

Kvalita života osob s mentálním postižením

Monika Krovinová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Krovinová**
Osobní číslo: **H13798**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života osob s mentálním postižením**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života osob s mentálním postižením.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu kvalitativní metodou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

CALLAGHAN, Patrick. Emergencies in mental health nursing. 1st ed. Oxford, UK: Oxford University Press, 2012, 182 p. ISBN 978-0-19-164518-1.

LUDÍKOVÁ, Libuše. Kvalita života osob se speciálními potřebami. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 240 s. ISBN 978-80-244-3827-6.

MANDZÁKOVÁ, Stanislava. Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 178 s. ISBN 978-80-262-0502-9.

MURGAŠ, Miroslav. Vývin mozgu a jeho poruchy: vrozené chyby mozgu a miechy, dětská mozgová obrna, řečový vývin a jeho poruchy, ADH, autizmus, mentální retardácia, epilepsia. Martin: Osveta, 2011, 308 s. ISBN 978-80-8063-369-1.

PAYNE, Jan. Kvalita života a zdraví. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006, 198 s. ISBN 80-7367-060-7.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 16. prosince 2015


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

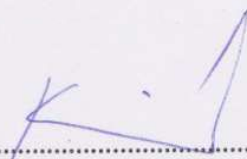
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 29.2.2016



.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

V teoretické části bakalářské práce se zabývám problematikou kvality života osob s mentálním postižením. V teoretické části vymezuji základní pojmy týkající se osob s mentálním postižením. Další kapitola teoretické části je určena historii péče o osoby s mentální retardací a pojednávám na téma kvalita života. Poslední kapitola teoretické části je určena sociálním službám pro lidi s mentální retardací.

Praktická část je zaměřena na zpracování výzkumu a na interpretaci rozhovorů s rodinnými příslušníky osob s mentálním postižením. V praktické části uvádím zpracování svých rozhovorů a jejich zhodnocení. Hlavním výzkumným cílem je zjistit kvalitu života osob s mentálním postižením.

Klíčová slova: mentální postižení, kvalita života, pracovní uplatnění, sexualita, ústavy sociální péče pro osoby s mentálním postižením.

ABSTRACT

In a theoretical part of the bachelor thesis I deal with the problem of life quality of mentally disabled people. Theoretical part of my dissertation defines basic concepts relating to mentally disabled people. The next chapter of the theoretical part is focused on history of care for people with mental disabilities and deals with the topic of life quality. The last chapter of the theoretical part is consists of to social services for people with mental disabilities.

The practical part is focused on research processing and interpretation of results from interviews with family members of people with mental disabilities. The practical part is devoted to presenting my interviews and their evaluations. The main research task is based on detection of life quality of people with mental disabilities.

Keywords: intellectual (mental) disability, occupation, sexuality, institutes social care for people with mental disabilities.

Poděkování

Děkuji paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení, cenné rady a pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

Motto

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“

Adrian D. Ward

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1 MENTÁLNÍ RETARDACE | 13 |
| 1.1 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE | 13 |
| 1.2 PŘÍČINY MENTÁLNÍ RETARDACE..... | 15 |
| 1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE PODLE STUPNĚ POSTIŽENÍ..... | 17 |
| 1.3.1 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE | 17 |
| 1.3.2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE..... | 19 |
| 1.3.3 TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE..... | 19 |
| 1.3.4 HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE | 20 |
| 1.3.5 JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE | 21 |
| 1.3.6 NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE..... | 21 |
| 1.4 SPECIFICKÉ SYNDROMY SPOJENÉ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ..... | 22 |
| 1.4.1 DOWNŮV SYNDROM..... | 22 |
| 1.4.2 RETTŮV SYNDROM..... | 23 |
| 1.4.3 ANGELMANŮV SYNDROM..... | 23 |
| 1.4.4 PRADERŮV-WILLIHO SYNDROM..... | 24 |
| 1.4.5 SYNDROM KOČIČÍHO KŘIKU..... | 24 |
| 2 NÁSTIN HISTORIE PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM | 26 |
| 2.1 HISTORIE DIAGNOSTIKY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM..... | 26 |
| 2.2 POSTAVENÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V SOUČASNOSTI..... | 27 |
| 2.3 SOUČASNÁ SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE..... | 28 |
| 3 VZDĚLÁNÍ ŽÁKŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ | 29 |
| 3.1 PRAKTICKÁ ŠKOLA | 29 |
| 3.1.1 PRAKTICKÁ ŠKOLA JEDNOLETÁ..... | 29 |
| 3.1.2 PRAKTICKÁ ŠKOLA DVOULETÁ..... | 30 |
| 3.2 ZÁKLADNÍ ŠKOLA PRAKTICKÁ | 30 |
| 3.3 ZÁKLADNÍ ŠKOLA SPECIÁLNÍ..... | 31 |
| 3.4 ODBORNÁ UČILIŠTĚ..... | 31 |
| 3.5 VEČERNÍ ŠKOLY | 32 |
| 4 KVALITA ŽIVOTA | 33 |
| 4.1 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA | 33 |
| 4.2 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA | 34 |
| 4.3 PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ..... | 34 |
| 4.3.1 LEGISLATIVA ZAMĚSTVÁNÍ OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ..... | 35 |
| 4.3.2 PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ | 35 |
| 4.3.3 CHRÁNĚNÉ DÍLNY..... | 36 |
| 4.3.4 CHRÁNĚNÉ PRACOVNÍ MÍSTO | 37 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.4 | SEXUÁLNÍ A PARTNERSKÝ ŽIVOT OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM | 37 |
| 4.4.1 | SEXUÁLNÍ NÁSILÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM | 38 |
| 4.4.2 | SIGNÁLY SEXUÁLNÍHO NÁSILÍ | 38 |
| 5 | ZAŘÍZENÍ PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM..... | 39 |
| 5.1 | HISTORIE ÚSTAVNÍ PÉČE..... | 39 |
| 5.2 | SOUČASNÉ POSLÁNÍ ÚSTAVNÍ PÉČE | 40 |
| 5.3 | NĚKTERÉ FORMY PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ | 40 |
| 5.3.1 | OSOBNÍ ASISTENCE | 40 |
| 5.3.2 | CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ | 41 |
| 5.3.3 | PODPOROVANÉ BYDLENÍ | 42 |
| 5.3.4 | KOMUNITNÍ BYDLENÍ | 42 |
| II | PRAKTICKÁ ČÁST | 43 |
| 6 | METODOLOGIE VÝZKUMU..... | 44 |
| 6.1 | VÝZKUMNÝ PROBLÉM..... | 44 |
| 6.2 | VÝZKUMNÝ CÍL | 44 |
| 6.3 | METODIKA VÝZKUMU | 45 |
| 6.3.1 | KVALITATIVNÍ VÝZKUM..... | 45 |
| 6.3.2 | POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR..... | 45 |
| 6.4 | RESPONDENTI A LIMITACE RESPONDENTŮ | 46 |
| 6.4.1 | MÍSTO REALIZACE VÝZKUMU..... | 46 |
| 6.5 | TECHNIKY VÝZKUMU | 46 |
| 6.6 | ANALÝZA A INTERPRETACE DAT | 47 |
| 7 | DISKUZE | 61 |
| | ZÁVĚR | 64 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 65 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK..... | 67 |
| | SEZNAM TABULEK..... | 68 |
| | SEZNAM GRAFŮ | 69 |
| | SEZNAM OBRÁZKŮ | 70 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 71 |

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila Kvalita života osob s mentálním postižením. Při rozhodování, jaké téma zvolit, nebo o jakou cílovou skupinu bych se chtěla zajímat, jsem měla jasno. Vždy mě velmi zajímali lidé s mentálním postižením, ke kterým jsem se měla možnost dostat a poznávat je díky odborným praxím absolvovaných na vysoké škole.

V rámci své tříleté praxe, kterou jsem absolvovala na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, jsem měla možnost si vybírat zařízení, ve kterých budu praktikovat. Díky tomu jsem si mohla pomalu hledat cílovou skupinu klientů, se kterými bych chtěla v budoucnosti pracovat. Nejvíce se mi líbilo v sociálních zařízeních pro osoby s mentálním postižením a to převážně v Naději o.s. ve Zlíně, kde jsem strávila dvě blokové semestrální praxe a zjistila jsem, že za těch sedm týdnů jsem v tomto zařízení objevila cílovou skupinu klientů, kterým bych chtěla pomáhat a pracovat s nimi. Velmi ráda jsem se do tohoto zařízení vracela a získala jsem zde mnoho nových zkušeností a znalostí při práci s osobami s mentálním postižením, mnoho nových zážitků a nových přátel, nejen z okruhu uživatelů, ale i zaměstnanců. Absolvovaná praxe v tomto sociálním zařízení byla pro mne tou nejlepší volbou, a proto jsem se rozhodla realizovat svůj výzkum právě v tomto sociálním zařízení.

V rámci své praxe v sociálně-terapeutických dílnách jsem se seznámila s denním pracovním režimem uživatelů. Moc se mi líbilo to, že si uživatelé mohli každé ráno vybrat, v jaké dílně chtějí pracovat, a co chtějí vykonávat za činnosti. Šicí dílna sloužila k rozvoji jemné motoriky. Klienti zde stříhají nůžkami molitan, papír, obkreslují podle šablony na papír, navlékají korálky, navlékají jehly a šijí různé předměty, které se následně prodávají. V košíkářské dílně vyrábějí klienti pod dozorem pracovníka košíky. I zde si velmi dobře klienti procvičí zručnost a jemnou motoriku. Ve vedlejším sále probíhají pracovní činnosti, jako jsou balení sáčků, příborů, slánek a jiných předmětů, které slouží k prodeji v obchodních sítích. Velké využití má tento sál i o přestávkách, nebo po pracovní době. Klienti zde využívají svůj volný čas k hraní her na počítači, k hraní karet, šipek, stolního fotbalu, kulečnicku, ale i k poradám a také k muzikoterapii. Výhodou tohoto sálu je i jeho vysoká kapacita, a proto se zde konají i diskotéky a já jsem velmi ráda, že jsem se několika diskoték sama mohla zúčastnit.

Je nutné, abychom si uvědomili, že i osoby s mentálním postižením mají stejná práva, jako každý jiný člověk. Jedná se o osobu, která má například právo na osobní svobodu a svobodu pohybu, právo na ochranu soukromí, právo na důstojné zacházení, právo na práci a na odměnu, právo vlastnit majetek, právo na svobodné rozhodování aj.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na teoretickou část a na praktickou část. Bakalářská práce začíná charakteristikou mentální retardace, jejími příčinami a stupni mentální retardace. Následně jsem se zajímala o historii osob s mentální retardací ať už ve světě, nebo v České Republice. Velmi důležitou částí mé bakalářské práce si myslím, že je výchova a vzdělání lidí s mentální retardací. Další částí je pojem kvalita života. Vnímání kvality je velmi individuální záležitost. Ke kvalitě života osob s mentálním postižením přispívá postoj společnosti k těmto lidem. V této části se zabývám především postojem společnosti k osobám s mentální retardací, sexuální život lidí s mentální retardací a jejich využití volného času. Cílem teoretické části je seznámit s historií ústavní péče, ústavy sociální péče pro osoby s mentální retardací, kde zmiňuji osobní asistenci, chráněné bydlení, podporované bydlení a komunitní bydlení. V příloze jsem uvedla i kazuistiku sociálně-terapeutické dílny, která může sloužit sociálním pracovníkům, jako letáček pro své klienty.

Cílem praktické části je zjištění kvality života osob s mentálním postižením pomocí polostrukturovaného rozhovoru s rodinnými příslušníky osob s mentálním postižením a vyhodnocení výzkumu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

V této kapitole jsem se zaměřila na charakteristiku mentální retardace. Tento pojem nalezneme v mnoha publikacích od mnoha autorů. Dále jsou velmi důležité příčiny mentální retardace a čtyři stupně mentální retardace, o kterých se zde zmíním podrobněji.

1.1 Charakteristika mentální retardace

V této části se zabývám definicemi mentální retardace, mentálního postižení. O pojmu mentální retardace nebo mentální postižení se můžeme dočíst v mnoha publikacích. Terminologie mentální retardace se neustále vyvíjí a každý autor tento pojem pojímá z různého hlediska.

Švarcová ve své publikaci píše: „*Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. 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.*“ (Švarcová, 2006, s. 28)

U nás nejznámější a nejvíce citovaná je definice mentální retardace od Dolejšího (1973 In Pipeková, 2006, s. 55), která se snaží o syntézu všech hledisek. „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh, na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní, na deficitním učení, na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*“

Černá (1995 In Pipeková, 2006, s. 55) ve své publikaci „*Kapitoly z psychopedie*“ uvádí hlavní kritéria, která by měla obsahovat adekvátní definice mentální retardace podle E. A. Dolla z roku 1941. Podle něho je „*základním kritériem mentální retardace sociální nepřízpůsobivost vzniklá na základě mentální abnormality, zaostalého vývoje: je to stav vrozený a v podstatě nevyléčitelný, který brání maturaci osobnosti*“.

Mentální retardace je postižení, které je trvalé a vrozené, které se projevuje tím, že má člověk málo rozumových schopností a nízkou kontrolu nad svými emocemi. (Matoušek, 2008, s. 99)

Velmi zajímavé je i to, že mentální retardaci můžeme rozdělit i podle toho, z jaké teoretické koncepce jednotlivý autoři vycházejí. První skupina autorů dává přednost buď hledisku inteligence, nebo etiologii. Podle Matulaye (1989 In Pipeková, 2006, s. 55) pod označením mentální retardace rozumíme opožděný nebo poškozený všeobecný normální vývoj dítěte, a to po stránce rozumové, přičemž se velmi často vyskytují pohybové poruchy a je narušené celkové chování.

Druhá skupina autorů vychází především z více aspektů, než první skupina autorů. Většinou se jedná o aspekty, jako jsou inteligence, struktura osobnosti a socializace.

Vágnerová (1999 In Pipeková, 2006, s. 56) popisuje mentální retardaci tak, že osoba s mentálním postižením není schopná dosáhnout odpovídajícího stupně intelektu, přestože tato osoba byla přijatelně výchovně stimulována.

V současné době se při snaze vymezit pojem mentální postižení uplatňuje více přístupů, které reflektují různé úhly pohledu na tuto danou problematiku. (Zezulková, 2013, s. 22)

1.2 Příčiny mentální retardace

Tato podkapitola se bude zabývat příčinami neboli etiologií mentální retardace. Podle mého názoru mohou mezi příčinami být dědičnost, nedostatek kyslíku dítěte při porodu, ale i to, v jakém prostředí dítě vyrůstá a jakou péčí od svých rodičů se mu dostává. V jednotlivých publikacích se vyznačují příčiny mentální retardace takto:

„Příčinami mentální retardace jsou dědičnost a organické postižení centrální nervové soustavy, ke kterému mohlo dojít během nitroděložního vývoje, při porodu nebo v době krátce po narození. Uvedené biologické příčiny jsou kombinovány s nepříznivým výchovným působením rodiny či její absencí, s nepřiměřenou výživou a jinými negativně působícími faktory prostředí, v němž dítě vyrůstá.“ (Matoušek, 2008, s. 99)

Zvolský (1996 In Pipeková, 2006, s. 60) uvádí jako nejčastější příčiny vzniku mentální retardace tyto:

Dědičnost – intelektové schopnosti dítěte jsou výslednicí průměru intelektového nadání rodičů.

Sociální faktory – snížení intelektových schopností je způsobeno sociokulturní deprivací v rodinách nebo v institucionální výchově.

Enviromentální faktory – zahrnují různá onemocnění matky během těhotenství, špatná výživa matky, špatná výživa kojence, porodní traumata.

Specifické genetické příčiny – dominantně podmíněné, recesivně podmíněné, podmíněné chromozomálními aberacemi.

Nespecificky podmíněné poruchy – chromozomální ani metabolická vada nebyla objevena, nebylo zjištěno porodní trauma ani jiné poškození plodu či novorozence. Příčina mentální retardace zůstává neobjasněna asi v 15 až 30% případů.

