

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Sociální dimenze mentální retardace

Michaela Werliková

Bakalářská práce

2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela WERLIKOVÁ**
Osobní číslo: **H08612**
Studijní program: **B6107 Humanitní studia**
Studijní obor: **Humanitní studia**
Název tématu: **Sociální dimenze mentální retardace**
Zadávací katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

I. Úvod II. Teoretická část 1) Definice mentální retardace 2) Etiopatogeneze mentální retardace 3) Kognitivní procesy mentálně retardovaných 4) Emoční procesy mentálně retardovaných 5) Socializace mentálně retardovaných 6) Sociální politika státu III. Praktická část Kvalitativní metoda a) Zúčastněné pozorování klientů Stacionáře Slunečnice v Pardubicích b) Kazuistiky klientů Stacionáře Slunečnice v Pardubicích IV. Závěr, shrnutí

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

Švarcová Iva: Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče
Šubrtová Jana, Kokaisl Petr, Upce Fhs: Mentálně postižení mezi námi
Emerson Eric: Problémové chování u lidí s mentální retardací Dolejší
Mojmír: K otázkám psychologie mentální retardace Krebs Vojtěch: Sociální politika Černá Marie, kolektiv: Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením Věra Čadilová, Hynek Jůn, Kateřina Thorová: Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem Věra Bezručková: Výchova řeči mentálně retardovaných žáků

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jana Křišťálová
Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce: **30. dubna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2011**

L.S.

prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.

děkan

Mgr. Ilona Moravcová, Ph.D.

vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2010

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 6. 11. 2011

Michaela Werliková

V první řadě děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Janě Křišťálové za odborné konzultace, zajímavé postřehy a také děkuji všem pracovníkům stacionáře Slunečnice v Pardubicích za jejich spolupráci.

Poděkování patří také celé mé rodině, která mě během studia podporovala.

Anotace

Tato práce uvádí do problematiky mentální retardace ze sociálního hlediska. Poukazuje na některé historické momenty v péči o mentálně postižené jedince, zaměřuje se na vysvětlení základních pojmů a popisuje různé stupně mentálního postižení. Uvádí příčiny vzniku mentální retardace a popisuje psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací, zejména v oblasti emocí a poznávání. Závěrem se zaměřuje na začlenění mentálně retardovaného jedince do společnosti, do vzdělávacího systému a na míru finanční účasti státu při péči o takové osoby. Praktická část je založena na zúčastněném pozorování klientů Denního stacionáře Slunečnice v Pardubicích, s cílem popsat, jak probíhá komunikace pracovníků stacionáře s klienty. Přiloženy jsou také kazuistiky klientů tohoto zařízení a standardizovaný rozhovor se sociálním pracovníkem stacionáře.

Klíčová slova

Mentální retardace, emoce, poznávání, vzdělávání, socializace, sociální politika

Title

The Social Dimension of Mental Retardation

Abstract

This work is focused on the problems of mental retardation from a social point of view. It refers to some historic moments in the care for mentally handicapped individuals, aimed at the explanation of basic concepts and describes the different degrees of mental handicaps. It details the causes of mental retardation and describes psychological rarities of individuals with mental retardation, mostly in the area of emotions and perception. The conclusion is focused on the integration of a mentally retarded individual into society, the educational system and some measure of financial participation of the state in the care for such persons. The practical part is based on attendance in observing clients of the Day care centre Slunečnice in Pardubice, with the aim of describing, how communication between clients and workers develops. Attached are also casuistries of clients of this institute and a standardized conversation with a social worker of the day care centre.

Key words

Mental retardation, emotion, cognition, learning, socialization, social policy

Obsah

I. Úvod	9
II. Teoretická část	11
2. 1. Mentální retardace – pojem, definice	11
2.1.1 Péče o mentálně postižené v historickém kontextu.....	11
2.1.2 Definice mentální retardace	14
2.1.3 Klasifikace mentální retardace.....	16
2.2. Etiopatogeneze mentální retardace	19
2.2.1 Příčiny vzniku mentální retardace.....	19
2.2.2 Prevence vzniku mentální retardace.....	21
2.3. Kognitivní procesy mentálně retardovaných	22
2.3.1 Vliv postižení na strukturu osobnosti, zejména na oblast poznávání.....	22
2.3.2 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací	28
2.4. Emoční procesy u mentálně retardovaných	30
2.4.1 Emocionální vývoj jedinců s mentální retardací.....	30
2.4.2 Problémové chování a agrese u mentálně retardovaných.....	32
2.5. Socializace mentálně retardovaných	34
2.5.1 Začlenění mentálně retardovaného jedince do společnosti.....	34
2.5.2 Integrace do vzdělávacího systému	36
2.6. Sociální politika státu	39
III. Praktická část	44
3.1. Zúčastněné pozorování klientů Stacionáře Slunečnice v Pardubicích	44
3.1.1 Cíl výzkumu a časový harmonogram	44
3.1.2 Popis zařízení	45
3.1.3 Záznamy z mého deníku o působení ve Stacionáři Slunečnice	46
3.1.4 Zobecnění vlastních poznatků z praxe, návrhy na zkvalitnění komunikace personálu s klienty v Denním stacionáři Slunečnice	51
IV. Závěr	56
V. Seznam literatury	58
VI. Seznam tabulek	61
VII. Seznam příloh	61

I. Úvod

Téma mentální retardace jsem si zvolila na základě exkurze do Denního stacionáře Slunečnice v roce 2009. Rodinné prostředí, ochotní pracovníci a velmi přátelští klienti stacionáře mě natolik oslovili, že jsem se zde rozhodla absolvovat o rok později praxi. Tímto jsem získala cenné zkušenosti, kterých si velmi vážím. Důležitým motivem pro výběr tématu byl také můj osobní zájem o tuto problematiku a také fakt, že pohled na mentálně postižené jedince vyvolává v mnohých lidech strach z neznámého. Takový pocit pramení z nezájmu široké veřejnosti o tuto problematiku, případně z neznalosti.

Práce částečně popisuje nejvýrazněji postižené složky osobnosti, které znesnadňují, či v některém případě přímo znemožňují socializaci. V teoretické části definuji pojem mentální retardace, poté jsou klasifikovány různé stupně mentální retardace a mění se přístup k péči o mentálně postižené v historii a dnes. V další části práce se zabývám příčinami vzniku mentální retardace, které rozdělím podle původu a dále uvádím možnosti prevence narození dítěte s mentálním postižením. Dále se věnuji zvláštnostem v kognitivních a emočních procesech postižených lidí, zejména vlivu postižení na myšlení, poznávání, komunikaci, vnímání a emoce a uvedené jsou také psychologické zvláštnosti u jedinců s mentální retardací. Současně uvádím možnosti vzdělávání mentálně handicapovaných. V závěru teoretické části uvádím míru účasti státu při péči o mentálně postižené.

Cílem mé práce je popsat úroveň socializačního procesu a stav péče o handicapované spoluobčany, zejména z komunikačního hlediska v jednom ze zařízení sociální péče zřizovaného obcí, v Denním stacionáři Slunečnice v Pardubicích. V praktické části se zabývám zúčastněným pozorováním klientů Denního stacionáře Slunečnice v Pardubicích. Toto pozorování je zaměřené na úroveň komunikace personálu s klienty stacionáře. Hlavním cílem zúčastněného pozorování je prozkoumat, jak probíhá komunikace pracovníků stacionáře s klienty a na základě poznatků nalézt případná řešení pro zkvalitnění komunikace personálu směrem ke klientům. Dílčím cílem výzkumu je přinést poznatky o účelu této komunikace a ověřit si původní domněnku, že zaměstnanci projevují snahu o edukaci klientů.

Během působení ve stacionáři jsem zjistila, že péče o mentálně postižené lidi je velmi náročná, vyžaduje pečlivou pozornost, individuální přístup a zejména empatii. Při práci s lidmi s tímto druhem postižení je nutné vžít se do jejich situace, sdílet s nimi jejich svět, zajímat se o ně. Zejména jsem si v praxi ověřila, že je velmi důležité dodržovat zásady pro správnou komunikaci s lidmi s mentálním postižením.

Do budoucna by mě zajímal dlouhodobý pohled na nejbližší okolí klienta, který přijde do stacionáře, tedy pohled na jeho rodinu, prostředí, ve kterém vyrůstal a zejména změny, které se objevily v jeho chování po nástupu do stacionáře. Mé působení zde bylo velmi krátké na to, abych mohla blíže poznat, jaký dopad má na klienta pravidelné docházení do stacionáře.

II. Teoretická část

2.1. Mentální retardace – pojem, definice

2.1.1 Péče o mentálně postižené v historickém kontextu

V průběhu staletí se měnil pohled na lidi s mentální retardací a s tím souviselo i postavení lidí s postižením ve společnosti a péče o ně. Tito jedinci poutali pozornost společnosti, pozvolna se k nim přístup měnil a humanizoval. Již v době starověku sledovali významní myslitelé známky mentální retardace, Marcus Fabius Quintilianus (35-95) poukazyval na fakt, že tupost a neschopnost jsou poměrně vzácné, podobně jako každá nenormálnost, poněvadž dítěti je dána od přírody rozumová činnost a chápavost.¹ Více do hloubky orientované informace se objevily až v období renesance, konkrétně v 16. století Juan Luis Vives (1492-1540) ve svém díle „Úvod k moudrosti“ (Introduction ad sapientiam) dospěl k následující myšlence, že: *„jsou takoví, kteří učiní lehce první kroky, ale pak jsou desorientováni, protože v plné práci je jejich duch zahalen do jakési mlhy, která tu ještě nebyla, když jako začátečníci a nováčci počínali své dílo.“*²

Další důležitou osobností, která se touto problematikou zabývala, byl Jan Amos Komenský (1592-1670), Komenský upozorňoval na určité individuální rozdíly mezi dětmi. Dle jeho „Didaktiky velké“³ mají tyto rozdíly vliv na stupeň vycvovenosti dětí. Pro lepší srozumitelnost, seřadil tyto typy do šesti skupin. První typ, nejvhodnější ke studiu, jsou děti bystré, chtivé vědění a povolné, děti z této skupiny hodnotil jako nejschopnější. Druhým typem jsou děti vtipné, avšak hravé, ale přece poslušné. Uvádí, že je potřeba tyto děti podněcovat, motivovat. Typ třetí jsou děti vtipné a učenlivé, avšak jsou zatvrzelé a vzpurné. Tyto tři skupiny lze přivést k pozitivním výsledkům, na základě odlišného metodického postupu. Další typy již vykazují určité problémy. Čtvrtým typem jsou děti povolné a chtivé učení, avšak jsou zdlouhavé a těžkopádné. Musíme se jim přizpůsobovat a pomáhat jim. Podle Komenského jsou jako pozdní ovoce, které déle vydrží. Předposledním, pátým typem jsou děti tupé, vlažné a liknavé. Pokud ale nejsou vzpurné, ani nad nimi Komenský neláme hůl, pokud je vzdělává někdo, kdo je trpělivý a zkušený, zajisté dosáhne pozitivních výsledků. Posledním

¹ MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno : Paido, 1998. 85 s. ISBN 80-85931-60-5, s. 45-51.

² J. L. Vives, *Úvod k moudrosti*, Paris 1972, s. 166-167.

³ KOMENSKÝ, J. A. *Didaktika velká*. Brno : Komenium, 1948, kap.XII, s. 85-86.

typem jsou děti tupé, hloupé a vzpurné, takových bylo podle něj velmi málo, jedno takové připadalo na tisíc dětí zdravých. Komenský prosazoval, aby byla věnována pozornost všem dětem, aby byly děti vzdělávány podle jejich individuálních zvláštností a podle souvisejících výchovných a vzdělávacích postupů.

Anglický filosof John Locke (1632-1704) poukazuje na chybu vychovatele, kdy jsou žáci nuceni konat činnosti, které se neshodují s jejich nadáním a povahou. Zdůrazňoval také, že člověk je tím, kým je na základně výchovy, není tedy dobré ji podcenit.⁴

V 19. století se objevuje zajímavý přístup u švýcarského lékaře Jakuba Guggenbühla (1816-1863), který se v průběhu své odborné činnosti setkal s jedincem postiženým kretenismem. Byl jím zaujatý do takové míry, že v roce 1841 založil Léčebnu s výchovným ústavem v Abendbergu. Domníval se, že kretenismus je oproti idiocii léčitelný při dodržení určitých podmínek. Mezi tyto podmínky řadil systematickou tělesnou výchovu, zlepšení životních podmínek a kultivované prostředí. Součástí edukativního programu v tomto ústavu bylo podávání léků, výuka pacientů založená na názornosti, rozvíjení otupených smyslových orgánů, tělesná a duševní hygiena, pobyt na čerstvém vzduchu a bezmasá strava. Vzdělávání, které zde probíhalo, popsal v publikaci „První zpráva o Abendbergu“ (Premier rapport sur l'Abendberg), celkově v tomto ústavu vykazovalo vzdělávání vynikající výsledky.⁵

Medicínsko-psychologicko-pedagogickou tradici zastávala italská všestranná pedagožka Maria Montessoriová (1870-1952), která je známá především svými novými pedagogickými metodami. Montessoriová byla přesvědčena, že psychicky opožděné děti potřebují pro svůj správný vývoj pohybovou a manuální aktivitu. V letech 1889-1901 vedla v Římě Ortofrenickou školu, kde zaznamenávala mimořádné výsledky. K dosažení těchto výsledků používala didaktické pomůcky. V průběhu času zjistila, že své vlastní praktikované metody na postižené jedince by mohla použít na rozvíjení také rozumově zdravých, ale zaostalých dětí. Činnost, které se soustavně věnovala několik let, ji přivedla v roce 1907 k založení „Domu dětí“ (Casa dei Bambini). Zpočátku sem docházelo 50 dětí z chudých rodin, některé byly jen zakřiknuté, jiné mentálně

⁴ MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno : Paido, 1998. 85 s. ISBN 80-85931-60-5.

⁵ MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno : Paido, 1998. 85 s. ISBN 80-85931-60-5.

retardované. Postupně začala pracovat se zdravými dětmi, avšak stále používala pro výuku materiály původně určené pro postižené děti. V roce 1909 tuto úspěšnou metodu popsala ve spise „Metoda vědecky pedagogická, užitá v dětské výchově v dětských domech“ (Il metodo della pedagogia scientifica applicato al l'educazione infantile nelle case dei bambini).

