich přirozeném prostředí, velký důraz bude také kladen na dodržování lidských práv uživatelů. K tomu, aby se uživatelé dostalo sociálních služeb v náležité kvalitě, pomohou standardy kvality sociálních služeb. (4)

4.2 Standardy kvality sociálních služeb

Ve snaze o zlepšení úrovně sociálních služeb Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v roce 2002 uveřejnilo klíčový metodický materiál **Standardy kvality sociálních služeb**, který by měl přispět k vytvoření systému kvalitních sociálních služeb. Předpokládaný materiál vychází z koncepce naplňování základních lidských práv a svobod tak, jak jsou uvedeny v Deklaraci základních lidských práv a svobod a zakotveny v právních dokumentech České republiky. Výchozím principem při tvorbě standardů kvality byla snaha zajistit, aby sociální služby směřovaly k podpoře setrvání člověka nacházejícího se v nepříznivé osobní situaci v přirozeném prostředí a k rozvoji jeho přirozených sociálních vazeb.

Standardy jsou pomůckou pro poskytovatele usilující o poskytování dobrých a účinných sociálních služeb, které respektují a podporují rovný přístup ke vzdělávání, práci a k dalšímu občanskému a osobnímu uplatnění a jsou tak základním předpokladem plnohodnotného, důstojného a svobodného života jejich uživatelů. Standardy v 17 položkách popisují, jak má podle představ jejich autorů vypadat kvalitní sociální služba. Jsou koncipovány jako soubor měřitelných a ověřitelných kritérií, nikoli jako návrh zákona či vyhlášky. Jejich smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby, nikoli stanovit, jaká práva a povinnosti mají zařízení a uživatelé sociálních služeb.

Standardy se dělí do třech skupin:

1. procedurální standardy kvality sociálních služeb
2. personální standardy
3. provozní standardy

Standardy sociálních služeb představují jeden z prvních kroků v úsilí o zkvalitňování péče o postižené občany. K tomu, aby tuto péči mohly skutečně ovlivnit,

by však potřebovaly být zpracovány na konkrétnější úrovni, tak, aby poskytovatelé služeb získali věcná kritéria pro srovnávání úrovně péče v jednotlivých zařízeních u nás, případně v zahraničí.

Standardy slouží jako měřítko pro hodnocení kvality. Pro standardy je charakteristická vysoká úroveň obecnosti kritérií. Ta je nezbytná pro to, aby standardy byly použitelné pro jakoukoli sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost či právní formu zařízení. Takto formulované standardy předpokládají, že poskytovatelé sociálních služeb sami definují důležitá kritéria ve své dokumentaci - např. cíle služeb, poslání, cílovou skupinu uživatelů, kapacitu, postupy, jak zajistit respektování práv uživatelů služeb, způsob a principy poskytování služeb a další vnitřní pravidla. Tento typ dokumentace spolu s dokumentací o tom, jak poskytování služby probíhalo (záznamy mimořádných událostí, individuální plány, dohody o poskytování služby a jejich evidence, atd.), jsou důležitým zdrojem informací pro hodnocení kvality služeb. Nejvýznamnějším ukazatelem při hodnocení služeb je to, jak se poskytovaná služba promítá do života lidí, kteří ji využívají. Uživatel služby spolu s pracovníkem zařízení definují cíl, k jehož dosažení má poskytování služby směřovat. Ve standardech se tento cíl nazývá "osobní cíl" a může jím být např. možnost chodit do práce nebo do školy, zůstat ve vlastním domácím prostředí, vychovávat vlastní děti, mít kde přespat a najít si vlastní bydlení, apod. Spokojenost uživatelů s naplňováním jejich "osobního cíle" za pomoci služby je posuzována na základě dvou základních prvků - spokojenosti s výsledkem služby a spokojenosti s procesem jejího poskytování. Kritéria uvedená ve standardech se proto zaměřují jak na výsledek (naplnění cílů služeb, potřeb uživatelů apod.), tak na proces (plánování průběhu služeb, jednání se zájemcem o službu, způsob vyřizování stížností, dodržování práv, apod.). (4)

Závěr

Člověk s mentálním postižením, je takový jedinec, u kterého dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, které se projevují zejména nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.

Ale i člověk s mentálním postižením má stejné práva jako každý jiný jedinec bez postižení. Cílem práce bylo zjistit, zda mají lidé s mentálním postižením stejné potřeby jako lidé bez postižení. Ano, člověk s mentálním postižením má stejné potřeby jako ostatní lidé, jak popisuje Maslowova hierarchie potřeb člověka. Lidské potřeby jsou přirozenou součástí každé osobnosti, rozdíl je jen v tom, jakým způsobem tyto potřeby jedinec může uspokojovat či neuspokojovat.