Myslím si, že počet 15 – 30% případů, kdy není známá příčina vzniku mentální retardace, je velmi vysoké číslo. I přes dnešní dobu, kdy je medicína na tak vysoké úrovni vidíme, že zjistit příčinu toho, proč se ze zdravého plodu, z novorozence, ale i z dospělého člověka stane osoba s mentálním postižením je velmi obtížné a bohužel mnohdy i nemožné.

Matulay (1986 In Franiok, 2008, s. 32) uvádí, že mentální postižení může být způsobeno jak příčinami endogenními – vnitřními, tak příčinami exogenními – vnějšími.

„Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období, v raném dětství i v dospělosti. Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku.“ (Franiok, 2008, s. 33)

Franiok (2008, s. 34) říká, že k poškození může dojít taky při porodu a to i tím, že plod nebude mít dostatečné množství kyslíku, nebo tím, že bude mít plod stlačenou hlavičku.

Příčina vzniku mentální retardace vyplívá z poškození centrální nervové soustavy, která může vzniknout několika způsoby. Její etiologie se může projevovat buď kvantitativně, nebo kvalitativně v klinickém obraze. (Fisher, Škoda, 2008, s. 92)

„Posouzení je důležitou etapou v ošetrovatelské péči o lidi s duševními problémy.“ (Callaghan, 2012, p. 6)

1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE PODLE STUPNĚ POSTIŽENÍ

Zde budu psát o stupních mentální retardace. Celkem máme tyto stupně, podle kterých dělíme mentální retardaci. Dělí se na lehkou mentální retardaci, středně těžkou mentální retardaci, těžkou mentální retardaci a hlubokou mentální retardaci, jinou mentální retardaci a neurčenou mentální retardaci.

„Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem.“ (Švarcová, 2006, s. 32)

Mezi nejznámější stupně mentální retardace patří lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace, ovšem již v mnoha odborných publikacích můžeme najít i další dva stupně mentální retardace, a to pod značkou F 78 jinou mentální retardaci a pod značkou F 79 nespecifikovanou mentální retardaci. Klasifikace mentální retardace určuje Mezinárodní klasifikace nemocí, která je zpracována Světovou zdravotnickou organizací platnou od roku 1992.

1.3.1 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Nejvíce rozšířenou formou mentální retardace je lehká mentální retardace, která je diagnostikována asi u 80 % lidí. Jedná se o nejlehčí stupeň mentální retardace.

„Děti s lehkou MR se naučí mluvit později, nicméně řeč si osvojí. Ve škole mívají potíže s učením, základní školní dovednosti jsou schopné zvládnout, a to zhruba do úrovně 10-11 let. Na úspěšnost fungování v běžném životě mají vliv i jiné faktory, jako je např. úroveň řečových schopností, přítomnost a závažnost poruchy aktivity a pozornosti (nesoustředěnost, hyperaktivita, hypoaktivita), poruchy chování, epilepsie.“ (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 27)

Lechta (2002 In Franiok, 2008, s. 38) uvádí, že omezení rozumového vývoje i v ostatních psychických funkcích se jasněji projeví v předškolním věku a ještě více při vstupu dítěte do školy. Dítě vypadá na první pohled zdravé, čilé, umí různé říkanky a písničky. Jedinec s lehkým stupněm mentální retardace se naučí číst s určitými omezeními. Verbální projev těchto osob je jednodušší. V dospělosti jsou pracovně uplatnitelní na trhu práce.

Hodnocení pomocí inteligenčního kvocientu poskytuje pouze odhad schopností, který nám pomáhá určit pozici mentálně postiženého k populační normě. Hranicí mentálního postižení je IQ 70. (Fischer, Škoda, 2008, s. 94)

Fisher (2008, s. 93) uvádí, že „*důležitým kritériem hodnocení poruchy rozumových schopností je kvantita jejich úbytku*“.

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk} \times 100}$$

Fisher (2008, s. 94) ve své publikaci uvádí tabulku mentální retardace takto:

Obrázek 1: Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace (MKN-10)

| KÓD PODLE MKN – 10 | SLOVNÍ OZNAČENÍ | PÁSMO IQ |
|--------------------|--|----------|
| F70 | Lehká mentální retardace (debilita) | 50-69 |
| F71 | Středně těžká mentální retardace (imbecilita) | 35-49 |
| F72 | Těžká mentální retardace (imbecilita) | 20-34 |
| F73 | Hluboká mentální retardace (idiocie) | 0-19 |
| F78 | Jiné mentální retardace | |
| F79 | Neurčená mentální retardace | |

1.3.2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Jedná se o druhý stupeň mentální retardace.

Uvažování osoby, která trpí středně těžkou mentální retardací, můžeme přirovnat k myšlení předškolního dítěte. Tyto osoby jsou schopné si běžné návyky osvojit a to především v rámci sebeobsluhy. Mohou i vykonávat jednoduché pracovní výkony, ale potřebují nad sebou dohled ostatních lidí. (Fisher, Škoda, 2008, s. 98)

Guttenová (2011 In Murgaš a kol., 2011, s. 216) uvádí: „*IQ je 35-49, v minulosti bola označovaná jako imbecilita. Oneskorenie psychomotorického vývoja býva zjavné už v dojčenskom veku, oneskoruje sa vývin motorických zručností, ale najmä reči, deti si však dokážu osvojiť základy dorozumievania sa.*“

Děti, které trpí středně těžkou mentální retardací, školní docházku zvládnou, zvládají základy trivia jako je čtení, psaní a počítání. Tyto děti jsou v sebeobsluze samostatné, ale ve složitějších situacích, potřebují pomoc jiných osob. Osoby trpící středně těžkou mentální retardací mají mentální věk mezi 4-8 rokem. (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 27)

1.3.3 TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

V inteligenčních testech jsou tito jedinci na inteligenční škále v pásmu 20-34 a to u dospělých osob odpovídá mentálnímu věku 3-6 let. Idiocie prostá byl zastaralý název pro tento stupeň mentální retardace. Takto postižení jedinci mají celkové omezení neuropsychického vývoje i omezení motorického vývoje. Vývoj motoriky u těchto jedinců znamená výrazné opoždění hybnosti. (Franiok, 2008, s. 40)

Matoušek (2008, s. 99) uvádí, že těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace jsou spojené s těžkým pohybovým postižením a jedinci s těmito druhy postižením nejsou schopni řeči ani nejsou schopni dokonale zvládnout sebeobsluhu.

Péče o lidi s mentální retardací je náročná. Rodiče žijící s těmito jedinci bývají často ochranitelští, ostatní lidé jsou málo empatictí a nepřiliš trpěliví. (Matoušek, 2008, s. 99)

Osoby, které jsou postiženy tímto typem mentální retardace v dospělosti, chápou jen základní souvislosti a vztahy a jejich uvažování je na úrovni batolete. Jejich omezení je v oblasti řeči a někdy nemluví vůbec. Často jde o postižení kombinované, mnozí z nich mají postiženou i motoriku, nebo trpí i epilepsií. (Fisher, Škoda, 2008, s. 98)

1.3.4 HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Neboli zastaralým názvem idiocie má pásmo IQ 0-19.

Postižení jedinci, kteří trpí hlubokou mentální retardací, jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím. Většina osob, které jsou v této kategorii, jsou imobilní nebo výrazně omezení v pohybu. Postižení jedinci bývají inkontinentní a v lepším případě jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají malou či nepatrnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velice omezeny. (Švarcová, 2006, s. 36)

Podle Guttenové (2011 In Murgaš a kol., s. 217) je *„IQ je nižšie jako 20. U týchto detí je s mentálnym postihnutím vždy spojený aj problém s telesnými postihnutiami, často sú úplne imobilné. nedokážu si osvojiť reč ani porozumieť reči“*.

Schopnost jedinců s hlubokou mentální retardací porozumět řeči včetně základních instrukcí a pokynů je omezená. Velmi často bývá narušená hybnost a často jde o úplnou imobilitu. Lidé s hlubokou mentální retardací nerozeznávají například obrázky. A jejich mentální věk je nižší než 18 měsíců. (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 28)

Mentální retardace je spojena s celou řadou problémů. Asi 25% dospělých jedinců s mentální retardací neumí smysluplně používat řeč, 10% jedinců nedokáže porozumět mluvenému slovu. Zhruba polovina osob s mentální retardací je neschopna základní sebeobsluhy a potřebují asistenci druhých osob, 50% trpí výraznějším fyzickým handicapem a 50% se nedokáže pohybovat samostatně po svém okolí. (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 29)

V inteligenčních testech dosahují jedinci trpící hlubokou mentální retardací výsledků na inteligenční škále v pásmu 0-19. Při testování jsou použity neverbální testy. U dospělých osob, které mají tento typ mentálního postižení, je mentální věk pod 3 roky. Název dříve používaný pro hlubokou mentální retardaci, který je již zastaralý byl těžká idiocie. (Franiok, 2008, s. 41)

U těchto jedinců se vyskytují i nejtěžší poruchy autistického spektra a to zvláště atypický autismus. Tito lidé jsou těžce omezeni schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím. Nejsou ani schopny základní sebeobsluhy a vyžadují péči ve všech základních úkonech, které jsou v životě nezbytně důležité. (Pipeková, 2006, s. 67)

1.3.5 JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Jiná mentální retardace se značí F78.

„Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzoricke nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.“ (Švarcová, 2006, s. 36)

1.3.6 NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Nespecifikovaná mentální retardace se označuje F79.

Tento typ mentální retardace se užívá, pokud je prokázána mentální retardace, ale není potřebné množství informací potřebných k tomu, aby bylo možné pacienta zařadit do jedné z výše uvedených kategorií. (Švarcová, 2006, s. 36)

„Toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně rozvíjet, nýbrž bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími).“ (Švarcová, 2006, s. 37)

„Tato kategorie, nespecifikované typy mentální retardace, se používá v případech, kdy je diagnóza úrovně mentálního postižení obtížná nebo ji není možno stanovit.“ (Černá a kol., 2008, s. 103)

1.4 SPECIFICKÉ SYNDROMY SPOJENÉ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

1.4.1 DOWNŮV SYNDROM

Každý z nás již jistě slyšel o Downovém syndromu. Tento syndrom je asi nejznámější porucha spojená s mentální retardací.

Raboch a Zvolský (2001 In Černá a kol., 2008, s. 89) uvádí, že je Downův syndrom nejznámější a nejvíce popisovaný syndrom, který je způsobený změněným počtem chromozomů. Jedná se o poměrně vysoký výskyt a v populaci osob s mentálním postižením se udává asi pětiprocentní, zvyšujícím se věkem matky se zvyšuje riziko jeho vzniku. Downův syndrom může být diagnostikován již před narozením dítěte.

Downův syndrom vzniká následkem nadpočetné části 21. chromozomu neboli tzv. trizomie 21. Člověk trpící Downovým syndromem má místo 46 chromozomů v každé buňce 47 chromozomů. (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 31)

Různá je hloubka mentálního postižení. Nejčastěji se jedná o lehkou mentální retardaci a střední mentální retardaci, která nekoreluje s počtem tělesných znaků, je však do určité míry ovlivňována i výskytem nemocí a zdravotních komplikací. Mezi ně patří vrozené srdeční vady, střevní a žaludeční abnormality, nystagmus, vrozená katarakta, myopie, převodní nedoslýchavost až ztráta sluchu, poruchy štítné žlázy a jiné. (Černá a kol., 2008, s. 90)

Ainsworth (2004 In Černá a kol., 2008, s. 90) popisuje společné tělesné znaky, které jsou malá postava, malá zploštělá lebka, mohutná šíje, plochý široký obličej a vystouplé lícní kosti, krátké široké ruce, šikmé oči, malá ústa a nízké patro, rýha napříč dlaně, snížený svalový tonus, nadměrná kloubní pohyblivost, zvýšená citlivost na respirační infekce a neúplný nebo opožděný sexuální vývoj.

„Vrozené postižení, které je patrné od narození specifickými tělesnými příznaky a později se projevuje i mentálním postižením, jehož stupeň není u všech postižených stejný, většinou je v pásmu lehké až středně těžké mentální retardace.“ (Matoušek, 2008, s. 53)

1.4.2 RETTŮV SYNDROM

„... očima nám říkají, že rozumí daleko víc, než si vůbec dokážeme představit.“

dr. Andreas Rett

Podle Rabocha a Zvolského (2001 In Černá a kol., 2008, s. 91) bývá psychomotorický vývoj v počátcích zcela normální, ale kolem jednoho roku života i dříve, pokud jde o hlubší postižení, dochází u dítěte postupně k úplné nebo částečné ztrátě verbálních a manuálních schopností.

Ainsworth, Baker (2004 In Černá a kol., 2008, s. 91) dodávají, že *„některé schopnosti mohou být v průběhu vývoje znovu získány, ale atrofie mozku zůstává“*.

Tento syndrom je doprovázený těžkým neurologickým postižením, které má všepřonikající dopad na somatické, motorické i psychické funkce dítěte. Mezi stěžejní příznaky patří zhoršení poznávacích schopností, ataxie a ztráta účelných pohybových schopností rukou. (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 38)

Rettův syndrom byl v roce 1992 zařazen do oficiálního diagnostického systému Mezinárodní klasifikace nemocí mezi pervazivní vývojové poruchy, ale jeho zařazení k poruchám autistického spektra je však sporné hlavně proto, že vývoj a kvalita sociální interakce a to zejména u starších dívek se od autismu liší. (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 38-39)

Výskyt Rettova syndromu v klasické podobě postihuje pouze dívky a chlapcům stejná mutace genu způsobí těžkou encefalopatii, že plod nebo novorozenec nepřežije. (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 40)

1.4.3 ANGELMANŮV SYNDROM

V roce 1965 poprvé specifické charakteristiky u tří dětí, s nimiž se ve své praxi setkal, popsal anglický lékař Harry Angelman. Tyto děti se vyznačovaly strnulou trhavou chůzí, nadměrným smíchem, epileptickými záchvaty a absencí řeči. (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 46)

Podle Rabocha a Zvolského (2001 In Černá a kol., 2008, s. 92) se jedná o vzácné chromozomální genetické postižení, které je charakterizováno vrozenou mentální retardací (těžkou až hlubokou mentální retardací) s absencí řeči, provázené svalovými abnormalitami, opož-

děný motorický vývoj, epileptické záchvaty, výbuchy smíchu, které nejsou ničím vyvolané a neobvyklé rysy obličeje.

Základní projevy tohoto syndromu jsou těžká mentální retardace, absence řeči, nebo pouze několik slov, porozumění řeči a neverbální komunikace na lepší úrovni, ataxie v chůzi a třes v horních končetinách, ruce zdvižené podél trupu vzhůru, frekventovaný hlasitý smích, úsměv, potíže s polykáním, strabismus a další. (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 46)

1.4.4 PRADERŮV-WILLIHO SYNDROM

„Praderův-Williho syndrom (PWS) je genetická porucha, jejíž výskyt je zapříčiněn anomálií ve specifické části 15. chromozomu.“ (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 47)

Výrazná bývá v předškolním věku obezita, která je vyvolána nutkavou potřebou jídla, která vede k agresivitě, pokud není uspokojena. (Černá a kol., 2008, s. 92)

Tento syndrom patří mezi chromozomální postižení a bývá zmiňován jako pátý nejčastěji diagnostikovaný syndrom po narození dítěte a častěji se vyskytuje u chlapců. (Černá a kol., 2008, s. 92)

Podle Rabocha a Zvolského (2001 In Černá a kol., 2008, s. 92) jsou děti od narození hypotonické a hypotrofické a kolem druhého roku života se objevuje hyperfagie.

1.4.5 SYNDROM KOČIČÍHO KŘIKU

U syndromu kočičího křiku je nedostatečný vývoj hlasivek důvodem specifického křiku, který nám může připomínat kočičí mňoukání a projevuje se u tohoto syndromu i zvýšený výskyt sebezraňování. (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 50)

Syndrom kočičího křiku patří do chromozomálních poruch, je nazýván podle typického hlasového projevu, který je důsledkem hypoplazie hlasivek a projevuje se hlavně v dětství a s pokračujícím věkem jedince vymizí. (Černá a kol., 2008, s. 92)

Ainsworth, Baker (2004 In Černá a kol., 2008, s. 92) uvádějí, že se mnozí takto postižení jedinci nedožijí dospělosti.