S jiným přístupem přišel Ovide Decroly (1871-1932), který se rovněž zabýval mentálním postižením. V roce 1901 založil v Bruselu „Ústav speciálního vyučování“, kde používal úspěšně výchovné hry jako didaktický a terapeutický prostředek. Tento ústav zrealizoval ve svém vlastním domě, a tak mohl sledovat postupné úspěchy díky neustálému pozorování dětí. Stejně jako Maria Montessoriová nejdříve vymyslel, jak přistupovat k mentálně postiženým a pak tento přístup vztáhl i na zdravé děti. Nutno podotknout, že Decroly zdůrazňoval důležitost prostředí, reálných věcí a přírody. Také se zaměřil na současné školy, které dle něj neodpovídaly individuálním potřebám žáků. Rozhodl se prezentovat své názory v roce 1921 na kongresu pro „Novou výchovu“ v Calais. Jeho myšlenka byla následující: *„Pro děti opozdilé nebo úchylné, je-li jich dostatečný počet (10-15), je nutno zřídit zvláštní třídy, kde práce bude řízena učitelem velmi zkušeným ve způsobech, jak napravovat opozdilce a povzbuzovat úchylné“*.⁶

Pokud se podíváme na naše představitele, kteří se zajímali o toto téma, jako významný se jeví Karel Slavoj Amerling (1807-1884), který založil na Hradčanech ústav pro abnormální děti a pojmenoval ho Ernestinum. V tomto zařízení vychovával, vyučoval a zkoumal postižené, zajímal se o dědičnost a rodinné prostředí. Na Amerlinga navázal Karel Herfort(1871-1940), který s ním sdílel myšlenku, že je důležité zapojit děti do manuálních prací. Mimo tuto skutečnost vyzdvihoval význam rodokmenů.⁷

V celosvětovém měřítku má ohromné zásluhy francouzský psycholog Alfréd Binet(1857-1911), který vyvinul inteligenční testy. Jejich cílem bylo určit, které dítě je zdravé a které postižené. Důležitým mezníkem pro slabomyslnost bylo dvouleté zpoždění v rozumové úrovni. V roce 1905 pak společně s T. Simonem určil stupnici pro měření inteligence, aby mohl porovnávat a zjišťovat rozdíl mezi věkem fyzickým a věkem mentálním.

⁶ CHLUP, O., NOVOTNÝ, J.: *Výchova v zrcadle pramenů*. II. díl. Praha, DK 1950.

⁷ MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno : Paido, 1998. 85 s. ISBN 80-85931-60-5.

Výše popsaná výchova a vzdělávání mentálně retardovaných se postupně rozšiřovala do různých zemí, zakládaly se pro tyto děti školy, někde i domovy. Ve Velké Británii byla roku 1914 uzákoněna povinná školní docházka pro mentálně retardované. Od roku 1961 přechází řešení tohoto problému do celosvětového měřítka. Deklarace OSN v roce 1971 přijala rezoluci, která by měla být vzorem pro celý svět. Zahrnovala právo postižených na vzdělání, lékařskou péči a na rehabilitaci. Dále jim měla zajistit ekonomické zabezpečení a zaměstnání. Součástí byla také ochrana před nevhodným zacházením, ošetřeno bylo též určování svéprávnosti.

2.1.2 Definice mentální retardace

V průběhu minulého století prošla terminologie pro označení postižených osob mnoha změnami. Dřívější termíny „idiot“, „imbecil“, „retardovaný“ jsou nyní vnímány především jako nadávky. V německé odborné literatuře se velmi často objevuje termín oligofrenie. Britským termínem pro označení této poruchy je „porucha učení“, severoamerickým synonymem je „mentální retardace“, tomuto poslednímu termínu budu dávat přednost ve své práci já.

Odhad počtu jedinců s mentální retardací se pohybuje mezi 1-5% populace, nejpravděpodobnější hodnota jsou 3%.⁸ U mentálně retardovaných hrozí riziko výskytu psychiatrických poruch, častěji v dětském věku, pak se hovoří a tzv. dvojí diagnóze. Také se častěji objevují tělesné poruchy, jako např. porucha zraku, sluchu, epilepsie, motorické poruchy.

Aby mohla být u člověka diagnostikována mentální retardace, musí splňovat tato 3 kritéria⁹:

- 1) úroveň rozumových schopností je pod úrovní 70 bodů;
- 2) člověk musí mít na dané vývojové úrovni zřetelné problémy v přizpůsobení se nárokům běžného života – v předškolním věku se jedná zejména o komunikační, senzomotorické a sebeobslužné dovednosti, ve školním věku dochází k selhávání ve

⁸ ZVOLSKÝ, Petr, et al. *Speciální psychiatrie*. dotisk. Praha : Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6, s. 155.

⁹ ČADILOVÁ, Věra, et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2, s. 26.

školních dovednostech a v dospělosti je omezena nebo znemožněna schopnost samostatného života;

3) jedná se o poruchu vrozenou, která je u dané osoby přítomna již od dětství, při správné diagnóze dochází ke zlepšení pouze v rámci základního handicapu.

Mentální retardací se zabývá věda, která se nazývá psychopedie. Předmětem psychopedie je nejen mentální retardace či jiné duševní postižení, ale klient s mentální retardací či jinak duševně postižený a jeho enkulturace, pokud možno v co největší možné míře, v hlavním proudu společenských aktivit – tedy sociální integrace v nejširším slova smyslu. Současná psychopedie se odklání od staršího pojetí disciplíny (předmětem byl především orgánový a funkční defekt) a přiklání se spíše ke globálnímu pojetí klienta se zdravotním postižením.

„Mentální retardace je vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností, jinými slovy nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka. Adaptivními schopnostmi máme na mysli schopnost člověka jednat samostatně na úrovni svého věku a v rámci dané kulturní normy. Poznávací, řečové, pohybové a sociální dovednosti, jejichž úroveň lze měřit standardizovanými psychometrickými testy, jsou oproti průměru výrazně sníženy. Lidé s MR mají potíže s adaptací a flexibilitou myšlení. Retardace přináší také behaviorální, sociální i emocionální problém.“¹⁰

„Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje. Projevuje se během vývoje narušením dovedností, které přispívají k vývoji inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových, sociálních schopností. Vždy je narušeno adaptační chování. Mentální retardace se vyskytuje samostatně nebo společně s další duševní nebo tělesnou poruchou. Pro diagnózu je typické snížení, respektive nerozvinutí úrovně intelektových funkcí pod IQ 70, které provází snížená schopnost přizpůsobit se požadavkům běžného sociálního prostředí.“¹¹

¹⁰ ČADILOVÁ, Věra, et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2, s. 26.

¹¹ ZVONÍKOVÁ, Alena; ČELEDVÁ, Libuše; ČEVELA, Rostislav. *Základy posuzování invalidity*. Praha : Grada, 2010. 360 s. ISBN 978-80-247-3535-1, s. 105-106.

„Mentální retardace se definuje jako podprůměrná mentální funkce (IQ menší než 75) a nedostatečné adaptivní chování, které se projevují v období vývoje (před 18. rokem věku).“¹²

2.1.3 Klasifikace mentální retardace

V současnosti se používá klasifikace dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace z roku 1992, platnost od 1. 1. 1993. Mentální retardace má označení F70 - F79. Písmeno F označuje poruchu z oblasti psychiatrie, první číslo označuje druh postižení, druhé číslo označuje stupeň mentálního postižení, který je určen rozmezím inteligenčního kvocientu (Vítková a kol., 2004). Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti skupin: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace.

Lehká mentální retardace (IQ 50-69)

- *slabomyslnost, lehká mentální subnormalita (vzdělavatelní), lehká oligofrenie, debilita*

Jedinci s tímto stupněm retardace jsou schopni užívat řeč, ačkoliv si mluvu osvojují opožděně. Osoby s tímto stupněm jsou schopny se o sebe postarat (osobní hygiena, oblékání, stravování aj.), ale opět je vývoj v těchto oblastech opožděný a pomalý. Hlavní potíže se objevují s prvními lety školní docházky. S tímto stupněm postižení je rovněž možné, aby jedinec vykonával jednoduchou práci, která bude založená na manuální zručnosti a nebude vyžadovat odbornou klasifikaci. Tato skupina tvoří asi 80% všech mentálně retardovaných. Není u nich nějak výrazně znásobený výskyt psychických poruch a rodinné prostředí a výchova má pro jedince velký význam.¹³

Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)

- *imbecilita, středně těžká mentální subnormalita, středně těžká oligofrenie (nevzdělavatelní)*

¹² LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Vyd. 1. české. Praha : Grada, 2004. 992 s. ISBN 80-247-0668-7, s. 645.

¹³ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

V tomto stupni postižení je výrazně poškozen vývoj chápání a používání řeči, jedinec není soběstačný, neumí se o sebe postarat. Může si ale osvojit určité základy čtení, psaní a počítání. Za odborného dohledu může vykonávat jednoduchou manuální práci, ale plně samostatný život je vyloučený. U lidí s tímto postižením se již častěji vyskytují psychické poruchy, epilepsie, neurologické nebo tělesné obtíže. Z celkového počtu retardovaných zahrnuje tento stupeň přibližně 12% jedinců.¹⁴

Těžká mentální retardace (IQ 20-34)

- *imbecilita, těžká mentální subnormalita (vychovatelní), těžká oligofrenie*

Osoby s tímto postižením mají velmi omezenou sebeobsluhu, mají většinou problém udržovat čistotu, jsou krmeni, nebo mají speciální stravu. Komunikace je převážně nonverbální, v podobě neartikulovaných výkřiků, případně jednotlivých slov. Nejsou schopni vykonávat ani jednoduchou práci s dohledem. Výchova a vzdělávání u těchto osob je velmi výrazně omezená, avšak při správné soustavné péči je možné rozvinout motoriku, komunikační dovednosti, určitou soběstačnost a další jednoduché úkony. Bývá opět často spojována s dalšími poruchami, jako je epilepsie či psychické poruchy (schizofrenie). Tato skupina tvoří 7% všech retardovaných.¹⁵

Hluboká mentální retardace (IQ 0-19)

- *idiocie, hluboká mentální subnormalita (nevychovatelní), hluboká oligofrenie*

Takto postižení jedinci nejsou schopni péče o svou osobu, většina z nich je imobilní, mívají různá smyslová postižení - hluchota, slepota, dále neurologické poruchy. Trpí inkontinencí, nekomunikují, vydávají pouze skřeky, protože řeč není vytvořena. Potřebují absolutní dohled - strava, hydratace, osobní hygiena, vyprazdňování. Často se k tomuto stupni přidružuje atypický autismus. Z celkového počtu mentálně postižených tvoří 1%.¹⁶

¹⁴ RENOTIÉROVÁ, Marie, et al. *Speciální pedagogika*. 1. vydání. Olomouc : Epava, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.

¹⁵ RENOTIÉROVÁ, Marie, et al. *Speciální pedagogika*. 1. vydání. Olomouc : Epava, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2

¹⁶ ČADILOVÁ, Věra, et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.

Jiná mentální retardace

Toto označení se používá v tom případě, kdy je nesnadné nebo nemožné určit stupeň mentální retardace kvůli přidruženým postižením, např. smyslové poruchy, autismus.

Nespecifikovaná mentální retardace

V tomto případě je mentální retardace prokázána, ale není možné určit stupeň kvůli absenci informací či znaků.

Tabulka č. 1: **Klasifikace mentálního postižení**

Kódování podle MNK-10	Kódování podle MNK-10	Stupeň mentálního postižení	IQ(jakýkoliv test se standardní odchylkou 16)	IQ(jakýkoliv test se standardní odchylkou 15)	Přibližný mentální věk v dospělosti	Přibližné % osob s MR daného stupně
F 70	317	Lehká mentální retardace	67-52	69-55	8,3-10,9	85,0
F 71	318	Středně těžká mentální retardace	51-36	54-40	5,7-8,2	10,0
F 72	318.1	Těžká mentální retardace	35-20	39-25	3,2-5,6	3,5
F 73	318.2	Hluboká mentální retardace	< 20	< 25	< 3,2	1,5

Zdroj: Černá (2008)

2.2. Etiopatogeneze mentální retardace

2.2.1 Příčiny vzniku mentální retardace

Příčiny mentální retardace mají v odborné literatuře mnohé dělení, často se používá dělení na endogenní (=vnitřní, dědičnost, genetika) a exogenní (=vnější, vznikají vlivem prostředí, poškození plodu v těhotenství). „*Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství.*“¹⁷

Faktory vzniku mentální retardace:¹⁸

1. Dědičnost – průměr intelektového nadání rodičů určuje intelektové schopnosti dítěte. Např. lehká mentální retardace vzniká v důsledku prostředí, které v rodině panuje a rovněž na základě zděděné inteligence.
2. Sociální faktory – mají vliv na pohyb inteligenčního kvocientu v rozmezí 10-20 bodů. Jedná se o výchovu v nižších sociálních vrstvách, chudobu, nestabilní rodinné vztahy, špatné bytové podmínky. Také se jedná o děti vyrůstající ústavech, dětských domovech aj. Rizikem bývá kombinace dědičnosti a sociálních faktorů – rodiče předají špatné intelektové schopnosti a nesprávně dítě vychovávají, navíc ve špatných podmínkách.
3. Další environmentální faktory – zahrnují různá infekční onemocnění – meningitida, encefalitida, a dále otrava medikamenty, anorexie. Řadí se sem také otrava olovem, ozáření dělohy, alkoholismus matky (fetální alkoholový syndrom). V 10 % jsou označovány za příčinu porodní traumata.
4. Specifické genetické příčiny – dědičná metabolická onemocnění (fenylketonurie), porucha sex chromozomů, abnormality chromozomů (Downův syndrom – zde k výskytu značně přispívá rostoucí věk matky)
5. Nespecificky podmíněné poruchy – výzkumy uvádí 15-30% procent, kdy příčina není odhalena.

¹⁷ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7, s. 51.

¹⁸ ZVOLSKÝ, Petr, et al. *Speciální psychiatrie*. dotisk. Praha : Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6, s. 157-158.

„Podrobnými studii posledních let bylo prokázáno, že mentální retardace nemá jednotnou příčinu, většinou vzniká součinností vrozených a environmentálních faktorů.“¹⁹

Dále exogenní příčiny z časového hlediska dělíme na:

1. Prenatální – před narozením dítěte – infekce během těhotenství, ozáření rentgenem, nesprávná výživa, úraz matky.

Vznik mentální retardace v prenatálním období je prokázán zhruba u 50-60% retardovaných.

2. Perinatální – období těsně před porodem, samotný porod a doba těsně po porodu – porodní komplikace, protražený porod.

V perinatálním období vzniká v následku špatně provedeného porodu asi 8% případů mentální retardace.

3. Postnatální – do 2 let života dítěte – úrazy či infekce dítěte, nesprávná výživa, zánět mozku.

V postnatálním období se odhaduje z celkového počtu retardovaných vznik přibližně u 25-30%.

Tabulka č. 2: **Etiologie těžké mentální retardace**

Downův syndrom	23%
Recesivní gen	21%
Postnatální onemocnění	8-11%
Postnatální úraz	1% (30 % neobjasněno)
Nízká porodní váha	3%
Perinatální poškození	6-9%
Jádrový icterus	1-2%
Celkem	63-70%

Zdroj: Zvolský (2003)

¹⁹ ZVOLSKÝ, Petr, et al. *Speciální psychiatrie*. dotisk. Praha : Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6, s. 157.