Člověk s mentálním postižením potřebuje v individuální míře určitou pomoc a podporu při uspokojování samozřejmých lidských potřeb. Těmi mohou být sociální služby a podpora v zaměstnávání při pracovním uplatnění.

Dalším cílem této práce bylo zjistit, jestli lidé s mentálním postižením jsou schopni zapojit se do pracovní činnosti. Lidé s mentálním postižením jsou schopni zapojení do pracovní činnosti, ale potřebují k tomu určitou pomoc, podporu zdravých lidí, kteří je aspoň v počátcích při výkonu práce vedou. Nalezením vhodné pracovní činnosti dá osobám s mentálním postižením možnost, stát se finančně méně či vůbec závislým na svém okolí, po stránce sociální být platným a respektovaným členem společnosti. Proto si myslím, že je dobrou volbou zřizování chráněných dílen a vznik programu podporovaného zaměstnání, kde se lidé s mentálním postižením mohou mnohému naučit.

Společnost by měla tyto lidi s mentálním postižením přijmout mezi sebe. Měla by zřizovat chráněné dílny, které by v přechodu do nechráněného světa dospělých pomohli a eliminovali tak rizika sociálního vyloučení a sociálně patologických jevů v budoucnosti.

Resumé

Tato práce na téma „Možnosti naplnění lidských potřeb u osob s mentálním postižením“, pojednává o tom, kdo jsou vlastně lidé s mentálním postižením a jaké mají lidské potřeby.

V první kapitole se zabývám příčinami vzniku mentálního postižení a prevencí vzniku a také tím, jaká je četnost mentálně postižených v populaci. Dále pak rozdělením mentální retardace, dělíme ji na: lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou, jinou a nespecifikovanou mentální retardaci. Velká část práce je věnována znakům schopností osob s mentálním postižením jako je: řeč a komunikační schopnosti, poznávací procesy, emocionalita, představitivost a pozornost, sociabilita, sebeobsluha a motorika. Další podkapitolu jsem věnovala výchově a vzdělávání dětí s mentálním postižením. Úspěch výchovy a vzdělávání je závislý na faktorech, těmi jsou: hloubka postižení, doba vzniku, klinické symptomy, kombinace s dalším postižením, ale i ochota a schopnost mentálně retardovaného a pedagoga vzájemně spolupracovat. Výchova a vzdělávání mohou probíhat v mateřské škole, speciálně mateřské škole, v základní škole praktické, v základní škole speciální, v přípravném stupni základní školy speciální, v rehabilitační třídě základní školy speciální, v odborných učilištích či v praktických školách.

Další kapitolu věnuji lidským potřebám. Potřeba je vlastně pocíťovaný či prožívaný nedostatek nadbytek něčeho. Potřeby u člověka s mentálním postižením jsou úplně stejné jako u zdravého jedince, jen k jeho uspokojení potřebuje podporu a pomoc druhých lidí. Další část je věnována socializaci a integraci osob s mentálním postižením. Sociální integrace je proces společenského začleňování minoritních skupin do vzdělávacího a pracovního procesu a do života společnosti. Služby sociální péče jsou skupinou služeb, jejichž cílem je zabezpečovat osobám v nepříznivé sociální situaci základní životní potřeby. Těmito službami mohou být: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, chráněné bydlení.

Třetí kapitola se věnuje samostatnému uplatnění potřeb v běžném životě a tím je pracovní uplatnění, volnočasové aktivity, společenské vztahy, sociální péče, samostatnost.

Poslední část práce je věnována právům osob s mentálním postižením, novému sociálnímu zákonu o sociálních službách a standardům kvality sociálních služeb.

Anotace

Tato bakalářská práce pojednává o možnostech naplnění lidských potřeb u lidí s mentálním postižením. Člověk s mentálním postižením, je bytost se stejnými nároky na uspokojení všech životních potřeb jako každý jiný zdravý jedinec. Jen jejich rozumové a jiné schopnosti jsou snižené.

To, aby byly potřeby uspokojeny u lidí s mentálním postižením se neobejde bez podpory druhých lidí. Podpora a sociální služby by měly být poskytovány v běžném prostředí mezi lidmi bez postižení. Tato práce také pojednává o zavádění standardů kvality sociálních služeb. A to, jaká práva mají lidé s mentálním postižením.

