

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Aktuální možnosti rozvoje osobnosti klientů ústavů sociální péče
(Jihočeský kraj)**

Diplomová práce

Autor : Marie Hrušková

Vedoucí práce : Mgr. Vladimír Ira

České Budějovice

12.08.2007

Current personality development possibilities of welfare service institutions clients (South Bohemia region)

The institutional care problematic is a topical subject, as many mentally retarded people in the Czech Republic are dependent on such care. However, the institutional care has many liabilities, which can have negative influence on the personality development of these individuals. That's why it's essential to focus on humanization of the current inward facilities, while applying modern approaches to mentally affected people.

In my pursuit, I analyzed the services provided by individual institutions for disordered people (daily or weekly care homes in some cases) in the South Bohemia region. I focused especially on the range of available current methods and forms, which develop personalities of the disordered people. This relates to the possibility of applying work and other specific therapies, but also involves other fields, such as the quality of living, education, worthwhile spending of leisure time and respecting bio-psycho-social needs of the clients. Assertion of these principles leads to personality development of the clients, increases the quality of their lives and generally contributes to the humanization of the institutional care.

In order to find the corresponding information, we have used the method of questioning, the technique of controlled interview and the technique of questionnaire. The target file for proving the hypothesis were - when using the controlled interview - chosen leaders of institutes of social care (mostly directors of such establishments), for questionnaires home's employees (mostly instructors and persons employed in social services), who enforced some of their actual methods of work and forms of personality development of mentally affected persons.

The results of the research have shown that the most commonly used method of personality development besides education is ergotherapy and operational therapy. The facilities also use plenty of forms of rehabilitation including hipotherapy. Often used methods also are artetherapy, music therapy and also very common are canistherapy and logopedics. Dramatherapy, basal stimulation, aromatherapy and dance therapy belong to the group of methods, which are present in lower cases. Moreover, it was found that there are vast differences in the broad offer of these methods between particular establishments. The establishments offer at least three next to the most of ten types of therapies.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Aktuální možnosti rozvoje osobnosti klientů ústavů sociální péče (Jihočeský kraj)“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

.....
Marie Hrušková

V Českých Budějovicích, 12.08.2007

Poděkování

Děkuji vedoucímu diplomové práce Mgr. Vladimíru Irovi za odborné vedení, obětavou pomoc, cenné rady a připomínky, které mi poskytl v průběhu zpracování diplomové práce.

Marie Hrušková

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY	9
1.1. Vymezení pojmu mentální retardace	9
1.2. Klasifikace mentální retardace.....	12
1.2.1. Obecně o klasifikačních systémech	12
1.2.2. Klasifikace dle doby vzniku postižení	12
1.2.3. Klasifikace dle etiologie vzniku postižení	13
1.2.4. Symptomatologická klasifikace	14
1.2.5. Klasifikace dle typu postižení.....	14
1.2.6. Klasifikace dle hloubky a míry postižení	14
1.3. Psychologická charakteristika osob s mentální retardací	17
1.3.1. Obecně o vývoji dětí s mentální retardací	17
1.3.2. Vnímání osob s mentální retardací	17
1.3.3. Myšlení osob s mentální retardací	18
1.3.4. Řeč u osob s mentální retardací	19
1.3.5. Paměť osob s mentální retardací.....	19
1.3.6. Emoční vývoj osob s mentální retardací.....	20
1.3.7. Volní vlastnosti osob s mentální retardací.....	20
1.3.8. Sebehodnocení osob s mentální retardací.....	21
1.3.9. Socializace osob s mentální retardací	21
1.3.10. Sexualita u osob s mentální retardací	21
1.4. Stručný nástin vývoje ústavní sociální péče v ČR.....	22
1.5. Transformace ústavní sociální péče.....	22
1.5.1. Principy humanizace, normalizace, atomizace a integrace.....	22
1.5.2. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy služeb	24
1.5.3. Zákon o sociálních službách a ústavní péče	25
1.5.4. Standardy kvality sociálních služeb.....	26

1.6. Ústavní péče a lidská práva	26
1.7. Klasifikace ústavní péče	27
1.7.1. Změny v legislativě.....	27
1.7.2. Denní stacionáře	28
1.7.3. Týdenní stacionáře.....	28
1.7.4. Domovy pro osoby se zdravotním postižením	29
1.8. Organizace a řízení ústavní sociální péče	31
1.8.1. Základní oblasti poskytovaných činností.....	31
1.8.2. Bydlení a materiálně-technické vybavení.....	31
1.8.3. Výchova a edukace osob s mentálním postižením v ústavní péči	33
1.8.4. Ergoterapie a pracovní uplatnění klientů	34
1.8.5. Sociální kontakty a vztahy.....	35
1.8.6. Denní program v ústavní péči.....	36
1.9. Aktuální možnosti rozvoje osobnosti klientů v ústavní péči	37
1.10. Umělecké terapie	38
1.10.1. Arteterapie (výtvarná terapie).....	38
1.10.2. Muzikoterapie	43
1.10.3. Dramaterapie a teatroterapie.....	46
1.10.4. Biblioterapie.....	51
1.10.5. Taneční a pohybová terapie	53
1.11. Pracovní a činnostní terapie	55
1.12. Terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie)	59
1.12.1. Hipoterapie.....	60
1.12.2. Canisterapie	61
1.13. Terapie hrou	63
1.14. Psychomotorická terapie.....	64
1.15. Bazální stimulace	65
1.16. Ostatní podpůrné terapeutické metody	67
1.16.1. Snozelen.....	67
1.16.2. Wilbarger Brushing Program.....	68

1.16.2. Míčková automasáž	68
1.16.3. Aromaterapie	68
1.16.4. Prenatální terapie	69
1.17. Rehabilitační metody	69
1.18. Alternativní a augmentativní komunikace	71
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	75
2.1. Cíl práce	75
2.2. Hypotézy	75
3. METODIKA	76
3.1. Použité metody	76
3.2. Charakteristika zkoumaného souboru	76
4. VÝSLEDKY	77
4.1. Vyhodnocení otázek z řízeného rozhovoru	77
4.2. Vyhodnocení otázek z dotazníku	139
5. DISKUSE	170
5.1. Diskuse k řízenému rozhovoru	170
5.2. Diskuse k dotazníku	182
6. ZÁVĚR	186
7. SEZNEM POUŽITÝCH ZDROJŮ	188
8. KLÍČOVÁ SLOVA	193
9. PŘÍLOHY	194

ÚVOD

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

Adrian D. Ward

Téma „Aktuální možnosti rozvoje osobnosti klientů ústavů sociální péče“ jsem si zvolila, protože již během studia mě velmi zaujala problematika speciální pedagogiky, zejména pak oblast péče o osoby s mentální retardací.

Problematika ústavní péče je téma stále aktuální. V současné době se začíná sice stále více prosazovat požadavek transformace ústavů sociální péče v jiné typy sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě, přesto nelze v nejbližší době počítat s tím, že ústavy sociální péče budou zcela rozpuštěny. Transformace je proces, který potrvá desítky let a tak bude alespoň prozatím stále mnoho lidí s mentální retardací odkázáno právě na ústavní péči.

Proto je nezbytné zaměřit se na humanizaci stávajících pobytových služeb, v rámci které by se měly stále více uplatňovat moderní přístupy k mentálně postiženým osobám. Zvláště v poslední době můžeme pozorovat nárůst a širší uplatňování celé řady metod a postupů kladoucích si za cíl co nejoptimálnější rozvoj osobnosti jedinců s mentálním postižením, jejichž výsledkem má být docílení co nejvyššího stupně společenského a pracovního uplatnění, tedy co nejvyššího stupně socializace a tím i zlepšení kvality jejich života.

Samotná práce je členěna na několik částí. V teoretické části se postupně zabývám problematikou mentální retardace, ústavní péčí a aktuálními možnostmi rozvoje osobnosti mentálně postižených jedinců, které se dají uplatnit i v podmínkách ústavní péče. V empirické části jsem se pak formou rozhovoru s vedoucími pracovníky a dotazníkem pro terapeuty snažila zmapovat především aktuální nabídku jednotlivých metod a forem, které se uplatňují v rozvoji osobnosti klientů v ústavech sociální péče pro mentálně postižené v Jihočeském kraji.

1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY

1.1. Vymezení pojmu mentální retardace

Termín mentální retardace pochází z latinského slova *mens*, 2.p. *mentis* = mysl a *retardare* = zdržovat, zaostávat a lze jej volně přeložit jako zpoždění duševního vývoje. Poprvé bylo tohoto termínu užito ve třicátých letech 20. století Americkou společností pro mentální deficienci (34). V širším měřítku se však začal používat až po konferenci WHO v Miláně v roce 1959 (44). Pozvolna tak nahradil celou řadu dalších pojmů, kterými byl stav opožděného duševního vývoje označován jako např. slabomyslnost, rozumová zaostalost, intelektová abnormalita, duševní opožděnost, oligofrenie atp. (10).

Vlastní vymezení pojmu mentální retardace má velký význam teoretický i praktický. Jeho správný výklad umožňuje na jedné straně vyčlenit podstatné znaky tohoto stavu, na straně druhé přispívá k rozhodování při stanovení odpovídajícího způsobu speciálně pedagogické pomoci (10). Ve své podstatě se však jedná o termín poměrně nejednoznačný, který je v současnosti vymezován značným množstvím definic, jež mají víceméně společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince, popřípadě jeho schopnosti adaptace na prostředí (44).

Těžkosti s definováním pojmu mentální retardace vyplývají z faktu, že mentální retardace je jev nesmírně složitý, který je determinován celou řadou faktorů a kritérií (34). Obecně je možné definice mentální retardace rozčlenit podle vyjádřeného, nebo zdůrazněného faktoru, jenž je autorem definice považován za základní, nejdůležitější. Pro některé autory je předním kritériem posuzování mentální retardace inteligenční kvocient, jiní upřednostňují kritéria biologických či sociálních faktorů vzniku mentálního postižení (5).

Definice mentální retardace zdůrazňující inteligenční kvocient (IQ) vychází z rozdělení jedinců podle stupně inteligence. Tento stupeň je u nich měřen pomocí individuálních inteligenčních zkoušek Wechslerovy stupnice pro děti a dospělé a inteligenční škály L. M. Termana a A. M. Merillové. Podle tohoto kritéria jsou pak za mentálně retardované považovány všechny osoby, jejichž rozsah IQ je nižší než hraniční pásmo - IQ 70-80 (28). Příkladem zdůrazňující stupeň inteligence pak může

být definice Lička, L. (10) podle níž je mentální retardace stav zastaveného, opožděného nebo neúplného vývoje intelektu, který charakterizuje především podprůměrná inteligence. Mnozí autoři však poukazují na nedokonalost tohoto pojetí a upozorňují, že je třeba brát v úvahu také ostatní symptomy (28).

Autoři, kteří upřednostňují biologické faktory, chápou mentální retardaci především jako stav, který je charakterizovaný trvalým poškozením poznávací činnosti v důsledku organického poškození mozku. Sociální faktory pak pojmají jako druhotné činitele, které mohou mentální retardaci ovlivňovat (5).

Sociální hledisko naproti tomu zdůrazňuje skutečnost, že v důsledku mentální retardace dochází k trvalému snížení schopnosti jedince plně se socializovat (34). Omezená možnost adaptovat se na běžné životní podmínky se pak projevuje v mnoha oblastech každodenní reality, jakými jsou komunikace, péče a sebeřízení, samostatné zvládnání domácnosti, úroveň sociálních schopností, využívání společenských zdrojů, práce, odpočinek, zdraví, bezpečnost atd. a činní jedince s mentální retardací v různé míře závislé na pomoci a dohledu druhých osob (10).

Skutečnost, že existuje velký počet rozdílných definic podnítila úsilí, aby došlo k sjednocení různých pohledů na mentální retardaci. To je patrné již z definice uvedené v Terminologickém speciálně pedagogickém slovníku, vydaném UNESCO poprvé v roce 1977, znovu pak v roce 1983, který uvádí, že mentální retardací se rozumí celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě. Nedostatek adaptivního chování se projevuje ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji, dále v omezených možnostech vzdělávání a v neposlední řadě v nedostatečné sociální přizpůsobivosti, přičemž se uvedené příznaky mohou projevovat samostatně nebo v různých kombinacích (5).

S uvedenou definicí se ztotožňuje i současné pojetí mentální retardace v české psychopedii, zdůrazňující multifaktoriální přístup, který postihuje anatomické, fyziologické, psychologické, pedagogické a sociální kvality jedince (5). V tomto ohledu jednu z nejužitečnějších definic, která se snaží o syntézu všech hledisek uvádí Dolejší, M. (34). Podle něho je „mentální retardace vývojová porucha integrace psychických

funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: nedostatek genických vloh, porušeném stavu anatomicko-fyziologickém a funkce mozku a jeho zrání, nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzoričké, emoční a kulturní, deficitním učení, zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech individua po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“ (34).

O obdobně všestrannější pohled na mentální retardaci usiluje i následující vymezení, kdy je mentální retardace chápána jako vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií (44).

Mentální retardaci, která postihuje člověka ve všech složkách jeho osobnosti (duševní, tělesné i sociální) nechápeme jako nemoc, ale spíše jako stav, jehož nejvýraznějším rysem je pak celkové snížení rozumových schopností, především schopností myslet, schopností učit se a následkem toho i omezení schopností přizpůsobovat se požadavkům sociálního okolí (45). Dalším znakem mentální retardace je, že postižení je vrozené a trvalé (41). I přesto je však možné především v závislosti na etiologii dosáhnout určitého zlepšení, kdy horní hranice dosažitelného rozvoje osobnosti je dána jak závažností a příčinou defektu, tak kvalitou individuálního výchovného a terapeutického působení na dané jedince (41).

Od 70. a 80. let začíná směřovat vývoj ve vztahu k mentálně retardovaným k tomu, že se stále více začíná zdůrazňovat významnost osobnosti každého postiženého člověka. To má souvislost také s novou koncepcí tzv. speciálních potřeb, služeb a podpor oproti dříve uplatňované koncepci neschopností. Znamená to, že lidem s postižením jsou přiznána stejná práva na plnohodnotný život jako má majoritní společnost, jejíž povinností pak je vytvořit takový systém služeb, který bude zajišťovat, aby byly potřeby postižených lidí adekvátně naplňovány. Tyto tendence se odrazily i v terminologii, která doporučuje užívat označení osoby s mentálním postižením a nikoliv mentálně postižené osoby, čímž vyjadřuje skutečnost, že mentálně postižení

jsou v první řadě lidské bytosti, osobnosti, individuality a teprve na druhém místě postižení (5).

Také termín mentální retardace, který je v současné době nejčastěji užíván má ve svém významu prezentovat spíše optimističtější pohled na problematiku mentálního postižení, protože navozuje představu určité dočasnosti opožďování ve vývoji a naznačuje relativnost a plynulost tohoto vývoje, čímž také napomáhá k potlačování fatalistických názorů, že není možné tento stav překonat (39).

Vlivem postupné humanizace péče o osoby s mentální retardací došlo také k vypuštění některých pojmů (debilita, imbecilita, idiocie), neboť získaly v průběhu času pejorativní zabarvení (10).

1.2. Klasifikace mentální retardace

1.2.1. Obecně o klasifikačních systémech

Jako je obtížné definovat samotný pojem mentální retardace, tak se objevují i určité složitosti při její klasifikaci. Do současné doby byla vypracována celá řada klasifikačních systémů, jejichž počet je odhadován až na padesát. Při klasifikaci je užíváno nejrůznějších hledisek, z nichž nejčastějšími jsou hloubka, vyjadřovaná stupněm postižení, dále hledisko etiologické a symptomatologické (5). Žádný klasifikační systém však nemůže být zcela přesný, protože operuje vesměs jen s jedním kritériem a nepočítá s nerovnoměrností v postižení jednotlivých stránek osobnosti. Mentální retardace však tvoří značně heterogenní skupinu, ve které se jedinci s postižením od sebe individuálně liší a to i v případě, že jsou na stejném stupni vývoje (28).