2.2.2 Prevence

Prevence je činnost, která se zaměřuje na zamezení vzniku fyzické, psychické, smyslové či intelektové vady. Do prevence se zahrnuje genetické poradenství, prenatalní a neonatální diagnostiku. Genetické poradenství je důležité zejména uplatnit v rodinách, kde se vyskytly vývojové vady či nějaké onemocnění podmíněné dědičností. Prenatální diagnostika se doporučuje v těhotenství zejména rodičkám starším 40 let, avšak bývá uplatňována i u mladších žen. Je velmi těžké určit jednotlivé možnosti prevence, jelikož spektrum příčin je velmi široké. Základní body pro prevenci výskytu mentálního postižení formulovala Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené (ILSHM) takto: ²⁰

1. Budoucí maminka by měla navštívit nejméně 3 měsíce před plánovaným početím lékaře pro analýzu současného zdravotního stavu, případně aby jí byla doporučena opatření, která podporují narození zdravého dítěte
2. Nastávající maminka by měla v těhotenství konzumovat pestrou stravu, která by měla především obsahovat maso, ryby, zeleninu a mléčné výrobky.
3. Po dobu těhotenství je pro správný vývoj dítěte důležité, aby se matka vyvarovala veškerého alkoholu.
4. Doplnit očkování, která chybí, důležité je zejména proti zarděnkám a hepatitidě typu B.
5. Pokud je žena kuřačka, je výrazně doporučeno vyvarovat se kouření po celou dobu těhotenství, jelikož má negativní vliv na vývoj plodu.
6. Navštívit genetickou poradnu pro eliminaci ohrožení těhotenství. Návštěva této poradny se výrazně doporučuje, pokud je matce více než 35 let a pokud se v některé z rodin partnerů vyskytl genetický defekt.
7. V těhotenství konzumovat pouze léky předepsané s vědomím lékaře, který je obeznámen o těhotenství.
8. Vyvarovat se rentgenovému záření, které poškozuje plod.

²⁰ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7, s. 53-54.

9. Vyhýbat se infekčním nemocím, které mohou dítěti způsobit vážnou újmu.

10. Pravidelně chodit na lékařské prohlídky.

2.3. Kognitivní procesy mentálně retardovaných

2.3.1 Vliv postižení na strukturu osobnosti, zejména na oblast poznávání

Oblast kognitivních procesů bývá nejvýrazněji zasažena postižením, zde ovšem velice záleží na druhu postižení. Člověk si při poznávání světa vytváří určitý obraz podle získaných vjemů, u lidí s postižením některé druhy vjemů chybí a jsou proto doplňovány jinými.²¹ Abstraktní představy postiženého o reálném světě nejsou založeny na smyslovém vnímání a často fantazijně přesahují reálný stav věcí. Zkušenosti jsou velmi důležité pro rozvoj poznávacích procesů. K uskutečnění poznávacích procesů přes úroveň abstraktního myšlení je zapotřebí řeči. Výzkumy prokazují, že psychika se vyvíjí i při nejtěžších stupních postižení. Z obecného hlediska je základní podmínkou psychického vývoje je učení. Učení je psychologický proces, ve kterém se na základě stimulace z vnějšího prostředí a s podporou praktické činnosti dítěte vytváří a podporují pokroky ve vývoji a v chování dítěte. Není však jediným činitelem, ke správnému vývoji přispívá také zrání, které přináší vývojové změny v oblasti psychiky a chování. U lidí s mentální retardací byly zjištěny 2 koncepce vývoje. První koncepce popisuje vývoj postiženého dítěte, které si osvojuje pouze to, co je jednoduché, základní a na základě čehož je mu znemožněno dosáhnout vyšší úrovně. Druhá koncepce popisuje vývoj jako ucelený proces, ve kterém na sebe fáze vývoje navazují a stejně tak i reakce na podněty reakcemi, které předcházely.²²

Základní funkcí lidské psychiky je potřeba poznávat svět, který nás obklopuje. Tato činnost je nám vlastní, avšak u dětí s diagnózou mentální retardace je oslabena. V okamžiku narození dítěte vstupuje v činnost mozková kůra, která ještě není plně vyvinuta po stránce anatomické ani funkční. Stejně jako mozek se rozvíjí na základě působení nových podnětů, které vzbuzují reakci mozkové kůry. U kojenců, kteří nemají dostatečně vyvinutou mozkovou kůru je potřeba nových dojmů velice nízká. Poznávací

²¹ VÁGNEROVÁ, Marie; HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana; ŠTĚCH, Stanislav . *Psychologie handicapu*. Praha : Karolinum, 2001. 230 s. ISBN 80-7184-929-4, s. 66.

²² ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7, s. 35.

zájmy jsou na základě slabé orientační činnosti a vysokým sklonem k útlumu rozvinuty v menším měřítku, než u zdravých lidí.

Dalším důležitým článkem jsou sociální vztahy. Zde nastává problém, kdy rodiče nevědí, jak správně dítě socializovat, tedy začlenit do společnosti a příliš dítě ochraňují nebo obsluhují. Nadměrná péče také způsobuje zpomalený rozvoj pohybů a zkušeností se zacházením s různými předměty. Postižené dítě má tedy oslabenou potřebu poznávat svět a na základě přehnané pomoci rodičů se u něj nerozvíjí samostatnost. Nedokonale vyvinutá řeč působí mentálně postiženému jedinci rovněž problémy v oblasti sociálních vztahů, jedinec je často na základě svého handicapu izolován, vrstevníci ho ignorují nebo se mu posmívají. Takový jedinec si při konfrontaci s vrstevníky uvědomuje svoji odlišnost a reaguje na tuto situaci často neadekvátně. Cílem takového chování je snaha upoutat pozornost.

Pro mentálně postižené děti je charakteristická opožděná a omezená vnímavost.²³ Jak již bylo řečeno v první koncepci vývoje, mentálně postižený jedinec se v oblasti poznávání omezuje pouze na základní rysy. Spokojí se v povrchním poznáním předmětů. (Př. Při pohledu na květinu zdravé dítě zkoumá jakou má barvu, jak voní, zatímco postižený jedinec se uspokojí s odpovědí, že to co vidí je květina). Zpomalený rozvoj vyšších psychických procesů (myšlení) je také způsoben nedokonalými počítky a vjemy. Abychom dosáhli v této oblasti pozitivních změn, je nutné obohacovat životní zkušenosti, okruh znalostí a představ jedincům s mentální retardací. Naopak nedostatek podnětů brzdí rozvoj vnímání a prohlubuje mentální retardaci dítěte.

Dalším ovlivněným poznávacím procesem je myšlení. Myšlení je proces, kterým získáváme zprostředkované a zobecňující poznání skutečnosti, zejména jejich podstatných znaků. Poznáváme jím skutečnost a také řešíme nejrůznější problémy v teorii a praxi. Myšlení probíhá v pojmech. U dětí s mentální retardací je narušena poznávací činnost, jak již bylo řečeno, dítě má poruchy ve vnímání, trpí nedostatkem představ, neví jak zacházet s předměty, nemá zkušenosti s komunikací a má nedostatečně rozvinutou řeč. Tyto skutečnosti určují základnu, která slouží k rozvoji myšlení. Řeč jako nástroj myšlení je nedostatečně rozvinuta, mentálně postižený jedinec má omezenou schopnost abstrakce a zobecňování. Upřesním na příkladu, při poznávání barev a tvarů mentálně postižené dítě popisuje „kulatý jako míč, modrý jako nebe“,

²³ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7

avšak nedokážou odlišit pouze abstraktní znak „kulatosti“ či „modrosti“ a dosazují za označení konkrétní předměty. Dalším znakem je neschopnost používat obecné pojmy, na otázku co je některý druh zvířete (pes) odpoví citoslovcem, zvukem, který toto zvíře vydává (haf), či popisují nějakého tvora, kterého si pod tím konkrétně představí, avšak nejsou schopni definovat obecný popis (pes je živý tvor, který má čtyři nohy a umí štěkat). Výrazným znakem myšlení u jedinců s mentálním postižením je také jeho nesoustavnost, která je často nesprávně přisuzována nedostatečné snaze dítěte.

Paměť je schopnost uchovávat a používat informace. Na jejím základě si uchováváme minulé zkušenosti, získáváme vědomosti a dovednosti a vytváříme si sociální vztahy a způsoby chování. Děti trpící mentální retardací si velmi pomalu osvojují nové poznatky a potřebují mnohonásobné opakování, rychle zapomínají a nedokážou získané poznatky převést do praktického využití.²⁴ Příčinou tohoto jevu z lékařského hlediska je slabost spojovací funkce mozkové kůry, díky které se pomalu vytvářejí nové spoje, které jsou nepevné. Společným znakem paměti jedinců s mentálním postižením je pomalé tempo osvojování a nestálost uchování, což je, jak již bylo řečeno na začátku kapitoly, způsobeno ochranným útlumem korové činnosti či vyhasínáním podmíněných spojů. Kvalitu paměti negativně ovlivňuje i nízká úroveň myšlení. Další výraznou a společnou charakteristikou odlišnosti dětí s mentální retardací je neschopnost se cíleně učit a vzpomínat si. Zapamatování je složitý proces, který závisí na pochopení osvojované látky, pro správnou funkci je důležité vybrat základní prvky, zjistit mezi nimi souvislost a zařadit je do soustavy vědomostí nebo představ. Toto je však velmi komplikované i pro jedince s lehkou mentální retardací, ale správný speciálně-pedagogický přístup napomáhá rozvíjet paměť.

Je zřejmé, že mentální retardace velmi výrazně určuje celou osobnost takto postiženého jedince. Rozdíly určuje doba, kdy postižení vzniklo. Vrozené postižení má závažný vliv na vývoj osobnosti, právě proto, že osobnost člověka je zasažena již od narození, tudíž poznávací procesy a schopnosti jedince se omezeně vyvíjí od narození. Nesporným faktem je, že dítě, které je postiženo od narození je lépe adaptováno na tuto situaci než dítě, které postižení získá během života. Získaný defekt klade velké nároky na adaptaci, způsobuje trauma, ale méně zasahuje do té části osobnosti, která se před získáním defektu rozvíjela normálně. Důležitým měřítkem je také schopnost

²⁴ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7

postiženého vyrovnat se s těžkou životní situací, kterou přináší postižení. Toto je velice individuální. Je zřejmé, že pokud postižený akceptuje skutečnost, která nastala, tedy že je postižen, a snaží se i nadále rozvíjet své schopnosti dle svých možností, je možné, že nebude nijak výrazně poznamenána struktura jeho osobnosti. Pokud se naopak s touto situací nevyrovná, vznikají určité nové rysy osobnosti podmíněné touto nevyrovnaností. Postižení ovlivňuje zejména tyto složky osobnosti: poznávací (kognitivní) procesy (vnímání, myšlení, paměť), schopnosti, rysy osobnosti a motivaci.

Schopnosti jsou nejvýrazněji omezeny u jedinců, kteří jsou postižení od narození.²⁵ Takové schopnosti, které potřebují pro rozvoj smyslové poznání, kterého není možné dosáhnout, se nerozvíjejí vůbec nebo nepatrně. Naopak při postižení jedné smyslové oblasti je často posílena smyslová oblast jiná – př. zrakově postižení mají rozvinutější sluch a hmat. Změna rysů osobnosti závisí na schopnosti postiženého adaptovat se na životní situaci, která nastala. Tato schopnost je individuální a záleží na okolnostech, mezi které patří druh postižení, okolní a sociální podmínky. Mezi výrazné rysy osobnosti ve skupině mentálně postižených patří egocentrismus, agresivita, malá sociabilita, regrese chování, pasivita, labilita nálad a zejména infantilnost osobnosti.²⁶ Agrese je někdy špatně zaměněna za vysokou snahu o sebeprosazení jako kompenzaci handicapu. Matoucí pro postiženého je rovněž situace, kdy vyrůstá v přátelském prostředí rodiny, chápavých sociálních pracovníků a najednou přijde do kontaktu s lidmi z blízkého okolí, u kterých takto chápavé chování nenachází a poté může vnímat „vnější“ okolí (mimo domov, ústav) jako nepřátelské. Co se týče motivace, opět jsou zde 2 odlišné pohledy. Pro některého jedince je postižení značným omezením a pro jiného je motivací stanovit si a především splnit poměrně vysoké cíle, které jedinci pomohou překonat jeho handicap. V porovnání se zdravými jedinci dochází u handicapovaných častěji k neuspokojování potřeb, také z toho důvodu, že některé potřeby nezískáme pouze svou aktivitou.

Komunikace je definována jako přenos informací ze zdroje k příjemci. Má zpravidla svůj účel, smysl. Případně funkci, kterou chce splnit. Účelem(funkcí) a dopadem na příjemce dostává komunikace smysl.

²⁵ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7

²⁶ RENOTIÉROVÁ, Marie, et al. *Speciální pedagogika*. 1. vydání. Olomouc : Epava, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.

„Lidská společnost je v podstatě síť vztahů mezi lidmi. Když si ji představíme jako rybářskou síť, pak uzly představují lidi a provázky či lana vztahy mezi nimi. Ale co to vlastně je, toto lanoví v lidském světě? Jedna odpověď je, že je to komunikace.“²⁷

5 hlavních funkcí komunikace ²⁸:

- ❖ informativní funkce – předat zprávu, něco oznámit prohlásit
- ❖ instruktážní funkce – naučit, navést, zasvětit
- ❖ persuasivní funkce – přesvědčit adresáta, aby (po)změnil názor
- ❖ vyjednávací, operativní funkce – něco řešit a vyřešit, dospět k dohodě
- ❖ zábavní funkce – někoho rozveselit, rozptýlit

Verbální a neverbální komunikace

Neverbální komunikace zahrnuje projevy, které signalizujeme beze slov či jako doprovod slovní komunikace. Zahrnuje tyto projevy:

- ❖ gesta, pohyby těla
- ❖ postoj těla
- ❖ výrazy tváře (mimika)
- ❖ pohledy očí
- ❖ volba a změna vzdálenosti a zaujetí pozice v prostoru
- ❖ tělesný kontakt
- ❖ tón hlasu
- ❖ oblečení a jiné aspekty vlastního zjevu

Neverbální komunikaci využíváme k tomu, abychom podpořili či nahradili řeč, případně abychom vyjádřili emoce, interpersonální postoj.

Verbální komunikací je označováno vyjadřování pomocí slov, tedy prostřednictvím jazyka. Tento druh komunikace je součástí sociálního života, podmínkou myšlení. Avšak verbální komunikace je dotvářena právě komunikací neverbální. Lze také definovat jako dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka. Slovní

²⁷ Argyle, Trower, 1979 in Vybíral, 2005 - VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha : Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4, s. 25.

²⁸ VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.

komunikace je chápána jako výběr, kombinace a produkce jazykových znaků, proces sdělování, percepce (vnímání) a recepce (příjem).

Komunikace s lidmi s mentálním postižením²⁹

Pokud stupeň postižení dovoluje s postiženým jedincem komunikovat, pak musíme být připraveni na obtíže v oblasti fonemického sluchu (rozlišování podobných hlásek), artikulace a obsahu sdělení. Velmi důležitá je volba tématu. Při prvním setkáním s jedincem, kterého neznáme, je nejlepší nechat výběr na něm, tedy reagovat na jím zvolená témata. Toto bude mít za následek lepší srozumitelnost pro postiženého, je také možné, že bude více aktivnější, pokud bude mluvit o tom, co ho zajímá. Dalším důležitým prvkem správné komunikace s mentálně postiženým jedincem jsou správně zvolené komunikační prostředky. Postižený jedinec nemá příliš širokou slovní zásobu, je tedy žádoucí mluvit jednoduchým jazykem, aby nám správně rozuměl. Mimika, gestikulace, čili neverbální prostředky komunikace, by měly být v souladu se sdělením. Jako u komunikace se zdravým jedincem, je nutné pozorně naslouchat. U lidí s mentálním postižením je zejména závažné, pokud jim neporozumíme, vede to u nich k frustraci komunikačních potřeb. Je tedy dobré, obzvlášť u jedinců se závažnějšími formami postižení si ověřovat pomocí doplňujících otázek, zda jsme správně rozuměli, čímž eliminujeme právě důsledek špatné výslovnosti. Postižení jedinci mají někdy tendenci souhlasně přikyvovat, avšak tento jev nestačí, abychom si byli jistí úplným porozuměním, proto je lepší se v průběhu dotazovat.