Klíčová slova

Člověk s mentálním postižením, ústav sociální péče, lidské potřeby, sociální služby.

Annotation

The bachelor thesis is focused on the possibilities of satisfying mentally handicapped people's needs. Mentally handicapped people are human beings having the same demands for satisfying all the necessities of life as any other healthy people, only their mental and other capabilities are reduced.

Other people's support is inevitable for satisfying the mentally handicapped people's needs. Support and social services should be provided in a common environment among people without handicaps. The thesis deals with the implementing of social services quality standards, namely the mentally handicapped people's rights.

Key words

Mentally handicapped person, welfare institute, human needs, social services.

Seznam použité literatury

1. MADSEN, K. B. Moderní teorie motivace. Praha: Academie, 1979.
2. NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. Praha: Portál, 2000.
3. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. Základy arteterapie. Praha: Portál, 2002.
4. ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Praha: Portál, 2006.
5. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999.

6. Pohybem k integraci osob se zdravotním postižením.
In Sborník referátů...Olomouc: UP Olomouc, 2002.

7. www.dobromysl.cz
8. www.mameotevreno.cz
9. www.mentalnipostizeni.cz

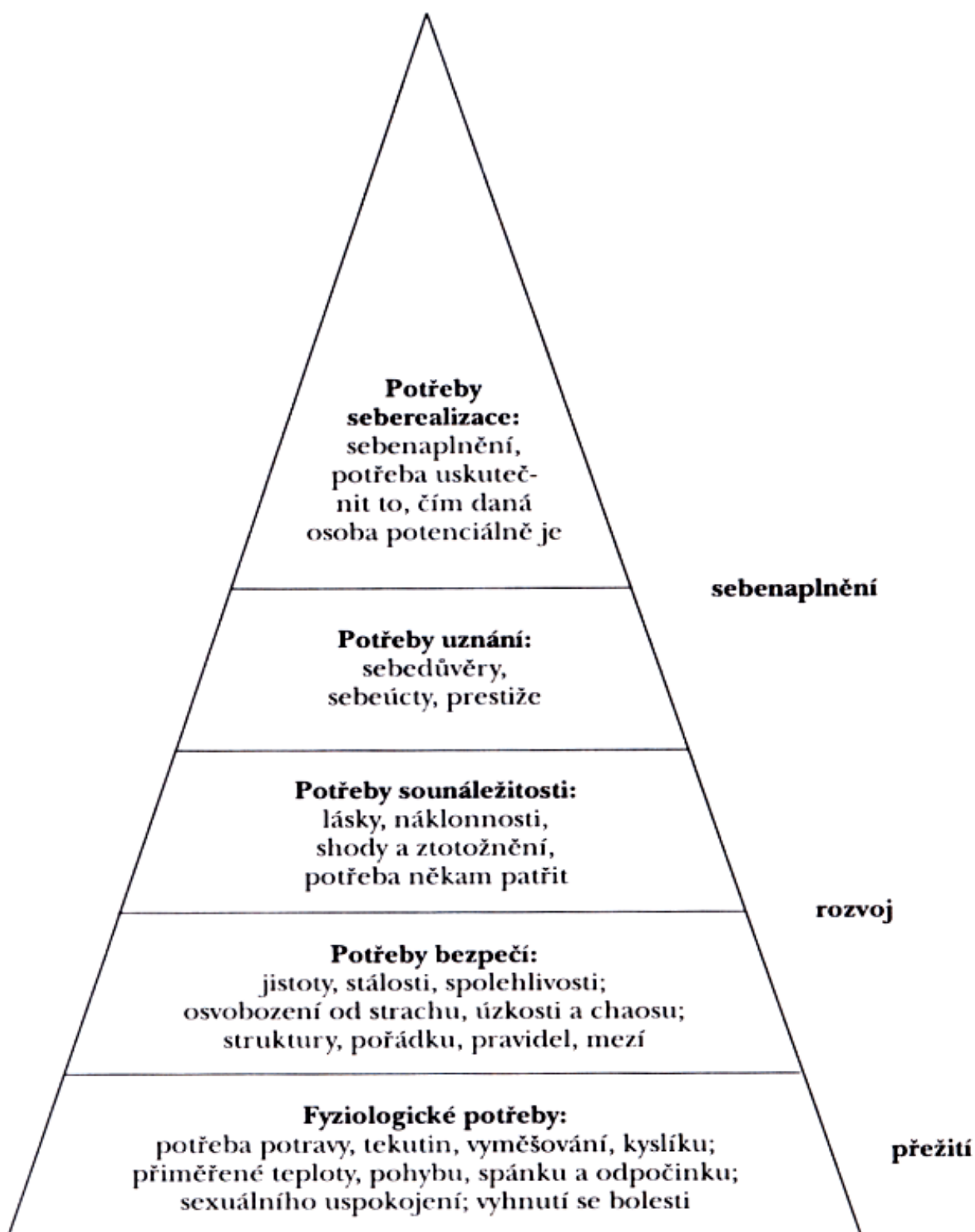
Seznam příloh

1. Desatero zásad, jejichž dodržováním lze možnost vzniku mentální retardace omezit.
2. Maslowův model lidských potřeb