1.2.2. Klasifikace dle doby vzniku postižení

V literatuře se můžeme setkat s dělením podle doby vzniku postižení, pak hovoříme o mentální retardaci vrozené (dříve též oligofrenie) a mentální retardaci získané (demence - vzniklé po druhém roce života). Eventuelně sem zařazujeme sociálně podmíněnou mentální retardaci - pseudooligofrenii (neboli zdánlivou mentální retardaci), což je stav napodobující duševní opožďování v důsledku patologického působení vnějšího prostředí. Tento stav není způsoben poškozením CNS, ale

nedostatečnou stimulací prostředí dítěte. Vzniká výchovnou zanedbaností, sociokulturním znevýhodněním jedince a psychickou deprivací. Nejedná se však o stav trvalý a neměnný, při změně nepodnětného prostředí a vlivem vhodného výchovného působení může dojít k jeho zlepšení **(31)**.

1.2.3. Klasifikace dle etiologie vzniku postižení

Z pohledu etiologie můžeme mentální retardaci členit podle různých faktorů. Toto dělení je však problematické, neboť většinou nelze jednoznačně určit, zda je mentální retardace způsobena pouze biologickými jevy a do jaké míry se na ní podílejí vlivy sociální a životní zkušenosti jedince. Většinou pak jde o součinnost více činitelů. V úvahu musíme brát také fakt, že v 15 – 30 % případů zůstává příčina neobjasněna **(10)**.

V literatuře se objevuje členění podle příčin vnitřních (endogenních) a vnějších (exogenních), nebo je zdůrazňován časový faktor, potom hovoříme o vlivech prenatálních (působící před porodem), perinatálních (působící během porodu a krátký čas po něm) a postnatálních (působící v průběhu života) **(44)**.

Současná česká psychiatrie uvádí jako nejčastější příčiny vzniku mentálního postižení:

- Dědičnost (heredita) – intelektové schopnosti jsou orientačně výslednicí průměru intelektového nadání rodičů **(46)**.
- Sociální faktory – snížení intelektových schopností je způsobeno sociokulturní deprivací v rodinách nebo institucionální výchově **(10)**.
- Další enviromentální faktory – řadíme sem některá závažná onemocnění nastávajících matek, především onemocnění infekčního původu jako zarděnky, syfilis, toxoplazmóza. Dále je to působení fyzikálních a chemických faktorů, například pobyt v extrémně znečištěném prostředí, ozáření dělohy, alkoholismus, intoxikace nevhodnými léky, špatná výživa matky během těhotenství. U novorozence může dojít k poškození duševního vývoje vlivem infekčních onemocnění (záněty mozku), dále následkem úrazů spojených s nitrolebním krvácením a špatnou výživou kojence. Porodní traumata se podílí na příčině asi z 10% **(45, 46)**.

- Specifické genetické příčiny – patří sem dominantně podmíněné genetické příčiny, vyskytující se vzácně, dále recesivně podmíněné genetické příčiny, které zahrnují většinu dědičných metabolických poruch, příčiny podmíněné poruchou sex chromozomů a příčiny podmíněné chromozomálními abnormalitami (45, 46).
- Nespecificky podmíněné poruchy – kde příčina není dosud neobjasněna (45).

1.2.4. Symptomatologická klasifikace

Symptomatologická klasifikace se pokouší oddělit symptomy od jejich příčin a zaobírá se typickými příznaky ve vzhledu, osobnostních rysech, somatickém, motorickém a psychickém vybavení mentálně retardovaných (28).

1.2.5. Klasifikace dle typu postižení

Další kategorizace může být podle typu postižení, kdy jsou mentálně retardovaní tříděni na typy klidné (torpidní, apatické, pasivní), typy neklidné (eretické, aktivní, agresivní) a nevyhraněné typy (dle projevů chování) (10).

1.2.6. Klasifikace dle hloubky a míry postižení

V současnosti je jednou z nejužívanějších klasifikace podle hloubky (míry) postižení, při které se její jednotlivé stupně orientačně ohraničují inteligenčním kvocientem, který vyjadřuje poměr mentálního věku k věku fyzickému. Stanovený stupeň mentální retardace podle naměřené hodnoty IQ však není konstantní, intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou v průběhu času měnit a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí (28). Podkladem pro jednotné posuzování osob s mentální retardací dle stupně postižení je v současné době 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v planost roku 1992. V kapitole „Poruchy duševní a poruchy chování“ je mentální retardaci přiřazeno písmeno F 70 – F 79. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií (39).

F 70 - Lehká mentální retardace - IQ 50 - 69

U dospělých odpovídá mentálnímu věku 9-12 let. Do tří let lze pozorovat jen lehké opoždění, nebo zpomalení psychomotorického vývoje, nápadnější problémy se pak dostavují v předškolním věku – opožděný vývoj řeči, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře. Hlavní obtíže se však objevují v období školní docházky – konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost abstraktního myšlení, slabší paměť a často přítomné specifické problémy se čtením a psaním značně ztěžují dětem s mentální retardací osvojování učiva. Také jemná a hrubá motorika jsou lehce opožděny, rovněž bývá přítomna porucha pohybové koordinace, tento stav však během dospívání a dospělosti může dosáhnout normy. Prospěšná je pro tyto děti výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Vzdělávání probíhá obvykle ve speciální škole. Taktéž rozvoj sociálních dovedností je zpomalen. Pro socializaci má v tomto ohledu nezastupitelný význam výchovné působení a rodinné prostředí. Dospělí jedinci pak mohou být v sociálně nenáročném prostředí zcela bez problémů, obtíže mají tam, kde je kladen důraz na vysoký stupeň sociokulturních vztahů. V oblasti emocionální a volní se projevuje afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita. V dospělosti pak většina osob s lehkou mentální retardací dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči i v domácích dovednostech a lze je zaměstnat jednodušší prací založené na manuální zručnosti. Je zde možnost výskytu přidružených chorob, jako autismus, epilepsie, poruchy chování, tělesné postižení aj. Tato skupina tvoří asi 80% z celkového počtu mentálně retardovaných (**10, 31, 39, 45, 46**).

F 71 – Středně těžká mentální retardace – IQ 35 – 49

U dospělých odpovídá věku 6-9 let. Rozvoj myšlení je výrazně opožděn a omezen. Úroveň řeči je variabilní. Řeč bývá velmi jednoduchá, obsahově chudá, často se vyskytují agramatismy. Tyto osoby se obvykle vyjadřují v jednoduchých větách, nebo slovních spojeních, u některých je možná pouze nonverbální komunikace. Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Samostatnost v sebeobsluze je mnohdy pouze částečná a někteří lidé takto postižení jsou po celý život odkázáni na

dohled a pomoc druhých osob. Vzdělávání je možné v omezené míře ve speciální škole, pokroky v učení jsou značně limitované postižením, někteří si osvojí základy školského trivlia. V dospělosti je část takto postižených schopna vykonávat jednoduchou manuální práci pod dohledem, nebo v chráněném prostředí. Emociálně jsou tyto osoby labilní a nevyrovnané, někdy s nepřiměřenými afektivními výbuchy a zkratkovitým jednáním. Většinou bývají částečně, nebo úplně zbaveni svéprávnosti. Etiologie bývá v mnoha případech organického původu. Opoždění je často provázeno tělesným postižením, neurologickým a psychiatrickým onemocněním (autismus). Skupinu tvoří asi 12% mentálně retardovaných (**10, 31, 39, 45**).

F 72 – Těžká mentální retardace – IQ 20 – 34

Odpovídá u dospělých mentálnímu věku 3-6 let. Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn již v předškolním věku. Časté jsou motorické poruchy, je zde značná pohybová neobratnost a dlouhodobé osvojování koordinace pohybů. U některých jedinců se vyskytují automatické kývavé pohyby hlavy a trupu. Dlouhodobým tréninkem je možné u těchto osob vypěstovat základní hygienické návyky i jiné činnosti sebeobsluhy. Mnozí však nejsou schopni ani udržet tělesnou čistotu a potřebují všestrannou celoživotní péči. Značné je také omezení v jednotlivých procesech psychických funkcí. Nápadné jsou poruchy v koncentraci pozornosti, myšlení se v lepším případě dostane na úroveň mechanického plnění základních úkolů a několika příkazů. V rámci komunikativních dovedností a řeči dochází k minimálnímu rozvoji. Řeč je primitivní, omezená na jednoduchá slova nebo není vytvořena vůbec. Významné je porušení afektivní sféry, impulzivita a nestálost nálad. Poznávají blízké osoby. Je snaha vzdělávat tyto jedince v rehabilitačních třídách. Časté jsou přidružené choroby. Výskyt v populaci mentálně retardovaných je 7% (**10, 31, 46**).

F 73 - Hluboká mentální retardace – IQ pod 20

Odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Téměř všichni postižení nejsou schopni sebeobsluhy a vyžadují trvalou péči ve všech základních životních úkonech. Motoricky jsou těžce omezeni, typickým jevem jsou nápadné stereotypní automatické pohyby celého trupu. Úroveň myšlení a paměti je u těchto jedinců minimální, eventuelně žádná. Řeč není rozvinuta, vydávají neartikulované zvuky, nonverbální komunikace je beze

smyslu. Lze někdy dosáhnout porozumění jednoduchým požadavkům. Okolí mnohdy nepoznávají. Charakteristické je totální porušení afektivní sféry, často dochází k sebepoškození. Běžná je kombinace s postižením sluchu, zraku a těžkými neurologickými poruchami. Tvoří 1% mentálně retardovaných (10, 45).

F 78 – Jiná mentální retardace

Stanovení stupně mentální retardace není přesně možné pro přidružené poškození sensorické, somatické, poruchy chování a autismus (39).

F 79 – Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se užívá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale pro nedostatek podkladů nelze osobu zařadit do některého z uvedených stupňů (39).

1.3. Psychologická charakteristika osob s mentální retardací

1.3.1. Obecně o vývoji dětí s mentální retardací

Všechny děti, zdravé i s mentální retardací se v průběhu svého života vyvíjejí. Bylo zjištěno, že se psychika vyvíjí i při nejtěžších stupních mentálního postižení. Neuropsychický vývoj je však v případě osob s mentální retardací celkově poškozen a nese s sebou celou řadu zvláštností, které se odráží v jednotlivých stránkách osobnosti. Poškození se pak dotýká procesů poznávacích, zasahuje sféru emocionální i volní, ovlivňuje adaptabilitu a chování jedince a projevuje se i ve zvláštnostech motoriky (45). Nejedná se tedy jen o prosté časové opoždění duševního vývoje, ale o strukturální vývojové změny kvantitativní i kvalitativní povahy (44).

Základní podmínkou psychického vývoje je učení. Tato schopnost je však u mentálně retardovaných lidí vždycky nějakým způsobem omezena v důsledku porušeného vývoje jednotlivých psychických funkcí (41).

1.3.2. Vnímání osob s mentální retardací

Vnímání člověku umožňuje orientovat se ve svém prostředí, poznávat své okolí a rozeznávat objekty na základě minulé zkušenosti. Základem pro vnímání je vytváření zásoby podmíněných reflexů. U zdravých dětí tento proces probíhá automaticky a rychle, ale u dětí s poškozenou nervovou soustavou se počítky a vjemy vytvářejí

pomalou a s nedostatky, což má velký vliv na celý další průběh jejich psychického vývoje (39).

Dochází k zpomalení tempa vnímání a značnému zúžení jeho rozsahu. Úzký rozsah vnímání ztěžuje těmto osobám orientaci v novém prostředí nebo situaci, protože při pozorování skutečnosti hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů, situací a hůře chápou jejich vzájemné vztahy. Další zvláštností je nediferencovanost počitků a vjemů, což se projeví například tak, že při poznávání předmětů považují za stejné úplně různé předměty. Nejvýraznější zvláštností vnímání je pak inaktivita tohoto psychického procesu. Dítě s mentální retardací při pohledu na nějaký předmět nebo obraz neprojeví snahu prohlédnout si ho do všech detailů, vyznat se ve všech jeho vlastnostech a spokojí se s jeho povšechným poznáním (46).

Velkou úlohu v psychickém vývoji má sluchové vnímání, které souvisí s rozvojem řeči. Diferenciačně podmíněné spoje v oblasti sluchového analyzátoru se vytvářejí pomalu, opožděje se i psychický vývoj a schopnost rozlišovat hlásky se utváří s obtížemi a se zpožděním. Stav sluchového vnímání ovlivňuje nejen vývoj řeči, ale má také vliv na vnímání času a prostoru. Nedokonalé počitky a vjemy jsou základními příčinami, které brzdí a zpomalují rozvoj psychických procesů, zejména myšlení (45). Tyto nedostatky se však mohou vyrovnávat a kompenzovat systematickou výchovou a speciálním vzděláváním (39).

1.3.3. Myšlení osob s mentální retardací

Myšlení je zobecněné a slovem zprostředkované poznávání skutečnosti (45). U osob s mentální retardací je však typické, že mají právě omezenější potřebu zvědavosti a poznávání, myšlení se vytváří v podmínkách neplnohodnotného smyslového vnímání, nedostatečného rozvoje řeči a omezené praktické činnosti. Toto porušení poznávací činnosti pak výrazně zužuje mentálně retardovaným onu nezbytnou základnu, na níž se má myšlení rozvíjet (46). Mentálně retardovaný člověk má velmi omezenou schopnost abstrakce a zobecňování. Jeho myšlení se vyznačuje velkou konkrétností, což znamená, že zůstává v myšlení na úrovni jednotlivých názorných obrazů a nedokáže pochopit skryté společné znaky. Mentálně postižený spíše vzpomíná, než přemýšlí, jeho myšlení se omezuje na konkrétní situační souvislosti mezi předměty a jevy, je chudé a

neproduktivní (39). Neschopnost zobecňování se projeví ve vyučování tím, že si děti nedokáží osvojit pravidla a obecné pojmy, dovedou se je sice mechanicky naučit, ale v praxi je neumí účelně aplikovat, protože nechápou rozdíly mezi různými situacemi. Často zaujmají k problémům pasivní postoj, čekají řešení od někoho jiného nebo na ně rezignují (41).

Dalším charakteristickým znakem je nesoustavnost myšlení, způsobená častými výkyvy pozornosti a neustále kolísajícím tonusem psychické aktivity, znemožňujícím dítěti déle se soustředit na nějaký úkol. Závažným nedostatkem je i slabá řídicí úloha myšlení. Tyto osoby nedovedou použít v případě potřeby již osvojených rozumových operací, nepromyslí své jednání a nepředvídají důsledek. Myšlení je značně nekritické, nepochybují o správnosti okamžitých domněnek a zřídka upozorují chyby své i druhých. Chybí jim i tzv. sekvenční myšlení, což znamená, že tito lidé nechápou sled věcí a jevů, nesprávně vnímají jejich logické souvislosti a časovou následnost. Těmto osobám působí značné problémy zapamatovat si postupy „dělání věcí“ jako např. zavázat uzel a klíčku atp. Neodhadnou čas jak dlouho co bude trvat a nemají dostatek organizačních schopností (39).

1.3.4. Řeč u osob s mentální retardací

Řeč mentálně retardovaných bývá postižena v oblasti obsahové i formální. Řečový projev se vyznačuje nepřesnou výslovností, což je dáno jednak nedostatkem v motorické koordinaci mluvidel, jednak zhoršenou sluchovou diferenciací. Je pro ně obtížnější porozumět běžnému verbálnímu projevu, protože mají omezenou slovní zásobu a potíže s porozuměním celkovému kontextu. Typickým znakem je jazyková necitlivost projevující se četnými agramatismy a jednoduchost projevu s preferencí krátkých vět a konkrétních pojmů, které jsou značně stereotypní. U vážnějších postižení se objevují perseverace a echolálie (opakování slov, části vět, často bez porozumění) (41).

1.3.5. Paměť osob s mentální retardací

Z hlediska paměti je příznačné, že si jedinci s mentální retardací osvojují všechno nové velmi pomalu, potřebují k tomu mnoho opakování, osvojené poznatky a dovednosti rychle zapomínají a často je nedokážou včas a vhodně využít v praxi.

Příčinou je slabost spojovací funkce mozkové kůry, která je podmíněná malým rozsahem a pomalým tempem vytváření nových podmíněných spojů a také jejich rychlým vyhasínáním. Tyto osoby si lépe zapamatují vnější znaky předmětů a jevů v náhodných spojeních a nepamatují si vnitřní logické souvislosti. Při výuce je proto zapotřebí, aby se verbální přístup doplňoval multisenzoriálním přístupem založeným na komplexním smyslovém vnímání (39).