Mezi hlavní chyby při komunikaci s lidmi s postižením patří ponižující přístup. Není vhodné automaticky postiženému jedinci tykat a jednat s ním jako s dítětem. Při komunikaci s lidmi s postižením je vhodné se jim do určité míry přizpůsobit, navazovat kratší, ale častější rozhovory. Do komunikace zařazujeme aktuální události, čímž postiženému jedinci udržujeme všeobecný přehled, vedeme ho ke komunikaci s jinými a bedlivě nasloucháme.

²⁹ SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

Tipy pro správnou komunikaci s mentálně postiženými:³⁰

- ❖ počítat s menší slovní zásobou, vadami řeči
- ❖ ochota naslouchat
- ❖ navazovat kratší, častější rozhovory
- ❖ nepovažovat postižené lidi za hloupé
- ❖ ověřovat si porozumění
- ❖ vybrat vhodné téma ke komunikaci
- ❖ zvolit vhodné komunikační prostředky
- ❖ synchronizovat neverbální složku komunikace se složkou verbální
- ❖ vyvarovat se ironii, které mentálně postižený člověk spíše neporozumí

2.3.2 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací³¹

- ❖ Zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudků
- ❖ Snížená schopnost vyvozovat logické vztahy mezi pojmy
- ❖ Snížená mechanická a logická paměť
- ❖ Nedostatečná koncentrace při práci, učení
- ❖ Nedostatečná slovní zásoba, neobratnost ve vyjadřování
- ❖ Porucha motoriky, pohybové koordinace
- ❖ Impulzivnost, hyperaktivita nebo celková zpomalenost chování
- ❖ Citová vzrušivost (dítě je usměvavé, mazlí se, najednou se zlobí, vzteká se, je agresivní, děti s mentální retardací jsou emočně nevyzrálé)
- ❖ Nedostatečný vývoj svého "já"
- ❖ Opožděný psychosexuální vývoj
- ❖ Malá aspirace na výkony, s tím souvisí i nižší dominance sebevědomí
- ❖ Zvýšená potřeba jistoty a bezpečí
- ❖ Nestabilní interpersonální vztahy, snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům
- ❖ Poruchy komunikace

³⁰ SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

³¹ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7, s. 33.

Tabulka č. 3: Průvodní jevy mentální retardace

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

Zdroj: Švarcová (2000)

2.4. Emoční procesy mentálně retardovaných

2.4.1 Emocionální vývoj jedinců s mentální retardací

Emocionalita a úroveň rozvinutosti volných vlastností jsou podmínkou regulace chování člověka a také podmínkou úspěchu výchovného působení. Emocionalita výrazně ovlivňuje prožívání a chování a u jedinců s diagnózou mentální retardace je nevyspělá. V praxi pak chování těchto jedinců spíše odpovídá nižšímu než skutečnému fyzickému věku. Neznámé prostředí, podněty nebo cizí osoby u nich vyvolávají strach a intenzivní reakce, někdy až panického rázu. Z výzkumů ³² vyplývá, že chování je charakteristické úzkostlivostí a dvěma výraznými tendencemi. První tendence spočívá ve vyhýbání se všemu, co je nové (novým podnětům, úkolům, situacím, rolím). Druhá tendence je závislost na bezprostřední odměně a pochvale. Projevy emocí závisí také na etiologii mentálního postižení. Každý, kdo přijde do kontaktu s mentálně postiženým jedincem by měl znát psychické zvláštnosti, aby rozvíjel a napravoval nedostatky v emocionálním vývoji. Projevy citů jsou úzce spjaté s mírou uspokojení potřeb jedince. ³³ Cítý dělíme na nižší, které souvisí s uspokojením základních biologických potřeb (strava, spánek) a na vyšší, které jsou spojeny s uspokojením duchovních potřeb (sociální kontakt, zájmy). Zvláště v oblasti vyšších citů se odráží myšlení retardovaného jedince. Citová složka osobnosti je u těchto lidí nedostatečně rozvinuta, jedinci reagují často velmi přehnaně na různé podněty, neumí své city ovládat. Dítě s mentální retardací velmi často reaguje neadekvátně na vnější podněty, na tíživou životní situaci reagují velmi povrchně a nezaujatě a naopak u banální situace reagují neadekvátně, přehnaně. Emoce dětí s mentální retardací jsou egocentricky zaměřené, charakteristické jsou též rychlé změny nálad. Problém nedostatečného ovládní citů intelektem vede k obtížnému a opožděnému vývoji morálních citů, mezi které patří pocit odpovědnosti, svědomí, soucit. Mezi často vyskytované poruchy citů patří euforie, dysforie a apatie. Euforie znamená nadměrnou veselost dítěte, které se stále směje, ačkoliv jsou za něco napomínány. Dysforie znamená epizodické poruchy nálady, kdy dítě z veselého rozpoložení najednou přechází do lítostivé a depresivní fáze. Apatii vyjadřuje nezájem o činnosti, o okolní lidi, absenci zájmů. Citová složka osobnosti ve výsledku ovlivňuje

³² DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1973. 184s. ISBN 08-051-73.

³³ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7, s. 42.

rysy osobnosti. U dětí, které vyrůstají mimo domácí prostředí se objevuje citová deprivace, tedy strádání.

2.4.2 Problémové chování a agrese u mentálně retardovaných

„Problémové chování je definováno jako chování, které se svou intenzitou, frekvencí nebo trváním natolik odlišuje od běžné společenské normy, že může vážně ohrozit fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých. Jako problémové se označuje i chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup.“³⁴ Takové chování může vést ke snaze izolovat takového jedince od společenských míst, takovým místem je např. knihovna.

„Agrese (z latiny *ad-gredior*, přistoupit blízko, napadnout) je psychologicko-sociologické pojetí chování, které vědomě a se záměrem ubližuje, násilně omezuje svobodu a poškozuje jiné osoby nebo věci. Agrese může být obrácena i proti vlastní osobě (sebepoškozování, sebetřýznění, suicidální chování).“³⁵ Agrese je někdy špatně chápána jako projev abnormální snahy o sebeprosazení, které má za cíl kompenzovat handicap.

Kritéria pro určení problémového chování jsou následující:

- společenská pravidla vymezující vhodné chování v daném prostředí,
- schopnost člověka dát svému chování přijatelné vysvětlení,
- názory ostatních účastníků v daném prostředí na povahu mentálního postižení a příčiny problémového chování člověka,
- obecná schopnost daného prostředí zvládat jakýkoli rozvrat způsobený chováním jedince.³⁶

Chování u jedince je nutno posuzovat podle místa, na kterém se nachází. Výskyt problémového chování má za následky deprivaci a vyloučení ze společnosti. Z výzkumů vyplývá, že se problémové chování vyskytuje u mentálně postižených chlapců mnohem

³⁴ EMERSON, Eric . *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem* . Vyd. 1. Praha : Portál, 2008. 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1, s. 16.

³⁵ Pražské centrum primární prevence [online]. 2005 [cit. 2011-02-10]. Agrese a šikana . Dostupné z WWW: <<http://www.prevence-praha.cz/agrese-a-sikana>>.

³⁶ *Portál* [online]. c2005-2011 [cit. 2011-02-10]. *Sociální kontext problémového chování* . Dostupné z WWW: <<http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=26622>>.

častěji než u dívek a že s přibývajícím věkem jeho výskyt klesá.³⁷ Problémové chování se objevuje častěji u jedinců, kteří nemají naplněné životní potřeby:

- ❖ fyziologické potřeby
- ❖ potřeba bezpečí, jistoty a soukromí
- ❖ potřeba někam patřit a být milován
- ❖ potřeba úcty a respektu
- ❖ potřeba seberealizace³⁸

Do problémového chování řadíme ignorování společenských norem, negativismus, agresi, autoagresi, záchvaty vzteku, ukájení se na veřejnosti, nepřizpůsobivost.³⁹ Agresi lze také snadno zaměnit za provokaci, určitou neposlušnost, vzdorování.

„Při hledání vysvětlení příčin agresivního chování či jinak problematického chování je nezbytné vždy prozkoumat, zda se za ním neskrývají somatické zdravotní problémy klienta nebo vedlejší účinky předepsaných léků, dysfunkčnost prostředí, v němž dochází k deprivaci některých základních životních potřeb klienta, neschopnost klienta komunikovat své potřeby společensky přijatelnými způsoby, symptom konkrétní psychické poruchy.“⁴⁰

³⁷ EMERSON, Eric . Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem . Vyd. 1. Praha : Portál, 2008. 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.

³⁸ ČADILOVÁ, Věra, et al. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2, s. 105.

³⁹ EMERSON, Eric . Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem . Vyd. 1. Praha : Portál, 2008. 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.

⁴⁰ ČADILOVÁ, Věra, et al. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2, s. 57.

2.5. Socializace mentálně retardovaných

2.5.1 Začlenění mentálně retardovaného jedince do společnosti

„Socializace ve smyslu pedagogickém je proces, jímž si dítě osvojuje pravidla života ve společnosti, do které se narodilo. Děje se působením výchovy, napodobením, identifikací a stykem s vrstevníky.“⁴¹

U jedinců s mentálním postižením je míra socializace omezena a do jisté míry určena stupněm defektu. Důležité skutečnosti, které musíme zjistit jsou:

- a) do jaké míry je zapojení možné (= stupeň socializace)
- b) pro které jedince, v závislosti na typu postižení, je zapojení do společnosti vhodné a prospěšné
- c) kdy je ideální věk pro počáteční cílené působení socializace.⁴²

V procesu začlenění mentálně retardovaného jedince do společnosti hraje významnou roli emocionalita a úroveň rozvinutosti volných vlastností. Nelze zapojit všechny retardované jedince rovnoměrně do společnosti, míra postižení výrazně ovlivňuje a znesnadňuje socializaci. Je zřejmé, že čím těžší postižení, tím je socializace obtížnější. Nikdy však nebude mentálně retardovaný jedinec stejně socializován jako člověk zdravý. Dalším často uváděným pojmem je sociabilita. *„Pojmem sociabilita vyjadřujeme schopnost sociální přizpůsobivosti jedince.“⁴³*

Při odhalení mentálního postižení u dítěte po narození se mnoho rodin rozhodne ponechat dítě v ústavu, kde se defekt ještě více prohlubuje. V tomto prostředí jedinec nedostává takovou péči, jaké by se mu dostalo v rodině. Důvodem je vysoký počet dětí v poměru na personál ústavu, než jak by to bylo v domácím prostředí. Nejvýznamnějším důsledkem bývá narušení řečového projevu, emočního vývoje a sociálních dovedností.

⁴¹ *Malý encyklopedický slovník*. Praha : Academia, 1972. 1456 s, s. 1115.

⁴² SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 4. uprav. vyd. Praha: SPN, 1980. s. 234. ISBN 14-628-80.

⁴³ BEZRUČKOVÁ, Věra.: *Výchova řeči mentálně retardovaných žáků*. Praha: Univerzita Karlova, 1983. 122s, s. 21.

Pokud se rodiče rozhodnout postižené dítě vychovat, je zařazeno do speciální mateřské školy, či později do praktické základní školy. Jedinci, kteří jsou lehce mentálně retardováni jsou povětšinou schopni absolvovat speciální základní školu a poté pokračují ve speciálních učebních oborech pro ně určených. Pokud jedinec trpí hlubokou mentální retardací, je zařazen do praktické základní školy nebo úplně zbaven povinnosti splnit povinnou školní docházku, zde je určení vždy individuální. V některých zemích se projevuje snaha integrovat mentálně postižené děti do školského systému spolu se zdravými dětmi, ovšem jsou potřeba speciální pedagogové a vychovatelé. Je též nutné obeznámit žáky a učitele s projevy mentální retardace.

Pokud stupeň retardace dítěte vylučuje možnost školského vzdělávání, rozvoj a výchova takového jedince závisí na rodině nebo na ústavní péči. Ústavní péče se dělí na denní, týdenní a celoroční. Tato zařízení jsou ale velmi finančně náročná, proto se do budoucna uvažuje o náhradě, kdy by mentálně retardovaní žili v bytě s vychovatelem, případně při lehčím postižení by byli pouze tímto vychovatelem navštěvováni.

2.5.2 Integrace do vzdělávacího systému

Na základě obsahu Listiny základních práv a svobod⁴⁴ má každý občan právo na vzdělání po dobu, kterou stanoví zákon. Pokud dítě kvůli mentálnímu postižení není schopné absolvovat výuku v běžném školském systému pro zdravé děti, musí zde existovat alternativa v podobě školy speciální nebo praktické. Jak již bylo řečeno podrobněji ve třetí kapitole, v oblasti poznávacích procesů je mentálně postižený člověk ve srovnání se zdravými jedinci pomalejší. Pomaleji poznává, chápe a více než u ostatních je zde nutné časté opakování a nabalování dalších znalostí pro rozvoj osobnosti. Stejně jako u zdravých lidí je výchova a vzdělávání mentálně retardovaných brána jako celoživotní proces. Výchova jedince s mentální retardací je daleko náročnější než výchova zdravého jedince, vyžaduje více času a speciální pedagogické dovednosti.

Institucionalizovaná výchova dětí započiná v mateřské škole. Pro děti s mentálním postižením jsou k dispozici speciální mateřské školy, mateřské školy běžného typu, nebo speciální třídy pro mentálně postižené v běžné mateřské škole. Absolvování mateřské školy není povinné a záleží zejména na uvážení časových a finančních podmínek rodičů. Speciální mateřská škola vytváří vhodné podmínky pro rozvoj dítěte s mentální retardací. Zajišťuje rozvoj osobnosti v mnoha oblastech: motorika, řeč, myšlení, představitivost a také zprostředkovává důležitý kontakt s vrstevníky. Dle dostupných informací se jedná řádově o desítky těchto mateřských škol v naší republice..⁴⁵ Na základě diagnostiky mentálně postiženého jedince se vytváří individuální vzdělávací plán. Speciální mateřská škola je určena dětem od 3 do 6, případně 7 let. Základním dokumentem je zde Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, který připravuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Základní vzdělávací a výchovnou metodou je hra. Cílem vzdělávání a výchovy v mateřské škole je rozvoj rozumových schopností, smyslového vnímání, jemné a hrubé motoriky, a v neposlední řadě také rozvoj komunikace.

Výchova dále pokračuje v praktické základní škole, která je určena žákům s lehkým mentálním postižením. Základní škola praktická má devět ročníků a člení se na

⁴⁴ *Parlament České republiky* [online]. 1993 [cit. 2011-02-11]. LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD. Dostupné z WWW: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>.