Mezi typické tělesné znaky patří malá hlava, uši, které jsou nízko posazené, šikmé oči s širokým obočím, abnormálně malé čelisti. (Černá a kol., 2008, s. 93)

Randal et al. (2004 In Černá a kol., 2008, s. 93) uvádí taky mezi tělesné znaky růstové nedostatky, celkovou svalovou hypotonií, psychomotorickou retardací, časté ušní a respirační infekce. Mentální retardace bývá u tohoto syndromu v těžkém až hlubokém pásmu.

2 NÁSTIN HISTORIE PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Ve druhé kapitole se budu zaměřovat na diagnostiku a péči osob s mentálním postižením. Dále taky postavením osob s mentálním postižením v současné době v České Republice.

2.1 HISTORIE DIAGNOSTIKY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Sheerenberger (1983 In Lečbách, 2008, s. 15) uvádí, že přístup k jedincům, kteří byli postižení, byl velmi ovlivněn duchem doby a názorem, který v té době převládal. Ve starověkém Římě a Řecku byla obvyklá infanticida dětí, jejichž zjev ukazoval na postižení rozumu, smyslů nebo těla. Římané topili tyto děti v řece Tibeře a Řekové je ve Spartě vrhali dolů ze spartských skal.

Locke (1984 In Lečbách, 2008, s. 15) publikuje, že ve středověku dochází k úbytku infanticidy a přístup k osobám s postižením se více začíná diferencovat. Infanticida poklesla díky rozvoji nalezinců, do kterých byly děti s postižením odkládány.

Podle Eisové (1983 In Černá a kol., 2008, s. 100) mezi významnou osobnost v oblasti diagnostiky mentálního postižení patří Edvard Séguin, který byl zakladatel výchovné péče o slabomyslné a zdůrazňoval nutnost soustavného pozorování žákovy osobnosti. Díky své dlouholeté praxi a díky poznatkům, které získal pozorováním jedinců s mentálním postižením, zdůrazňoval nutnost zavádět do vzdělání těchto žáků rozvoj motoriky a také senzorickeho vnímání.

Eisová (1983 In Černá a kol., 2008, s. 100) uvádí: „*Alfred Binet (1857-1911) přináší do oblasti diagnostiky mentálního postižení novou dimenzi – hodnocení inteligence. Jeho snahou bylo odlišit děti schopné standardního vzdělávání od dětí s postižením.*“ A díky tomu vytvořil inteligenční testy, které tvořili podkladový materiál k podrobnějšímu odlišení dětí podle terminologie debilních, imbecilních a idiotických, která dříve existovala.

V roce 1924 byla přijata deklarace práv dítěte, která vytvořila základ pro další deklarace o právech dítěte (1959). V šedesátých letech se v mezinárodních lidských právech objevil nový fenomén, a to organizace rodin dětí s mentální retardací s názvem Evropská liga společnosti mentálně handicapovaných. Ta měla za cíl zvýšit zájmy mentálně handicapovaných a to bez ohledu na národnost, rasu nebo přesvědčení. (Pipeková, 2006, s. 76)

2.2 POSTAVENÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V SOUČASNOSTI

Na konci roku 1993 byla schválena deklarace Valného shromáždění Organizace spojených národů vyhlášující stav tzv. Standardních pravidel pro zajištění rovnosti příležitostí, která je pro osoby se zdravotním postižením, a která navazují na Světový akční program z počátku 80. let a na Dekádu péče o zdravotně postižené z roku 1982. (Franiok, 2008, s. 82)

Úkolem speciálních pedagogů je především najít způsob, oblast nebo činnosti, v nichž by se mohl handicapovaný rozvinout. Další úkoly, které jsou nezbytné plnit při výchově a vzdělávání handicapovaných také sociální a rehabilitační pracovníci, psychologové a nej-různější organizace postižených. Je nezbytné u nich podporovat aktivity vedoucí k osvojení činností, ve kterých mohou najít uplatnění, a tím přispět k jejich integraci. (Franiok, 2008, s. 82)

Koluchová (1989 In Franiok, 2008, s. 82) píše: „*Společenský status mentálně postižených dětí a dospělých je horší než u jiných skupin postižení (např. u postižení smyslových a somatických).*“

V celém světě je v posledních desetiletích uplatňována snaha o maximální míru integrace mentálně postižených osob do společnosti intaktních lidí. Vzdělávání a výchova intelektově postižených osob je prioritou pedagogů a speciálních pedagogů, jak uvádí Koluchová (1989 In Franiok, 2008, s. 83)

2.3 SOUČASNÁ SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE

Tato podkapitola se bude zaměřovat na to, jak to vypadá nyní v České Republice. Mezi největší změny v oblasti výchovy a vzdělání mentálně postižených osob je schválená novela na zrušení zvláštních škol, a tím pádem by měli jít děti s mentálním postižením do běžných tříd základních škol, kde budou potřebovat pomoc vyškolených asistentů. Podle mého názoru to není správné rozhodnutí, jelikož děti s lehkým mentálním postižením, nebo s jiným stupněm mentálního postižení se nemusí cítit mezi zdravými dětmi dobře, mohou být týrány, diskriminováni a terčem posměchu a skupina tyto děti nemusí kladně přijat.

„Zatímco základní školy speciální (dříve pomocné školy) navštěvují nejčastěji žáci ve věku povinné školní docházky (eventuálně ve věku mírně pokročilejším) a zpravidla s mentálním postižením těžšího rázu, do základních škol praktických (dříve zvláštních škol) docházejí jejich vrstevníci s lehkým stupněm mentálního postižení. Zejména u základních škol praktických se nabízí možnost jejich rychlého propojení s běžnými základními školami.“

(Franiok, 2008, s. 124)

Hájková (In Franiok, 2008, s. 124) uvádí, že v České Republice je potřeba v souvislosti s integrací se zaměřit na optimalizaci vzdělávacího procesu na otevřenost vůči okolí. Za významnou změnu ve prospěch integrace postižených žáků upozorňuje také na změnu v hodnocení žáků a na přístup k chybě žáka.

Pro současný stav je charakteristické to, že známe mnoho informací o příčinách a prevenci mentální retardace, ale zakořeněné společenské zvyklosti, lhostejnost a předpojatost větší části společnosti vede k tomu, že jsou osoby s mentální retardací neustále odmítány. (Pipková, 2006, s. 77)

3 VZDĚLÁNÍ ŽÁKŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Žáci s mentální retardací, kteří dosáhnou věku povinné školní docházky, se vzdělávají:

- a) Formou individuální integrace,
- b) formou skupinové integrace,
- c) ve škole, která je samostatně zřízena pro žáky se zdravotním postižením (ve speciální škole), tj. v základní škole praktické (dříve zvláštní škola) nebo v základní škole speciální (dříve pomocná škola),
- d) nebo kombinací výše uvedených forem. (Švarcová, 2006, s. 72)

3.1 PRAKTICKÁ ŠKOLA

Školy praktické jsou určeny pro děti a mládež, jež se nemohou nebo nechtějí dále vzdělávat na odborném učilišti nebo střední škole. Vzdělávací programy jsou jednoleté, dvouleté nebo tříleté. Přípravují žáky na výkon manuálních profesí, na péči o rodinu a vedení domácnosti. (Matoušek, 2008, s. 225)

3.1.1 PRAKTICKÁ ŠKOLA JEDNOLETÁ

Podmínkou pro přijetí do praktické školy s jednoletou přípravou je ukončená povinná školní docházka a získání uceleného vzdělání na úrovni pomocné nebo zvláštní školy a cílem praktické profesní přípravy je umožnit žákům, aby si doplnili a rozšířili teoretické a praktické vzdělávání, poskytnout jim základy odborného vzdělání a manuálních dovedností v jednotlivých činnostech a připravit je na výkon určité profesní činnosti a to s ohledem na perspektivní možnost jejich uplatnění v oboru, v němž absolvovali profesní přípravu. (Franiok, 2008, s. 68)

Praktická škola jednoletá je určena žákům s těžkým zdravotním postižením, především s těžkým stupněm mentálního postižení, dále je určena žákům, kteří mají více vad a žákům s autismem, kteří získali ucelené vzdělávání na úrovni základní školy speciální, nebo základní školy praktické a ukončili povinnou školní docházku a ze zdravotních nebo jiných závažných důvodů se nemohou vzdělávat na jiném druhu a typu školy. (Švarcová, 2006, s. 100)

Tento typ školy byl schválen Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy dne 9. prosince 2004, č. j. 32 089/2004-24, s platností od 1. září 2005 počínaje prvním ročníkem.

Praktická škola jednoletá je určena žákům, kteří mají speciální vzdělávací potřeby, plynoucími ze snížené úrovně rozumových schopností. (Pipeková, 2006, s. 98)

3.1.2 PRAKTICKÁ ŠKOLA DVOULETÁ

Praktická škola s dvouletou přípravou je určena žákům a to jak chlapcům, tak i dívkám se speciálními vzdělávacími potřebami, vyplývajícími ze snížených rozumových schopností, případně pro žáky s kombinovanými vadami, kteří ukončili povinnou školní docházku jako absolventi pomocné školy a zvláštní školy, eventuálně v nižším než v devátém ročníku základní školy. Praktická škola s dvouletou přípravou je zaměřena na poskytování základních dovedností, dovedností a návyků důležitých pro výkon jednoduchých činností v praktickém životě. (Franiok, 2008, s. 69)

3.2 ZÁKLADNÍ ŠKOLA PRAKTICKÁ

Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, které vyplývají z lehké mentální retardace, nebo případně jiné úrovně snížení rozumových schopností se vzdělávají v základní škole praktické. Posláním základní školy praktické (dříve zvláštní školy) je speciálními výchovnými a vzdělávacími metodami a prostředky umožnit žákům dosáhnout co nejvyšší úroveň znalostí, dovedností a osobnostních kvalit při respektování jejich individuálních zvláštností a možností. Závěrečným cílem výchovné a vzdělávací práce je příprava žáků na zapojení, v optimálním případě na úplnou integraci do běžného společenského života. V základní škole praktické se výchovný a vzdělávací proces přizpůsobuje úrovni psychofyzického rozvoje žáků. Z požadavku integrace dětí s mentální retardací vyplývá, že tyto děti mají být všude tam, kde je to možné a být vychovávány spolu se svými nepostiženými vrstevníky. Výjimku tvoří pouze proces jejich vyučování, který probíhá odlišně od vzdělávání ostatních žáků a to vyžaduje speciální učební metody, vhodný výběr učiva a individuální přístup učitele, podmíněný výrazným snížením počtu žáků ve třídě. (Švarcová, 2006, s. 73)

Posláním základní školy praktické, dříve zvláštní školy je vybavit své absolventy takovými schopnostmi a návyky, které je připraví po absolvování na přijetí a později na absolvování odborného učiliště, praktické školy a v současné době také středního odborného učiliště, nebo dalších typů středních škol. V těchto získávají odbornou přípravou vědomosti a dovednosti, které jsou jim potřebné k výkonu kvalifikovaného povolání. U absolventa zá-

kladní školy praktické, dříve zvláštní školy se předpokládají základní vědomosti ze všeobecně vzdělávacích předmětů. (Franiok, 2008, s. 52)

3.3 ZÁKLADNÍ ŠKOLA SPECIÁLNÍ

Jedná se o systém škol, jejichž úkolem je v České Republice vzdělávání žáků s postižením a příprava na jejich vzdělání. Tyto školy se zřizují podle typu postižení, a to pro žáky se smyslovým, tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením a pro žáky, kteří mají poruchy učení. Mohou být školami internátními, které poskytují stravu a ubytování. Tyto školy jsou zřizovány na úrovni mateřských škol, základních, které se dělí na pomocné školy, zvláštní školy a speciální školy a na úrovni středních škol. (Matoušek, 2008, s. 225)

Základní škola speciální (pomocná škola) vychovává a vzdělává žáky obtížně vzdělávacelné se speciálními vzdělávacími potřebami a to s takovými nedostatky rozumového vývoje, pro které se nemohou vzdělávat v běžné škole. (Franiok, 2008, s. 57)

V základní škole speciální (pomocné škole) se zpravidla vzdělávají žáci s mentálním postižením středně těžkého stupně. Vzdělání v základní škole speciální (pomocné škole) je po dobu deseti let. (Franiok, 2008, s. 58)

3.4 ODBORNÁ UČILIŠTĚ

Po ukončení povinné školní docházky do základních škol praktických a základních škol speciálních (dříve zvláštních škol a pomocných škol) a u integrovaných žáků v základních školách mají mladiství jedinci s mentálním postižením na výběr pokračovat ve svém vzdělávání v odborných učilištích, ale i v praktických školách s tříletou, dvouletou nebo jednoletou přípravou. Odborná učiliště v teoretické části vzdělávání navazují na Vzdělávací program zvláštní školy, jehož učivo doplňují a prohlubují. Studium na odborném učilišti trvá dva nebo tři roky. (Franiok, 2008, s. 67)

Těžiště práce odborných učilišť spočívá v přípravě žáků na profesní uplatnění s akcentem na předávání praktických dovedností. (Švarcová, 2006, s. 96)

Střední odborná učiliště (SOU) poskytují odborné vzdělávání na úrovni středoškolské a to ve dvouletých a tříletých oborech. Mezi jejich hlavní cíl patří připravit absolventy učebních oborů na praxi. Absolventi středních odborných učilišť získají výuční list. (Bartoňová, Vítková, 2007, s. 79)

Do odborných učilišť jsou přijímáni absolventi devátého ročníku základní školy praktické, kteří úspěšně absolvovali. Délka studia na odborném učilišti je dva nebo tři roky, odborná příprava v oborech s upravenými učebními plány je ukončena závěrečnou zkouškou a vydáním vysvědčením u dvouletých oborů a závěrečnou zkouškou s výučním listem u tříletých oborů. (Pipeková, 2006, s. 97)

3.5 VEČERNÍ ŠKOLY

Večerní školy jsou jednou z forem celoživotního vzdělávání pro dospělé osoby s mentálním postižením. Večerní školy jsou zaměřeny na další vzdělávání absolventů pomocných, nebo praktických škol, ale jsou i otevřeny těm, kdo povinnou školní docházku neabsolvovali. Zřizovatelem těchto škol pro dospělé osoby s mentálním postižením jsou občanská sdružení. Večerní školy vyučují hlavně ve školních budovách, nejčastěji v základních školách praktických a speciálních, ale i v běžných základních školách, ve třídách, ve kterých již není odpolední vyučování. Ve večerních školách se vyučuje většinou dvakrát týdně a to po třech až čtyřech hodinách. I když to vyplývá z názvu, tak výuka ve večerních školách se nekoná večer, ale spíše v odpoledních hodinách a to zpravidla od 14 do 17 nebo 17.30 hod. (Švarcová, 2006, s. 107)

4 KVALITA ŽIVOTA

Tato kapitola obsahuje vysvětlení pojmu kvalita života, kterou se zabývá mnoho autorů a její měření.

4.1 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA

Podle Virága (In Murgaš, 2011, s. 284) kvalita života týkající sa zdravia (health related quality of life – HRQOL) popisuje, čo pacient prežíva následkom choroby a poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ide o hodnotenie stupňa zvládnutia každodenných povinností a kvality prežívania života v porovnaní s tým, čo sám chorý považuje za ideálne.

Mühlpachr a Vaňurová (In Pipeková et al., 2010, s. 101) uvádí, že pojem „kvalita života“ poprvé zmínil Pigou v roce 1920 v práci zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Předmětem jeho výzkumu byl dopad státní podpory pro sociálně slabší vrstvy a to na jejich život a také na státní rozpočet.