1.3.6. Emoční vývoj osob s mentální retardací

Také emoční vývoj vykazuje u osob s mentální retardací určité zvláštnosti. Emoce výrazně ovlivňují prožívání a chování člověka. Děti s mentálním postižením bývají emočně nevyspělé a chovají se jako děti nižší věkové skupiny. Hůře se orientují v novém prostředí a situacích, svět je pro ně méně srozumitelný a proto se jim jeví i více ohrožující. Nežádka pak dochází k intenzivním reakcím vyvolaných strachem a pocitem ohrožení a to i na zcela neadekvátní podněty (39). City jsou nedostatečně diferencovány, prožitky jsou primitivnější a protikladné. Pociťují buď spokojenost nebo nespokojenost, diferencované jemné odstíny prožívání u těchto lidí téměř neexistují. City také bývají často neadekvátní svou dynamikou podnětům vnějšího světa. Emoce bývají zaměřeny egocentricky. Opožděně a obtížně se u mentálně retardovaných vytvářejí vyšší, morální city jako svědomí, soucit, pocit odpovědnosti, povinnosti apod. Častěji se také setkáváme s patologickými citovými projevy jako projevy málo ovládané popudlivosti, epizodické poruchy nálad, euforie a apatie (46). I přes výše uvedené nápadnosti emocionální sféry je nutno podotknout, že lidé s mentální retardací jsou velmi emocionální a dovedou mít rádi své blízké, být k nim vnímaví a ochotní jim pomáhat. Těm, kdo s nimi jednají vlídně a laskavě to zpravidla oplácí přátelským chováním a svojí oddaností (39).

1.3.7. Volní vlastnosti osob s mentální retardací

Ve volních projevech osob s mentální retardací můžeme zaznamenat zvýšenou sugestibilitu, citovou a volní labilitu, impulzivnost, neovladatelnost, agresivitu, ale i úzkostnost a pasivitu. Velmi častým rysem je pak dysbulie (porucha vůle) a abulie (nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost, ztráta či snížení volních vlastností) (44).

1.3.8. Sebehodnocení osob s mentální retardací

Sebehodnocení mentálně retardovaných není zcela objektivní, bývá nekritické a často ovládané především emocionálně (např. jejich přáními). Na druhé straně závisí prakticky po celý život na názorech jiných lidí a tyto názory pak přijímají zcela jednoznačně a nekriticky. Mentálně retardovaný člověk není schopen odhadnout svoje možnosti a přizpůsobit jim své chování (41). Jeho aspirace tak mohou být velmi nízké, kdy se má tendenci podhodnocovat, nebo nerealisticky vysoké, kdy se naopak nadhodnocuje (44).

1.3.9. Socializace osob s mentální retardací

Socializace mentálně retardovaných bývá opožděna. U dětí dlouho přetrvává velmi silná vazba na matku a i v pozdějším věku preferují stereotyp a kontakt se známými lidmi. Většina mentálně retardovaných nemá na rozdíl od svých vrstevníků ani v dospívání potřebu osamostatnění, k čemuž jim mnohdy chybí i potřebné kompetence. V oblasti sociální interakce je velkou překážkou problémová komunikace mentálně postižených, často totiž nejsou schopni porozumět řeči ostatních, nebo je pro ně obtížné samostatně něco vyjádřit. Proto volí někdy takové způsoby, které společnost může hodnotit jako problémové a obtěžující. Pokud však tyto lidé nemohou vyjádřit své pocity verbálně, stává se jejich chování zástupným druhem komunikace, kterým nám o sobě sdělují důležité informace. Podstatné je vychovávat tyto osoby tak, aby byly schopny zvládat alespoň některé základní normy chování, jednoduché komunikační dovednosti a sociální návyky a tím se mohly lépe adaptovat i v jiném prostředí, než je rodina. Výchova by tak měla směřovat k co možná nejvyšší samostatnosti (41).

1.3.10. Sexualita u osob s mentální retardací

V době dospívání nabývá na aktuálnosti otázka sexuality. Mentálně retardovaný člověk si s uspokojením sexuální potřeby často neví rady a tak se mohou u něj objevit nevhodné způsoby chování např. obnažování na veřejnosti. Může se také častěji stát obětí sexuálního zneužívání (41).

V období dospělosti je pro jedince s mentální retardací důležité pracovní uplatnění. Vyhovuje jim manuálně jednoduchá práce, která odpovídá jejich koncentraci

pozornosti a ostatním schopnostem. Vhodná práce jim přináší pocit užitečnosti a životního naplnění a celkově přispívá k lepší kvalitě života (41).

1.4. Stručný nástin vývoje ústavní sociální péče v ČR

Před rokem 1989 se služby pro lidi s mentálním postižením omezovaly především na ústavy sociální péče. Rodičům dětí s postižením se často hned v porodnici doporučovalo, aby své dítě dali do ústavní péče (25). A tak nebylo nenormální, že velká část takto postižených lidí prožila svůj život právě v ústavu. Tato filozofie vycházela z představy, že dětem, dospělým či starým lidem je nejlépe v prostředí, kde jsou stejným způsobem handicapovaní. Navíc byl stav, s nímž člověk do sociálního zařízení vstoupil, považován za neměnný (6).

Na začátku devadesátých let minulého století se situace začala postupně měnit. Byla zahájena transformace ústavů sociální péče směrem k modernějším formám trvalé péče o osoby s mentálním postižením (44). Vznikaly nové služby, které měly často charakter chráněného prostředí- stacionáře a chráněné dílny, kde uživatelé trávili celý den nebo týden. Od roku 1995 začaly některé organizace rozvíjet podporované zaměstnávání a postupně vznikala i chráněná bydlení (25).

1.5. Transformace ústavní sociální péče

1.5.1. Principy humanizace, normalizace, atomizace a integrace

Proces transformace ústavní péče vychází z několika principů a to z principu humanizace, normalizace, atomizace a integrace (44).

Princip humanizace v sobě zahrnuje nejen vztah k lidem s postižením, ale mívá se jím i humanizace celé společnosti. Majoritní společnost by měla k lidem s postižením přistupovat jako k jejím rovnoprávným členům. To se pak projeví nejen ve verbálně vyjadřovaných postojích společnosti k postiženým, ale zejména v jednání a zacházení s nimi a ve vytváření adekvátních podmínek pro jejich život (39).

Ve vztahu k postiženým lidem to pak znamená, že při jakémkoliv rozhodování o nich je nutné brát v potaz jejich oprávněné zájmy a potřeby, a pokud jsou toho schopni, umožnit jim, aby se na rozhodování o sobě podílely v co nejvyšší možné míře (39).

V ústavní péči je třeba se zaměřit na individuální péči o klienta (15). Znamená to zásadní změnu v postoji personálu ke klientům, který bude respektovat klientovu důstojnost a bude mít zájem o jejich problémy a potřeby. Bude třeba nahradit direktivní přístup personálu nedirektivním a paternalistický přístup partnerským. V ústavech se musí vytvářet atmosféra klidu a pochopení, personál se musí bránit syndromu vyhoření (39).

Princip normalizace v péči o osoby s mentální retardací v sobě zahrnuje zejména požadavek na vytvoření takových podmínek, aby tito lidé mohli žít v normální rodině a pokud možno normálním společenským životem, mohli se učit v dobře vybavené škole pod vedením kvalifikovaných pedagogů, měli možnost vybrat si z nabídky volnočasových aktivit, mohli si najít vhodné zaměstnání a bydlení atp. To znamená, že hlavním principem je zde život mimo ústavní zařízení (46). Tento princip k nám přišel ze skandinávských zemí a v jeho koncepci se upozorňuje na to, že mentální retardace není nutně trvalým postižením, které provází člověka po celý život a že člověk s tímto postižením může žít život ve společnosti bez pokračující péče a specializovaných služeb a tím se přibližovat životu ostatních lidí bez postižení (34).

Také v ústavních zařízeních by měl odpovídat denní program lidí s mentálním postižením co nejvíce principu normalizace, to znamená přibližovat se programu lidí v běžném životě. Klienti by zde měli mít možnost prožívat svůj život jako ostatní lidé, a pokud je to možné, tak i podle svých vlastních představ. Stejně jako nepostižení lidé by měli mít svůj čas vyplněn prací, zábavou, sportovní činností, kulturou, ale i pasivním odpočinkem, který by však měl přijít až po vykonání nějaké aktivity. Je důležité se vyvarovat toho, aby klienti svůj čas trávili pasivně, bez vyplnění nějakou pozitivní činností. Pasivita představuje nudu, dlouhou chvíli, nespokojenost a může vyústit i do nežádoucího chování, případně do destruktivního nebo sebedestruktivního jednání klientů (38).

Principem atomizace rozumíme rozbití velkých a uniformních ústavů na flexibilnější a menší zařízení (44). Neznamená to však pouhé fyzické přestěhování jedince z jedné velké instituce do jiné-menší a integrované, ale je třeba nahlížet na tento

princip také jako na změnu přístupu ke službám pro lidi s mentální retardací, ve kterých je hlavním hlediskem spokojenost klienta **(40)**.

Princip integrace je zde chápán v nejširším slova smyslu jako integrace sociální a znamená jak objektivní začlenění jedince s mentálním postižením do společnosti (po stránce pracovní, edukační, společenské atd.), tak i začlenění subjektivní, které souvisí s naplněním jeho potřeb seberealizace a sebeuspokojení. Při integraci pak dochází k partnerskému soužití osob s postižením a bez postižení. Integrace je jev dynamický, postupně se rozvíjející a nezbytný pro kvalitu života osob se zdravotním postižením **(44)**.

Ústavní zařízení by se neměla uzavírat okolnímu světu jako to bylo dříve, ale měla by se naopak snažit co nejvíce se účastnit života mimo domov a v maximální míře podporovat integraci do vnější společnosti **(39)**.

1.5.2. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy služeb

V souvislosti s transformací ústavní péče schválila vláda v tomto roce důležitý dokument, který nese název: Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti **(15)**.

V tomto dokumentu je jasně patrný odklon od rozsáhlého budování ústavní sociální péče a větší podpora investic do rozvoje terénních a ambulantních služeb. Celý proces směřuje k postupné deinstitucionalizaci ústavních zařízení a k jejich nahrazení koordinovanou sítí humanizovaných a individualizovaných sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě. Půjde především o podporu služeb chráněného a podporovaného bydlení (v přirozené zástavě) a o podporu osobní asistence **(53)**.

U stávajících pobytových zařízení to pak bude znamenat zaměření se na jejich humanizaci. K tomu poslouží jako účinný nástroj zavedení standardů kvality sociálních služeb. Jejich důsledné uplatňování by mělo vést k pozitivním změnám v odbornosti, kvalitě a individualizaci poskytované péče. V přístupu k uživateli se bude měnit poměr mezi péčí (zvyšuje závislost člověka na pečovateli) a podporou (vede člověka k sebeaktivaci) ve prospěch podpůrných činností. Míra podpory bude záviset na

skutečných potřebách člověka a bude vycházet z kvalitní odborné diagnostiky a vytvořeného osobního plánu rozvoje uživatele **(15)**.

Transformace ústavních zařízení, při které dojde k postupnému „rozpuštění“ ústavů do přirozené sítě služeb v komunitě bude značně časově náročný proces, který potrvá několik následujících desítek let **(53)**.

1.5.3. Zákon o sociálních službách a ústavní péče

S transformací ústavní péče nutně souvisí reforma celých sociálních služeb. Tato reforma spočívá zejména ve změně financování sociálních služeb, v zajištění kvality a inspekci poskytovaných služeb, ve vzdělávání pracovníků v sociálních službách a v komunitním plánování **(16)**.

Znamená to, že poskytované služby by měly respektovat důstojnost uživatelů a podporovat jejich nezávislost, mělo by dojít ke zvýšení společenské a ekonomické spoluúčasti uživatelů, a to zejména upřednostněním individuálních potřeb oprávněného jedince a přímým adresným směřováním finančních prostředků k oprávněným osobám. Tento systém by měl včas rozpoznávat potřeby obcí a měst v oblasti sociálních služeb a jejich flexibilním zabezpečení předcházet sociálnímu vyloučení jednotlivých osob nebo skupin **(16)**.

K naplnění těchto cílů reformy výrazně přispěje nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, (dále jen zákon o sociálních službách), který je účinný od 1. ledna 2007. Ten je prvním zákonem dodržujícím lidskoprávní princip svobodné volby formy pomoci a typu služeb na základě specifických potřeb uživatele. Stát na financování těchto služeb nepřispívá pouze formou dotací, ale dává na ruku uživateli finanční prostředky na úhradu sociálních služeb v podobě příspěvku na péči. Tento příspěvek dá informovanému uživateli možnost, aby si zvolil službu, kterou opravdu potřebuje a v takové míře, ve které ji potřebuje a která bude odpovídat normám kvalitní služby a umožnění jeho začlenění do přirozené komunity **(15, 52)**.

Nově je v zákoně o sociálních službách ošetřeno i přijímání klientů do ústavní péče. Zájemce o službu bude poskytovatel přijímat na základě žádosti o uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby. Zájemce musí odpovídat cílové skupině, kterou zařízení uvede jako svou cílovou skupinu při registraci **(15, 52)**.

Vytvořením systému povinných registrací sociálních služeb bude možné sledovat úplnou nabídku a vývoj sociálních služeb v ČR (15).

Hlavním cílem zákona o sociálních službách je podporovat proces sociálního začleňování a sociální soudržnost společnosti (15).

1.5.4. Standardy kvality sociálních služeb

V souvislosti s probíhající reformou sociálních služeb zpracovalo MPSV ČR v roce 2002 klíčový metodický materiál Standardy kvality sociálních služeb (viz příloha č.2) (14). Ty se již také staly v určité modifikované podobě součástí vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (50).

V sedmnácti položkách se zde popisuje, jak má vypadat kvalitní a vyhovující sociální služba (14). Standardy kvality vedou poskytovatele sociálních služeb k tomu, aby zajišťovali materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu služby a individuálním potřebám jejich uživatelů (7, 14). Je zde stanovena také povinnost zařízení respektovat základní lidská práva uživatelů služeb, jakými jsou: ochrana osobní svobody, soukromí a osobních údajů, právo na vzdělání a svobodnou volbu povolání, svobodu rozhodování, ochrana před jakýmikoliv formami zneužívání, nucenými pracemi, diskriminací apod. (44).

Standardy poslouží k hodnocení kvality poskytované péče v rámci inspekce, kterou provádí krajský úřad, popř. MPSV u všech poskytovatelů sociálních služeb. Jejich zavedení je nutnou podmínkou pro udělení oprávnění k poskytování sociálních služeb (52).

1.6. Ústavní péče a lidská práva

Humanizace ústavní péče souvisí, jak již bylo zmíněno, s uplatňováním lidských práv osob s mentálním postižením. V ČR stejně jako v jiných postkomunistických zemích se však díky totalitní éře přikročilo k řešení otázek lidských práv ve srovnání se západními zeměmi se zpožděním několika desítek let (15).

V této souvislosti bylo přijato několik důležitých dokumentů. V první řadě je třeba se zmínit o Deklaraci práv mentálně postižených osob (viz příloha č.1), která byla přijata Valným shromážděním OSN 20. prosince 1971. Deklarace se věnuje především

otázkám zařazování osob s mentální retardací do společnosti, zajištění plnoprávního života a modernizaci péče o jedince s mentálním postižením (8).

Z dalších dokumentů vytvořených již v ČR můžeme jmenovat Národní plán podpory a integrace občanů na období 2006-2009, schválený usnesením vlády ČR v roce 2005. Zde je dobré poukázat zejména na kapitoly o právech dítěte s těžším postižením na vzdělání nebo na kapitoly o prevenci diskriminace osob se zdravotním postižením (30).

Některé další dokumenty, které se také zabývají problematikou lidských práv, již byly zmíněny v předchozích kapitolách (standarty kvality sociálních služeb, zákon o sociálních službách a Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb) (14, 15, 52).