⁴⁵ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

1. stupeň (1.-5. ročník) a 2. stupeň (6.-9. ročník). Posláním základní školy praktické je umožnit žákům pomocí speciálních metod a forem práce dosáhnout co možná nejvyšší úrovně znalostí. Specifické ve výuce jsou zejména tyto skutečnosti:

- ❖ speciální učební metody
- ❖ vhodný výběr učiva
- ❖ speciální učebnice
- ❖ snížený počet žáků ve třídě
- ❖ individuální přístup k žákům

Výuka v praktické základní škole vyžaduje časté střídání činností ve výuce a zejména tvůrčí přístup učitele při přípravě programu na hodiny.⁴⁶ O poznání více než v základní škole je nutné respektovat individuální odlišnosti žáků, začleňovat do výuky častěji hru a ve výuce často používat dostupné názorné pomůcky. Učitel se snaží zejména o vytvoření přátelského a důvěrného prostředí, které je velmi důležité pro zájem žáka o vzdělávání. Samozřejmě pokud je v možnostech školy, je dobré zařadit do programu různé mimoškolní aktivity, kroužky, soutěže či účast na kulturních akcích nebo vzdělávacích besedách.

Žák praktické školy by měl získat základní vědomosti ze všeobecně vzdělávacích předmětů, měl by se srozumitelně vyjadřovat ústní i písemnou formou a pokud je to možné, být i zručný a fyzicky zdatný.

Základní škola speciální se zaměřuje na vzdělávání dětí s kombinovaným postižením, jehož součástí je středně těžké až těžké mentální postižení, které jim nedovoluje prospívat na základní škole ani na základní škole praktické. Dále se zaměřuje na vzdělávání žáka s více vadami a autismem. Cílem tohoto vzdělávání je poskytování vědomostí, dovedností a návyků, potřebných k uplatnění žáků v praktickém životě. Důležitý je také důraz na dosažení nejvyšší možné míry samostatnosti žáka a zejména nezávislosti na péči druhých osob. Základní škola speciální je desetiletá a člení se na první stupeň, který tvoří 1. až 6. ročník, druhý stupeň, který tvoří 7. až 10. ročník. Od základní školy se odlišuje organizačními formami vzdělávání i obsahovým zaměřením výuky. Vzdělávací požadavky se

⁴⁶ *Dětský domov, Mateřská škola, Základní škola a Praktická škola Zlín* [online]. 2011 [cit. 2011-11-23]. Základní škola praktická. Dostupné z WWW: <<http://www.ddskolyzlin.cz/skola/zakladni-skola-prakticka/>>.

přizpůsobují schopnostem a možnostem jednotlivých žáků. Učivo je redukováno na osvojení základních vědomostí a dovedností v jednotlivých vzdělávacích oblastech a vzdělávacích oborech, prakticky zaměřených činností a pracovních dovedností.

Po absolvování základní školy probíhá výuka v praktické škole. Vzdělávání je zde určeno dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. Speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí zdravotní postižení, zdravotní znevýhodnění nebo sociální znevýhodnění. Mentální retardace je zahrnuta do kategorie zdravotní postižení, kam patří také tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.⁴⁷ Existuje velké množství škol, ve kterých lze nalézt pestré učební obory. Po absolvování této školy dostane student výuční list na základě závěrečné zkoušky. Vzhledem ke speciálním vzdělávacím potřebám žáků je vhodné organizovat výuku tak, aby byly respektovány psychické, fyzické a sociální možnosti žáků, jejich individuální zvláštnosti a schopnosti. Cílem vzdělávání je umožnit žákům doplnění a rozšíření teoretického i praktického vzdělání dosaženého v průběhu povinné školní docházky a poskytnout jim základní dovednosti a návyky pro výkon jednoduchých činností v oblastech praktického života.

Cílem vzdělávání žáků s postižením je:

- ❖ důraz na rozvoj dorozumívání s okolím, zejména na užívání různých prostředků ke komunikaci, např. počítačů
- ❖ snaha o plné využití schopností a možností žáka v osobním i pracovním životě
- ❖ motivace k učení a snaha o osvojení vhodné strategie učení
- ❖ schopnost řešit problémy
- ❖ plnění povinností a správné vyjadřování svých požadavků a potřeb
- ❖ snaha o empatii, vyjadřování pozitivních citů k okolí, respektování druhých
- ❖ povinnost chránit zdraví své i ostatních⁴⁸

⁴⁷ Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR [online]. 2011 [cit. 2011-11-26]. *E - bariéry osob se zdravotním postižením*. Dostupné z WWW: <<http://www.sons.cz/docs/e-bariery/>>.

⁴⁸ Metodický portál inspirace a zkušenosti učitelů [online]. 2008 [cit. 2011-06-14]. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. Dostupné z WWW: <<http://rvp.cz/informace/dokumenty-rvp/rvp-s>>.

2.6. Sociální politika státu

Součástí sociální politiky státu je politika zdravotní, která představuje zájmy státu na zdravotním stavu obyvatelstva. Zdravotní politika se prolíná s politikou hospodářskou. Stát zde stanovuje právní rámec a odstraňuje negativní sociální dopady tržního rozdělování. Především stát zasahuje tam, kde sociální stratifikace způsobuje z hlediska dodržení lidských práv nespravedlnost. Tady je potřeba zasáhnout a vyrovnat ekonomickou nerovnost. Míru vyplácení sociálních dávek také ovlivňuje politická příslušnost. Zdravotní politika je definována jako cílevědomá činnost státu zaměřená na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva.⁴⁹ Zdravotní politika zahrnuje 2 hlavní druhy aktivit:

- 1) aktivity zaměřené k léčení, tj. odstranění změn ve zdravotním stavu člověka, tedy obnově nebo navrácení zdraví
- 2) aktivity ve směru ochrany a podpory zdraví, ve směru zamezení vzniku nemoci.

Vedle státu se na zdravotní politice podílejí také ostatní státní a nestátní subjekty. Patří mezi ně zdravotní pojišťovny, komory, asociace, zdravotnická zařízení. Dále sem patří obce, podnikatelé, zaměstnavatelé, občanské iniciativy, občané, rodiny. Nedílným subjektem jsou také politické strany.

Mezi dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením patří:⁵⁰

- ❖ jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- ❖ příspěvek na úpravu bytu
- ❖ příspěvek na zakoupení motorového vozidla
- ❖ příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla
- ❖ příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla
- ❖ příspěvek na provoz motorového vozidla
- ❖ příspěvek na individuální dopravu

⁴⁹ KREBS, Vojtěch, et al. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha : ASPI, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7357-276-1.

⁵⁰ Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2011 [cit. 2011-11-22]. *Zdravotní postižení*. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>>.

- ❖ příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu
- ❖ příspěvek na úhradu za užívání garáže
- ❖ příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.

Vedle dávek sociální péče se poskytují rovněž:

- ❖ mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P)
- ❖ bezúročné půjčky.

V případě rodičovského příspěvku se vyskytují při péči o mentálně postižené výjimky zejména ve věku, do kterého je příspěvek vyplácen.

„U zdravotně postižených dětí má rodič nárok ode dne posouzení dítěte jako dítěte dlouhodobě zdravotně postiženého nebo dlouhodobě těžce zdravotně postiženého na rodičovský příspěvek v základní výměře (7 600 Kč) do 7 let věku dítěte, a to bez ohledu na dříve zvolenou možnost čerpání rodičovského příspěvku (před posouzením zdravotního stavu dítěte). Pokud tomuto dítěti náleží příspěvek na péči (podle zákona o sociálních službách), má rodič nárok na rodičovský příspěvek v poloviční výši. Pokud rodič pečuje o dítě dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené a toto dítě nepobírá příspěvek na péči, náleží rodičovský příspěvek v nižší výměře (3 000 Kč) od 7 do 15 let věku dítěte.“⁵¹

Příspěvek na péči⁵²

Příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří jsou zejména z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Péčí o vlastní osobu se rozumí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, tj. např. schopnost

⁵¹ Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2011 [cit. 2011-03-09]. Státní sociální podpora. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/2#nd>>.

⁵² Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2011 [cit. 2011-03-09]. Státní sociální podpora. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/2#nd>>.

komunikovat, nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit.

Odstupňování závislosti⁵³

Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby:

Stupeň I (lehká závislost),

jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

Stupeň II (středně těžká závislost),

jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

Stupeň III (těžká závislost),

jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

Stupeň IV (úplná závislost),

jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti

⁵³ *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2011 [cit. 2011-03-09]. Státní sociální podpora. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/2#nd>>.

Výše příspěvku⁵⁴

Výše příspěvku za kalendářní měsíc po novelizaci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách od 1.8.2009 činí:

1. u osoby do 18 let věku:

- **3.000 Kč**, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- **5.000 Kč**, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- **9.000 Kč**, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- **12.000 Kč**, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

2. u osoby starší 18 let:

- **800 Kč**, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- **4.000 Kč**, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- **8.000 Kč**, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- **12.000 Kč**, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

Rodinám, které pečují o postižené dítě, je určen sociální příplatek. Musí být splněna tato kritéria:

- ❖ *„Cílem dávky je pomáhat rodinám s nízkými příjmy a zdravotně postiženým členem krýt náklady spojené se zabezpečením potřeb jejich dětí. Nárok na sociální příplatek mají rodiny, kde rodiče pečují alespoň o jedno nezaopatřené dítě, které je dlouhodobě nemocné, dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené, nebo je-li alespoň jeden z rodičů dlouhodobě těžce zdravotně postižený nebo je nezaopatřeným dítětem, které je dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě nemocné.*
- ❖ *Nárok na sociální příplatek je vázán na péči o nezaopatřené dítě (s výjimkou dítěte svěřeného do pěstounské péče) a na stanovenou hranici příjmů v rodině. Tato hranice nesmí překročit dvojnásobek životního minima této rodiny. Testuje*

⁵⁴ Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2011 [cit. 2011-03-09]. Státní sociální podpora. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/2#nd>>.

se příjem za předchozí kalendářní čtvrtletí. Za příjem se považuje i rodičovský příspěvek a přídavek na dítě.

- ❖ Ve výši dávky se odráží nejen příjmy rodiny, kdy s rostoucím příjmem sociální příplatek postupně klesá, ale i stupeň postižení dítěte a rodiče.⁵⁵

Tabulka č. 4: Výše sociálního příplatku v Kč

Výše sociálního příplatku v Kč měsíčně podle věku dítěte v rodině s rozhodným příjmem na úrovni životního minima rodiny			
Věk nezaopatřeného dítěte v rodině	Sociální příplatek podle stupně zdravotního postižení dítěte		
	dítě dlouhodobě nemocné	dítě dlouhodobě zdravotně postižené	dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené
do 6 let	1006 ¹⁾ 1072 ²⁾	2 136 ³⁾	2 400 ³⁾
od 6 do 15 let	1 314	2 617 ³⁾	2 940 ³⁾
od 15 do 26 let	1 508	3 004	3 375

Zdroj: MPSV Odbor 21 (2011)

¹⁾ Rodina má nárok na rodičovský příspěvek do 3 let věku dítěte ve výši 7 600 Kč.

²⁾ Rodina bez nároku na rodičovský příspěvek (dítě starší 4 let věku).

³⁾ Rodina má nárok na rodičovský příspěvek do 7 let věku dítěte ve výši 7 600 Kč, případně na rodičovský příspěvek do 15 let věku dítěte ve výši 3 000 Kč, pokud dítě nepobírá příspěvek na péči.

⁵⁵ *Integrovaný portál MPSV* [online]. 2011 [cit. 2011-03-09]. Sociální příplatek. Dostupné z WWW: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/soc_priplatek>.

III. Praktická část

3.1 Zúčastněné pozorování klientů Stacionáře Slunečnice v Pardubicích

Jako výzkumnou metodu jsem si zvolila zúčastněné pozorování, doplněné o standardizovaný rozhovor se sociálním pracovníkem Stacionáře Slunečnice. Standardizovaný rozhovor, kazuistiky vybraných klientů Stacionáře Slunečnice a záznamové archy pozorování jsou součástí přílohy. Deník z praxe je pak součástí samotného textu bakalářské práce.

3.1.1 Cíl výzkumu a časový harmonogram

Časový harmonogram

- 12.8. – 12. 10. 2011: Přípravná fáze (stanovení cíle výzkumu, seznámení s odbornou literaturou, příprava záznamového archu, příprava otázek pro rozhovor)
- 20. 10. – 28. 10. 2011: Realizační etapa (získávání dat pomocí metody zúčastněného pozorování, komunikace s klienty, zaznamenávání chování do archu, pozorování a zapojení se do chodu stacionáře, rozhovor se sociálním pracovníkem Stacionáře Slunečnice)
- 29.10 – 4. 11. 2010: Vyhodnocovací etapa (zpracování a interpretace dat, posléze prezentace ve formě závěrečné zprávy)

Cíl výzkumu

Hlavním cílem zúčastněného pozorování je prozkoumat, jak probíhá komunikace pracovníků stacionáře s klienty a na základě poznatků nalézt případná řešení pro zkvalitnění komunikace personálu směrem k nim. Dílčím cílem výzkumu je přinést poznatky o účelu komunikace, dále zjistit, jakým způsobem ji ovlivňuje stupeň mentálního postižení klienta a ověřit si původní domněnku, že zaměstnanci projevují snahu o edukaci klientů.

Při zúčastněném pozorování jsem se podrobně soustředila na dvanáct klientů, přičemž každá skupina tří klientů se odlišuje stupněm mentálního postižení. Během výzkumu jsem si zapisovala na záznamový arch četnost komunikačních aktů pracovníků Stacionáře Slunečnice s klienty a účel této komunikace. Na závěr tohoto výzkumu sdělím vedení stacionáře případné návrhy řešení, jak zlepšit komunikaci pracovníků

stacionáře s klienty. Výzkumná otázka tedy je – „Jaká jsou případná řešení pro zkvalitnění komunikace personálu s klienty ve stacionáři Slunečnice v Pardubicích?“

3.1.2 Popis zařízení

Pro své zúčastněné pozorování jsem si vybrala Stacionář Slunečnice v Pardubicích. Tento denní stacionář pro mentálně postižené vznikl v roce 1981 a po dobu 11 let sídlil v Jezbořicích. V roce 1992 byl přestěhován na sídliště Dukla v Pardubicích, kde má k dispozici klidné zázemí s velkou zahradou a zároveň je dostupný pomocí MHD, je tedy možné široce využít kulturní zázemí města. Denní stacionář Slunečnice Pardubice je od 1.1.2007 jednou z organizačních složek příspěvkové organizace Sociální služby města Pardubic, jejímž zřizovatelem je Statutární město Pardubice. Budova Denního stacionáře Slunečnice sídlí v ulici A.Krause 1995, 530 02 Pardubice. Provozní doba zařízení je od 6.00 hodin do 16.30 hodin po všechny pracovní dny v roce. Stacionář Slunečnice poskytuje podporu a péči směřující k soběstačnosti, individuálnímu rozvoji osobnosti a upevňování vědomostí, dovedností a návyků. Cílovou skupinou jsou klienti ve věku od 9 do 55 let, dle individuální dohody je možné zařadit klienta jiného věku. Klienti mají sníženou soběstačnost z důvodu mentálního postižení a jejich situace vyžaduje pravidelnou asistenci.

Z rozhovoru se sociálním pracovníkem jsem zjistila, že ve stacionáři je momentálně nahlášeno 50 klientů s mentálním či kombinovaným postižením, přičemž denně jich dochází přibližně 30. Do péče o klienty je zapojeno celkem 15 zaměstnanců.