Problematika kvality života (QOL) se v posledních desetiletích dostává do mnoha vědních disciplín, například do medicíny, psychologie či sociologie. Pohled do novodobých dějin však přisuzuje první použití slovního spojení kvalita života jiné vědní disciplíně, kterou je ekonomie. (Ludíková a kol., 2013, s. 9)

Helena Hnilicová (In Payne a kol., 2005, s. 205) uvádí, že v poválečné době se tento termín opět objevil v politickém kontextu v USA, kdy tehdejší americký prezident Johnson v 60. letech v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života amerických obyvatel za cíl své domácí politiky.

Podle Matouška (2008, s. 92) je kvalita života komplexní kritérium, které se používá k hodnocení efektivity sociální péče. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit nebo o jedno měřítko, a to například o životní spokojenost.

4.2 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

Dragomirecká a Škoda (1997 In Ludíková a kol., 2012, s. 18) si pokládají tyto otázky: „*Je možné měřit kvalitu života kvantitativními metodami? Jaký typ veličin měřit? Původní snaha zjišťovat kvalitu života pomocí objektivních dat nevedla k cíli a byla vystřídána zájmem o subjektivní odpověď. Jak kvalitu života zjišťovat? Je vhodné registrovat nepřítomnost symptomů, nespokojenost, nebo jsou nějaké pozitivní ukazatele? Je lepší pracovat s globální úrovní nebo s profilem?*“

Samozřejmostí je, že i při měření kvality života je nutno dodržet metodologicky uznávané náležitosti, jakými jsou validita, reliabilita či citlivost. Rozeznáváme dvě základní skupiny nástrojů, a to nástroje obecné a specifické. (Ludíková a kol., 2012, s. 19)

Vaňurová a Mühlpachr (2005 In Ludíková a kol., 2012, s. 19) uvádí: „*Při hodnocení kvality života je nutné dodržet následující kroky: popsat účel hodnocení, popsat vzorek populace, konceptualizovat závěry kvality života, vybrat nástroj pro měření kvality života, provést pre-testování nebo pilotní studii, shromáždit data, analyzovat závěry.*“

4.3 PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Jednou ze závažných otázek, které se týkají osob s mentálním postižením, je problematika jejich zaměstnávání. Uplatnění osob s mentálním postižením na trhu práce ovlivňuje jejich životní situaci z několika hledisek. Nejen o ekonomickou situaci, sociální statut, ale i o vlastní seberealizaci. (Pipeková et al., 2010, s. 311)

Druh práce, peníze, které za práci vyděláváme a možnosti, které tím získáváme, tohle všechno ovlivňuje naše sebeuvědomění, naše postavení ve společnosti a stupeň svobody, volnosti na úrovni ekonomické a sociální. Poskytnout osobám s mentálním postižením možnost zaměstnání neznamena jenom to umožnit jim výdělek, ale i přiznat jim jejich sociální postavení, a to v rámci rodiny a společnosti. (Pipeková et al., 2010, s. 311)

4.3.1 LEGISLATIVA ZAMĚŠTVÁNÍ OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Podle zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. (In Pipeková, 2006, s. 107) jsou lidé se zdravotním postižením zařazeni do tří skupin, a to na lidi s těžším postižením, kteří byli orgánem sociálního zabezpečení uznáni jako plně invalidní, pak na občany uznané za částečně invalidní a na ty, jimž je přiznán statut zdravotně znevýhodněných. Toto rozdělení mění dřívější rozdělení na osoby se změněnou pracovní schopností (ZPS) a osoby se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením (ZPS a TZP) platné do roku 2004. Občan je uznán za plně invalidního, pokud z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66% nebo je schopen z důvodu svého zdravotního postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. Občan je uznán za částečně invalidního, pokud jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu poklesla nejméně o 33 % a také pokud mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav ztěžuje obecné životní podmínky.

Úřady práce mají podle zákona o zaměstnanosti tyto kompetence: Poskytují zaměstnavatelům, kteří zaměstnávají více než 50% zaměstnanců se zdravotním postižením příspěvek. Zaměstnavatelům ukládají povinnost obsazovat volná pracovní místa, která jsou vymezená pro občany se zdravotním postižením pouze těmito občany. Úřady práce poskytují poradenské, informační a další služby o volbě povolání. Vyžadují od zaměstnavatelů seznamy pracovních míst, které jsou vhodné pro tyto občany. Zabezpečují pracovní rehabilitaci. Dále vedou evidenci uchazečů o zaměstnání se zdravotním postižením a zřizují a spravují výcviková střediska pro občany se zdravotním postižením. (Pipeková, 2006, s. 108)

4.3.2 PODPOROVANÉ ZAMĚŠTNÁVÁNÍ

Podpora ze strany služeb včetně vzdělávacích institucí, ve které mají stávající nebo budoucí uchazeči o zaměstnání důvěru je nezbytným předpokladem proniknutí lidí s mentálním postižením do hlavního pracovního proudu. Metodou podpory zaměstnance s postižením na pracovišti založenou na vzájemné důvěře je model podporovaného zaměstnávání. (Černá a kol., 2008, s. 198)

Vzniklo v sedmdesátých letech 20. století v USA, jako alternativa k tradičním modelům zaměstnávání lidí s mentálním postižením. Tyto modely představují soustavu na sebe navazujících chráněných zařízení, ve kterých se stupňují nároky na jednotlivce. Podporované zaměstnávání je služba, která se snaží nalézt pro osobu s mentální retardací na otevřeném

trhu práce pracovní místo a poskytuje mu po nutnou dobu podporu k tomu, aby dokázal práci na dané pozici samostatně zvládnout. (Lečbych, 2008, s. 72)

Jde o komplex sociálních služeb, které mají zájemce podpořit v nalezení vhodného zaměstnání, udržení tohoto zaměstnání a udržení platových podmínek, které jsou srovnatelné s jinými zaměstnanci vykonávající stejnou práci. (Matoušek, 2008, s. 136)

4.3.3 CHRÁNĚNÉ DÍLNY

Valné shromáždění OSN dne 20. 12. 1971 vyhlásilo Deklaraci o právech osob s mentálním postižením. Právo na ekonomické zabezpečení a právo na možnost produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností je deklarováno na jednom z prvních míst v dokumentu. Podle definice Ministerstva práce a sociálních věcí České Republiky jsou chráněné dílny specifická pracoviště pro občany, kteří mají ztíženou možnost, nebo se vůbec nemohou uplatnit na trhu práce. V chráněných dílnách se postupuje s klienty podle jejich individuálních plánů. Pro každého se z nabízených možností uplatnění hledá nejvhodnější místo podle jeho dovedností a schopností. Režim chráněných dílen je upravený podle zdravotního stavu klientů s výrazným zohledněním individuálního přístupu. (Pipeková, 2006, s. 103)

Chráněnou pracovní dílnou se rozumí pracoviště zaměstnavatele, vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60% těchto zaměstnanců. Na vytvoření chráněné pracovní dílny poskytuje zaměstnavateli úřad práce příspěvek. (Černá a kol., 2008, s. 203)

V chráněných pracovních dílnách pracují zejména lidé s těžším zdravotním postižením a s těžším mentálním postižením, u kterých se nepředpokládá, že by se na volném trhu práce mohli uplatnit. Úřad práce poskytuje zaměstnavatelům na zřízení pracovního místa pro občana se změněnou pracovní schopností příspěvek, a to pod podmínkou, že se zaměstnavatel zaváže toto pracovní místo provozovat po dobu nejméně dvou let. (Matoušek, 2008, s. 74)

4.3.4 CHRÁNĚNÉ PRACOVNÍ MÍSTO

„Podle zákona o zaměstnanosti (z. 435/2004) pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě dohody s úřadem práce. Toto místo musí být obsazeno nejméně dva roky. Zaměstnavatel dostává na chráněné pracovní místo příspěvek od státu.“ (Matoušek, 2008, s. 74)

Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu, která má zdravotní postižení a to na základě písemné dohody s úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno nejméně po dobu dvou let a to od doby sjednané v dohodě. Na vytvoření chráněného pracovního místa může úřad práce poskytnout zaměstnavateli příspěvek. (Černá, 2008, s. 203)

4.4 SEXUÁLNÍ A PARTNERSKÝ ŽIVOT OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Osoba s mentálním postižením může dosáhnout sexuality dospělého člověka. Pohlavní život a sexuální potřeby jsou společné všem živým tvorům, a proto i celkový pohled na sexuální otázky se oproti minulosti radikálně změnil. Láska a sexuální chování jsou přirozenou součástí života každého člověka. Osoby s lehkým a středně těžkým stupněm postižení si jsou schopni uvědomit roli muže a ženy ve vztahu, pojem rodičovství i manželství. Problémem v oblasti sexuality jedinců s postižením je i nedostatek informací o prevenci a následcích sexuální aktivity. Výsledkem mnohdy bývá i v důsledku nedostatečné připravenosti a informovanosti děvčat, stres při vzniku první menstruace a hysterický strach ze smrti. Zpočátku bývá i problémem zafixování optimálních hygienických návyků důležité pro toto období. (Pipeková, 2006, s. 111)

Lidská sexualita je privátní a intimní, a přitom důležité téma, které je hodně diskutované na veřejnosti i ve společnosti, jako součást sociálních vztahů, pravidel, norem, etiky nebo morálky. Tabuizovanějším tématem je sexualita osob s mentálním postižením. Do popředí se dostala až před několika lety, a to v souvislosti se snahou o integraci lidí se zdravotním postižením do společnosti a s uplatňováním jejich lidských práv. (Mandzáková, 2013, s. 47)

4.4.1 SEXUÁLNÍ NÁSILÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Hrozba sexuálního násilí je velký problém. Spolu s integrací osob s mentálním postižením do běžného života stoupá nutnost věnovat se prevenci v oblasti ochrany před sexuálním násilím. Osoba s mentálním postižením se snadněji stává obětí s ohledem na specifika v chování a prožívání. Je důvěřivá, má omezenou sociální zkušenost, nedokáže předvídat nebezpečí. Vykazuje velký rozdíl mezi tělesnou a mentální zralostí. Při útoku u této osoby převládá pocit bezmocnosti, strach z ještě větší osamělosti a zostuzení v očích druhých lidí. To vše zvyšuje riziko, že se tato osoba stane objektem zájmu i v případě jiných trestných činů. Problematika sexuálně motivovaných útoků je závažná a oběť silně traumatizuje. Obzvláště u vybraných skupin lidí se tyto činy dlouho nemusí odhalit, a to i v případě vyšetřování není zcela jisté, že bude pachatel odhalen a potrestán. (Venglářová, Eisner, 2013, s. 157)

4.4.2 SIGNÁLY SEXUÁLNÍHO NÁSILÍ

Signály násilí se u osob s mentálním postižením hledají daleko obtížněji vzhledem ke specifickému způsobu prožívání, chování i komunikace mohou být signály nebo příznaky u lidí s mentálním postižením odlišné od běžnějších známek zneužívání nebo znásilnění u zdravé populace. (Venglářová, Eisner, 2013, s. 157)

Mnoho pracovníků se v dobrém úmyslu snaží situaci vyšetřit. Klient je traumatizován a může dojít ke zkreslení informací pro pozdější vyšetřování. Vždy se snažíme zajistit bezpečí, dohlížet a nenechávat klienta v situacích, kdy by mohlo k něčemu dojít. Pokud máme podezření, že v rodině dochází ke zneužívání, je situace obtížně řešitelná. Snadněji se rozhoduje v případě, pokud je klientovi méně než 15 let. Pokud se jedná o dospělého klienta, což je nejčastější situace při podezření na zneužívání, je obtížné do situace vstoupit. Vše se může dít jen se svolením klienta, který se nebrání sexuálnímu násilí z různých důvodů: Nerozumí, co se děje, proto se nebrání a necítí se být zneužíván. Neprožívá situaci jako nepříjemnou nebo ohrožující. Vše akceptuje jako součást pobytu doma, má obavy, že kdyby se vzepřel, tak už domů jezdit nebude. Klientovi je vyhrožováno, ale je nucen mlčet. (Venglářová, Eisner, 2013, s. 158)

5 ZAŘÍZENÍ PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Tato kapitola obsahuje historii ústavní péče, současné poslání ústavní péče a některé formy péče o osoby s mentálním postižením.

5.1 HISTORIE ÚSTAVNÍ PÉČE

Mühlpachr (2001 In Pipeková, 2006, s. 125) uvádí, že ústavní péče pro osoby s mentální retardací měla v průběhu vývoje společnosti různé podoby. Vývoj ústavní péče byl ovlivněn hlavně náboženským a politickým smyšlením, kulturou a ekonomickou vyspělostí té dané společnosti. V prvobytně pospolné společnosti neexistovala žádná forma institucionální péče. Duševní choroby byly v té době vykládány z pohledu magie. Vyhánění ducha – exorcismus – bylo chápáno jako léčba. První internační institucí se stal chrám, který plnil léčebnou i trestní funkci. Pokud postižený nerespektoval chrámovou léčbu, tak by vykázán ze společnosti, což vedlo k jisté smrti.

Mühlpachr (2001 In Pipeková, 2006, s. 125) uvádí, že v období středověku se mentálně retardovaní uchýlovali do klášterů, kde se zřizovaly hospitály, což byla zařízení nemocničního typu. Péče v těchto zařízeních byla sociálně-charitativní. Duševní choroby se v tomto období vykládaly z pohledu náboženství jako trest boží.

Mühlpachr (2001 In Pipeková, 2006, s. 125) dále popisuje dobu osvícenství, která přináší vznik velkých špitálů a internačních budov. Špitály a internační budovy byly institucí polosoudní, což znamenalo, že neplnily funkci lékařskou, ale hlavně vězeňskou. Počátkem 18. století se zřizují velké ústavy, kde jsou mentálně retardovaní umístěni společně s vojáky, duševně chorými, žebravými a kriminálními jedinci.

V Čechách se postupně vybudovává celá řada ústavů sociální péče. Objekty ústavů sociální péče byly vybudovány v opuštěných zámeckých objektech a budovách, které byly mimo veřejnost. Šlo o zařízení, kde klienti byli rozděleni z hlediska věku a pohlaví. Péče v zařízeních byla hlavně zdravotní a sociální. Klienti byli vřazováni na základě zhodnocení do zdravotního, nebo do výchovného oddělení. Zdravotní oddělení zahrnovalo hlavně péči ošetrovatelskou a rehabilitační. Výchovné oddělení zajišťovalo péči výchovnou, která byla orientována na pracovní činnost. Do ústavů sociální péče byly umísťovány osoby s různým stupněm mentální retardace – a to i jedinci s lehkým stupněm mentální retardace. Ústavy byly vždy plně obsazeny a někdy dokonce i přeplněny. To přispělo k tomu, že nově zbudované ústavy sociální péče se stávaly velkokapacitními. Výchovně-vzdělávací činnost se

realizovala jen v ústavním prostředí a tímto způsobem byli postižení postupně vyčleňováni z běžného života, i když úkoly a cíle ústavů sociální péče měly přispívat k jejich výchově a rozvoji. Situace se mění po roce 1989, kdy dochází ke změnám ve společnosti. Cílem je transformovat velké ústavy sociální péče, zlepšit jejich materiální vybavení, zaměřit se na komplexní péči o klienty a nejenom uspokojovat jejich potřeby, ale také rozvíjet zájmy, posilovat dovednosti a vést tyto lidi k soběstačnosti. (Pipeková, 2006, s. 127)

5.2 SOUČASNÉ POSLÁNÍ ÚSTAVNÍ PÉČE

Ústavní péče patří mezi jednu ze základních forem sociálních služeb. Obvykle přichází v úvahu, když rozsah a náročnost potřebné péče překročí možnost rodiny a je nutno zajistit přechodně nebo trvale komplexní péči člověku, který tuto péči potřebuje. Posláním ústavní sociální péče pro osoby s mentální retardací je pomoc rodinám s výchovou a péčí o děti, mládež a o dospělé s mentální retardací. Existence ústavů sociální péče u nás je spojena s tím, jak se vyvíjí naše společnost. Ta ještě není úplně připravena na nové formy péče o osoby s mentální retardací – osobní asistenci, komunitní péči, integrované bydlení, a proto je naléhavé se otázkami ústavní péče stále zabývat. Ústavní prostředí velmi zasahuje do života každého klienta ústavu, proto současná sociální práce se zaměřuje na pomoc rodinám s mentálně retardovaným jedincem. Cílem je, aby mohl každý mentálně retardovaný jedinec vyrůstat v rodinném prostředí. (Pipeková, 2006, s. 128)