1.7. Klasifikace ústavní péče

1.7.1. Změny v legislativě

V souvislosti se zákonem o sociálních službách, došlo také k určitým změnám v terminologii. Dřívější termín „ústav sociální péče“ byl nahrazen termínem „domov“ popřípadě termínem „denní a týdenní stacionář“ (51, 52).

V zákoně o sociálních službách již také nenajdeme označení ústav pro osoby s mentálním postižením, nýbrž se setkáváme s obecnější označením domov pro osoby se zdravotním postižením. Zdravotní postižení je v zákoně o sociálních službách definováno jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby (52).

Podle zákona o sociálních službách se již také nerozdělují ústavy sociální péče dle věku klientů jako tomu bylo dříve (dle vyhlášky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení), na ústavy pro mentálně postiženou mládež a na ústavy pro dospělé s mentálním postižením (49, 52).

Dřívější klasifikaci ústavů sociální péče dle délky pobytu podle zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, (ÚSP s denním, týdenním, celoročním a přechodným pobytem) odpovídají v zákoně o sociálních službách denní stacionáře, týdenní stacionáře a domovy pro osoby se zdravotním postižením (51, 52).

1.7.2. Denní stacionáře

Denní stacionáře dle zákona o sociálních službách poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby **(52)**.

Tyto stacionáře pečují o děti, mládež i dospělé osoby v době, kdy se jejich blízcí musí věnovat jiným povinnostem. U dětí s mentální retardací mimo to často zastupují výchovně-vzdělávací činnost speciálních škol a speciálních mateřských škol a v péči o dospělé pak činnosti chráněných pracovišť **(39)**. Obsah činností jednotlivých stacionářů je různý. Závisí na potřebách a schopnostech klientů i na možnostech zařízení. Zpravidla se orientují na vzdělávací aktivity, pracovní rehabilitaci, různé druhy terapií, různé formy rehabilitace, volnočasové aktivity apod. **(39)**. To znamená, že nabízejí například elementární výuku trivia, možnost seberealizace při práci se dřevem, keramikou, textilem, při vaření a stolování, při zájmové činnosti aj. Tato vlastní nabídka činností je pak strukturována do specializovaných oddělení **(44)**.

Denní stacionář představuje nejvhodnější formu institucionální péče pro ty klienty, kteří mají funkční a spolupracující rodinné prostředí **(16)**. Pokud dochází osoba s mentální retardací do denního stacionáře, rodiče se mohou snáze začlenit do běžného života, docházet do zaměstnání, mohou si odpočinout od náročné celodenní péče a klient je mezitím v stacionáři stimulován, je mu poskytnuta péče odborníky, aby se mohl všestranně rozvíjet a přitom není vytržen z rodinného prostředí do ústavní péče **(12)**.

1.7.3. Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby **(52)**.

Týdenní stacionář představuje jistý kompromis mezi domácí a ústavní péčí. Ani v tomto případě neztrácí jeho klienti kontakt s domácím prostředím a blízkými lidmi, kteří se o ně starají o víkendy a o prázdninách **(39)**.

Denní i týdenní stacionáře pak plní důležitou respitní (odlehčovací) funkci **(44)**.

1.7.4. Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby **(52)**.

Zařízení sociálních služeb s celoročním pobytem představují největší psychologický a sociální problém. Tato zařízení v podstatě musí kompenzovat absenci rodiny se všemi jejími důležitými funkcemi včetně citové a pocitu bezpečí. Pokud tomu tak není, může dojít k zásadnímu emocionálnímu poškození a následně k zhoršení vnímání vlastní identity uživatelů. Proto zde hraje důležitou roli kvalita poskytovaných služeb samotného zařízení **(44)**.

V tomto ohledu představuje velké riziko tradiční (medicínský či ochranný orientovaný) model rezidenční péče. V medicínském modelu personál (převážně zdravotnický) pohlíží na klienta jako na pasivní objekt péče a soustřeďuje se především na uspokojování jeho základních fyziologických potřeb a na restriktivní opatření vůči problematickým prvkům v jeho chování **(44)**.

Poskytování služeb je centrálně řízené a nezohledňuje individuální zvláštnosti a potřeby klientů. Dochází pak k tomu, že potřeby uživatelů s těžkým stupněm mentálního postižení jsou opomíjeny (leží na pokoji s mnoha ostatními bez podnětů, bez kontaktů s nepostiženými lidmi), zatímco potřeby uživatelů s lehčím stupněm postižení jsou uspokojovány v míře, která je přílišná a zbytečně je zbavuje možnosti se uplatnit a nést za sebe odpovědnost **(25)**. Personál většinou nemá zájem přijímat a respektovat nové metody v přístupu k mentálně postiženým klientům **(44)**.

Ústavní péče je zde koncipována jako ochrana klientů před nároky vnějšího světa. Ústav se stává světem pro sebe, kde platí normy, hodnoty a pravidla odlišná od reálného světa. Tento režim často nedostatečně respektuje základní lidská práva, ale klient se mu musí přizpůsobit. Dochází k tzv. skrytému vylučování. Klienti jsou zajištěni po materiální stránce, jsou však izolováni od vnějšího světa, vyloučení ze společnosti **(27)**.

Tradiční způsob péče sebou přináší i další negativní jevy. Závažné riziko představuje tzv. hospitalismus. Je to stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní život. Klient je zde plně zaopatřen, stýká se s omezeným počtem spoluobyvatel a nevelkým týmem pracovníků a pohybuje se v omezeném prostoru ústavu a jeho okolí (27). Redukce nároků a omezení podnětů má pak za následek ztracení zájmu o lidi a svět, vede ke ztrátě motivace k činnosti, k zhoršení komunikace a k návratu do ranějších vývojových stádií. Dochází k hledání náhradního uspokojení (např. v jídle atp.), k stereotypii a k navozování automatismu pohybů (26).

Další riziko představuje šikana, která se může objevit ve všech uzavřených institucích s autoritativním režimem. Termín šikanování se užívá k označení násilného chování vůči klientům (17). Toto násilí může vznikat mezi klienty navzájem, ale i ze strany personálu. Je nutné si uvědomit, že personál má vždy moc a ta je snadno zneužitelná. Personál pak může například nepřiměřeně trestat nebo ponižovat klienty. Čím méně jsou klienti sociálně zdatní (např. lidé s mentální retardací) tím existuje vyšší riziko zneužití moci personálem. Klienti mohou být zneužíváni i sexuálně (26).

K dalším negativním důsledkům ústavní péče lze připočíst i různou míru ztráty soukromí klientů (ideální by bylo, aby každý klient měl svůj osobní pokoj). V ústavech se také velmi často objevuje tzv. „ponorková nemoc“ (26).

Častým problémem je též zřizování ústavů zvláště pro klienty mužského nebo ženského pohlaví. Uzavřené a homogenní kolektivy pak takřka nemohou poskytnout tolik potřebné modely mužských a ženských rolí. Absence opačného pohlaví mnohdy znamená uchýlování se k homosexuálním vztahům. Ústavní pobyt pak celkově navozuje zmatek v normálním rolovém systému (vychovatel nemůže být otcem klienta apod.) (17).

Kombinací všech těchto nepříznivých vlivů se pobyt v ústavu může stát vážným psychickým traumatem, jež může člověka poznamenat na celý život (17).

Naproti tomuto tradičnímu přístupu k ústavnictví pak stojí moderní model, který vychází z potřeb uživatelů. Tento model se začal prosazovat po společenských změnách

v roce 1989, kdy byla zahájena již zmiňovaná transformace ústavů sociální péče směrem k modernějším formám péče o osoby s mentálním postižením (44).

1.8. Organizace a řízení ústavní sociální péče

1.8.1. Základní oblasti poskytovaných činností

Domovy pro osoby se zdravotním postižením, denní a týdenní stacionáře poskytují dle zákona o sociálních službách, tyto základní činnosti: ubytování (ne u denních stacionářů), stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, dále výchovné, vzdělávací a aktivizační programy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (52).

Rovněž zajišťují zdravotní péči (mimo denních stacionářů) formou zvláštní ambulantní péče, která je poskytována prostřednictvím zdravotnického zařízení a jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči pak především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (52).

Nezaopatřeným dětem v domovech je též poskytováno osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám (52).

Po formálně-organizační stránce se pak ústavní zařízení člení na jednotlivá oddělení či domovy. Toto členění je organizováno podle různých klíčů např. podle charakteru a stupně postižení (včetně věku a kondice a z nich se odvíjejících potřeb), dle zaměření výchovy (do výchovných či pracovních - výchovných skupin), dle možností vzdělávání (na skupiny uživatelů schopných absolvovat přípravný stupeň, rehabilitační třídu, pomocnou nebo večerní školu), dle potřeby rehabilitace apod. Jedním ze základních principů organizace života by měla být komunita (44).

1.8.2. Bydlení a materiálně-technické vybavení

Ubytování v ústavních zařízeních by mělo být kultivované a mělo by se přiblížit běžnému způsobu bydlení. Švarcová uvádí, že v jednom pokoji by měli bydlet maximálně tři klienti a tam kde to podmínky dovolí, by se mělo klientům umožnit žít

v samostatném pokoji. Pro klienty s lehčím mentálním postižením by se pak mělo zřizovat chráněné bydlení **(39)**.

V tomto směru se podmínky pro bydlení v ústavních zařízeních v mnohém změnilo k lepšímu. Některá z těchto zařízení prošla v posledních letech rozsáhlou rekonstrukcí a úpravami a zlepšila tak život uživatelů. Snížil se počet klientů na jednom pokoji a vznikla řada jedno- a dvoulůžkových pokojů. V některých zařízeních došlo k vybudování samostatných bytových jednotek (garsoniér či vícepokojových bytů). I přesto bývá nejrozšířenějším typem ubytování oddělení v ústavu (řada pokojů ústící do jedné chodby, toalety a koupelny společné pro několik pokojů, společná denní místnost, společná jídelna apod.) **(13)**.

Důležité je, aby domovy byly dostatečně vybaveny zařízeními pro podporu soběstačnosti (pračky, kuchyňky) a speciálním vybavením s pomůckami (rehabilitační pomůcky, zvedáky, speciální pomůcky, automobily pro přepravu obyvatel) **(13)**.

V současné době směřují trendy v ubytování (nejen v ústavní péči) u osob s mentálním postižením k chráněnému bydlení, podporovanému bydlení a bydlení v komunitách **(25)**.

Chráněné bydlení poskytuje jeho uživatelům bydlení, které se má v maximálně možné míře podobat bydlení ve vlastním domácím prostředí a dále poskytuje asistenční služby. Rozsah asistence záleží na potřebách uživatelů a může se poskytovat po část dne či po celý den **(25)**. Asistent zde nezastává funkci rodiče ani vychovatele, ale spíše pomocníka a konzultanta **(39)**. Je tendence budovat tyto byty mimo ústavní areál v běžné městské či vesnické zástavbě **(44)**.

O podporovaném bydlení hovoříme v případě, když člověk bydlí ve vlastním bytě a využívá asistenční služby, kterou má možnost si sám vybrat. Asistent člověka podporuje, pomáhá mu, ale nerozhoduje za něj a nedělá za něj věci, které zvládne udělat sám **(25)**. V případě bydlení v komunitě (příkladem může být camphillská komunita) žijí lidé s postižením společně s lidmi bez postižení. Součástí komunity jsou rukodělné dílny, často i farma. Důraz je kladen na neformální pomoc členů komunity a na vytvoření spokojeného domova pro lidi s postižením **(25)**.

1.8.3. Výchova a edukace osob s mentálním postižením v ústavní péči

V ústavních zařízeních je výchova zaměřena na nejpotřebnější fyzické a psychické schopnosti (na rozvoj pohybu, poznání, řeči apod.), na získávání elementárních hygienických, sebeobslužných a společenských návyků, na budování pracovních dovedností apod., což je vymezováno výchovnými složkami (smyslovou, rozumovou a řečovou, estetickou, tělesnou, pracovní) **(44)**.

Přitom je dobré se zmínit právě o důležitosti podpory nácviku sebeobslužných činností za účelem dosažení co nejvyšší možné míry samostatnosti a nezávislosti klientů na péči **(39)**. Vedle nacvičování základních sebeobslužných návyků je velmi důležité klienty podporovat v samostatnosti v oblasti vedení domácnosti a rovněž je nutno vést je k podpoře rozvoje adaptačních dovedností v oblasti používání veřejných míst a služeb. Zvláště v této poslední oblasti je mnohdy podpora nedostatečná a personál se více věnuje činnostem probíhajícím uvnitř domova. U uživatelů s těžším postižením se pak s touto oblastí adaptace obvykle vůbec nepočítá. Úkolem domovů by však měla být právě podpora začlenění uživatele do obce, což znamená, že by se měly soustředit na přípravu uživatele pro život v obci a vytvářet podpůrné sítě služeb, které uživatelé pro život v obci budou potřebovat **(13)**.

Co se týče edukace, měly by mít děti v období povinné školní docházky umístěné v ústavní péči stejné možnosti vzdělávání ve školských systémech jako děti v rodině **(46)**. Domovy mohou buďto děti dovážet do nejbližších škol ve městě či obci (což je pro ně přínosnější, protože mohou opustit prostředí a atmosféru ústavu, ve kterém tráví většinu času) nebo mohou domovy otvírat třídy základní školy speciální a základní školy praktické v podobě odloučených pracovišť základních škol, nebo základních škol speciálních a praktických. Tím je těmto dětem umožněno realizovat jejich zákonné právo na vzdělání **(39)**.

Po ukončení povinné školní docházky by měli mít tyto lidé možnost pokračovat ve svém vzdělávání ve formě profesní přípravy a ve formě dalšího vzdělávání. Profesní příprava probíhá v odborných učilištích a praktických školách. Další vzdělávání pak bývá získáváno nejčastěji formou večerní školy, kde si mají klienti možnost obnovit své školní znalosti nebo získat poznatky nové **(39)**. Možnost celoživotního vzdělávání

dospělých osob s mentální retardací má velký význam. Tito lidé potřebují celoživotní vedení a podporu v učení, bez ní totiž své dovednosti a návyky ztrácí **(40)**.

Klientům ve věku po ukončení povinné školní docházky, kterým v minulosti nebylo vzdělávání umožněno (z důvodu osvobození od povinné školní docházky), nebo toto vzdělání nedokončili by měla být nabídnuta možnost si jej doplnit. K tomu byl vydán metodický pokyn MŠMT ČR, který doporučuje doplnit si vzdělání buďto formou kurzu organizovaného základními či základními školami speciálními nebo formou individuálního doučování pod patronací speciálního pedagoga ze speciálně pedagogického centra či učitele ze speciální školy, anebo formou večerní školy, kterou nabízí nevládní organizace ve spolupráci se speciální školou **(40)**.

1.8.4. Ergoterapie a pracovní uplatnění klientů

V ústavních zařízeních má práce často charakter pracovní terapie, jejímž účelem je zaměstnat klienta smysluplnou činností, rozvíjet jeho schopnosti a dovednosti a umožnit mu určitou formu seberealizace. Je určena především klientům se závažnými formami postižení. Činnosti probíhají v chráněných dílnách, které mají buďto své vlastní programy založené mnohdy na tvořivé činnosti klientů (práce s keramikou, vyšívání, tkaní, práce se dřevem, s voskem apod.), nebo se jedná o práci na zakázku určité firmy (balení, kompletování, demontáže různých výrobků apod.) **(39)**.

Jindy probíhá práce na chráněných pracovištích, kdy ústavy poskytují různé služby (praní a mandlování prádla, mytí aut apod.) nebo provozují kavárničky, malé pekárny atp. **(39)**.

Klienti se též zapojují do společné péče o věci a prostory při provozu ústavu (úklid, práce v kuchyni, v prádelně, údržba, pomocné práce na oddělení, zahradnické práce), při některých ústavech je zřízeno pomocné hospodářství ústavu (kde se klienti věnují pěstitelským pracím, sadařství a chovu zvířat) **(33)**.

Zde je důležité zvážit hranici mezi pracovní terapií (práce pro osobní potřebu včetně přípravy na zaměstnání a práci (společensky prospěšnou), která má být vykonávána podle pracovně právních předpisů. V druhém případě by měl být klient zaměstnán v pracovním poměru, nebo na základě dohod o provedení práce mimo

pracovní poměr a za práci mu pak náleží odměna. Spravedlivá odměna za práci se pak stává jedním z nejdůležitějších motivů pro další práci a zařazení do běžného života **(33)**.