Cíle služby⁵⁶:

- podporovat uživatele k soběstačnosti (zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, osobní hygienu, stravování) v možné míře dané jejich postižením
- podporovat uživatele ve výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech dle osobního výběru
- podporovat zprostředkování kontaktu uživatelů se společenským prostředím

⁵⁶ Sociální služby města Pardubic [online]. 2011 [cit. 2011-05-22]. *Denní stacionář Slunečnice Pardubice*. Dostupné z WWW: <<http://www.ssmpe.cz/ds.htm#O%20n%C3%A1s>>.

- podporovat a upevňovat kontakt s rodinnou uživatele
- podporovat klienty při aktivitách, které dopomáhají k jejich sociálnímu začlenění
- umožnit uživatelům využívat návazné služby dle jejich zájmů a potřeb
- umožnit odpočinek osobě, která pečuje o člověka s postižením

3.1.3 Záznamy z mého deníku o působení ve Stacionáři Slunečnice - jména použitá v textu jsou smyšlená

1. den

Do stacionáře jsem nastoupila na osmou hodinu ranní. Protože jsem zde v druhém ročníku absolvovala povinnou praxi, bylo pro mě prostředí známé, avšak od té doby prošlo mnoha změnami. Tyto změny se týkají zejména rekonstrukce budovy, která probíhá za účelem rozšíření cílové skupiny o seniory. Klienti již bohužel nemají k dispozici tělocvičnu, která byla velice prospěšná. Toto vidím jako velký negativní dopad rekonstrukce. V tělocvičně jsme s klienty dříve hráli různé hry, při kterých vydali přebytečnou energii a byli poté klidnější. Po příchodu do zařízení jsem byla představena zaměstnancům, s některými jsem se již znala z dříve absolvované praxe. Pokaždé, když se za mnou při nástupu do zařízení zavřou dveře, mám pocit, jako bych byla v jiném světě. V zařízení panuje vždy dobrá nálada, až na výjimky jsou klienti bezproblémoví a velice rádi přijmou do kolektivu nového člověka. Zjišťuji, že někteří klienti si mě taktéž pamatují.

Nejprve se dozvím organizační věci, tedy mou pracovní dobu, mé povinnosti a také plán dne. V souvislosti s předáváním nového vozu od sponzorů probíhá každý den nácvik tanečního vystoupení, jako vyjádření díků. Tuto činnost klienti s nadšením vítají. Dnešní den proběhne naprosto v pořádku, bez žádného konfliktu. Náplní mé práce je pomoc s hygienou, oblékáním a krmením klientů, dohled na klienty, komunikace s nimi a v neposlední řadě také snaha o zabavení, případně jejich edukaci, třeba pomocí her. V rámci začlenění klientů do společnosti se např. zapojuji jako doprovod na nákup, případně kulturní akce.

Můj den ve stacionáři začíná posezením s klienty u televize, někteří se usmívají, ale po oslovení jsou stydliví. Opak nastává tehdy, kdy se představím, sdělím, že už jsem

zde byla na praxi a připomenu nějaký osobní zážitek s klientem. V tu chvíli si klient rázem vzpomene a mám dojem, že má radost, že není v přítomnosti někoho neznámého. Tady se přístup k „nováčkům“ různí. Když přijde někdo nový do stacionáře, některý klient ho přijme s velkou radostí, jiný se uzavře do sebe a nereaguje na žádné snahy o komunikaci, po pár hodinách se napětí uvolní a i introvertní klienti se mnou bez problémů komunikují.

V rámci zúčastněného pozorování se zaměřuji na četnost komunikačních aktů, které si zapisuji do záznamového archu. Už první den vidím značné rozdíly mezi zaměstnanci, na některých je přímo vidět, že je práce s klienty baví a jsou mezi nimi i více oblíbení. Všimám si, že mnoho komunikačních aktů vychází přímo od klientů. Již za první hodinu odpovídám na desítky dotazů. Klienty nejvíce zajímá, jaká mám doma zvířata, jestli mám sourozence, jestli chodím do školy, jak dlouho ve stacionáři budu a denně zodpovím několik dotazů, zda se přijdu podívat na taneční vystoupení. Při příchodu mezi klienty si rozpomínám na doporučení pro komunikaci s mentálně postiženými a snažím se dodržovat tipy pro správnou komunikaci uvedené v kapitole o kognitivních procesech. Musím konstatovat, že mi tato doporučení pomohla, komunikace probíhá bez problémů.

Dnes v rámci dopolední činnosti s klienty vyrábíme ze šišek adventní věnce, které lze pak zakoupit za symbolickou cenu. Této možnosti hojně využívají rodiny klientů. Poté následuje nácvik tanečního vystoupení, které na přání klientů shlédnu. Ve stacionáři se po celý den cítím příjemně, svět je tu daleko přívětivější než ten druhý - „tam venku“.

2. den

Dnešní den opět začíná kolem osmé hodiny ranní, po příchodu do stacionáře se přivítám s klienty a dozvím se dnešní plán. Krátce po mém příchodu jsem odvolána na zhruba půl hodiny od klientů, protože se každý týden konají konzultace klientů s vedoucím pracovníkem v sociálních službách. Při těchto konzultacích nejsou přítomni žádní další zaměstnanci. Následuje krátká činnost v dílně, kde klienti vyškrobávají zbylý vosk z čajových svíček.

Poté se zapojuji do krmení klienta s kombinovaným postižením. Jí velmi pomalu a v momentě, kdy po sobě soběstační klienti uklízejí nádobí do myčky, je zhruba

v polovině svačiny. Snažím se být trpělivá a s klientem během krmení komunikovat nejen o konzumovaném jídle. Vše proběhne bez problémů, po svačině se zapojuji opět do práce v dílně, kde dokončuji věnce z šišek a radím přitom klientům se správnou technikou. Dopolední činnost je velmi krátká, po zhruba hodině následuje oběd, kde opět asistuji u krmení. Klient, kterého mám na starosti, přestože nemůže vděk vyjádřit slovy, mám dojem, že úsměv a oči zářící štěstím mluví za vše. Připadám si užitečná.

Dnes se dozvídám bližší informace k rekonstrukci budovy. Důvodem je rozšíření cílové skupiny o seniory, kteří mají nyní k dispozici místnost, která původně byla určena pro nepohyblivé klienty, podle místního označení tzv. „ležáky“. Senioři dále s ostatními klienty sdílejí místnost určenou pro stravování a společenské hry, případně sledování televize. Pokoj pro nepohyblivé klienty byl vybudován rozdělením tělocvičny, což jak jsem zmínila, hodnotí klienti i zaměstnanci dle mých zjištění negativně. Dřívější sportovní aktivity lze provádět pouze za hezkého počasí na zahradě stacionáře, problémy vznikají i při nácvičce vystoupení, kdy klienti musí přesunout všechny stoly z místnosti určené pro stravování a po skončení tance opět stoly vrátit na původní místo. Toto řešení se mi jeví jako poněkud nešťastné, klienti jsou velmi soutěživí a jakékoliv sportovní hry v tělocvičně vnímali během mé předchozí praxe velmi pozitivně.

3. den

Dnešní den od rána naplno probíhají přípravy na zítřejší předání auta, někteří klienti trénují tanec. Se zbylými klienty a se dvěma pracovníky v sociálních službách se zapojuji do činnosti v dílně, přičemž mým úkolem je oloupat tašku plnou pomerančů tak, aby klienti měli dostatečně velké slupky na vykrajování hvězdiček do pomerančové kůry. Ty se pak použijí na ozdobení věnců ze šišek. Během této manuální činnosti také pomáhám klientům se správnou technikou vykrajování.

S pracovníci během této činnosti hovořím o rozšíření služeb o péči o seniory. Toto je pro mě nové, při mém předchozím působení tato služba nebyla poskytována. Od sociálního pracovníka se při rozhovoru dozvídám, že je zde trvale hlášeno sedm seniorů, avšak zaměstnankyně stacionáře mi sděluje, že poskytovaná služba je zatím na začátku a že denně docházejí v některé dny čtyři klienti, jindy pouze jeden. Klienti s postižením se snášejí se seniory dobře, ke konfliktům nedochází.

Dnešní den jsem povolána na pomoc paní, která má na starosti třídu se třemi autisty. Nastává problém s umístěním klienta Tomáše s kombinovaným postižením, kterému stupeň postižení nedovoluje ani nácvik vystoupení, ani vykrajování v dílně. Je tedy zhruba na hodinu umístěn do třídy s autisty, kde se zaměřuji na jeho edukaci pomocí pracovního sešitu pro první třídu. Po zhruba deseti minutách činnosti nastává problém, Tomáš není v dobrém rozpoložení a mezi autisty se necítí dobře, začíná být hrubý a agresivní, dožaduje se zaměstnance, který musí být přítomen nácviku představení. Agrese se projevuje slovně i fyzicky, ale obejde se bez následků, klient je napomenut a uložen do koutku s plastovými kuličkami, které na něj mají působit uklidňujícím dojmem. Není to první konflikt, který vidím u tohoto klienta, při mé praxi ve druhém ročníku se opět upnul na nějakého pracovníka a pokud se mu zrovna v jistou chvíli nevěnoval, ubližoval ostatním klientům a zaměstnancům, byl hrubý. Po zbytek dne se tedy klientovi vyhýbám na doporučení, aby nedošlo ke konfliktu. Krmení Tomáše místo mě dostane na starost jeho oblíbený zaměstnanec.

4. den

Dnešní den pro mě začíná službou při otevírání dveří. Mou povinností je každého klienta po příchodu do stacionáře zapsat do docházkové knihy, případně převzít doplňující pokyny od rodičů.

Velice mě překvapuje otec jednoho z postižených klientů. Jeho syn Karel trpí těžkou mentální retardací se sníženou schopností pohybu, avšak místo vozíku se pohybuje pomocí speciálních podpěr. V rámci snahy o co největší soběstačnost klienta tatínek zastavuje zhruba 100m od stacionáře, aby jeho syn trénoval pohyb a aby se co nejdéle vyhnul nutnosti kolečkového křesla. Takový přístup se u rodičů dětí či dospělých s mentálním postižením často nevidí.

Naopak uvádím případ agresivního klienta Tomáše, který není rodiči ani za veřejší incident pokárán a stále je omlouván. V tomto případě mi bylo pracovníkem sociální služby sděleno, že takové nezodpovědné jednání rodičů v budoucnosti jejich synovi ublíží. Oba Tomášovi rodiče jsou v důchodovém věku, přibližně 70 let, což do budoucna bude znamenat, že Tomáš bude odkázán pouze na péči ústavů. Problém podle pracovníka nastane tehdy, až si bude opět vynucovat pomocí agrese pouze některé pracovníky. Je mi sděleno, že v takovém zařízení klienta pouze utlumí léky. Problém vidím také v tom, že takový klient, jako je Tomáš, značně narušuje chod zařízení. Na

dotaz, zda je možné odmítnout některé klienty se dozvím, že to možné bohužel není. Úkolem pracovníků v sociálních službách je zajistit, aby mělo zařízení plynulý chod, případně problémové klienty zapojit do co nejvíce činností, aby se eliminovaly tyto projevy.

5. den

Tento den bude pro mé zúčastněné pozorování posledním. Dopoledne opět probíhá podle programu dopolední činnosti, přičemž dnes připravujeme barevné drátky pro adventní věnce. Tato činnost je pro klienty poměrně manuálně náročná, protože je nutné omotat dárkovou stužku kolem tenkého drátku, klienti se stále rozptylují a mají problém s udržení potřebné míry pozornosti. Snažím se kontrolovat správnou techniku, kterou také demonstruji na výrobě barevného drátku. Při této činnosti se opět zapojuji do komunikace s klienty, přičemž hovoříme o nadcházejících Vánocích. Jeden z klientů během této komunikace změní téma a zmiňuje svůj sexuální život. Brzy je však napomenut zdravotním pracovníkem a konverzace na toto téma končí.

Po této aktivitě následuje krmení Matěje, chlapce s kombinovaným postižením, který je navíc slepý. Při krmení je nutné vždy oznamovat, kdy se blíží lžička se stravou. Matěj je velmi zvědavý, zajímá se o školu a obor, který studuji. Zdá se, že je opravdu inteligentní, po chvíli se mě zeptá, zda ve stacionáři vykonávám praxi. Oznamuji, že jsem ve stacionáři již praxi absolvovala a tento týden zde vypomáhám pro získání poznatků k mé bakalářské práci. Jeho zajímá téma mé práce a když mu odpovím, následuje otázka, kdy mě čekají „státnice“. Velmi mě překvapuje jeho přehled.

Protože je pro mě tento den poslední, s klienty se po obědě rozloučím, zaměstnancům poděkuji za zodpovězené otázky a za umožnění provedení výzkumu. Ze stacionáře odcházím plná dojmů, převažují ty pozitivní. Závěrem bych chtěla říci, že provedený výzkum obohatil i mé zkušenosti. Zejména jsem se dozvěděla, jak se mám chovat při setkání s postiženým člověkem.

3.1.4 Zobecnění vlastních poznatků z praxe, návrhy na zkvalitnění komunikace personálu s klienty v Denním stacionáři Slunečnice

Během pěti dnů, které jsem ve stacionáři strávila jsem si zaznamenávala veškeré komunikační akty, týkající se vybraných klientů a zaměstnanců. Podrobně jsem zkoumala komunikační interakce mezi čtyřmi zaměstnanci a dvanácti klienty stacionáře. Klienty jsem, pro větší přehlednost, rozdělila do skupin podle stupně jejich mentálního postižení. K dispozici jsem měla dva záznamové archy, které jsou součástí přílohy.

Do prvního archu jsem si zaznamenávala jednotlivé komunikační akty. Cílem zaznamenávání na tento arch bylo určit počet komunikačních aktů vycházejících od personálu směrem ke klientům během zkoumaného období. Hodnoty jsem si první arch zapisovala pomocí čárkování za každý komunikační akt, přičemž v elektronické podobě byly čárky převedeny na čísla pro snadnější výpočet.

Druhý záznamový arch byl navržen pro zaznamenání účelu sledovaných komunikačních aktů. Klienti byli opět pro lepší přehlednost rozděleni podle stupně postižení a zkoumaným jevem byl účel pozorované komunikace. Vymezila jsem si čtyři zkoumané účely komunikace, prvním je zájem o osobu klienta, druhým obsahem jsou udílené pokyny, třetím snaha o edukaci a čtvrtým jsou všeobecná komunikační témata. Zájem o osobu klienta klasifikuji jako zjišťování, jak se klient cítí, zda něco nepotřebuje, jak např. strávil předchozí den, jaké má plány na odpoledne, co by si přál dělat, jak se mu líbí současná činnost apod. Jako příklad udílených pokynů lze uvést pokyny k osobní hygieně, ke stravování, napomenutí za nevhodné chování apod. Snahy o edukaci hodnotím jako snahu o ovlivnění chování a jednání jedince, které má za následek pozitivní změny v jeho postojích, návycích apod. Jelikož je proces edukace u lidí s mentální retardací celoživotní, nemohu hodnotit, zda je klient opravdu edukován, protože mé zkoumání trvá pouze týden. Mohu však zaznamenat, že zaměstnanec se snaží na klienta v tomto směru působit. Čtvrtým zkoumaným obsahem komunikace jsou všeobecná komunikační témata, mezi která řadím např. konverzaci o počasí, o jídelníčku aj.