3. obrázek č. 1, obrázek č. 2
4. obrázek č. 3, obrázek č. 4
5. fotografie - člověk s mentálním postižením a tanec
6. fotografie - člověk s mentálním postižením a sport
7. Deklarace o právech mentálně postižených osob

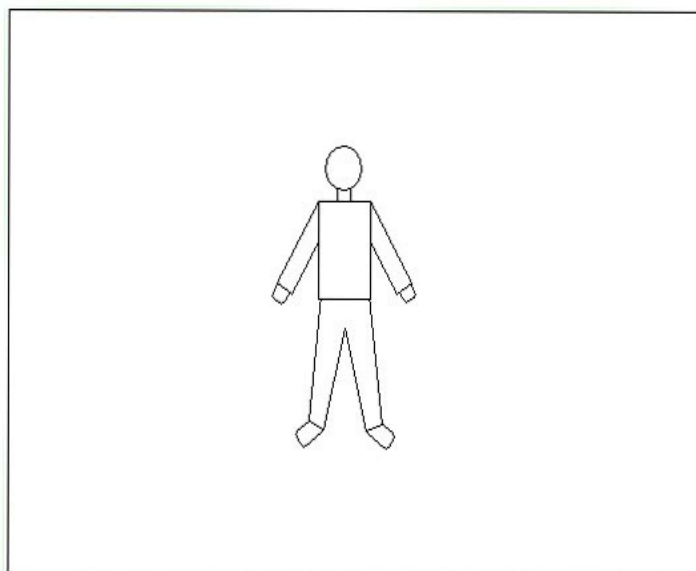
Příloha č. 1

1. Žena by měla navštívit lékaře nejméně tři měsíce před plánovaným otěhotněním. Na základě zjištění jejího aktuálního zdravotního stavu jí může lékař doporučit různá opatření podporující narození zdravého dítěte.
2. Nastávající matka by měla jíst správnou stravu. Strava matky by měla být rozmanitá a měla by obsahovat mléko, maso, ryby, zeleninu, ovoce, obiloviny apod.
3. V průběhu těhotenství by se žena měla úplně vyvarovat pití alkoholu, chce-li se vyvarovat postižení plodu způsobeného alkoholem.
4. Včas se chránit očkováním, zejména proti zarděnkám a možné hepatitidě typu B, které mohou dítě ohrozit.
5. Nekouřit. Kouření může bránit normálnímu růstu dítěte již v děloze.
6. Navštívit genetickou poradnu, která odhalí případné ohrožení těhotenství.
7. Vyvarovat se užívání léků, vyjma těch, které jí předepíše ošetřující lékař.
8. Dát si pozor na RTG záření. V případě těhotenství může být dítě RTG paprsky poškozeno, pokud by jim bylo vystaveno.
9. Vyhýbat se infekčním nemocím. Mnoho infekčních chorob, jsou-li získány v těhotenství, může způsobit dítěti vážnou újmu.
10. Pravidelně navštěvovat svého lékaře. Odbornou lékařskou péčí nelze ničím nahradit. Některé abnormality je možné včas odhalit, odbornou péčí je někdy možné je upravit nebo alespoň snížit jejich výskyt.