Je velmi žádoucí, pokud mohou klienti pracovat mimo ústav a mají více příležitostí setkat se s jinými lidmi, což velmi podporuje sociální začleňování. Zde mohou domovy využít služeb podporovaného zaměstnávání a osobní asistenci **(33)**.

1.8.5. Sociální kontakty a vztahy

Postoje personálu v zařízeních ústavní péče výrazně ovlivňují osobnostní rozvoj a celkovou kvalitu života uživatelů **(44)**. Personál by měl být pro svou práci dostatečně kvalifikovaný. Důležité je, aby vedle zdravotního personálu (který dříve v ústavních zařízeních převažoval) byly v dostatečné míře zastoupeni i pedagogičtí pracovníci, různí terapeuti (ergoterapeuti, arteterapeuti, muzikoterapeuti aj.), speciální pedagogové a další profese **(12,39)**. Velkým přínosem je, pokud odborníci z jednotlivých oblastí pracují v multidisciplinárním týmu a činnosti mají interdisciplinární charakter. Nejdůležitější však je, aby veškerá odborná práce nepostrádala tolik potřebný lidský rozměr poskytované péče **(12)**.

Hovoříme-li o péči personálu, nelze opomenout ani důležitost podpory kontaktů klienta s rodinou a blízkými přáteli. Tyto kontakty by se měly podporovat i v případě, že někteří rodiče o ně nejeví zájem. Rodiče je nutné vést k tomu, že svěřením dítěte do ústavní péče citové kontakty mezi ním a rodinou nekončí, citová pouta jsou pouty k životu i u těchto osob. Rodiče a ostatní blízcí by pak měli mít možnost navštívit klienta kdykoliv a také si ho kdykoliv vyzvednout. Návštěvy by neměly být omezovány návštěvními hodinami **(39)**.

Personál by měl také podporovat sociální kontakty s místní obcí nebo městem a rovněž rozvíjet spolupráci s ostatními ústavu a organizacemi. Klienti by měli mít možnost co nejčastěji vyjít (vyjet) ven z areálu ústavu (např. do města na pochůzku, do obchodů, na poštu, do rozličných institucí) a co nejčastěji se účastnit různých aktivit mimo domov. A naopak také domov by se měl otevřít pro všechny návštěvy: dětem ze škol s jejich pedagogy, umělcům (zpěvákům, hercům), sportovcům, pracovníkům knihoven, kněžím aj. zajímavým lidem **(39)**. Neměl by se vyhýbat ani některým vlastním komerčním aktivitám (poskytování rehabilitačních služeb, prodej vlastních

výrobků apod.), které představují styk klienta s okolím a měl by výsledky práce lidí s mentálním postižením co nejvíce prezentovat na veřejnosti (44).

Klientům by měl být dán prostor pro důvěrné vztahy, čímž se míní hlavně možnost pro partnerské páry spolu bydlet, ale neméně důležitá je i podpora neintimních (přátelských) vztahů. Sexualita byla dříve v těchto zařízeních tabuizována a lidé s mentálním postižením byli považováni za asexuální, bez potřeby lásky. Dnes se také těmto lidem přiznávají sexuální práva. V zařízeních by se měla zavádět sexuální výchova, která by měla klienty nejen poučovat, ale také poskytovat pravidelné informace, formovat osobnost, pěstovat zdravé návyky, postoje, ovlivňovat citové prožívání, aby bylo v souladu s mravními ideály a hodnotami společnosti. Personál by měl také individuálně pracovat s jednotlivci a pomáhat jim v konkrétních situacích. To však vyžaduje, aby byl personál v této oblasti dobře proškolen. Klientům by tedy mělo být umožněno setkávat se a navazovat vztahy s druhým pohlavím (37).

1.8.6. Denní program v ústavní péči

O denním programu domovů již bylo pojednáno v rámci principu normalizace v ústavní péči. Důležité je, aby byl denní program utvářen individuálně dle potřeb a požadavků konkrétního klienta. To předpokládá zavedení individuálních plánů péče a stanovení systému klíčových pracovníků. Toto plánování nemá být pouze formální, plány se musí průběžně vyhodnocovat a aktualizovat. Plány by měly reagovat na současné trendy a přizpůsobit jim své služby. Měly by mít více terénní charakter a měly by být více zaměřeny na obhajobu práv klientů (15).

Kromě možnosti vzdělávat se a pracovat je vhodné obohatit denní program v těchto zařízeních o další specifické terapie, které přispívají k rozvoji osobnosti klientů. Je možné využít některou z forem uměleckých terapií, zooterapii atp. Také u osob s těžším stupněm mentální retardace je možné uplatnit některé nové metody, které vedou k jejich osobnostnímu rozvoji (metoda bazální stimulace apod.) (44). Těmto specifickým terapiím a dalším podpůrným pedagogickým metodám pak budou věnovány další samostatné kapitoly.

V rámci denního programu je dobré se ještě zmínit o volnočasových aktivitách. I v této oblasti potřebují lidé s mentálním postižením větší podporu. Pracovníci zařízení

by pro klienty měli vytvářet pestrou nabídku zájmových činností a umožnit jim, aby se měli stále na co těšit **(13)**. S klienty mohou například podnikat vycházky do okolí (i s imobilními klienty), delší výlety autobusem i vlakem, mohou navštěvovat různá kulturní zařízení (divadla, kina, koncerty), mohou organizovat různé sportovní aktivity, pořádat masopustní veselice, mikulášské a vánoční besídky, účastnit se kulturních akcí s tancem a hudbou v obci atp. V zařízení by neměla chybět nabídka různých zájmových kroužků (pěvecký, taneční, sportovní, dramatický apod.), dobré je také organizovat různé společenské a pohybové hry. S klienty je možné společně číst noviny, časopisy a knihy na pokračování, sledovat videofilmy a vymýšlet mnohé další zajímavé aktivity. Přínosem je rovněž pořádání různých rekreačních a rehabilitačních pobytů mimo ústavní zařízení **(39)**.

V rozvrhu dní by pak měly mít zvláštní postavení neděle a ostatní svátky. Měly by to být dni něčím výjimečné od dní ostatních. Klientům, kteří o to stojí, by mělo být umožněno jít v neděli a o ostatních církevních svátcích do kostela **(38)**. Nelze zapomínat na to, že i tito lidé mají právo na duchovní růst, mají právo praktikovat svoji víru, účastnit se duchovních aktivit a být součástí náboženské komunity podle svého výběru **(35)**. Nutno také pamatovat na svátky a jubilea klientů, ty by se měly oslavovat zvlášť pečlivě, protože každý člověk si rád připadá alespoň dvakrát do roka vzácný a důležitý **(38)**.

1.9. Aktuální možnosti rozvoje osobnosti klientů v ústavní péči

V poslední době můžeme zaznamenat nárůst a širší uplatňování celé řady nových metod a postupů, které si kladou za cíl dosažení co nejoptimálnějšího rozvoje osobnosti jedinců s mentálním postižením s přihlédnutím k možnostem daným povahou a stupněm jejich postižení. Výsledkem těchto snah pak má být docílení co nejvyššího stupně společenského a pracovního uplatnění, tedy co nejvyššího stupně socializace a tím i zlepšení kvality života těchto jedinců **(44)**.

V následujících kapitolách budou zmíněny některé z těchto metod. Zvláště budou zmíněny metody, které vycházejí z terapeuticko-formativních psychoterapeutických škol (expresivní terapie), dále metody, které jsou budovány na

fyzioterapeutickém podkladě (ergoterapie, hipoterapie aj.) a také některé podpůrné pedagogické metody, uplatňované zejména u osob s těžším mentálním postižením (alternativní a augmentativní komunikace, bazální stimulace apod.). Nutno podotknout, že i tyto metody začínají nacházet své uplatnění v ústavní péči (44).

1.10. Umělecké terapie

Umělecké terapie (označované též jako expresivní terapie či arteterapie) vycházejí z velké skupiny terapeuticko-formativních přístupů a lze je definovat jako záměrné a cílevědomé upravování narušených činností organismu za pomoci uměleckých prostředků výtvarného, hudebního, dramatického a literárního umění (44).

Pojem arteterapie je zde tedy chápán v širším kontextu a zahrnuje v sobě jak arteterapii (v užším pojetí), tak i muzikoterapii, biblioterapii, dramaterapii (popř. teatroterapii a psychodrama) a taneční a pohybovou terapii (44).

Za obecné cíle arteterapie (v širším slova smyslu) prováděné v rámci speciálně pedagogické péče u osob se zdravotním postižením je možné považovat zejména eliminaci stresorů a snížení tenze, posilování motivace k pozitivní změně, budování komunikačních dovedností a dovedností pozitivní sociální interakce, vytváření schopností vzhledu do sociálních situací a podporu sebereflexe, reálného sebehodnocení a sebeovládání (44). Podstatou je tedy snaha pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce, či osobnostní struktury tak, aby se ubírali společensky a individuálně přijatelným směrem (29).

Při užívání arteterapeutických postupů se přitom většinou nejedná o kauzální léčbu, ale o úpravu vzniklých symptomů a osobnostní růst klientů (44).

1.10.1. Arteterapie (výtvarná terapie)

Arteterapii lze definovat jako záměrné upravování narušené činnosti organismu psychologickými a speciálně (léčebně) pedagogickými prostředky, jež odpovídají výtvarnému umění (44).

Arteterapie je v odborné literatuře často vymezována jako druh psychoterapie (vycházející s psychoanalýzy), ale v dnešním pojetí chápeme arteterapii spíše jako

hraniční disciplínu s přesahy mezi psychoterapií, výtvarným uměním a výchovou. Setkáváme se s ní ve výchovném procesu, v sociální práci i klinické praxi **(32)**.

V současné době je arteterapie v oblasti léčebné pedagogiky nejvíce využívanou terapeutickou metodou. Tato terapie totiž maximálně a přitom bezpečně využívá lidské exprese - tedy výrazu (na rozdíl od hudebních a dramatických aktivit, které mohou předem více vzbuzovat pocit strachu). To znamená, že skryté psychické stavy, dojmy, pocity a nálady zde mohou být přirozeně odhaleny, sdíleny a následně formovány díky přirozené expresivní funkci výtvarných činností-především díky kresbě **(34)**.

Kresba je významný komunikační prostředek a prostředek vyjádření znalostí o sobě samém (jak člověk sám sebe vnímá a prožívá, jak vnímá a prožívá vztahy ke svému okolí). Jde o specifický druh jazyka, který dokáže nahradit nedostatky běžně používané řeči. Kromě toho je kresba významný diagnostický prostředek tím, že dokáže velmi dobře odhalit nesrovnalosti s normálním vývojem **(29)**.

Je dobré se také zmínit, jaký je rozdíl mezi arteterapeutickou intervencí a speciální výtvarnou výchovou, popř. výtvarným kroužkem pro postižené. Arteterapeutická aktivita je cílená, vedená profesionálním arteterapeutem, který ji řídí a usměrňuje. Umělecký artefakt nebo vytvoření uměleckého produktu tu nejsou důležité, rozhodující je tu proces tvorby, který je integrujícím činitelem v prevenci i terapii **(32)**.

Jak bylo zmíněno výše, hraje zde zásadní roli odborná profesní způsobilost arteterapeuta. Profese arteterapeuta však nemá v ČR dosud jednoznačně vymezený profesní statut a jasně stanovená pravidla pro její vykonávání. V oblasti vzdělávání u nás existují dvě linie. Jednak je možné arteterapii studovat formou pětiletého psychoterapeutického výcviku České arteterapeutické asociace, nebo formou vysokoškolského studia jako samostatný obor, nebo jako součást výuky na některých fakultách. Co se týče uplatnění absolventů studia, tak pokud kvalifikaci arteterapeuta nepředcházela plná kvalifikace v některém základním oboru práce s lidmi (speciální pedagogice, psychologii, rehabilitaci apod.), je absolvent oprávněn vykonávat arteterapeutickou činnost jen pod vedením příslušného odborníka v daném oboru **(36)**.

Arteterapie může mít formu receptivní, při které jde o vnímání uměleckého díla vybraného s určitým záměrem arteterapeutem. Cílem je zde lepší pochopení vlastního

nitra a poznávání pocitů jiných prostřednictvím vcítění a promítnutí vlastních emocí do uměleckého díla. Produktivní forma arteterapie používá konkrétních tvůrčích činností (kresby, malby, modelování) u jednotlivce či skupiny **(36)**.

Hlavním cílem arteterapie u osob s mentální retardací je kompenzace jejich intelektových deficitů, poznávacích funkcí, schopnosti zevšeobecňování a chápání jevů v souvislostech **(36)**. Jiní autoři uvádí jako hlavní cíle arteterapie u osob s mentální retardací: reedukci, resocializaci, integraci osobnosti, rozvoj kreativity, nácvik empatie, odblokování komunikace, redukci psychické tenze, relaxaci, nácvik sebereflexe, sebeovládání a vůle **(44)**.

Při arteterapii je důležitý nejen proces vlastní tvorby, ale i interpretace-hodnocení výtvarného díla. U osob s mentální retardací je provedení interpretace a její výsledek podmíněn stupněm jejich postižení, především pak úrovní komunikativních schopností **(11)**. Interpretaci práce by měla realizovat celá skupina a to tak, že se práce seřadí za sebou pro hromadnou komparaci, nebo se probírají jedna za druhou a vyjadřuje se k nim nejdříve skupina a nakonec autor sám **(44)**. Kolektivní diskuze nad výtvarnými pracemi pak směřuje k několika cílům. Jednak tím, že se skupina snaží uhodnout, co chtěl jedinec vyjádřit, mu napomáhá k vlastní verbalizaci práce, k pojmenování, popř. k odkrytí jejího smyslu. Tento způsob je vhodný v případě, kdy jedinec nemá odvahu nebo má zábrany, aby svůj záměr slovně vyjádřil. Dále ve výtvarném projevu skupina hledá to, co v něm vidí ostatní, co si myslí, že je v ní ukryto. A v poslední řadě si i každý jednotlivec projektuje do cizí kresby vlastní obsahy a problémy **(11)**. Při diskuzi ve skupině je nutné, aby do ní arteterapeut nevstupoval s vlastní interpretací (snad jen na počátku motivačně v případě, že se diskuze není schopna sama spontánně rozvinout, a to jen v náznacích) **(44)**.

Výtvarná terapie může být použita jako samostatná metoda nebo se může vhodně kombinovat s ostatními terapiemi. Co se týče vlastních metod a technik arteterapie, můžeme je rozdělit do následujících skupin **(34)**.

Volný výtvarný projev pracuje se spontaneitou vyvolanou především hrou. Hra s výtvarnými prostředky a výtvarné uplatňování pohybových automechanismů inspiruje představivost, učí ovládat neuromotorická centra a učí „nebát se plochy“ **(11)**. Řadíme

sem techniku čmárání (uvolněné čmárání po papíře, kdy se ve spleti čar dodatečně hledá motiv, který se může zvýraznit a rozvinout), dále techniku volné kresby a malby („nakresli co chceš“), hru s benzinovým papírem (vhodná u jedinců bez výtvarných schopností-na vodní hladinu se nalijí olejové barvy rozpuštěné v benzínu, jež vytvoří barevné a prolínající se skvrny, které se sejmou z hladiny pomocí sacího papíru) a techniku výcviku práce s čarou, linií (návčik síly linie–zeslabení, zesílení, přechody, obrysy, obrazce) **(44)**.

Další skupinu tvoří výtvarný projev při hudbě, který využívá specifických vlastností hudby bezprostředně a intenzivně působit na psychomotoriku člověka. Syntéza hudby a výtvarného projevu podněcuje tvořivost při přepisu zvukových rytmů, při přiřazování barvy zvukům a nástrojům **(34)**. Tato metoda se obvykle dále dělí na muzikomalbu (hudební grafiku) a asociativní výtvarný projev **(11)**.