Původním plánem bylo připravit na každý den 2 archy a posléze hodnoty pro různé dny vyhodnotit. Tato možnost se mi v praxi neosvědčila jako příliš dobrá, protože některé dny jsou zaměstnanci po určitý čas přiděleni k určité skupince klientů a tedy by

nebylo možné rozpoznat, zda byl zaměstnanec přítomen zkoumanému vzorku klientů a málo komunikoval ve srovnání s jinými dny, případně zda byl přítomen u jiné skupinky. Zajímalo mě tedy, zda zaměstnanci častěji komunikují s klienty s méně závažným stupněm postižení. Druhé hledisko, na které se zaměřuji během výzkumu, je náplň komunikace. Tady mě zajímá především to, zda se zaměstnanci snaží o edukaci klienta.

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova educio, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Komunikace je nedílnou součástí edukace.“⁵⁷

Při výzkumu jsem se zaměřila pouze na komunikaci, která vycházela z iniciativy zaměstnance. Pokud bych zobecnila i komunikaci, která vychází od klientů, značně bych znevýhodnila klienty, kteří nemají extrovertní povahu. U zaměstnanců stacionáře by měla být viditelná snaha o komunikaci, tudíž se zabývám komunikací z tohoto směru. Pracovník v pomáhajících profesích by měl být trpělivý, ochotný, přátelský, komunikativní, ale i rázný. Měl by být empatický, především ve snaze vidět svět „jejich očima“. Dále by měl přijímat klienta jako sobě rovného a prokazovat za každých okolností ke klientům pozitivní vztah. Při pozorování jsem narazila na fakt, kdy zkoumaný komunikační akt trval i několik minut, avšak nebylo by příliš dobré chodit mezi klienty se stopkami a měřit, jak dlouho s nimi zaměstnanci komunikují. Také by se nedalo zaznamenat několik komunikačních aktů zároveň. Proto se tedy zaměřuji pouze na to, kdy je zaměstnanec v pozici komunikátora směrem ke klientovi. Z hlediska pozorovatele jsem nezaznamenala výrazné rozdíly v počtu komunikačních aktů vzhledem ke stupni postižení.

Z výzkumu vyplývá, že zaměstnanci komunikují s klienty poměrně rovnoměrně. Nikde jsem nezaznamenala nějaký výrazný rozdíl. Zaměstnanci vždy komunikují tak, aby bylo komunikační sdělení jednoduché, výstižné a také přizpůsobené schopnostem a znalostem jedince. Nutno podotknout, že i přes profesionální přístup zaměstnanců stacionáře docházelo někdy k výskytu komunikačních šumů. Ty byly způsobeny do jisté míry např. únavou klienta či momentálním negativním rozpoložením (bolest, špatná nálada).

⁵⁷ JUŘENÍKOVÁ, P. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha : Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

Největší četnost v podobě sta komunikačních aktů během jednoho týdne jsem vyzozorovala mezi zaměstnanci a klienty se středně těžkou mentální retardací. Druhá v pořadí četnosti dopadla skupina jedinců s hlubokou mentální retardací v počtu 88 komunikačních interakcí, třetí skupina jedinců s těžkým mentálním postižením s počtem 83 komunikačních aktů. Překvapivé pro mě bylo, že nejmenší počet, tedy 76 komunikačních aktů, byl směřován na jedince s lehkou mentální retardací. Tento jev si lze vysvětlit tím, že klienti s lehkým postižením se častěji zapojují do komunikace jakožto komunikátoři, zřejmě mimo jiné, že u nich jsou vady řeči přítomny v menší míře. Během svého působení jsem nezaznamenala nějaký případ, kdy by zaměstnanec záměrně s některými klienty nekomunikoval, nutno podotknout, že profesionalita zaměstnanců je na vysoké úrovni. Naopak nejvyšší počet komunikačních interakcí s jedinci s hlubokou mentální retardací si lze vysvětlit tím, že jedinec s tímto typem postižení je většinou imobilní, mnohdy jsou postiženy i smysly. Pro takového klienta tvoří zaměstnanec tzv. „jeho oči, uši, ruce, nohy“. Je tedy možné, že v rámci celodenní péče, která je u těchto klientů nutná, dochází daleko více ke komunikační interakci. Tito klienti potřebují absolutní dohled – strava, hydratace, osobní hygiena, vyprazdňování. Pokud jsou postiženy smysly, zaměstnanec zároveň popisuje klientovi prostředí, ve kterém se nachází, při pohybu sděluje, kam je klient doprovázen.

Co se týče obsahu komunikace, ve 100 případech byl zaznamenán jako účel zájem o osobu klienta, v 92 případech pokyny ohledně osobní hygieny či úklidu, v 87 případech všeobecná komunikační témata a s nejmenším počtem 68 případů snaha zaměstnance o edukaci. V této části výzkumu se vyskytuje jev, kdy u jedinců s hlubokým mentálním postižením byl zaznamenán nejnižší počet interakcí s účelem edukace klienta. Tento jev je dán skutečností, že klienti s hlubokým mentálním postižením jsou často imobilní, mající také různá smyslová postižení. Zde je snaha o edukaci zavádějící, protože možnosti vzdělávání nepohyblivého klienta, s vážnou vadou řeči, případně slepého, jsou velmi omezené. Komunikace s takovým klientem je důležitá zejména za účelem péče o jeho osobu, jelikož mnohdy bývá odkázán pouze na pomoc druhých. Pro takového klienta je dobré popisovat mu okolní svět, aby si mohl alespoň do jisté míry představit, kde se nachází, případně s ním komunikovat při obědě o tom, jaké jídlo jí. Jako důležitý se jeví fakt, že nejčastějším účelem komunikace se prokázal zájem o osobu klienta, tedy jak se klient cítí, zda něco nepotřebuje, jak např. strávil

předchozí den, jaké má plány na odpoledne, co by si přál dělat, jak se mu líbí současná činnost apod.

Při provádění výzkumu jsem velice ocenila přístup všech pracovníků, kteří ochotně zodpověděli všechny mé dotazy. Během praxe jsem zjistila, že práce v pomáhajících profesích je velice psychicky náročná a že vyžaduje značnou duševní odolnost jedince. Kladně také hodnotím přínos takového stacionáře. Již na první pohled je zřejmé, že sem klienti dochází rádi a že se zde cítí jako doma. Ke každému klientovi zde přistupují jako k sobě rovnému, aby se necítil jako podřadný jedinec. Stacionář se také snaží nabídnout klientům pestrý program v podobě práce v dílnách, různých terapií, výletů, přednášek, kulturních akcí. Nabídka je opravdu pestrá a neustále se rozšiřuje. I přes nepochybný přínos zařízení je nutno podotknout, že klient by se lépe cítil doma. Péče o mentálně postiženého jedince je mnohdy celodenní záležitostí a je pochopitelné, že rodiče potřebují oddechový čas nebo potřebují chodit do zaměstnání, proto využívají služeb stacionáře.

Jako jeden z možných návrhů pro zkvalitnění komunikace bych navrhla méně častější pracovní činnost v dílnách, která ji do značné míry omezuje. Jsem si vědoma toho, že manuální práce je pro klienty do jisté míry prospěšná, pro zlepšení koordinace pohybů, avšak veškerá probíhající komunikace se při této činnosti vztahuje pouze na správnou techniku při výrobě předmětů. Taková práce probíhá téměř po celý den a není zde příliš prostoru pro volnou komunikaci. Jako jinou možnou činnost pro zabavení klientů bych zařadila např. slovní fotbal, který klientům dělá opravdu problémy, případně hádanky, které rozvíjejí logické myšlení stejně jako schopnost soustředění a vnímání. Pomocí slovního fotbalu lze zase obohatit slovní zásobu.

Dále si myslím, že by ke zkvalitnění komunikace ve stacionáři pomohlo zařazení více školení zejména v oblasti komunikace. Ačkoliv přístup personálu hodnotím jako profesionální a empatický, myslím si, že vzdělávání v tomto směru by zajisté přineslo ještě lepší výsledky. Nesporným faktem je, že samotná školení prochází vývojem, objevují se nové metody a doporučení. Bylo by tedy vhodné, aby pracovníci navštěvovali co nejvíce aktuálních kurzů zabývajících se touto problematikou v rámci sebevzdělávání.

Během mého působení ve stacionáři proběhla porada všech klientů stacionáře s vedoucím pracovníkem v sociálních službách. Všichni ostatní zaměstnanci byli vykázáni do jiné místnosti, přičemž klienti sdělují vedoucímu pracovníkovi své dojmy z aktuálního programu činností a akcí ve stacionáři, připomínky k péči o jejich osobu, případně stížnosti na chování zaměstnanců. Domnívám se, že toto do jisté míry napomáhá zlepšení vztahu zaměstnanec-klient, avšak si myslím, že by této konverzaci měli být přítomni i další zaměstnanci, tedy nejen vedoucí pracovník v sociálních službách. Klienti, kteří mají nějaké stížnosti na pracovníky zařízení, mají vždy možnost navštívit individuálně vedoucího pracovníka a vše s ním prokonzultovat.

Dále bych jako řešení pro zlepšení celkové komunikace ve stacionáři (klient-rodíč-zaměstnanec) navrhla občasná setkání pracovníků stacionáře, klientů a jejich rodičů, případně opatrovníků. Takové setkání by probíhalo podle předem stanoveného plánu, kdy by byl přítomen každý z těchto jmenovaných jedinců. Přínos bych viděla pro zaměstnance v tom, že by mohl zapůsobit na výchovu klienta přes prostředníka, kterým by byl rodič či opatrovník. Ten by se podrobně dozvěděl, které oblasti je dobré rozvíjet. Pro klienta by toto setkání bylo prospěšné zejména proto, že by odborník v podobě zaměstnance zapůsobil na laika, tedy rodiče a toto by mělo za následek zlepšení přístupu ke klientovi v rodině. Je totiž nutné pro pěstování soběstačnosti, aby klient neustrnul pouze jako opečovávaný. V mnoha rodinách jsem si všimla, že se takový přístup praktikuje, přičemž problémy nastanou při úmrtí rodičů. Také si myslím, že by oběma stranám, tedy zaměstnanci a rodiči prospěla vzájemná komunikace. Ta totiž v současnosti probíhá pouze při předávání dítěte, což dle mého názoru není dostatečné.

IV. Závěr

Mentální retardace je multidisciplinární, historicky i medicínsky poměrně složité a vědecky doposud neukončené a rozsáhlé téma. V minulosti byla tomuto problému věnována pozornost spíše z lékařského, či sociálního hlediska. Mentální retardace je ale významným sociologickým problémem, kterému se současná společnost teprve učí rozumět. Proces socializace mentálně retardovaných přináší mnohá úskalí daná jak erudovaností účastníků tohoto procesu, tak možnostmi současné společnosti. Nejen ekonomických, ale zejména personálních, nejčastěji však v kombinaci obou aspektů.

Péče o mentálně retardované, jejich socializace a smysluplné začlenění do společnosti v současné době naráží na vysokou bariéru zejména ekonomického charakteru. A to i přes výrazný posun v názledu společnosti na tyto spoluobčany, který je patrný zejména v posledních dvaceti letech. Prostředky věnované státem na oblast aktivní sociální politiky jsou nadále velmi nedostatečné, v porovnání s vyspělými zeměmi EU jsou některé kroky státu naprosto kontraproduktivní.

Zařízení sociální péče Slunečnice, zřizované Magistrátem města Pardubice plní svou úlohu výborně, stále je ale co zlepšovat. Některé kroky zřizovatele, např. zrušení tělocvičny, absence skutečně potřebných forem dalšího vzdělávání pracovníků hodnotím jako spíše škodlivé a působící chaoticky.

Socializace mentálně handicapovaných osob probíhá v tomto zařízení (s určitou mírou pravděpodobnosti hraničící s jistotou i v jiných obdobných zařízeních) v souladu s výsledky vědeckého poznání. Proces je ale determinován zejména personálními, potažmo ekonomickými možnostmi zřizovatele. Komunikace, která je jednou z vedoucích složek tohoto konání, tedy částečnou edukaci klienta, je podřízena provozním potřebám. Samotná komunikace je tak postavena spíše do role určující chod zařízení a fyziologické potřeby jednotlivých klientů. Edukační složka je minimalizována. Určitým řešením by zcela jistě bylo zajištění dostatečného počtu zaměstnanců samozřejmě s odpovídajícím ohodnocením a vzděláním, kteří by mohli eliminovat nejen hrozbu tzv. syndromu vyhoření u stávajících sociálních pracovníků, ale zcela jistě by přispěli k oživení komunikačních dovedností a forem. Naprosto potřebným se jeví zprostředkování výměnných pobytů či stáží pracovníků tohoto zařízení, nikoliv úředníků magistrátu, v jiných zemích EU s cílem nalézt modernější

formy socializace a péče v souladu s moderními vědeckými poznatky, např. v severských zemích.

Entuziasmus a nekonečná obětavost zaměstnanců nemůže nikdy plně nahradit absenci dostatečné ekonomické účasti státu, v tomto případě Magistrátu města Pardubice. Smysluplná propagace na regionální úrovni a trvalý mediální zájem by zcela určitě mohly být prvními vlaštovkami k filantropismu podnikatelských subjektů regionu do budoucna.

V. Seznam literatury

Tištěné zdroje:

1. BEZRUČKOVÁ, Věra.: *Výchova řeči mentálně retardovaných žáků*. Praha: Univerzita Karlova, 1983. 122s.
2. ČADILOVÁ, Věra, et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
3. ČERNÁ, Marie, et al. *Česká psychopedie*. Praha : Karolinum, 2008. 237 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
4. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1973. 184s. ISBN 08-051-73.
5. EMERSON, Eric . *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem* . Vyd. 1. Praha : Portál, 2008. 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
6. CHLUP, O., NOVOTNÝ, J.: *Výchova v zrcadle pramenů*. II. díl. Praha, DK 1950.
7. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha : Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
8. KREBS, Vojtěch, et al. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha : ASPI, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
9. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství* . Vyd. 1. české . Praha : Grada, 2004. 992 s. ISBN 80-247-0668-7.
10. *Malý encyklopedický slovník*. Praha : Academia, 1972. 1456 s.
11. MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vydání. Jinočany : H&H Vyšehradská, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
12. MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno : Paido, 1998. 85 s. ISBN 80-85931-60-5.

13. RENOTIÉROVÁ, Marie, et al. *Speciální pedagogika*. 1. vydání. Olomouc : Epava, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.
14. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
15. SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 4. uprav. vyd. Praha: SPN, 1980. s. 234. ISBN 14-628-80.
16. ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.
17. VÁGNEROVÁ, Marie; HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana; ŠTĚCH, Stanislav . *Psychologie handicapu*. Praha : Karolinum, 2001. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
18. VÍTKOVÁ, Marie, et al. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno : Paido, 2003. 461 s. ISBN 80-7315-071-9.
19. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha : Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.
20. ZVOLSKÝ, Petr, et al. *Speciální psychiatrie*. dotisk. Praha : Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.
21. ZVONÍKOVÁ, Alena; ČELEDOVÁ, Libuše; ČEVELA, Rostislav. *Základy posuzování invalidity*. Praha : Grada, 2010. 360 s. ISBN 978-80-247-3535-1.