5.3 NĚKTERÉ FORMY PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

5.3.1 OSOBNÍ ASISTENCE

Jedná s o sociální službu, která je obvykle poskytována v přirozeném sociálním prostředí jedince. Cílem osobní asistence je podpora samostatného života, podpora rozvoje vlastních zájmů. V minulosti se ve vztahu k lidem s mentální retardací jednalo o řízenou asistenci a volnou asistenci. Řízená asistence je založena zejména na blízkých osobách člověka s mentální retardací, kteří definují náplň a cíl asistence. Tuto asistenci můžeme vidět u osob, kteří mají sníženou schopnost vyjadřovat svá přání, nebo způsob jejich vyjádření není srozumitelný pro okolí. Na přání samotného uživatele je založena asistence volná,

uživatel se stává koordinátorem osobního asistenta a určuje mu jeho náplň činnosti díky vzájemné dohodě. S asistentem může člověk s mentální retardací navštěvovat různé veřejné instituce nebo podniky. U osob s mentální retardací má osobní asistence zejména tři základní prvky: 1. Pomáhá kompenzovat primární postižení intelektu. 2. Aktivizuje a podporuje jedince k nezávislosti a k větší samostatnosti. 3. Snaží se o rozvoj a nácvik dovedností, které jsou nezbytné k samotnému životu. (Lečbych, 2008, s. 71)

5.3.2 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

Tento druh bydlení je určen pro osoby s mentální retardací a mají sníženou schopnost sebeobsluhy, a to v oblastech péče o sebe a péče o domácnost a kteří chtějí samostatně žít v běžném prostředí. Služba se realizuje v bytě, který se nachází v běžné řadové zástavbě a je spravován poskytovatelem služby. (Lečbych, 2008, s. 73)

Jedná se o dlouhodobou pobytovou službu, která je poskytována osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé osoby. Tento druh bydlení má formu individuálního a skupinového bydlení a osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta. Služba zahrnuje poskytování stravy, nebo pomoc při zajišťování stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné a vzdělávací i aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu s okolím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování svých práv a zájmů. Tato služba se poskytuje za úplatu. (Černá, 2008, s. 182)

Jde o bydlení v bytě, který se nachází ideálně v běžné zástavbě a patří poskytovateli sociální služby. V bytě bydlí jeden nebo více uživatelů, kteří se podle svých možností podílejí na vedení své domácnosti. Klienti jsou v kontaktu s pracovníky sociální agentury. Služby jsou klientovi poskytovány sociálním pracovníkem, pečovatelem nebo asistentem a to podle individuální potřeby. (Matoušek, 2008, s. 74)

Jelínková (2001 In Pipeková, 2006, s. 115) uvádí složení komplexu služeb. Patří zde ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, kontakt se společenským prostředím a pomoc s navázáním, udržením a rozvojem sociálních kontaktů jedince.

Dále Jelínková (2001 In Pipeková, 2006, s. 75) do komplexu služeb přidává ještě obecné poradenství, což zahrnuje poskytování základních informací o právech a povinnostech občanů, jejich nárocích, které vyplývají z právního systému a o dostupných službách a dále pomoc při prosazování práv a zájmů, což je činnost konaná ve prospěch klienta, jako je například vyjednávání a advokacie.

5.3.3 PODPOROVANÉ BYDLENÍ

Podporované bydlení je určeno lidem s mentální retardací, kteří chtějí samostatně žít a jejich schopnost pečovat o domácnost je snížena. Na rozdíl od chráněného bydlení je služba poskytována v bytě, který je ve vlastnictví uživatele služby. Podstatou této služby je pomoc s vedením domácnosti včetně hospodaření, činnosti spojené s péčí o byt a podle potřeby pomoc v oblasti osobní péče. Tato pomoc se obvykle realizuje osobním asistentem. (Lečbych, 2008, s. 74)

Tento druh bydlení je sociální službou, která je poskytována osobám se zdravotním postižením. Situace těchto osob vyžaduje pomoc jiné osoby a služba se poskytuje v domácnosti těchto osob. Tato služba obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a také pomoc při prosazování zájmů a práv jednotlivce. Tato služba je poskytována za úplatu. (Černá, 2008, s. 182)

5.3.4 KOMUNITNÍ BYDLENÍ

Je určeno dospívajícím lidem s mentální retardací, kteří dávají přednost způsobu bydlení bez rodičů, ať už na přechodnou dobu, nebo se připravují na samostatné nebo částečné samostatné bydlení. Služba se obvykle poskytuje ve speciálních domech, ve kterém má každý uživatel samostatný pokoj nebo bydlí se spolubydlícím. Jednotliví uživatelé se podílejí na chodu domácnosti společně, sdílejí společenské prostory a personál jim v oblasti bydlení poskytuje stálou podporu. (Lečbych, 2008, s. 73)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktickou část bakalářské práce jsem realizovala v Naději o.s. ve Zlíně. Výzkum jsem zaměřila na kvalitu života osob s mentálním postižením, protože mě zajímalo, jaký mají názor rodinní příslušníci na kvalitu života jedince s mentálním postižením, se kterým žijí v jedné domácnosti.

6.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Motivací pro výběr této problematiky pro mě především bylo zjistit názor rodinného příslušníka na kvalitu života osob s mentálním postižením.

6.2 VÝZKUMNÝ CÍL

Ve výzkumu se snažím prozkoumat problematiku pohledu na život osob s mentálním postižením a jeho kvalitu očima rodinných příslušníků, kteří sdílejí s těmito jedinci společnou domácnost.

V rámci výzkumných cílů jsem zvolila jednu hlavní otázku a několik dílčích výzkumných otázek.

Hlavní výzkumná otázka:

- 1.) Jak vnímají rodinní příslušníci kvalitu života osob s mentálním postižením?

Dílčí výzkumné otázky:

- 2.) V jakých oblastech života to má osoba s mentálním postižením složitější? A potřebují klienti pomoc druhé osoby v každodenních činnostech?
- 3.) V jakých oblastech života to má osoba s mentálním postižením naopak jednodušší?
- 4.) Jak se vám líbí Naděje o.s. a jaké činnosti vykonává osoba s mentálním postižením v Naději o.s. a ve svém volném čase?
- 5.) Potřebují klienti pomoc druhé osoby v každodenních činnostech?
- 6.) Jaký je názor klientů na partnerský a sexuální život?

6.3 METODIKA VÝZKUMU

Vzhledem k tomuto zvolenému tématu, kde jsem se chtěla dozvědět co nejvíce informací od malého vzorku respondentů, jsem zvolila kvalitativní výzkum, technika rozhovoru.

6.3.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Tomaszewski (1963 In Kutnohorská, 2009, s. 22) uvádí: *„Kvalitativní výzkum spočívá v analýze zkoumaných jevů, odhalení jejich elementárních složek. Odhalení spojení a závislostí, které jsou mezi nimi, v charakteristice jejich celostní struktury, interpretaci smyslu nebo funkce, kterou plní.“*

Loučková (2005 In Kutnohorská, 2009, s. 23) : *„Tento druh výzkumu je hodně náročný na čas, vědomosti i dovednosti badatele, hlavně na cit pro analýzu textových dat, schopnost analytického a kreativního myšlení, schopnost syntézy a je nutná i sociologická imaginace neboli oproštění se od reality každodenního života a náhled na daný sociologický problém v širším kontextu celé společnosti.“*

Kvalitativní výzkum je charakteristický malým počtem respondentů, využívá individuální a skupinové rozhovory v hlubší míře. V zájmu výzkumu stojí člověk a lidé, ale i lokality, ve kterých tito lidé žijí a pracují. Vytyčený problém není nikdy úplně ohraničený a při výzkumu je neustále průběžně vyjasňovaný a rozvíjený. (Kutnohorská, 2009, s. 24)

6.3.2 POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Milovský (2006 In Kutnohorská, 2009, s. 40) uvádí, že tento typ rozhovoru je náročnější na technickou přípravu. Vytvoříme nějaké určité schéma, které je pro tazatele závazné a vymezíme si určité okruhy otázek, na které se budeme ve výzkumu ptát. Pořadí těchto otázek můžeme zaměňovat. U polostrukturovaného rozhovoru rozhodují také vnější vlivy, kterými jsou např. prostředí, v němž je rozhovor prováděn, ale i délka trvání rozhovoru.

6.4 RESPONDENTI A LIMITACE RESPONDENTŮ

Výzkumný vzorek byl vybrán záměrně, abych mohla zjistit názor rodinných příslušníků na kvalitu života osob s mentálním postižením. Výzkumný vzorek tvoří 6 respondentů, kteří se skládají z rodinných příslušníků.

6.4.1 MÍSTO REALIZACE VÝZKUMU

Výzkumná část byla realizována v Naději o.s. pobočka ve Zlíně, a to konkrétně v sociálně-terapeutických dílnách na Letné, které jsou součástí Domu Naděje ve Zlíně. Pobočka Naděje o.s. ve Zlíně byla založena v roce 1992. V současné době je ve Zlínské pobočce Naděje o.s. registrováno podle Zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách šest sociálních služeb mezi které patří denní stacionář, dvě sociálně-terapeutické dílny, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením. (Sociálně terapeutické dílny Letná, 2013)

6.5 TECHNIKY VÝZKUMU

V rámci své bakalářské práce jsem pro svůj kvalitativní výzkum zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru s rodinnými příslušníky.

Techniku polostrukturovaného rozhovoru jsem zvolila kvůli zjištění většího množství informací.

Rozhovory byly realizovány se souhlasem vedoucího pracovníka Naděje o.s. pana Vítka a se souhlasem rodinných příslušníků a byla zde zachována i ochrana osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a poté přepsány do písemné podoby.

6.6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

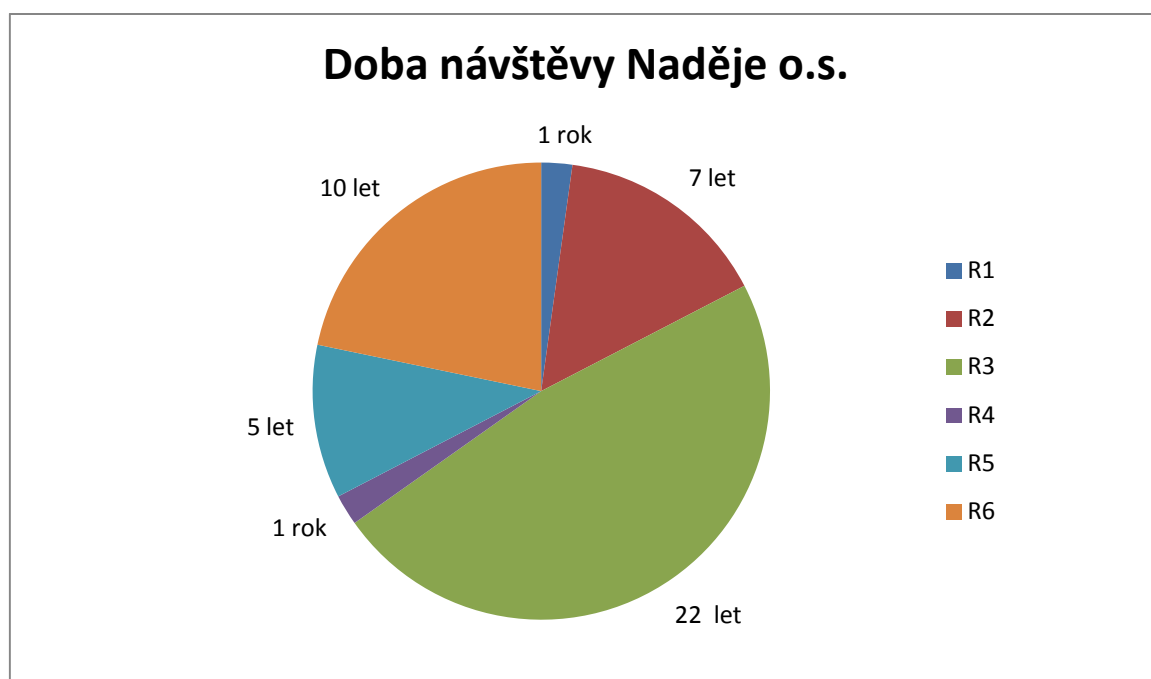
Při transkripci informací byly jednotlivé věty nebo jejich části označeny kódy. Ke zpracování získaných informací jsem zvolila sekundární analýzu dat, otevřené a axiální kódování.

V závěrečné fázi bakalářské práce provedu analýzu a interpretaci získaných dat z rozhovorů s rodinnými příslušníky osob s mentálním postižením a na základě jejich výpovědí odpovím na dílčí výzkumné otázky.

Tabulka 1: Doba návštěvy Naděje o.s.

| Respondenti | |
|-------------|-----------------|
| R1 | Jeden rok. |
| R2 | Sedm let. |
| R3 | Dvacet dva let. |
| R4 | Jeden rok. |
| R5 | Pět let. |
| R6 | Deset let. |

Graf 1: Doba návštěvy Naděje o.s.



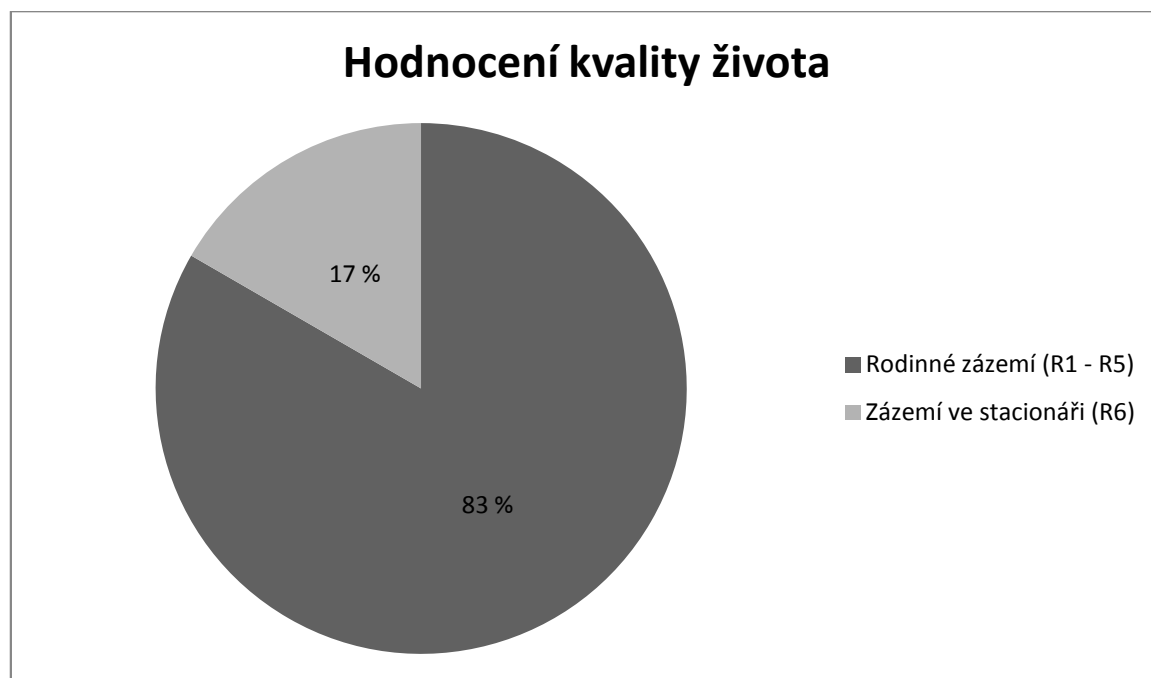
Komentář:

Z výpovědí všech šesti respondentů vyplynuly různé odpovědi. Respondenti R1 a R4 odpověděli, že osoby, žijící ve společné domácnosti navštěvují Naději o.s. jeden rok. Dále R5 odpověděl, že do Naděje o.s. dochází pět let, R2 odpověděl, že Naději navštěvuje sedm let, R6 odpověděl, že ji navštěvuje deset let a nejdéle navštěvuje Naději o.s. osoba žijící s R3 a to dvaadvacet let.