Muzikomalba se snaží o výtvarné ztvárnění hudby a využívá k tomu různé techniky jako například prstomalbu při hudbě (taktilní vjemy vzbuzují příjemné pocity a motivují osoby, které odmítají pracovat s výtvarnými pomůckami – neurotické děti, pasivně labilní osoby) a Pelzovu muzikomalbu (probíhá ve třech fázích, kdy v první fázi se osoby učí jednoduchému taktování ve 4/4 taktu oběma rukama, v druhé fázi se přenášejí pohyby pomocí křídly na tabuli v podobě geometrických tvarů a čar a ve třetí fázi se přechází od jednoduchých rytmických skladeb po náročnější skladby –valčky apod.). Při muzikomalbě je možno uplatňovat různé variace poloh např. ve stoje nebo v sedě. Je možno ji realizovat např. se zavřenýma očima, což umožňuje intenzivnější prožitek hudby **(11)**.

Asociativní výtvarný projev při hudbě usiluje o odreagování přetrvávajících negativních zkušeností. Volné malbě tu musí předcházet relaxace a uvolnění klientů formou výtvarné hry a motivujícího poslechu **(44)**.

Další skupinu představují skupinové výtvarné činnosti, při nichž pracují klienti na jednom obraze. Tyto metody jsou významným zdrojem k diagnostice sociální situace ve skupině i důležitým prostředkem upravování sociálních vztahů v kolektivu **(11)**. Lze sem řadit některé následující techniky.

Při technice štafetové kresby a malby klienti sedí v kruhu a malují volné téma. Po intervalech zasílají práci po kruhu, přičemž se cyklus uzavře, až se práce vrátí k původnímu autorovi **(44)**.

Interakční kresba a malba je realizována většinou ve dvojicích, přičemž se mohou vybírat dvojice konfliktní **(11)**.

Skupinová kresba domu je technikou sloužící k dešifrování skupinové dynamiky. Skupina o pěti až sedmi členech sedí v kruhu kolem sady pastelek a archu papíru a na výzvu terapeuta si každý zvolí barvu, s kterou bude pracovat (sleduje se způsob, jakým jedinci získávají barvy). Poté má skupina za úkol nakreslit společně dům. Poté se požaduje, aby si děti vybrali v domě svoje místo a tam se vmalovaly. Následuje diskuse, při které jedinci interpretují co vmalovali. Terapeut sleduje výběr barvy, kdo udává tón kresby a kdo je stranou, co kdo kreslil a kde, jaká byla spolupráce, kdo koho opravoval, co by kdo chtěl v domě dělat, kam koho skupina vkreslila apod. **(44)**.

Tematický výtvarný projev je zaměřen na potencionálně konfliktní a problémová témata. Způsob vyjádření může mít konkrétní i abstraktní charakter. Využívaná témata jsou například vlastní minulost a přítomnost, moje rodina, sny a fantazie apod. **(11)**.

Jinou metodu představuje řízený výtvarný projev, který je realizován jednak společným malováním s arterapeutem (vhodné pro uzavřené děti mající sklon malovat kruhové kompozice se snahou vyvést je z izolovanosti) a jednak kresbou oběma rukama (na velký arch půleného papíru se kreslí oběma rukama, poté zrcadlově od jednoduchých geometrických tvarů po složitější objekty) **(44)**.

Jako poslední metodu lze uvést trojrozměrné vytváření z různých materiálů. Zde je možné využít například techniky modelování. Modelování rozvíjí schopnost trojrozměrného plastického vidění a cítění předmětů v prostoru, cvičí tvarovou představivost a paměť, zvyšuje manuální zručnost a uvolňuje tenzi. Z materiálů se používá modelovací hlína, modurit a plastelína. Další technikou je plastická tvorba, kde je využíváno cihlářské či keramické hlíny. Práce s hlínou má společný účinek na myšlení, cit a vůli člověka **(11)**. Šicková doporučuje u osob s mentální retardací právě modelování z hlíny, které probíhá prostřednictvím hmatu a je vhodné pro budování

uvědomění vlastního těla a body image, což hraje důležitou roli při tvorbě adekvátního sebevědomí a sebehodnocení (36). Z dalších technik je možné využít černobílého linoritu, monotypii, suchou jehlu a dřevořez. Tyto techniky jsou vhodné zejména pro trénink vytrvalosti a zdrženlivosti a rovněž pro nácvik organizace práce (11).

Lidem s mentální retardací žijících v ústavních zařízeních, které většinou spoutává dodržování různých pravidel, může výtvarná práce otevřít nové cesty k jejich spontaneitě a tvořivosti, rozvíjet osobnost, zejména zdůrazňuje-li individualitu a objevování (21).

Reflexe nad výsledky je u osob s mentální retardací méně důležitá než v případě jiných skupin. Rovněž je potřeba zvážit výběr vhodného výtvarného média (např. voskovky, které se lehce využívají, nelámou a dlouho vydrží) (21).

1.10.2. Muzikoterapie

Podle definice odpovídající mezinárodním standardům chápeme muzikoterapii jako předepsané použití hudby kvalifikovanou osobou za účelem dosažení pozitivních změn v psychologickém, tělesném, kognitivním a sociálním fungování jedince se zdravotními, nebo edukačními problémy (24).

Muzikoterapie svébytným způsobem využívá základních prvků hudebního umění – čili melodii, harmonii, rytmus, zvukové barvy, dynamiku, tempo a druh taktu (34). Důležité při tom je, že hudba sama o sobě působí bezprostředně a intenzivně na člověka (na jeho psychiku a její dynamiku) a využívá k tomu jistého druhu zvuku coby nositele jedinečných fyzikálních vlastností a nositele některých jinak obtížně sdělitelných významů (např. skutečných významů ve vztazích mezi lidmi, významů estetických apod.) (44).

Ve vyspělých zemích představuje muzikoterapie vysokoškolskou kvalifikaci s možností pregraduálního i postgraduálního studia včetně sebezkušenostního výcviku a terapeutické praxe se supervizí. V ČR bohužel doposud nejsou dostupné systematické výcvikové programy v muzikoterapii a zájemci se mohou účastnit pouze krátkodobých muzikoterapeutických kurzů, seminářů, nebo doplňujícího studia, které začínají nabízet některé univerzity (29). Vzdělání je však velmi podstatné, protože ani muzikoterapie není univerzální terapeutickou metodou a nelze předpokládat, že zařazení hudby do

terapie může vždy jen pomoci, ale v žádném případě škodit. Použití muzikoterapie má své indikace, ale i kontraindikace, hudba může mít tedy pozitivní, ale i škodlivé účinky na psychický i somatický stav jejich účastníků. Správně stanovená diagnóza u osob se zdravotním postižením, správná indikace a výběr hudebních skladeb a odborné vedení by pak měly tyto škodlivé vlivy vyloučit (24). Sama muzikoterapie tedy klade na osobnost terapeuta velké nároky, které v sobě zahrnují nejen odbornost hudební (muzikoterapeut musí být sám muzikální a ovládat hru na hudební nástroj), ale také lidskou (vyvážený, empatický a laskavý přístup ke klientům) a terapeutickou připravenost (přízpůsobení terapie schopnostem a možnostem účastníků). V týmu odborníků by měl pak muzikoterapeut pracovat jako jeden z jejich členů, přičemž ve své funkci má právo samostatně rozhodovat (9, 24).

Také při vymezení samotného pojmu muzikoterapie a její koncepce se setkáváme v současnosti s mnoha rozdílnými, často protichůdnými názory autorů (24). Muzikoterapie představuje sama o sobě značně diverzifikovaný obor s širokým rozsahem možností aplikací v klinické praxi (psychoterapie, fyzioterapie, porodnictví, speciální pedagogika aj.) a s množstvím rozmanitých terapeutických konceptů a metod. Pojem muzikoterapie již také není spojován pouze s terapií ve svém původním významu (medicínském, psychoterapeutickém), ale označuje také neléčebnou aplikaci hudby za účely rehabilitace, vzdělávání, psychohygieny aj. (9). Vymezení muzikoterapie v širším významu však působí nemalé potíže. Aby byla muzikoterapie terapií v pravém slova smyslu, měla by obsahovat tři základní elementy, a to systematickou intervenci, terapeutický vztah a hudební zkušenost. Muzikoterapie může mít buď centrální postavení při terapii (hudba jako terapie), nebo představuje doplněk k jinému druhu terapie (hudba v terapii) (29).

Význam aplikace muzikoterapie ve speciální pedagogice spočívá v možnosti jejího působení na všestranný rozvoj osobnosti, a to bez ohledu na věk, charakter, druh a stupeň postižení daného jedince. Výhodou je nejen mimořádná škála indikačního zaměření, ale i možnost výběru z množství jednotlivých muzikoterapeutických metod a metodických postupů, kdy prostřednictvím verbálních a neverbálních médií můžeme preventivně a kurativně působit na jedince s postižením. Vnímání hudby na určité úrovni

(v závislosti na druhu a stupni postižení) je přístupné všem handicapovaným. Hudba v muzikoterapii působí na celou psychiku jedince s postižením a intenzivně rozvíjí zejména smyslové vnímání a estetické cítění. Harmonizující vliv hudby se pozitivně odráží v citovém a mravním rozvoji osobnosti člověka. Vede k soustředění pozornosti, rozvíjení paměti, fantazie a kreativity. Vnímání rytmu, tempa a melodie mají důležité postavení v celkovém rozvoji motorických a komunikačních schopností osob s mentálním postižením. Hudba výrazně ovlivňuje psychiku a tak zpětně ovlivňuje jednání a celkovou úroveň projevů mentálně retardovaných. Hudba může být navozena jako stimulátor aktivity, k uklidnění, k odstranění či zmírnění agrese, k odstranění napětí (32). Výrazně podporuje člověka v oblasti seberealizace, pomáhá a umožňuje prostřednictvím specifických hudebních aktivit dosáhnout vnitřní relaxace. Napomáhá k rozvoji kladných interpersonálních vztahů, k rozšíření možnosti sociálních vazeb a kontaktů. Celkově kultivuje osobnost a napomáhá k osobnostnímu rozvoji (22).

Podle způsobu zapojení klienta se muzikoterapie dělí na aktivní a receptivní. Při aktivní muzikoterapii se jedinec zapojuje do terapeutické činnosti vokálním zpěvem, hrou na tělo, nebo hrou na hudební nástroj. Přitom nezáleží na úrovni jeho hudební vyspělosti a dovednosti. Přednostně je tu sledován terapeutický zájem, zatímco umělecká a estetická hodnota výkonů je brána jako druhotná (22). Příkladem aktivní muzikoterapie pak může být hudební improvizace, vytváření písní, kompozice hudby, příprava a realizace hudebních vystoupení (29). Pro rozvoj hudebnosti i dětí s mentální retardací se velmi osvědčil hudebně pedagogický systém německého hudebního skladatele a pedagoga Carla Orffa. Jeho pojetí vychází ze spojení slova, hudby a pohybu. Orffův instrumentář využívá jednoduchého hudebního materiálu a elementární hudby, která umožňuje dítěti rychleji proniknout do hudební struktury, čímž jednoznačně klade důraz na rozvoj myšlení. Je to zásobník písní, rytmicko-melodických cvičení a instrumentálních skladeb pro elementární hudební výchovu. Pracuje se také s dětskými hudebními nástroji (xylofony, triangly apod.), které slouží k instrumentální hře a improvizaci (32).

Základem receptivní muzikoterapie jsou pak poslechové aktivity. Jde o záměrné, systematické a intenzivní působení hudby na psychiku posluchače při

zachování fyziologického klidu. Děje se tak působením vybraných hudebních skladeb s terapeutickým aspektem, což vyvolává odezvu prostřednictvím psychických a somatických reakcí (9). Samotný poslech hudby směřuje k společnému prožitku a následně k podpoře budování vztahu, k uvolnění emocí, k rozšíření vnímavosti apod. Hudba může být živě hraná, nebo reprodukována. Zde se nabízí bohaté možnosti spojení poslechu hudby s imaginací, pohybem, relaxací, arteterapeutickými, psychodramatickými a jinými terapeutickými technikami (29).

Co se týká forem muzikoterapie, je nutné zvolit tu formu, která nejlépe odpovídá specifickým vlastnostem klienta a cílům terapie. Z tohoto hlediska rozlišujeme individuální a skupinovou muzikoterapii (29). Individuální muzikoterapie je založena na interakčním vztahu muzikoterapeut – klient a hojně je využívána při léčení těžkých duševních poruch a také tam, kde by kolektivní činnost prohlubovala průběh ataky poruchy. Skupinová muzikoterapie se s úspěchem používá nejen u dětí, ale i tam, kde kolektivní aktivita může pomoci korekci postojů a prožívání klientů. Skupina by optimálně měla mít do deseti členů, s přihlédnutím k tomu, že čím hlubší postižení klientů, tím menší by skupina měla být (9).

U postižených dětí je za nejvýhodnější formu pokládána skupinová aktivní muzikoterapie, která vytváří příznivé podmínky pro odbourání problémů v komunikaci a mezilidských vztazích. Dětem tato forma více vyhovuje hlavně díky výhodnější nonverbální komunikaci a nenásilné skupinové dynamice. Využívá se spojení cílené činnosti a přirozené hry, přičemž se děti zbavují strachu z případného neúspěchu a díky kladnému prožitku získávají jistotu a chuť do dalších aktivit (44).

1.10.3. Dramaterapie a teatroterapie

Dramaterapie je metoda, která pomáhá prostřednictvím dramatických (divadelních) postupů upravit psychické poruchy, sociální vztahy a důsledky fyzického nebo mentálního postižení. Slouží také k podpoře duševní i fyzické integrace, rozvoji slovní i mimoslovní komunikace a podněcuje osobnostní růst (42).

Z léčebně pedagogického hlediska je u dramaterapie významné, že poskytuje možnost netraumatizujícího ventilování pocitů, sebepoznávání a sebeakceptaci, získávání pozitivních zkušeností a možnost sebevyjádření (32).

Jejím cílem je pak zažít emoce, získat vnitřní motivaci a schopnost lépe se orientovat v problémech, v různých situacích a ve vztazích. Zvláště u jedinců s postižením je důležité, že podporuje duševní a pohybové aktivity, vnímání a myšlení, rozvíjí řeč, fantazii a tvořivost, vede ke koncentraci pozornosti, ke korekci chování a k zlepšení vzájemných vztahů **(23)**.

Dramaterapii lze využít jako preventivní metodu zvláště tam, kde se lidé ocitají v mimořádných a zátěžových situacích (např. pobyt v ústavu, nucená změna prostředí apod.) a jako nácvikovou formu zvládnání různých situací, na získávání nových modelů chování **(23)**.

Dramaterapie úzce souvisí s některými výchovnými postupy, zejména pak s dramatickou výchovou (dramikou, která se využívá v různých typech škol) a také má blízko k ostatním paradržadelním terapeutickým systémům, především pak k psychodramatu (které je nejvíce využíváno v psychiatrických institucích) **(42)**.

Co se týká samotné dramaterapie, existuje ve světě několik různých škol, které lze pod tento termín zařadit. Účastníky dramaterapie jsou klienti se specifickými problémy či potřebami. Přitom dramaterapie není prioritně zaměřená na reálná psychická traumata jednotlivých klientů a jejich zviditelňování (jako je tomu u psychodramatu), ale zaměřuje se spíše na symptomy či doléčování a využívá k tomu velkou škálu metod a technik, především skupinové práce. Jejím cílem je hledání alternativních zdrojů, které pomohou při překonávání handicapů (např. v oblasti komunikace) **(34)**.

Důležitým předpokladem provádění dramaterapie u osob s mentální retardací je respektování určitých principů. Předně by měla dramaterapeuická lekce akceptovat klientovu diagnózu, aktuální stav, jeho schopnosti, možnosti, specifické potřeby a další individuální zvláštnosti a podle těchto možností by pak mělo probíhat vlastní začlenění do terapeutického procesu. V průběhu lekce by pak klient měl dostat příležitost svůj stav a náladu demonstrovat a jakákoliv jeho reakce by tu neměla zůstat bez povšimnutí nebo reflexe. Co se týče dramaterapeutických prostředků, tak se volí především ty, které vycházející z reálného prostředí klienta **(44)**.

K přehrávání a dramatickému vyjádření by měly být vybírány příběhy s jednoduchým textem, složitější části je pak možné nahrát na playback, popřípadě se zařadí role vypravěče, kterého může představovat i dramaterapeut. Lidé s mentálním postižením vyžadují systematictější vedení, názorný výklad požadavků, častější opakování a vracení se k těm aktivitám, které je zaujali. Při náplni improvizace lze vycházet alespoň v počátcích z témat, která jsou jim známá (příběhy, programy vysílané v televizi atp.) (32).