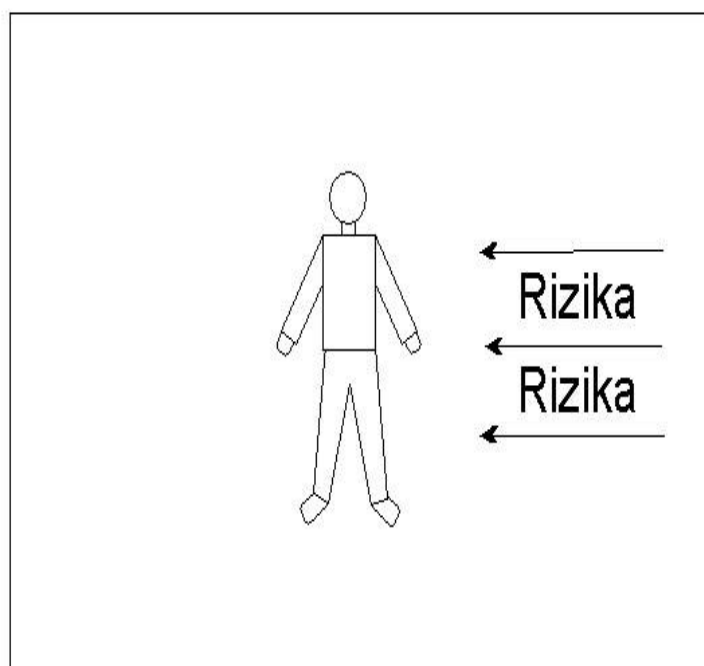
Příloha č. 2



Příloha č. 3

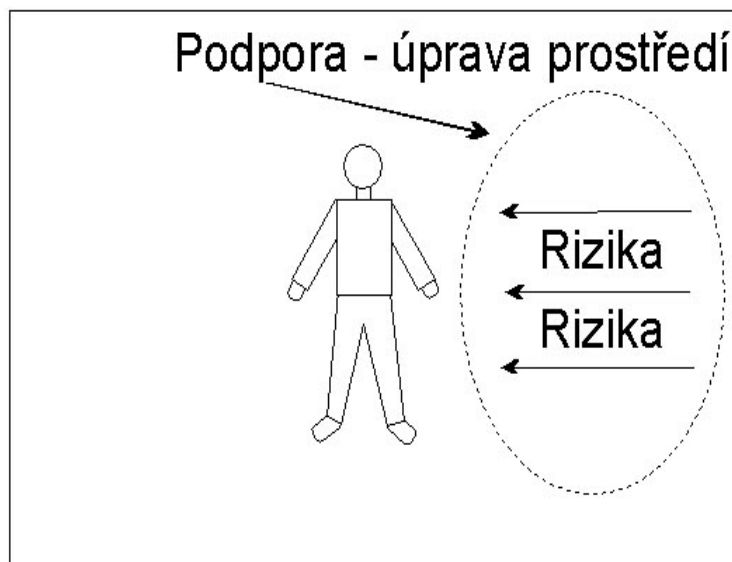


Obr. 1

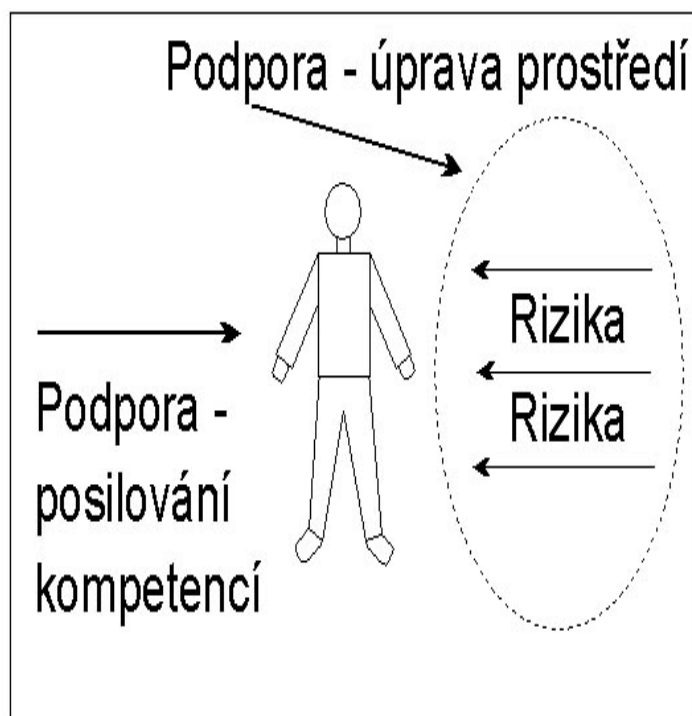


Obr. 2

Příloha č. 4



Obr. 3



Obr. 4

Příloha č. 5



Příloha č. 6



Příloha č. 7

Deklarace o právech mentálně postižených osob, vyhlášená na Valném shromáždění Organizace spojených národů dne 20. 12. 1971.

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.

2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.

3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.

4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.

5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.

6. Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.

7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrn svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.