Tabulka 2: Hodnocení kvality života blízké osoby trpící mentální retardací

| | |
|----|---|
| R1 | Zatím má dobré zázemí doma. |
| R2 | Spokojený v rámci rodiny, mimo rodinu není schopen samostatně fungovat. |
| R3 | Má kolem sebe širší milující rodinu, zatím je to velké šťastné dítě. |
| R4 | Je rád doma. |
| R5 | Rodina ji podporuje. |
| R6 | Je ráda ve stacionáři. |

Graf 2: Hodnocení kvality života blízké osoby trpící mentální retardací



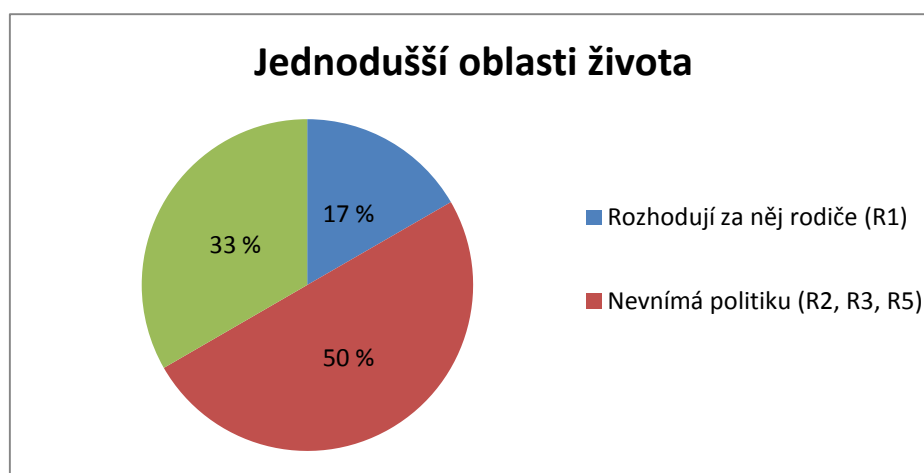
Komentář:

Z tohoto grafu jasně vyplívá, že respondenti R1-R5 hodnotí kvalitu života osoby s mentálním postižením tak, že mají tyto osoby dobré rodinné zázemí, jen respondent R6 na tuto otázku odpověděl tak, že má tato osoba dobré zázemí ve stacionáři.

Tabulka 3: Rozdíl mezi složitějšími a jednoduššími oblastmi života mentálně retardované osoby

| | V jakých oblastech života to má osoba s mentálním postižením složitě? | V jakých oblastech to má naopak jednodušší? |
|----|---|---|
| R1 | V komunikaci s lidmi. | Zatím za něj rozhodují rodiče, je o něj dobře postaráno. |
| R2 | V navazování kontaktů a přátelství, v otázkách financí. | Nevnímá politické problémy. Nedělá si existenční starosti. |
| R3 | Málo soběstačný, potřebuje doprovod a asistenci. | Nezná cenu peněz, nechápe politiku, trápí ho jen to, co se ho týká. |
| R4 | Musí mít neustálý doprovod druhé osoby. | Netrápí ho, co se děje kolem ní. |
| R5 | V získávání nových přátel. | Nechápe ekonomickou a politickou situaci. |
| R6 | Neustálá asistence někoho z rodiny. | Je jí jedno, co se ve světě děje, nechápe to. |

Graf 3: V jakých oblastech to má osoba s mentálním postižením jednodušší



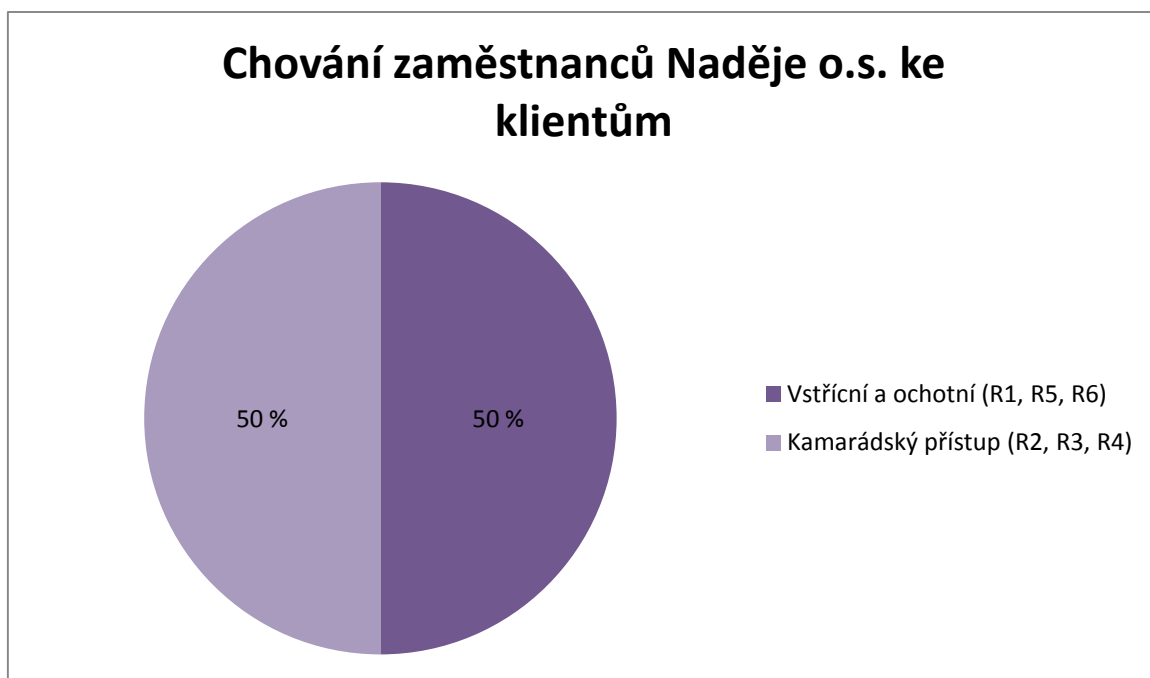
Komentář:

R1 si myslí, že v tom, že za něj rozhodují rodiče. R2, R3 a R5 uvádí, že osoby s mentálním postižením nevnímají politiku a respondenti R4 a R6, že nechápou, co se kolem nich děje.

Tabulka 4: Chování zaměstnanců Naděje o.s. ke svým klientům

| | |
|----|---|
| R1 | Jsou vstřícní, dobře přistupují k individuálním potřebám, zvláštěm, v myšlenkových postupech syna, syn je respektuje. |
| R2 | Přístup je přátelský. |
| R3 | Přístup je kamarádský, motivují je. |
| R4 | Berou je, jako své přátele. |
| R5 | Jsou velmi ochotní a vstřícní. Ceníme si toho. |
| R6 | Velmi dobrý přístup ke klientům. Jsou velmi vstřícní a obětaví. |

Graf 4: Jak se chovají zaměstnanci Naděje o.s. ke svým klientům

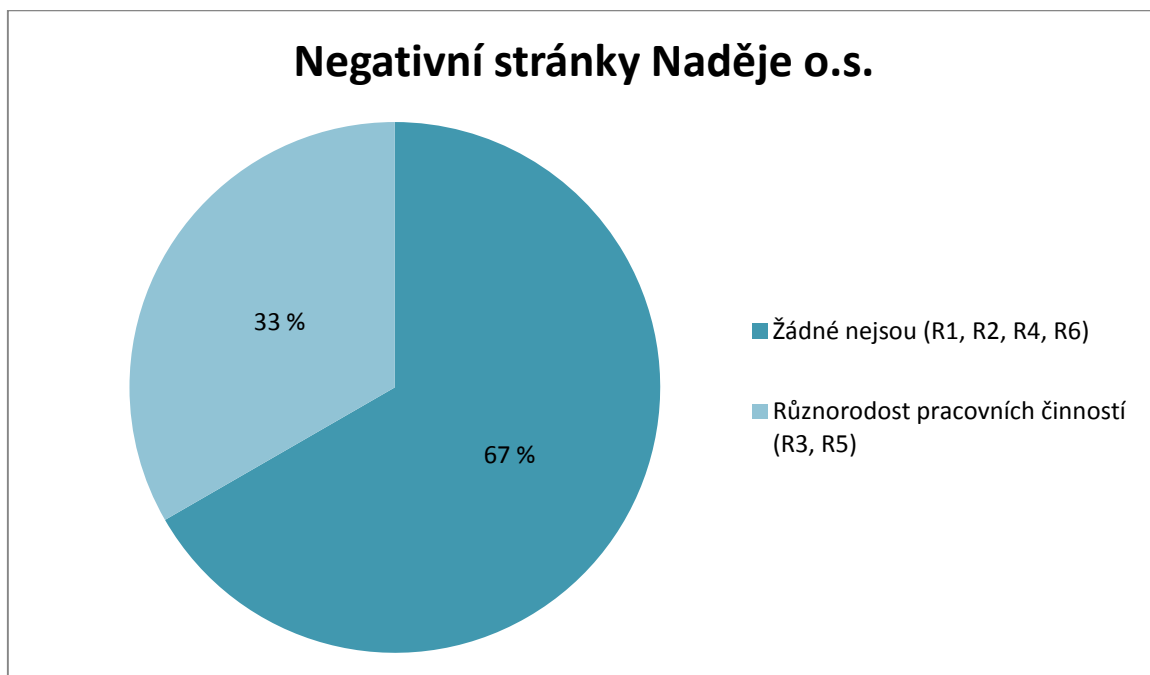
**Komentář:**

Z odpovědí R1, R5, R6 vyplynulo, že zaměstnance Naděje o.s. vnímají, jako vstřícné a ochotné. R2, R3 a R4 odpověděli, že zaměstnanci Naděje o.s. mají ke svým klientům kamarádský vztah.

Tabulka 5: Pozitivní a negativní stránky Naděje o.s.

| | Co se Vám na Naději o.s. líbí? Jaké vykonává činnosti ve svém volném čase a jaké aktivity vykonává v Naději o.s.? | Co se Vám na Naději o.s. nelíbí a co byste chtěl/a změnit? |
|----|--|--|
| R1 | Jsem spokojená, Naděje zcela vyhovuje synovi. V Naději se nezúčastňuje žádných volnočasových aktivit a ve svém volném čase rád čte, kreslí a surfuje na internetu. | Momentálně mě nic nenapadá. |
| R2 | Klienty nenutí do ničeho, co dělat nechtějí a ti se cítí bezpečně. V Naději rád maluje a chodí do plavání a ve volném čase pomáhá s luxováním. | Nevím. |
| R3 | Přátelské a bezpečné prostředí umožňující sociální realizaci postižených. V Naději žádné aktivity nedělá a ve volném čase si hraje a sleduje pohádky. | Větší různorodost pracovních činností a jejich střídání. |
| R4 | Naděje nám vyhovuje po všech stránkách. V Naději ráda maluje a doma pomáhá na zahradě a s domácími pracemi. | O ničem nevím. |
| R5 | Prostředí je bezpečné. Ve stacionáři ráda hraje šipky a karty a doma nám pomáhá s úklidem a sleduje ráda pohádky. | Různé druhy činností. |
| R6 | Přátelský přístup i bezpečné okolí. V Naději se ničeho nezúčastňuje. | Nic mě nenapadá. |

Graf 5: Negativní stránky Naděje o.s.



Komentář:

Další výzkumnou otázkou bylo, jaké jsou negativní stránky Naděje o.s. Odpovědi, že žádné negativní stránky nejsou, uvedli respondenti R1, R2, R4 a R6. Respondenti R3 a R5 se shodli na tom, že negativem je různorodost pracovních činností.

Tabulka 6: Vhodnost zařízení pro rozvoj pracovních dovedností a možnost uplatnění postižených osob na trhu práce

| | Je Naděje o.s. vhodné zařízení pro rozvoj pracovních dovedností? | Jak hodnotíte možnost uplatnění mentálně postižených osob na trhu práce? |
|----|--|--|
| R1 | Ano. | Do práce jsou zařizováni jen ti s lehčím postižením. |
| R2 | Ano je vhodné. | Nemám osobní zkušenost, myslím, že velmi omezené. |
| R3 | Myslím si, že ne. | Zaměstnání postižených bude jen výjimkou. |
| R4 | Určitě ano. | Mohou pracovat jen ti, kteří mají lehký stupeň mentální retardace. |
| R5 | Ano. | Mají omezené možnosti se do práce dostat. |
| R6 | Ano. | Je to složité se uplatnit na trhu práce. |

Graf 6: Je zařízení vhodné pro rozvoj pracovních dovedností osob s mentálním postižením



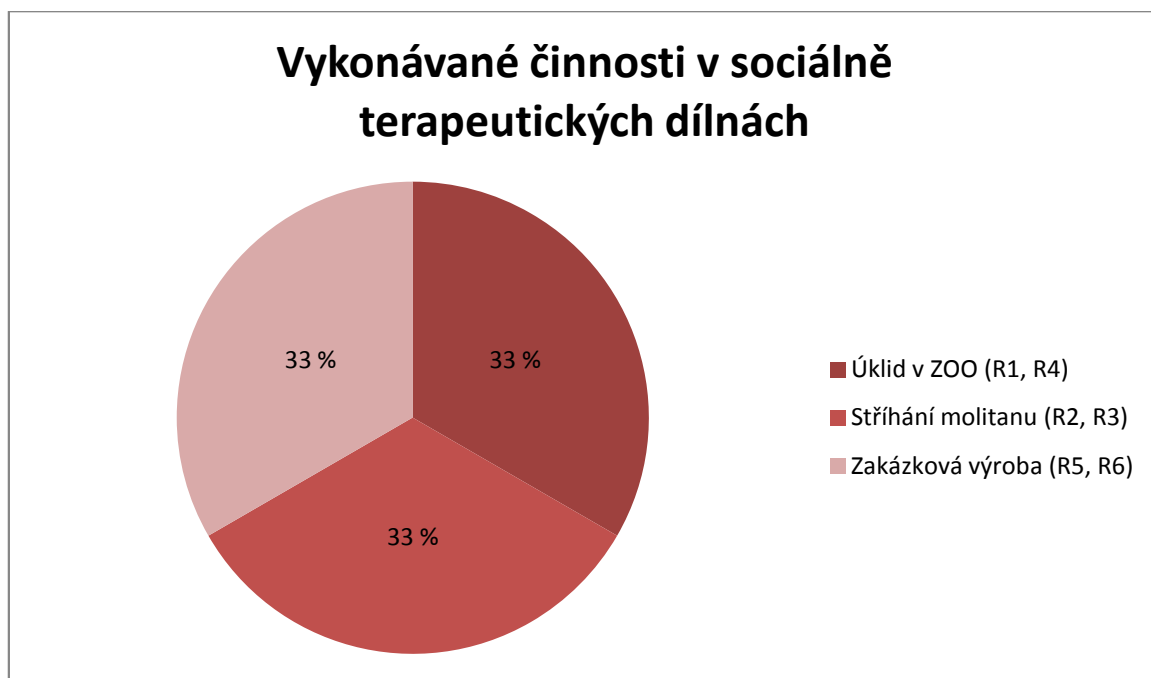
Komentář:

Respondenti R1, R2, R4, R5 a R6 se domnívají, že je zařízení Naděje o.s. vhodné pro rozvoj pracovních dovedností pro osoby s mentálním postižením. Opak si myslí R3.