U osob s mentální retardací věnujeme více času fázi uvolnění, navázání kontaktu a komunikaci. Zaměřujeme se na koordinaci pohybů, rytmiku, zapojení všech smyslů a pohybu. Všechny aktivity mají stimulační, rozvíjející charakter, kdy je potřeba se zaměřit na ty oblasti, které vykazují nedostatek, ale také na jejich potencionální schopnosti a možnosti, které často zůstávají skryté a nerozvinuté (32).

Samotná dramaterapeutická lekce by měla být členěna na část úvodní (zde se používají techniky vhodné pro zahájení lekce, jako např. činnosti motivující citovou expresi, tělesnou aktivaci, skupinovou interakci, činnosti budující skupinové role, skupinovou tvořivost atd.), dále na vlastní terapeuticko formativní část a na část závěrečnou (slouží k vystoupení z imaginárního časoprostoru a k případné reflexi) (44).

Dramaterapeut tu nejčastěji vystupuje jako spoluhráč a usměrňovatel, jako poradce při nacvičování modelů prosociálního chování hrou (23).

V prvních fázích dramaterapie je doporučeno zařadit hry a cvičení na uvolnění, soustředění a zcitlivění vnímání. Patří sem hry s pohybem, smyslové hry, rytmické hry a cvičení, dramatické hry (32).

V další fázi se využívají techniky zaměřené na získání určitých dramatických zkušeností, na rozvoj kognitivních, emocionálních, kreativních a estetických funkcí (32).

Poslední okruh je zaměřený na získávání sociálních zkušeností v oblasti sociální interakce a komunikace, na empatické zpracování témat, na korekci správných názorů a postojů (32).

V rámci posledních dvou okruhů využíváme dramatizaci, rolové hry, hru s předmětem, s loutkami a s maňásky, dialogickou improvizaci, make-up a masky, práci

s příběhem, sociálně dramatické hry, etudy, pantomimu, taneční drama a divadlo. Využívají se prakticky všechny metody, formy a přístupy v dramaterapii, s výjimkou psychodramatu (místo něj se uplatňují rolové hry) a klasické formy sociodramatu (uplatňujeme sociodramatické hry) (32).

Pro zvýšení celkového terapeuticko-formativního efektu lze využít (zvláště u mladších osob a osob s lehčím stupněm mentální retardace) kombinaci jednotlivých technik a metod v celek – tedy dramaterapeutického projektu. Ten pracuje v podstatě se stejnými prostředky jako dramaprojekty využívané ve výchovné dramice, ale liší se od něj ve dvou oblastech. Jednak jsou účastníky dramaterapeutického projektu klienti se specifickými problémy a potřebami. Jednak mají tyto projekty léčebně-výchovnou povahu, přičemž výchovná část leží v psychologické oblasti, kdy je klient veden ke schopnosti vytvořit si reálnou zpětnou vazbu, sebereflexi a na jejím základě i reálnou aspiraci a životní perspektivu (na rozdíl od výchovné dramiky, která se ve výchovné oblasti zaměřuje především na etické hodnoty). U dramaterapeutického projektu je také obecně na nižší úrovni estetická stránka věci. Dramaterapie má také volnější a plošší strukturu výstavby dramatu a liší se i časovou rozvahou a počtem jejích účastníků (podle daného rámce instituce a podle druhu a stupně postižení) (42).

Teatroterapie (jako jeden z dalších paradržadelních systémů) dosahuje terapeutických cílů prostřednictvím přípravy (včetně přípravy kulisy, kostýmu, technického zázemí) a veřejné realizace divadelního vystoupení. Teatroterapie se v porovnání s ostatními expresivními terapiemi nejvíce blíží divadelnímu umění (34).

V podstatě se jedná o divadlo připravované a hrané převážně herci s handicapem (př. mentálně postiženými). Toto se děje pod vedením odborníka (speciálního pedagoga, terapeuta, profesionálního herce či režiséra). Samotný proces přípravy a interpretace divadelního představení zahrnuje nejen samotné herce, ale i scénáristy, dramaturgy, hudebníky, zvukaře aj., což znamená, že se všichni účastníci procesu dostávají do rozmanitých sociálních interakcí, musí řešit rozmanité úkoly, zapojovat svou fantazii a kreativitu a to vše se děje v bezpečném prostředí a pod vedením odborníků. I teatroterapie má svá specifika a nelze jí zaměňovat např. s přípravou vánoční besídky dětí s mentální retardací (29).

Odlišit teatroterapii od ostatních kreativních terapií nám pomůžou její specifické cíle. Teatroterapeutické cíle lze rozdělit z hlediska léčebného a z hlediska uměleckého. Léčebné terapeutické cíle se obecně vyznačují: svým univerzálním použitím na různé cílové skupiny (např. mentálně postižených), jejich nespecifičností (cíle jsou definovány obecně), jejich všestranností (rozvíjí nejrůznější složky osobnosti jako např. složky kognitivní, afektivní, psychomotorické) a integrativním charakterem (42).

Obecně teatroterapie napomáhá rozvoji komunikace verbální i neverbální, snížení sociální izolace, zlepšení sebereflexe, zdokonalení sebekázně, rozvoji kreativity, zvýšení adaptability a sebevědomí, zvládnutí kontroly všech emocí atp. (42).

Co se týká uměleckých cílů tak umělecké hledisko je pro teatroterapeutickou práci velmi podstatné a umělecká kvalita je zde mnohdy přímo úměrná léčebnému efektu (například z hlediska sebevědomí je úspěch představení velmi pozitivní). V této souvislosti je nutno podotknout, že se stále častěji setkáváme s mentálně postiženými herci jako členy profesionálních divadelních souborů, kde je jejich výkon chápán primárně umělecky, i když také zde fungují terapeutické mechanismy a integrace. Z existujících divadelních souborů mentálně postižených umělců lze jmenovat zahraniční soubor Maatwerk z Rotterdamu a v Čechách např. Bohnickou divadelní společnost, pardubickou speciální školu Svítání aj. (29).

Metody práce teatroterapie jsou dramatické a vycházejí z výchovné dramatiky, dramaturgie, principů režie, dramatizace, z herecké průpravy pohybové, hlasové i teoretické a z principů scénografie. Rovněž využívá i metody dalších terapií, především dramaterapie, psychologie, speciální pedagogiky aj. (42).

Dle režijního vedení rozeznáváme dva základní přístupy a to direktivní typ, který se vyznačuje pevným režijním vedením, menším prostorem pro improvizaci a větším důrazem na celkový výsledek a liberární typ, který dává velký prostor pro improvizaci, využívá více prostředky z jiných terapií a klade důraz více na přípravnou fázi než na konečný tvar. Výběr a užití těchto přístupů závisí na konkrétní situaci, druhu postižení, osobnosti terapeuta apod. (29).

Teatroterapie je rozdělena na jednotlivé projekty (na práci na jednotlivých divadelních tvarech). Nejdříve dochází k výběru a úpravě divadelní hry, dále k rozboru

a studiu textu hry (tzv. čtené zkoušky je možno u osob s mentálním postižením vynechat), potom k převádění hry do jevištní podoby (vlastní dramatické práce) a nakonec dochází k veřejné divadelní produkci. Každá fáze se pak dělí na jednotlivé teatroterapeutické lekce (29).

Co se týká osobnosti terapeuta, v ČR obor teatroterapeut stejně jako dramaterapeut de jure neexistuje. Neexistuje také žádné tabulkové místo těchto terapeutů, takže většina působí jako speciální pedagogové, zdravotní pracovníci, odborní vychovatelé, psychologové, příp. herci, režiséři a scénáristé (29).

1.10.4. Biblioterapie

Biblioterapii lze jednoduše definovat jako léčbu knihou (čtením). V literatuře je možné se setkat s různými pokusy o její obsáhlejší definování, což je ovlivněno především odlišným pohledem autorů na předmět a poslání biblioterapie. Část autorů ji považuje za součást psychoterapie zaměřené výlučně na psychicky nemocné v rámci klinické praxe, další část se přiklání spíše k jejímu širšímu pojetí a vidí její uplatnění i ve speciálně pedagogických institucích a ostatních zařízeních (44).

V souvislosti s biblioterapií je dobré se zmínit o dalším pojmu – poetoterapie. Poetoterapie je považována buď za součást biblioterapie, anebo je vyčleňována jako samostatný obor, přičemž využívá při svém působení poezii, která se od epiky liší zdůrazněním pocitů, nálad a emocí a za tímto užívá zvukomalby, rýmu a rytmu. Zjednodušeně lze říci, že při biblioterapii pracuje terapeut s prózou, u poetoterapie s básní (29).

Obecně pak biblioterapie (ve speciálně pedagogickém smyslu) využívá slova a přidružených složek za účelem navození optimálního emočního stavu klienta, což následně vede k ovlivnění jeho prožívání a jednání (29).

Samotný literární text může mít několik základních funkcí a to funkci informační, výchovnou, konfrontační, estetickou, katarzní, identifikační, relaxační a prestižní (34). To se pak promítá do formulování konkrétních cílů biblioterapie, kterými jsou například urychlení adaptace na novou životní situaci, vzbuzení nových zájmů, socializace a stimulace ke komunikaci, zvýšení sebevědomí a seberealizace, změna

postojů a hodnot, rozvoj kognitivních funkcí a schopností řešit problémy, pozitivní emocionální stimulace apod. (44).

Biblioterapii lze jako ostatní expresivní terapie rozdělit na skupinovou a individuální. Může mít složku receptivní (vlastní čtení a předčítání literárního textu či přednes) a složku aktivní, jejímž vrcholem je tvořivé psaní (34).

Receptivní biblioterapie využívá nejčastěji následující postupy: všichni účastníci sezení vycházejí ze stejného textu, nebo každý účastník dostane soubor textů, ze kterých si vybere ten, který koresponduje s jeho náladou. Číst se může na pokračování, praktikuje se také individuální čtení před sezením s následující diskusí. Po sezení si účastníci zapisují do deníku svoje pocity, dojmy a nápady či asociace na text, což tvoří výchozí materiál pro další sezení. Prostřednictvím receptivní biblioterapie může účastník získat náhled na specifickou životní situaci obsaženou v textu, která koresponduje s jeho situací, kdy dojde k ztotožnění s literární situací či postavou, což vede k dosažení abreakce (odžití si zablokované a emocionálně nabitě vzpomínky) a následně ke katarzi (očištění) (44).

Aktivní biblioterapie v sobě zahrnuje kreativní faktor tvořivého psaní na různé kvalitativní úrovni. Je možné sem zařadit formu dokončování předloženého textu (dopisování písmen do slov, slov do vět, dopisování otevřených vět a dokončování příběhu, zvláštní formou pak může být např. hledání osobního i společného významu příslovčí, citátů, výroků či otázek někoho z přítomných účastníků) (34). Další formou je pak autorská tvorba, při níž účastník napíše vlastní literární útvar, nebo navazuje na předchozí text, nebo účastníci ve dvojicích popřípadě ve skupinách vymyslí příběh (báseň) na dané téma atp. Účastníci si mají také z této formy přinést buď jistá pozitivní východiska svého problematického života nebo prožitky možného osobního úspěchu (29).

U dětí působí na jejich emocionální vývoj spíše výpravné pohádky a příběhy, u dospívajících a dospělých hlavně beletrie (s obsahem odpovídajícím jejich zkušenosti) (34).

Biblioterapeutické postupy se rovněž doplňují o prvky dalších příbuzných technik - o hudbu, malbu, tanec a dramatizaci (44).

V současné době zaujímá biblioterapie v porovnání s ostatními léčebně-formativními metodami nepatrné postavení a je metodou spíše doplňkovou. Je to dáno především jejími skutečnými možnostmi, což znamená především menší dynamiku působení literárního umění **(29)**.

1.10.5. Taneční a pohybová terapie

Taneční terapie stojí na pomezí mezi terapeutickými směry orientovanými na tělo (vycházejí z psychoanalýzy) a arteterapií, přičemž se nechá inspirovat obojím. Taneční terapie se snaží o změnu myšlení, prožívání a chování člověka a pohyb zde slouží jako prostředek této změny. Zásadní rozdíl mezi taneční lekcí a taneční terapií je v odlišném stanovení cílů. Při běžné taneční lekci jde tanečnímu pedagogu především o rozvoj psychomotorické koordinace, rytmického a hudebního cítění, jde mu o zdokonalování taneční techniky a zpřesňování pohybového výrazu. Prvořadým cílem je tu tanec a taneční výraz **(29)**. Taneční terapie sice v mnohém navazuje na výše zmíněné, ale obrací se spíše k intrapsychickým procesům – usiluje o prohloubení sebepoznání skrze pohyb, o zlepšení tělesného sebepojetí, o výraz emocí, které nebyly verbalizovány nebo jen s obtížemi, o rozšíření sociálních kontaktů. Terapeut cíleně spouští a usměrňuje proces, v jehož závěru by měli být klienti schopni aplikovat získané zkušenosti a dovednosti v jejich každodenním životě **(18)**.

Taneční terapie má široké spektrum uplatnění, protože se může vhodně přizpůsobovat potřebám klientů. Vhodná je i u osob s mentální retardací, zvláště u dětí. Ty mají často problémy s navázáním kontaktů se svým okolím a nonverbální komunikace, kterou jim taneční terapie nabízí je pro ně přijatelnější, než komunikace verbální. Tyto děti mají i další problémy (např. v oblasti zvládnutí školního učiva, poruch percepce, neúplného tělesného obrazu, slabé schopnosti držet rovnováhu a nedostatečné koordinace pohybů). Terapie se zaměřuje také na tyto nedostatky a vytváří podpůrné prostředí, ve kterém by dítě mohlo zažít i radost z úspěchu **(29)**.

Terapii je možné využít ve formě individuální, skupinové i kolektivní. Kontraindikace téměř neexistují, nevhodná je jen pro celkově imobilní osoby **(18)**.

Taneční terapie je velmi mnohotvárná a ve světě existuje několik jejích proudů. Ve Francii se můžeme setkat s taneční terapií jako primitivní expresí. Je to technika

inspirovaná primitivními tanci doprovázenými na buben. Z původních kmenových tanců přejímá tato technika důležité atributy: významnou účast skupiny, kontakt se zemí, rytmickou přesnost, opakování pohybů, hlasový doprovod a zážitek tranzu. Jinou metodou může být psychobalet. Je to komplexní metoda, která spojuje základní výcvik baletních dovedností s psychoterapeutickými technikami (psychodrama, pantomima, hraní rolí, autogenní trénink, muzikoterapie, arteterapie). Vše směřuje k nácvičce choreografie a vrcholí závěrečným vystoupením v divadle. I tato metoda bývá uplatňována u dětí s mentální retardací. Cílem je dosažení psychické rovnováhy, slouží k rehabilitaci mentálních a fyzických nedostatků, k zlepšení držení těla a senzomotorické koordinace, rozvoji estetických zájmů, k usnadnění vyjádření emocí a uvolnění tenzí, podpoře pozitivního sociálního chování, rozvoji sebekontroly, posílení sebevědomí apod. (29).

V České republice zatím neexistuje rozvětvená praxe specializovaných tanečních terapeutů, ani systém jejich vzdělávání. Jednorázově zde proběhl tříletý výcvik taneční a pohybové terapie v Praze pod vedením amerických lektorů a taktéž dvouletý výcvik v primitivní expresi (29).