Zdroje v elektronické podobě:

22. Dětský domov, Mateřská škola, Základní škola a Praktická škola Zlín [online]. 2011 [cit. 2011-11-23]. Základní škola praktická. Dostupné z WWW: <<http://www.ddskolyzlin.cz/skola/zakladni-skola-prakticka/>>.
23. Ekocentrum Paleta [online]. 2011 [cit. 2011-06-14]. *Činnost ekocentra* . Dostupné z WWW: <<http://www.paleta.cz/>>.
24. Integrovaný portál MPSV [online]. 2011 [cit. 2011-03-09]. *Sociální příplatek*. Dostupné z WWW: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/soc_priplatek>.

25. Metodický portál inspirace a zkušenosti učitelů [online]. 2008 [cit. 2011-06-14]. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. Dostupné z WWW: <<http://rvp.cz/informace/dokumenty-rvp/rvp-s>>.
26. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2011 [cit. 2011-03-09]. *Státní sociální podpora*. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/2#nd>>.
27. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2011 [cit. 2011-11-22]. *Zdravotní postižení*. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>>.
28. Parlament České republiky [online]. 1993 [cit. 2011-02-11]. *LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD*. Dostupné z WWW: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>.
29. Portál [online]. c2005-2011 [cit. 2011-02-10]. *Sociální kontext problémového chování*. Dostupné z WWW: <<http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=26622>>.
30. Pražské centrum primární prevence [online]. 2005 [cit. 2011-02-10]. *Agrese a šikana*. Dostupné z WWW: <<http://www.prevence-praha.cz/agrese-a-sikana>>.
31. Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR [online]. 2011 [cit. 2011-11-26]. *E - bariéry osob se zdravotním postižením*. Dostupné z WWW: <<http://www.sons.cz/docs/e-bariery/>>.
32. Sociální služby města Pardubic [online]. 2011 [cit. 2011-05-22]. *Denní stacionář Slunečnice Pardubice*. Dostupné z WWW: <<http://www.ssmpe.cz/ds.htm#O%20n%C3%A1s>>.

VI. Seznam tabulek

1. Tabulka č. 1: Klasifikace mentálního postižení	-18-
2. Tabulka č. 2: Etiologie těžké mentální retardace	-20-
3. Tabulka č. 3: Průvodní jevy mentální retardace	-29-
4. Tabulka č. 4: Výše sociálního příplatku v Kč	-43-

VII. Seznam příloh

Příloha číslo:

1. Záznamový arch standardizovaného rozhovoru se sociálním pracovníkem Denního stacionáře Slunečnice v Pardubicích
2. Záznamové archy zúčastněného pozorování klientů Denního stacionáře Slunečnice v Pardubicích
3. Kazuistiky klientů Denního stacionáře Slunečnice v Pardubicích

**Příloha č. 1 - Záznamový arch standardizovaného rozhovoru se sociálním pracovníkem
Denního stacionáře Slunečnice v Pardubicích**

Záznamový arch standardizovaného rozhovoru

Název zařízení: Stacionář Slunečnice

Adresa zařízení: Artura Krause 1995, 530 02 Pardubice-Zelené Předměstí

Funkce dotazovaného: Sociální pracovník

Dobrý den, nejprve bych Vám chtěla poděkovat za umožnění provedení zúčastněného pozorování právě ve vašem stacionáři. Prosím Vás o zodpovězení těchto otázek, které jsou nedílnou součástí mého výzkumu.

1) Kolik klientů je celkem přihlášeno do zařízení?

V současnosti máme nahlášeno 50 nahlášených klientů mentálním či kombinovaným postižením.

2) Kolik klientů je denně ve stacionáři?

V průměru denně dochází 30 klientů.

3) Jaké je věkové rozdělení do kategorií u klientů?

a) do 6 let – 0 klientů

b) 7-12 let – 1 klient

c) 13-18 let - 2 klienti

d) 19-26 let – 7 klientů

e) 27-65 – 40 klientů

4) Jaký je prosím počet klientů u jednotlivých stupňů postižení?

a) lehká mentální retardace – 7 klientů

b) středně těžká mentální retardace – 13 klientů

c) těžká mentální retardace – 16 klientů

d) hluboká mentální retardace – 14 klientů

5) Na oficiálních stránkách stacionáře je uvedeno, že při nástupu klienta do zařízení je vypracován individuální plán a osobní cíl, jak toto vypracování probíhá? Kdo a na základě čeho toto určuje?

Individuální plán spolu s cílem určuje klient ve spolupráci s klíčovým pracovníkem, případně rodičem.

6) V případě, že je plán splněn, stanovuje se další cíl?

Ano, jakmile se plán splní, stanovuje se další, případně se dále upevňuje, dále se pokračuje např. ve čtení. Jako příklad tvoří tyto plány např. naučení se nového výrobku např. v keramické či tkalcovské dílně.

7) Kolik zaměstnanců celkem v jakých funkcích je zapojeno do péče o klienty?

Chod stacionáře zabezpečuje 15 zaměstnanců v 6 různých funkcích. Jedná se o:

1 vedoucí zařízení, 1 sociální pracovník, 1 účetní, 1 uklízečka, 1 vedoucí pracovník v sociálních službách, 10 pracovníků v sociálních službách

8) Konají se nějaká školení pro zaměstnance v rámci zlepšení poskytovaných služeb?

Ano, zaměstnanci mají možnost absolvovat různá školení vztahující se nejen k problematice péče o mentálně postižené. V současnosti rozšiřujeme služby o péči o seniory, přičemž zaměstnanci navštěvují právě semináře zaměřující se na tuto problematiku v rámci přípravy na péči o nové klienty.

9) Máte nějaké plány na změny, rozšíření služeb do budoucna?

V současnosti prochází budova našeho stacionáře rozsáhlou rekonstrukcí, která je nutná díky rozšíření cílové skupiny z původního věkového rozmezí 9-55 let. Od 1.1. 2011 se zaměříme také na péči o seniory, přičemž v současné době jich máme nahlášených 7, do budoucna očekáváme nárůst.

Moc Vám děkuji za poskytnuté odpovědi.

Příloha č. 2 - Záznamové archy zúčastněného pozorování klientů Denního stacionáře Slunečnice v Pardubicích

Záznamový arch č. 1.: Četnost komunikačních aktů – v této tabulce zaznamenávám, jak často vychází komunikace od zaměstnance směrem ke klientovi s cílem určit, zda má na této četnosti vliv stupeň postižení, pracovníky stacionáře rozdělím anonymně podle čísel a klienty podle stupně postižení, abych mohla určit, zda zaměstnanci častěji komunikují s jedinci s lehčím postižením, kteří nemají žádné nebo mají jen malé vady řeči, případně zda je komunikace vyrovnaná.

Stupeň mentálního postižení klienta	1 – lehké			2 – středně těžké			3- těžké			4- hluboké		
	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4	Klient 5	Klient 6	Klient 7	Klient 8	Klient 9	Klient 10	Klient 11	Klient 12
Zaměstnanec 1	8	6	8	10	6	8	9	5	4	7	10	6
Zaměstnanec 2	7	4	5	9	6	10	12	8	5	3	10	9
Zaměstnanec 3	5	8	4	9	11	6	8	5	9	6	6	8
Zaměstnanec 4	6	6	9	8	10	7	5	5	8	9	6	8
Celkem součet pro každou skupinu	26+24+26=76			36+33+31=100			34+23+26=83			25+32+31=88		

Záznamový arch č. 2.: Účel komunikace – v této oblasti mě zejména zajímá obsah komunikace klient-zaměstnanec stacionáře ve vztahu k stupni postižení, tedy zda zaměstnanci působí rovnoměrně na edukaci klientů, či zda se více snaží působit na klienty s lehčím postižením, u kterých je míra pochopení díky vyšším rozumovým schopnostem na vyšší úrovni.

Stupeň mentálního postižení klienta	1 – lehké			2 – středně těžké			3- těžké			4- hluboké			Součet
	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4	Klient 5	Klient 6	Klient 7	Klient 8	Klient 9	Klient 10	Klient 11	Klient 12	
Účel kom.													
Zájem o osobu klienta	4	6	9	11	12	8	9	6	8	7	9	11	100
Pokyny	8	5	8	9	7	9	11	5	7	5	10	8	92
Snaha o edukaci	5	7	4	8	6	8	6	7	5	4	5	3	68
Všeobecná kom. témata	9	6	5	8	8	6	8	5	6	9	8	9	87

Příloha č. 3 - Kazuistiky klientů Denního stacionáře Slunečnice v Pardubicích

Kazuistika první

Jméno: Eduard

Rok narození 1971

Rodinná anamnéza

Otec, matka i sestra jsou zdraví. Mladší sestře je 14 let, z rodiny nikdo nebyl psychiatricky léčen. Matka prodělala ve čtvrtém měsíci těhotenství chřipku. K synovi mají dobrý vztah.

Osobní anamnéza

Rád vzpomíná na dětství, které prožil v rodině. Do školy prakticky nechodil, od roku 1988 navštěvuje stacionář, kde se mu líbí zejména praktická činnost. Zaměstnán nikdy nebyl, volný čas tráví nejraději doma u televize, nerad někam jezdí. Na vojně nebyl, nebyl nikdy trestán, nekouří a neužívá alkohol ani drogy. O děvčata nejeví zájem. Není správně orientován časem, místem, částečně vlastní osobou. Nerad se zapojuje do domácích prací či do aktivit na chalupě. Sám není schopen nic zařídit. S rodinou má dobré vztahy.

Paměť

Z našich prezidentů zná pouze Husáka. Nezná data světových válek. Nezná naše hlavní město, hory. Z řek zná pouze Labe a Chrudimku. Neví, kde žijí Indiáni, ale ví, kde žijí černoši. Neví jakou barvu má 100Kč bankovka.

Chování

Klidný projev bez výrazných odlišností. Eduard je trpělivý, vstřícný, přátelský, ochotný pomáhat. K okolí přistupuje empaticky, ohleduplně. Výrazně chudá mimika, gestikulace, pomalé tempo při projevu. Užívá pouze simplexní odpovědi.

Závěr

V rodině není psychická přítěž, rodiče i sestra jsou zdraví. Psycho-somatický vývoj byl od dětství opožděn, nechodil do škol, nenaucil se číst, psát, jeho výtvarné schopnosti

jsou na nízké úrovni. Nikdy nepracoval, není manuálně zručný. Volný čas tráví nejraději u televize nebo hraním stolních her. Je klidný, není agresivní, neutíká z domova, sám není schopen zastat žádnou práci. Byla mu diagnostikována středně těžká mentální retardace. Duševní porucha je trvalého rázu, nelze tedy očekávat zlepšení stavu. Vedle postiženého intelektu je zároveň silně narušena celá osobnost jedince, zejména jeho citění, myšlení a jednání. Eduard není soběstačný a je plně odkázán na pomoc okolí. Na základě psychiatrického posudku byl zbaven způsobilosti k právním úkonům. Důvodem pro zvýšenou péči jsou pozorované odchylky v chování. V kolektivu je oblíbený, s oblibou maluje pro pracovníky stacionáře obrázky s různou tematikou. Byly u něj zaznamenány projevy sebepoškozování, agresivita namířená proti vlastní osobě se projevuje naznačováním podříznutí si žil a bodnutím do oblasti břicha příborovým nožem nebo nůžkami. Tímto jednáním se snaží na sebe upoutat pozornost a očekává napomenutí, po domluvě však s tímto chováním bez odmlouvání přestane. Bez dovolení často odchází do dílny praktických činností, kde si hraje s panenkami, hry mají sexuální podtext, bývají spojené s agresivitou. Eduard byl při této činnosti přistižen při napodobování sexuálního aktu nebo dráždění se rukou na intimních místech. S panenkami rovněž rozmlouvá, kárá je, vytýká jim chyby, trestá je bitím různými předměty. Z činností ve stacionáři má nejraději hipoterapii a kreslení, které mu jde moc hezky, nejraději maluje zvířata.

Kazuistika druhá

Jméno: Milan

Rok narození 1979

Rodinná anamnéza

Otec i matka jsou zdraví. V 15 letech věku Milana se rodiče rozvedli. Mají další dvě děti – Františka (41let) a Romanu (39let).

Osobní anamnéza

Dětství prožil v Pardubicích, nerad na něj vzpomíná, protože otec ve vysoké míře konzumoval alkohol a byl zlý na Milanovu matku. Nechodil do školy a nikde nepracoval. Nebyl na vojně, nebyl trestán. Do stacionáře dojíždí sám, dokáže si zavázat tkaničky u bot, zapnout knoflík u košile. Nemá problémy se spaním, nepocituje pocity sledování ani vidiny. Sám dokáže udělat i menší nákup. Umí se podepsat, umí číst, ale slabikuje. Orientován časem, místem, vlastní osobou správně.

Paměť

Z našich prezidentů jmenuje Masaryka, Gottwalda, Husáka, Havla. Nezná data světových válek. Ví, že Prahou teče Vltava, neví, kam teče Labe, nezná sousední státy. Neví kdo byl Smetana, Jirásek, zná některé slavné osobnosti (Karel Gott, Hana Zagorová).

Chování

Z jeho projevu je patrný neklid, deficit intelektu, manýry a různé grimasy. Nad otázkou, na kterou zná odpověď, se ironicky pousmívá. Jsou u něj pozorovány sklony ke zlobným reakcím. Emočně nepřiměřené chování. Dle výpovědi matky byl Milan již od dětství opožděn za svými vrstevníky, později začal mluvit, chodit. Doma má výbuchy zlosti, někdy je nutné je tlumit léky.

Závěr

Z dostupných informací je na Milana patrný vliv chování jeho otce, který trpěl alkoholismem a měl násilné sklony. Již v dětství byl léčen v psychiatrické léčebně v Opařanech. Matce bylo sděleno, že je nevzdělavatelný, nenavštěvoval proto žádnou

školu. V této době zaostával za vrstevníky psychicky i fyzicky, objevují se problémy s impulzivitou, Milan se neovládá. Ve stacionáři se naučil číst, psát, počítat v základech. Neumí souvisle číst, zvládne se podepsat. Není vyučen, nikdy nepracoval, pracovat je schopen pouze pod dohledem, musí být neustále kontrolován, motivován. Matka je problémová, dluží na nájemném, neposílala chlapce do stacionáře. Milan je svobodný, žije s matkou, chodí na ryby, má rád zvířata, dokáže se obléci, zařídit jednoduchý nákup. Po městě cestuje sám. Není však schopen hospodařit s penězi, nedokáže se orientovat v nových situacích, nerozpozná věci důležité od věcí nedůležitých. U Milana byla diagnostikována středně těžká mentální retardace s výraznou sociální zanedbaností, dále porucha řeči. Jeho osobnost je narušena, vyvíjí se disharmonicky s patrnými rysy nestálosti, nezdrženlivosti, maladaptace a se sklony ke zkratovému jednání. Z výsledku vyšetření odborného psychiatra je patrné, že má na něj pobyt ve stacionáři dobrý vliv a není tedy vhodné, aby zůstal doma s matkou. Dle zprávy z Odboru sociálních věcí Magistrátu města Pardubic je situace doma velmi špatná, matka má velký dluh na nájemném, stává se, že je Milan několik dní bez jídla a nemůže docházet do stacionáře, protože to je placená služba. Po rozvodu začala matka pravidelně konzumovat alkohol, na Milana slušně nepromluví, otec je nyní znovu ženatý, k sobě si Milana vzít nechce.