Tabulka 7: Vykonávané činnosti v sociálně terapeutických dílnách

| | |
|----|---|
| R1 | Občas uklízí v Zoo Lešná, v lázních |
| R2 | Stříhá molitan, jiné činnosti nezvládá. |
| R3 | Stříhá a trhá molitan. |
| R4 | Uklízí v Zoo a trhá molitan. |
| R5 | Balí přibory a jinou zakázkovou práci. |
| R6 | Pracuje na zakázkové výrobě. |

Graf 7: Vykonávané činnosti v sociálně terapeutických dílnách

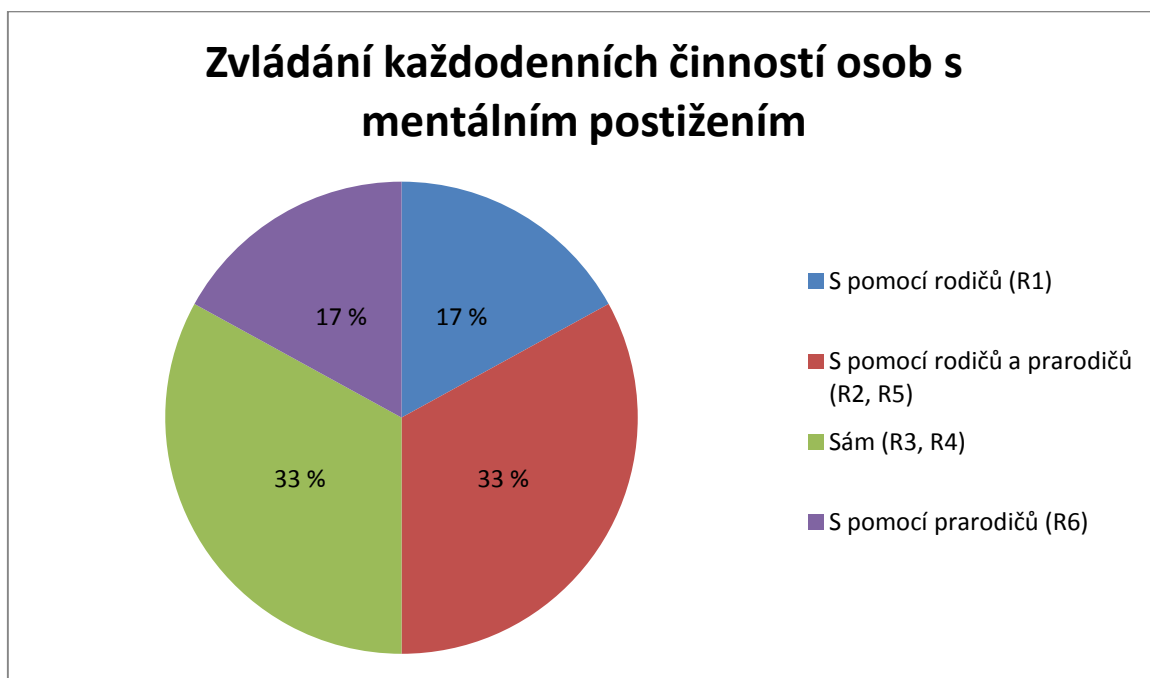
**Komentář:**

Ptala jsem se i na to, jaké činnosti vykonává osoba s mentálním postižením v sociálně-terapeutických dílnách. Respondenti R1a R4 uvedli, že uklízí v ZOO. Stříhání molitanu uvedli respondenti R2 a R3 a že osoby s mentálním postižením pracují na zakázkové výrobě, odpověděli respondenti R5 a R6.

Tabulka 8: Zvládání každodenních činností sám nebo s pomocí jiné osoby

| | |
|----|------------------------------------|
| R1 | S pomocí rodičů. |
| R2 | Zvládá s pomocí rodičů, prarodičů. |
| R3 | Činnosti zvládá sám. |
| R4 | Většinu činnosti vykonává sám. |
| R5 | S malou pomocí rodičů a prarodičů. |
| R6 | Pomáhají prarodiče. |

Graf 8: Zvládání každodenních činností osob s mentálním postižením



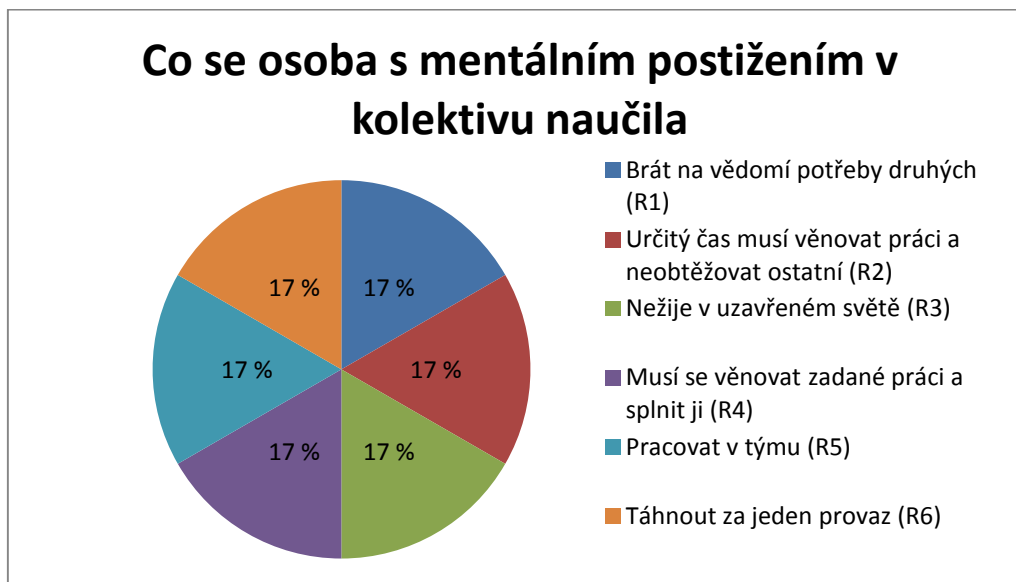
Komentář:

Respondenti odpověděli i na otázku, která se týkala zvládání každodenních činností osob s mentálním postižením. Osoby s mentálním postižením zvládají každodenní činnosti s pomocí rodičů, jak uvedl R1. S pomocí rodičů i prarodičů odpověděli respondenti R2 a R5. Osoba s mentálním postižením zvládá každodenní činnosti sám, uvedli R3 a R4. Jen s pomocí prarodičů odpověděl respondent R6.

Tabulka 9: Jak se cítí osoba s mentálním postižením v kolektivu a co se v něm naučil/a

| | Jak se cítí být součástí kolektivu? | Co se v kolektivu naučil/a? |
|----|---|--|
| R1 | Až na výjimky je v kolektivu rád, ale není schopen rovnocenné komunikace kvůli autistické poruše. | Brát na vědomí potřeby druhých. |
| R2 | Je spíše samotář. | Určitý čas musí věnovat práci a neobtěžovat ostatní. |
| R3 | Je spokojený. | Právě to, že nežije v uzavřeném světě. |
| R4 | Je rád, že je součástí kolektivu. | Musí se věnovat zadané práci a splnit ji. |
| R5 | Je určitě ráda, že do něj patří. | Pracovat v týmu a plnit si své úkoly. |
| R6 | Jsou dobrý kolektiv a dcera je ráda, že je v něm s nimi. | Táhnout za jeden provaz. |

Graf 9: Co se osoba s mentálním postižením v kolektivu naučila



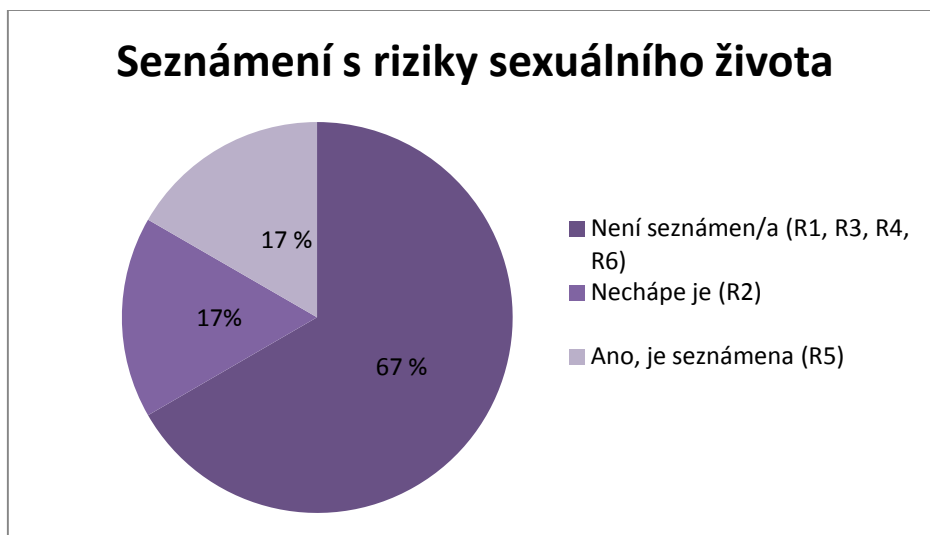
Komentář:

Zajímalo mě také, co se osoba s mentálním postižením v kolektivu naučila. Od R1 jsem se dozvěděla, že se naučila brát na vědomí potřeby druhých. Určitý čas musí věnovat práci a neobtěžovat ostatní uvedl R2. R3 uvedl, že nežije v uzavřeném světě. R4 se domnívá, že se musí věnovat zadané práci a splnit ji. Na tuto otázku odpověděl R5 tak, že se osoba s mentálním postižením naučila pracovat v týmu a táhnou za jeden provaz, uvedl R6.

Tabulka 10: Názor osoby s mentálním postižením na partnerský a sexuální život a seznámení s riziky sexuálního života

| | Jeho/její názor na partnerský a sexuální život. | Je seznámen/a s riziky sexuálního života? |
|----|---|--|
| R1 | V tomto směru je dítětem, nechápe to jako součást svého života. | Ne. |
| R2 | Bere partnerský život jako součást života, sám zatím svůj život k němu nesměřuje. | Myslím, že i když jsme náznakově o problému hovořili, nechápe jej. |
| R3 | Neodpověděla na otázku. | Ne. |
| R4 | Je to pořád ještě dítě. | Není. |
| R5 | Hovořili jsme o tom a chtěla by jednou založit rodinu. | Ano, je. |
| R6 | Nechápe, o co jde. | Není seznámena s riziky. |

Graf 10: Seznámení s riziky sexuálního života



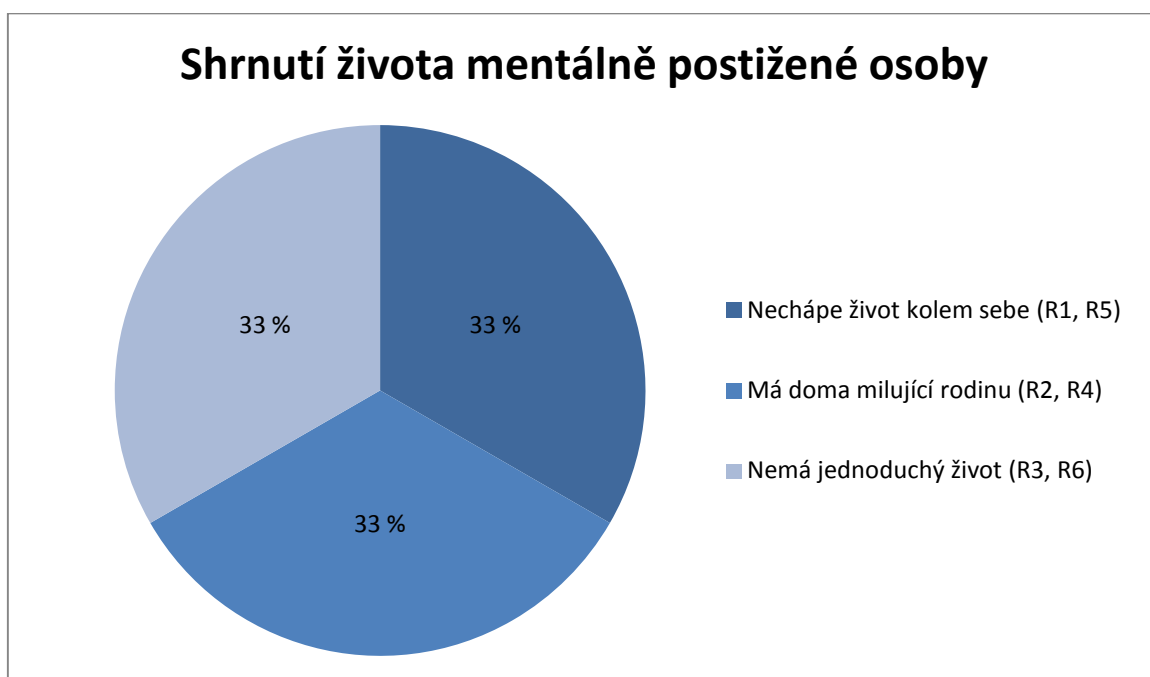
Komentář:

U této otázky jsem se dozvěděla, že osoba s mentálním postižením není seznámena s riziky sexuálního života – R1, R3, R4 a R6. Respondent R2 uvedl, že tyto rizika osoba s mentálním postižením nechápe. R5 odpověděl, že je tato osoba s riziky seznámena.

Tabulka 11: Shrnutí života mentálně postižené osoby

| | |
|----|--|
| R1 | Jde o záležitost, která probíhá mimo něj. |
| R2 | Má kolem sebe širší milující rodinu, zatím je to velké šťastné dítě. |
| R3 | Nemá to v životě jednoduché. |
| R4 | Díky dobrému prostředí doma je v životě šťastný. |
| R5 | Nechápe život probíhající kolem ní. |
| R6 | Její život je velmi složitý. |

Graf 11: Shrnutí života mentálně postižené osoby

**Komentář:**

Poslední výzkumnou otázkou byla, aby osoby žijící ve společné domácnosti s osobou s mentálním postižením shrnuli její život. R1 a R5 se shodli na tom, že nechápe život kolem sebe. Má doma milující rodinu, na tom se shodli R2 a R4. Respondenti R3 a R6 odpověděli, že osoba s mentálním postižením nemá jednoduchý život.

Tabulka 12: Kladené výzkumné otázky

| | Otázka |
|-----|---|
| 1. | Jak dlouho navštěvuje Naději o.s.? |
| 2. | Jak hodnotíte život a jeho kvalitu vaší blízké osoby, která trpí mentálním postižením? |
| 3. | V jakých oblastech života to má tato osoba podle vašeho názoru složitější? |
| 4. | V jakých oblastech života to má podle vašeho názoru naopak jednodušší? |
| 5. | Jak vykonávají zaměstnanci Naděje o.s. svoji práci? Jak se ke svým klientům chovají? |
| 6. | Je něco, co se Vám na Naději o.s. líbí? |
| 7. | Je něco, co se Vám na Naději o.s. naopak nelíbí a co byste chtěl/a změnit? |
| 8. | Myslíte si, že je Naděje o.s. vhodné zařízení pro rozvoj pracovních dovedností? |
| 9. | Jak hodnotíte možnost uplatnění mentálně postižených osob na trhu práce? |
| 10. | Jaké činnosti v sociálně-terapeutických dílnách vykonává? |
| 11. | Zvládá každodenní činnosti sám/sama, nebo s pomocí jiné osoby? Např. rodiče, prarodiče, sourozence. |
| 12. | Jakých se účastní v Naději o.s. volnočasových aktivit? |
| 13. | Jaké činnosti rád/a vykonává ve svém volném čase? |
| 14. | Vykonává ve svém volném čase i činnosti, které se naučil/a v Naději o.s.? |
| 15. | Jak se cítí, že je součástí kolektivu? |
| 16. | Co se v kolektivu naučil/a? |
| 17. | Jaký je jeho/její názor na partnerský a sexuální život? |
| 18. | Je seznámen/a s riziky sexuálního života? |
| 19. | Jak byste tento život shrnul? |

7 DISKUZE

Výsledkem výzkumu bylo jednoznačně zjištěno to, že osoby žijící ve společné domácnosti s osobami s mentálním postižením považují jejich kvalitu v tom, že mají tyto osoby vedle sebe milující rodinu a dobré rodinné zázemí. Všichni respondenti se na tom 100 % shodli.

Velmi se mi líbila ochota respondentů při poskytování informací a i to, že se nebáli o této problematice promluvit.

Hlavní dílčí výzkumná otázka má odpovědět na to – *Jak hodnotíte život a jeho kvalitu vaší blízké osoby, která trpí mentálním postižením?*

Respondenti odpovídali na tuto výzkumnou otázku takto:

R1 odpověděla na tuto otázku „*zatím má dobré zázemí doma a ve stacionáři...*“

R2 uvedla „*je spokojený v rámci života rodiny, mimo rodinu není schopen samostatně fungovat...*“

R3 říká „*má kolem sebe širší milující rodinu, zatím je to velké šťastné dítě...*“

R4, R5 a R6 se shodli na tom, že jsou spokojení v rodině.

U všech respondentů z oblasti rodinných příslušníků bylo zjištěno, že hodnotí život osoby s mentálním postižením tak, že jsou tyto lidé spokojení ve své rodině a v rodinném zázemí.

Další dílčí výzkumnou otázkou bylo - *V jakých oblastech života to má osoba s mentálním postižením složitější?*

R1 a R2 se shodli na tom, že tyto osoby to mají složitě v navazování kontaktu a v komunikaci.

R3 odpověděla „*málo soběstačný, potřebuje doprovod, asistenci...*“ a s tím se ztotožňují i odpovědi R4 a R6.

Osoby s mentálním postižením to mají složitější i v navazování nových přátelství – R2 a R5

Součástí této dílčí výzkumné otázky byla i otázka - *Potřebují klienti pomoc druhé osoby v každodenních činnostech?*

„Činnosti, které vykonává, tak zvládá s pomocí rodičů“, řekl R1. Respondenti R2 a R5 se shodli na tom, že „každodenní činnosti zvládá s pomocí rodičů a prarodičů“. To, že „každodenní činnosti zvládá sám“, uvedli R3 a R4. „Zvládá to pouze s pomocí prarodičů“, odpověděl R6.

Výzkumnou otázku - *V jakých oblastech života to má osoba s mentálním postižením naopak jednodušší? Vidí R2, R3 a R5 velmi podobně.*

R2 říká „nevnímá politické problémy, nedělá si existenční starosti“ a na ní navazuje i R3, která uvádí „nezná cenu peněz, nechápe politiku, trápí ho jen to, co se ho týká“

R5 odpověděl „Nechápe politickou a ekonomickou situaci“.

Jiným pohledem na tuto otázku odpovídá R1 „zatím za něj rozhodují rodiče, je o něj dobře postaráno“

Ještě jiným pohledem na tuto otázku odpověděli R4 i R6 a shodují se na tom, že:

„Netrápí ji, co se děje kolem ní“. – R4

„Je mu jedno, co se ve světě děje, nechápe to“. – R6

Výzkumná otázka - *Jak se vám líbí Naděje o.s. a jaké činnosti vykonává osoba s mentálním postižením v Naději o.s. a ve svém volném čase?*

R1 říká „Jsem spokojená, Naděje zcela vyhovuje synovi. V Naději se nezúčastňuje žádných volnočasových aktivit a ve svém volném čase rád čte, kreslí a surfuje na internetu“.

R2 uvádí „Klienty nenutí do ničeho, co dělat nechtějí a ti se cítí bezpečně. V Naději rád maluje a chodí do plavání a ve volném čase pomáhá s luxováním“.

R3 odpověděl „Přátelské a bezpečné prostředí umožňující sociální realizaci postižených. V Naději žádné aktivity nedělá a ve volném čase si hraje a sleduje pohádky“.

R4 uvádí „Naděje nám vyhovuje po všech stránkách. V Naději ráda maluje a doma pomáhá na zahradě a s domácími pracemi“.

Na bezpečném prostředí se shodl s R3 i R5 a odpovídá „Prostředí je bezpečné. Ve stacionáři ráda hraje šipky a karty a doma nám pomáhá s úklidem a sleduje ráda pohádky“. A

na to navazuje i R6 s tím, že „*Přátelský přístup i bezpečné okolí. V Naději se ničeho nezúčastňuje*“.

Další otázkou bylo - *Potřebují klienti pomoc druhé osoby v každodenních činnostech?*

„*S pomocí rodičů*“ – R1.

„*Každodenní činnosti zvládá s pomocí rodičů a prarodičů*“, říká R2 a připojuje se i R5 a uvádí „*S malou pomocí rodičů a prarodičů*“.

R3 a R54 se shodují „*Činnosti zvládá sám*“.

„*Pomáhají jen prarodiče*“ uvádí R6.

Poslední dílčí otázka byla - *Jaký je názor klientů na partnerský a sexuální život?*

R1 říká „*V tomto směru je dítětem, nechápe to jako součást svého života*“ a s ním se shoduje R4 a uvádí „*Je to pořád ještě dítě*“.

„*Bere partnerský život jako součást života, sám zatím svůj život k němu nesměřuje*“ – R2

Respondent R3 na otázku neodpověděl.

R5 uvádí „*Hovořili jsme o tom a chtěla by jednou založit rodinu*“.

A R6 říká „*Nechápe, o co jde*“.

Aplikace v praxi:

Z výzkumu vyplynulo, že život osob s mentálním postižením je kvalitnější v domácím prostředí a toto zjištění může posloužit zdravotně sociálním pracovníkům k jejich rozhodování.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala zjištěním toho, jak vnímají kvalitu života osob s mentálním postižením jejich členové rodiny.

Teoretická část, která je rozdělena na pět kapitol, se týkala vymezením pojmu mentální retardace, příčiny mentální retardace, klasifikace mentální retardace a specifické syndromy spojené s mentální retardací. Druhou kapitolou byla historie péče o osoby s mentální retardací. Další kapitola s názvem vzdělávání žáků s mentální retardací se zabývala praktickou školou, základní praktickou školou, základní školou speciální, odbornými učilišti a večerní školou. Čtvrtá kapitola zahrnovala kvalitu života. Nejprve jsem popsala definici kvality života a její měření a následně mě zajímalo i pracovní uplatnění lidí s mentální retardací. Velmi zajímavé mi přišlo zjistit názor na jejich sexuální a partnerský život. Teoretickou část jsem zakončila kapitolou, která obsahuje zařízení pro lidi s mentálním postižením a některé formy péče o tyto osoby.

Praktickou část jsem zaměřila na odpovědi šesti respondentů, kteří žijí ve společné domácnosti s osobou, která trpí mentálním postižením. Výzkumnou část jsem realizovala v Naději ve Zlíně, a to konkrétně v sociálně-terapeutické dílně na Letné, ulice Bratří Sousedníků. Praktická část byla rozdělena na jednu hlavní výzkumnou otázku a na několik dílčích výzkumných otázek. Data byla zjišťována metodou polostrukturovaného rozhovoru. Mým cílem bylo zjistit, jak blízcí hodnotí kvalitu a život mentálně postižené osoby. Z výzkumu vyplynulo, že všichni oslovení respondenti se shodli na tom, že základ kvalitního života mentálně postižené osoby je spojený s tím, že jsou tyto osoby spokojené v domácím prostředí a že mají kolem sebe milující rodinu.

Podle mého názoru je pro osoby s mentálním postižením velmi důležité, aby věděly, že někam patří. Každý člověk, bez ohledu na to, jestli má nějaké postižení nebo znevýhodnění je pro nás i pro naši společnost velmi důležitý. Je to člověk, jako každý jiný a proto buďme k těmto lidem milí, přátelští a nebojme se jim podat pomocnou ruku, neboť nevíme, jestli se i my neocitneme v situacích, kdy budeme tuto pomocnou ruku potřebovat.

Výzkum, který byl prováděn, bych zhodnotila tak, že jsem velmi ráda, že se osoby žijící ve společné domácnosti snaží zvyšovat kvalitu života osobám s mentálním postižením tak, že těmto osobám dávají pocit lásky a bezpečí v domácím prostředí. Je hezké vidět, že tyto znevýhodněné osoby dokážou fungovat i díky tomu, jak se o ně doma starají. Určitě není lehké se starat o osobu s mentálním postižením a lidé, kteří tento složitý úkol zvládají, dávám klobouk dolů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ, 2007. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: texty k distančnímu vzdělávání*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 9788073151584.
- [2] CALLAGHAN, Patrick, 2012. *Emergencies in mental health nursing*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press. Emergencies in-- series. ISBN 0199561419.
- [3] ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ, 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 9788073673192.
- [4] ČERNÁ, Marie, 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 9788024615653.
- [5] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 9788073870140.
- [6] FRANIOK, Petr, 2008. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. Vyd. 3., dopl. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. ISBN 9788073686222.
- [7] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024727134.
- [8] LEČBYCH, Martin, 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024420714.
- [9] LUDÍKOVÁ, Libuše, 2012. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024432861.
- [10] LUDÍKOVÁ, Libuše, 2013. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024438276.
- [11] MANDZÁKOVÁ, Stanislava, 2013. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 9788026205029.
- [12] MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 8071785490.
- [13] MURGAŠ, Miroslav, 2011. *Vývin mozgu a jeho poruchy: vrozené chyby mozgu a miechy. Detská mozgová obrna. Rečový vývin a jeho poruchy. ADHD. Autizmus. Mentálna retardácia. Epilesia*. Bratislava: Osveta. ISBN 9788080633691.

- [14] PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton. ISBN 8072546570.
- [15] PIPEKOVÁ, Jarmila, 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Vyd. 1. Brno: MSD. ISBN 8086633403.
- [16] PIPEKOVÁ, Jarmila, 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 9788073151980.
- [17] ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva, 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8073670607.
- [18] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER, 2013. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 9788026203735.
- [19] ZEZULKOVÁ, Eva, 2013. *Rozvoj komunikační kompetence žáků s lehkým mentálním postižením*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 9788074643958.

Internetové zdroje:

- [20] Sociálně terapeutické dílny Letná, 2013. Zlín - Naděje [online]. Praha [cit. 2016-05-03]. Dostupné z: http://www.nadeje.cz/zlin/dum_nadeje_socialne_terapeuticke_dilny

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|-----|---------------------------------|
| R1 | Respondent 1 |
| R2 | Respondent 2 |
| R3 | Respondent 3 |
| R4 | Respondent 4 |
| R5 | Respondent 5 |
| R6 | Respondent 6 |
| MR | Mentální retardace |
| MKN | Mezinárodní klasifikace nemocí |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1: Doba návštěvy Naděje o.s. | 48 |
| Tabulka 2: Hodnocení kvality života blízké osoby trpící mentální retardací..... | 49 |
| Tabulka 3: Rozdíl mezi složitějšími a jednoduššími oblastmi života mentálně retardované osoby..... | 50 |
| Tabulka 4: Chování zaměstnanců Naděje o.s. ke svým klientům | 51 |
| Tabulka 5: Pozitivní a negativní stránky Naděje o.s. | 52 |
| Tabulka 6: Vhodnost zařízení pro rozvoj pracovních dovedností a možnost uplatnění postižených osob na trhu práce | 54 |
| Tabulka 7: Vykonávané činnosti v sociálně terapeutických dílnách..... | 55 |
| Tabulka 8: Zvládání každodenních činností sám nebo s pomocí jiné osoby..... | 56 |
| Tabulka 9: Jak se cítí osoba s mentálním postižením v kolektivu a co se v něm naučil/a | 57 |
| Tabulka 10: Názor osoby s mentálním postižením na partnerský a sexuální život a seznámení s riziky sexuálního života | 58 |
| Tabulka 11: Shrnutí života mentálně postižené osoby | 59 |
| Tabulka 12: Kladené výzkumné otázky..... | 60 |
| Tabulka 13: Kazuistika sociálně-terapeutické dílny Naděje o.s. ve Zlíně..... | 72 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Graf 1: Doba návštěvy Naděje o.s. | 48 |
| Graf 2: Hodnocení kvality života blízké osoby trpící mentální retardací..... | 49 |
| Graf 3: V jakých oblastech to má osoba s mentálním postižením jednodušší..... | 50 |
| Graf 4: Jak se chovají zaměstnanci Naděje o.s. ke svým klientům | 51 |
| Graf 5: Negativní stránky Naděje o.s..... | 53 |
| Graf 6: Je zařízení vhodné pro rozvoj pracovních dovedností osob s mentálním postižením | 54 |
| Graf 7: Vykonávané činnosti v sociálně terapeutických dílnách..... | 55 |
| Graf 8: Zvládání každodenních činností osob s mentálním postižením | 56 |
| Graf 9: Co se osoba s mentálním postižením v kolektivu naučila..... | 57 |
| Graf 10: Seznámení s riziky sexuálního života | 58 |
| Graf 11: Shrnutí života mentálně postižené osoby | 59 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|--|----|
| Obrázek 1: Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace (MNK-10) | 18 |
|--|----|

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI Kazuistika sociálně-terapeutické dílny Naděje o.s. ve Zlíně

PŘÍLOHA P I: KAZUISTIKA SOCIÁLNĚTERAPEUTICKÝCH DÍLEN NADĚJE ZLÍN

Tabulka 13: Kazuistika sociálně-terapeutické dílny Naděje o.s. ve Zlíně

| | |
|-------------------------|---|
| Vznik | Rok 1992 |
| O službě | Provoz sociálně terapeutických dílen je zajištěn celoročně v pracovní dny od 7 do 15 hodin. V 7 hodin je zahájena pracovní rehabilitace a terapie. Jedná se o košíkářské práce a práce v šicí dílně a drobné zakázky ručních prací, například kompletování a balení zboží. Po ukončení pracovní činnosti v dílnách mají uživatelé služeb možnost odebrání stravy v zařízení. Metody práce s klientem v dílnách jsou zaměřeny na podporu a pomoc při adaptaci na pracovní podmínky a praktický nácvik pracovních dovedností. Maximální počet uživatelů služby: 40 |
| Cíle poskytované služby | Cílem sociální služby je poskytnout klientům podporu, pomoc či možnost se zdokonalit v některé z následujících oblastí: <ul style="list-style-type: none"> • získávání a rozvíjení pracovních návyků • rozvoj komunikace, vztahy a spolupráce s ostatními • rozvíjení pracovních dovedností a motorických schopností • prohlubování hygienických návyků a zdokonalování péče o vlastní osobu • aktivní přístup k řešení své osobní, rodinné, jiné situace • orientace a samostatnost v životě v běžném sociálním prostředí • příprava na trh práce |
| Cílová skupina | Do cílové skupiny patří osoby se zdravotním postižením, které se z důvodu svého postižení ocitly v nepříznivé sociální situaci a potřebují pomoc při pracovním uplatnění, péči o vlastní osobu, zajištění soběstačnosti a při integraci do společnosti. |

| | |
|--|---|
| | <p>Nepříznivou sociální situaci doprovází zpravidla tyto jevy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neúspěch při prosazení se na běžném trhu práce • neschopnost uplatnit se v chráněných dílnách • nedostatek pracovních návyků • zhoršený zdravotní stav a z toho vyplývající osamělost, pocit nenaplněnosti, neúčinnosti • nedostatek společenských kontaktů a vztahů |
| Služby jsou určeny pro | <ul style="list-style-type: none"> • osoby s lehkým a středně těžkým mentálním postižením • osoby s tělesným postižením, pokud je v kombinaci s mentálním postižením, mentální postižení je převažující, tělesné postižení nevyžaduje zásadní bezbariérové zařízení dílny • osoby s kombinovaným postižením, pokud je mentální postižení převažující |
| Věková struktura uživatelů | <ul style="list-style-type: none"> • mladí dospělí 19 - 26 let • dospělí 27 - 64 let |
| Zařízení se nespécializuje na poskytování služeb | <ul style="list-style-type: none"> • osobám s těžkými smyslovými (zrakovými, sluchovými) vadami • osobám vyžadujícím péči v rozsahu osobní asistence • osobám, jejichž pohyb vyžaduje bezbariérový přístup |
| Služby neposkytujeme | <ul style="list-style-type: none"> • osobám závislým na alkoholu nebo jiných návykových látkách • osobám, jejichž zdravotní či duševní stav vyžaduje poskytování intenzivní nebo specializované péče • osobám, jejichž chování by závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití |
| Kontakty | <p>Radomír Vítek - vedoucí pracovník v sociálních službách tel. 577 006 816, 775 868 837 E-mail: r.vitek@nadeje.cz</p> <p>Mgr. Uršula Klimszová - sociální pracovnice tel. 577 006 815 E-mail: u.klimszova@nadeje.cz</p> |