Taneční terapii s mentálně retardovanými osobami v ČR provádí např. Erika Landischová ve stacionáři Modrý klíč (18). Terapie je určena především pro klienty v pásmu střední a lehké mentální retardace, kteří mají zachovalou schopnost porozumění tématům probíraným na terapii. Taneční program je zde doplněn i o arteterapii, kdy se klienti vyjadřují nejen pohybem, ale i prostřednictvím výtvarného projevu (19). Vychází se zde z předpokladu, že klienti s mentálním postižením nejsou přístupni běžným psychoterapeutickým postupům, které vyžadují výstižné slovní vyjádření vnitřních pocitů. Taneční pohyb pro ně pak může představovat jednu z forem vyjádření. Komunikace se odehrává prostřednictvím dialogu na dané téma. Klienti se zdokonalují ve schopnosti vnímat a citlivě reagovat na pohybové gesto protějšku. Toto pohybové zrcadlení tanečního partnera usnadní klientům navazovat i vztahy v běžném životě. Pocity, které klienti po tanci vyjadřují slovně, nebo písemně, tvoří podklad pro sledování jejich osobnostního rozvoje (19). Při volbě technik se terapeutka nechává inspirovat ději pohádkových příběhů, metodami Jungovy psychoterapie (aktivní

imaginací, testy slovních asociací, projektivními testy, výklady snů), tanečními rituály a hrami. Příběhy pak tvoří hlavní inspiraci pro pohybovou improvizaci a výuku tanečních prvků (18). Příběhy jsou vybírány tak, aby obsahovaly pro klienty aktuální témata (např. téma odlišnosti, přátelství, pracovní motivace apod.). Hlavní prostor pro volbu příběhu, výběr hudby a výběr role, kterou bude klient zastávat je ponechán klientům. Tento příběh pak klienti v průběhu několika týdnů až měsíců volně rozvíjejí. Nový příběh zrcadlí osobnost a aktuální situaci klientů. Součástí je i výuka taneční techniky, která je přizpůsobená psychickým i fyzickým možnostem lidí s mentální retardací. Výuka je vedena tak, aby tanečník tvořil gesto na základě vlastního prožitku, nebo volně zrcadlil taneční projev partnera. Předním hlediskem je tu tedy kvalita prožitku klienta, hledisko efektu pro diváky je druhotné (19).

1.11. Pracovní a činnostní terapie

Pokud vycházíme ze současné definice, ergoterapií (také pracovní terapií) rozumíme lékařem předepsanou léčebnou činnost pro tělesně, duševně, nebo smyslově postižené osoby, kterou vede ergoterapeut (47). Ergoterapeut zde vystupuje jako odborně vzdělaný pracovník, který má vystudovaný obor ergoterapie na vyšší zdravotnické škole nebo na lékařské fakultě (48). To je nutné odlišit od základů ergoterapie v rámci předmětu pracovní výchova v oborovém studiu speciální pedagogiky, kde se nejedná o přípravu ergoterapeutů, ale o poskytnutí základních informací pro učitele a odborné pracovníky v oboru speciální pedagogika (47).

V tomto pojetí je ergoterapie využívána především v různých medicínských oborech a je součástí léčby buď spolu s fyzioterapií v rehabilitačních zařízeních, nebo jako součást psychoterapie v psychiatrických zařízeních (47).

Pojem ergoterapie však může být chápán i širěji (v pojetí speciálně pedagogickém) a ergoterapie bývá zařazována do programu různých denních i pobytových zařízení jako např. do zařízení pro osoby s mentální retardací. Plní zde nejen úkoly v oblasti léčebné, ale také v oblasti psychosociální a může být i prevencí hospitalizačního syndromu. Zde se tedy nejedná o ergoterapii ve smyslu lékařském, ale spíše o výchovu a smysluplné využití volného času klientů a o jejich přípravu na

případnou integraci pod vedením vychovatelů, instruktorů a dalších pracovníků. V tomto případě není nejvhodnější používat označení ergoterapie, což však nesnižuje význam činností zde prováděných. Nicméně i v některých zařízeních pro mentálně retardované klienty, především s více vadami, pracují školení ergoterapeuti a ergoterapie je zde součástí komprehensivní rehabilitace a tedy ergoterapií v pravém slova smyslu (47).

Pracovní terapie (ergoterapie) využívá jako terapeutický prostředek specifické diagnostické a léčebné metody a postupy, které pomáhají k obnově postižených funkcí a směřují k rozvoji tělesnému i duševnímu, působí i na pocity, estetické cítění, rozvíjí řeč i myšlení. Prostředkem působení je tu vždy činnost. Ergoterapie ovlivňuje celou osobnost a je použitelná u všech typů postižení a u lidí každého věku (47). Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti, aktivní začlenění do společnosti a zvýšení kvality života (48).

Ergoterapie se rozděluje na čtyři základní oblasti a to na: ergoterapii cílenou na postiženou oblast; ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti; ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění a ergoterapii k uplatnění volného času a zlepšení celkové kondice (29).

U ergoterapie cílené na postiženou oblast je hlavním úkolem zvětšení svalové síly, zlepšení rozsahu hybnosti a zlepšení svalové koordinace a taxe. Pro dosažení určitého cíle musí být pohyb přesný, cílený a postupně dávkovaný. Cvičení se provádí pomocí určitých nástrojů a cílem není nikdy výrobek, ale zlepšení stavu (29, 47).

Cílem ergoterapie zaměřené na výchovu k soběstačnosti je dosažení soběstačnosti v běžných denních činnostech. Tato výchova je významnou náplní nejen ergoterapeutů, ale i vychovatelů, učitelů a všech pracovníků, kteří s lidmi s postižením pracují. Proto je zde velmi důležitá jejich vzájemná spolupráce. Jde o soběstačnost jak v základních životních úkonech (oblasti hygieny, oblékání, sebesycení) tak v oblastech sociálních dovedností (vaření, nákup, manipulace s penězi, praní, transport a použití dopravy, telefonování atd.) (29). Do této oblasti spadá i nácvik samostatnosti v bydlení, který je dalším krokem k soběstačnosti. U osob s mentální retardací můžeme využít k nácviku samostatného bydlení tzv. chráněného bydlení, které bývá součástí stacionářů

a ústavních zařízení a klienti se v něm učí pod dohledem asistentů o sebe samostatně pečovat (47).

Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění (někdy též nazývána jako oblast předpracovní rehabilitace nebo ergodiagnostika) zaujímá v oblasti ergoterapie stále větší úlohu (12). Jejím cílem je integrace lidí s postižením do pracovního procesu. Vychází se z toho, že práce sama o sobě má pro člověka velkou hodnotu. Jejím prostřednictvím se do značné míry naplňuje potřeba smysluplné aktivity, potřeba seberealizace (ukázat že něco umím), potřeba sociálního kontaktu a potřeba samostatnosti a nezávislosti (ekonomické, sociální). Samotný proces předpracovní rehabilitace je složen z několika částí, kdy nejprve dochází k ergodiagnostickému hodnocení, dále k vytvoření rehabilitačního plánu a poté k samotnému nácviku pracovních dovedností a návyků včetně pracovního pokusu, kdy klienta začleníme do pracovního procesu (29). U klientů s mentální retardací se musíme také zaměřit na vytváření návyků potřebných pro uplatnění na trhu práce jako je vstát v potřebnou dobu, vykonat hygienu, obléknout se přiměřeně počasí a zaměstnání, odejít na určité místo, vydržet u zadaného úkolu a být po určitou dobu v kolektivu. Tyto cíle plní tranzitní programy, např. program „Na půl cesty“, kde se klienti připravují na výkon vhodných povolání. Podle stupně osvojení potřebných návyků jsou potom zaměstnáváni v chráněných dílnách, nebo v chráněném zaměstnání (47). Chráněná dílna je většinou řemeslně (ruční výroba svíček, tkané zboží; některé dílny mají dodavatelské smlouvy s výrobními firmami), farmářsky, úklidově (prádelna atd.) a jinak zaměřené pracoviště, kde dospělí jedinci, většinou s hlubším postižením, než je pásmo lehké mentální retardace, pracují pod dohledem a svým tempem na konkrétním výrobním programu. V posledním období se objevuje tendence zřizovat chráněné pracoviště ve formě prodejen, kde se prodávají především produkty chráněných dílen, či kavárny, kde pracují a obsluhují klienti s mentální retardací (44). Chráněné zaměstnávání (též podporované zaměstnávání) je alternativa k chráněným dílnám s tím, že pro klienta je vybíráno a nasmlouváno nechráněné prostředí (např. sklad supermarketu), kam se dostává v doprovodu asistenta, který ho na funkci zapracovává tak dlouho, až si je jist tím, že klient v pracovním prostředí obstojí (44).

Ergoteapie k naplnění volného času a zlepšení celkové fyzické kondice má za cíl odpoutat pozornost od sebe sama, udržet duševní pohodu, umožnit navázání nových kontaktů a vztahů. Činnosti zařazené do této terapie by měli klienta zajímat, těšit, měl by je dělat s chutí. Proto je důležité předem zjistit co ho baví, jaké má zkušenosti atd. Výsledky činnosti by měly klienta motivovat k další činnosti, proto je důležité vybrat vhodné činnosti, materiály, náměty, aj. (47).

Výběr činností včetně materiálu pro pracovní terapii se u mentálně retardovaných liší podle hloubky postižení a věku klientů. U osob s lehkou mentální retardací se zaměřujeme především na zmírnění handicapu, integrace těchto osob bývá většinou poměrně dobrá. Zaměřujeme se zde na výchovu k soběstačnosti a nácvik sociálního chování. Významnou roli zde hraje oblast předpracovní rehabilitace, nácvik modelových situací a nácvik samostatného bydlení. U osob v pásmu středně těžké mentální retardace je rehabilitace orientována na handicap. Klient může vykonávat jednodušší pracovní činnost. Intenzivně se zaměřujeme na oblast výchovy k soběstačnosti a cvičení sociálních dovedností. I zde má své místo předpracovní rehabilitace, práce v chráněných dílnách a chráněné bydlení. U lidí s těžkou mentální retardací volíme kompenzační přístup. Velká část intervencí je zaměřena na výchovu k soběstačnosti. Někdy je možné zapojení v rámci chráněných dílen. Lidé s hlubokou mentální retardací bývají vždy v každodenních činnostech odkázáni na druhou osobu. Zde se zaměřujeme na spolupráci s asistenční službou, výběr vhodných kompenzačních pomůcek (29).

U dětí předškolního a mladšího školního věku je činnostní a pracovní terapie analogická terapii hrou, kdy jsou děti formou hry stimulovány a imitují každodenní práce a profese, sebeobsluhu a hygienu apod. U dětí v období povinné školní docházky, které se nacházejí v pásmu lehké a středně těžké mentální retardace, by měly být terapeutické cíle plněny v rámci odpovídajících vzdělávacích programů (pracovní vyučování na zvláštní škole a pracovní výchova na pomocné škole). U jedinců s těžším postižením bývá činnostní a pracovní terapie aplikována samostatně například v textilních, dřevařských, keramických, košíkářských aj. dílnách fungujících ve stacionářích či programech podporovaného zaměstnávání (44).

U mládeže a dospělých klientů dosahujeme terapeutických cílů hlavně prostřednictvím již zmíněných rukodělných činností (např. práce s textilem, se dřevem a přírodními materiály, s papírem, s kovem, s umělými hmotami aj.) a výcvikem v oblasti praktického života **(44)**.

Co se týká činnostní terapie, můžeme jí označit jako cílenou léčbu zaměstnáváním **(32)**. I zde jde (stejně jako v případě pracovní terapie) o odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci manipulací s materiálním okolím (např. s předměty, surovinami, materiály) za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, emoce, či osobnostní struktury individuálně a společensky přijatelným směrem **(44)**. V případě pracovní a činnostní terapie se v podstatě jedná o dvě vzájemně se překrývající metody, kde je praktický rozdíl mezi oběma minimální. Hlavním záchytným bodem může být snad jenom ta skutečnost, že pracovní terapie směřuje ke konkrétnímu výrobku, tedy k výsledku práce, kdežto činnostní terapie operuje se samotnou činností a samotný výsledek práce má jen druhotný význam **(34)**.

1.12. Terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie)

Mezi terapeutickými metodami praktikovanými ve speciálně pedagogické praxi zaujímá zooterapie výjimečné postavení. Terapeutickým prostředkem je zde kromě člověka jiný živý tvor – zvíře **(44)**. Zvíře je schopné vyvolat v člověku silné emoce, člověk, který je chce vyjádřit, musí začít spontánně komunikovat a dělit se o ně s ostatními. Prostřednictvím zvířete se snadněji navozuje terapeutický vztah s uzavřenými klienty. Zvíře motivuje k nácviku mluvení (musí se na ně volat, dávat jim povely apod.) a k nácviku jemné motoriky (hlazení, drbání, krmení apod.). Rozvíjí fantazii, přináší pocit pohody a uvolnění a do jisté míry odstraňuje únavu. Terapie se zvířetem je možností, jak uvést klienta do reality **(29)**.

Co se týká vlastního terapeutického prostředku, může jít o jakákoli společenská zvířata, nejčastěji jsou však pro terapii využíváni psi (mluvíme o canisterapii) a koně (mluvíme o hipoterapii) **(44)**. V obou případech pak zvířata napomáhají psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace, určitému stupni samostatnosti a nezávislosti, či uspokojování potřeby jistoty a bezpečí **(34)**. Dalšími hojně využívanými zvířaty jsou

pak kočky a různí hlodavci (křečci, králíci apod.). Ta se dají poměrně dobře ochočit a jsou zajímavá na pozorování. K pozorování mohou posloužit i různí exotičtí obojživelníci, plazi, rybičky a další (29).

1.12.1. Hipoterapie

Hipoterapie je jednou z komplexních terapií (fyzioterapií, psychoterapií i socioterapií), použitelnou téměř při každém druhu a stupni postižení (29). Podle toho, jak je s koněm a pacientem pracováno, rozeznáváme tři základní okruhy hipoterapie: hiporehabilitaci, dále léčebně pedagogicko-psychologické ježdění a sportovní a rekreační ježdění handicapovaných (32).

V hiporehabilitaci je nejdůležitějším aspektem fyzioterapie, kdy dochází na základě souladu pohybu koně a pohybu jezdce k primárnímu fyzikálnímu působení na motoriku jako celku (44). Pohybové impulzy stimulují páteř jezdce, který reaguje zapojením zádových svalů, vzpřímí se a prohloubí se dech. Tím se dané svaly posílí a jezdec se učí držet rovnováhu a koordinovat své pohyby. Tento pohyb napomáhá také k uvolnění spasticity (29). Pro terapii je velmi důležité zvolit správný typ koně s vhodným a pravidelným krokem. Terapeut musí být školený odborník a měl by mít k sobě dva až tři pomocníky (29). K vyvolání pozitivního efektu hipoterapie se uvádí délka terapeutické jednotky dva až tři měsíce s intenzitou dva až třikrát týdně po dobu 20 až 40 minut (32). Rizikem této terapie je možnost vytvoření a fixace nesprávné hybnosti spolu se ztuhnutím svalů, proto je nutné, kromě vyškoleného terapeuta, pravidelná kontrola odborným lékařem, který terapii doporučil. Bez lékařského doporučení se terapie neprovádí. Často je indikována u kombinovaných vad (29).

V léčebně pedagogicko-psychologické ježdění se jedná o psychoterapii a socioterapii prostřednictvím koně, kdy dochází ke korekci individuálních psychosociálních problémů klienta. Počítá se zde s takovými faktory, jakými jsou: důvěra k lidem, změna sebehodnocení, poznávání sebe sama a svých schopností, motivace k překonání nezdarů atd. (44). Kůň může sloužit také při výuce mentálně retardovaných dětí. Terapie je většinou skupinová, kdy klienti plní samostatné úkoly dané terapeutem. Metodika je velice pestrá a řídí se fyzickými a psychickými předpoklady klientů a cílem terapie. Důraz je kladen na navázání kontaktu klientů s koňmi a práci ve stáji. Kůň je

klienty pozorován, hlazen, ošetřován, sedlán, klienti na koni cvičí, hrají hry, soutěží, jezdí v terénu. Tuto terapii provádí odborník, zabývající se příslušnou problematikou klienta ve spolupráci s hipologem (29).

Sport handicapovaných a rekreační ježdění napomáhá integraci jedince do společnosti a umožňuje některým soutěžit i se zdravými, jiným pouze mezi sebou, nebo se může omezit jen na ježdění rekreační. Jedinou zásadou sportovního ježdění je, že původní zdravotní stav se nesmí zhoršit (29).

U osob s mentální retardací je dobře aplikovatelná hiporehabilitace i pedagogicko-psychologické ježdění. Sportovní a rekreační ježdění je použitelné jako zájmová činnost pro pásmo lehké mentální retardace (32).

1.12.2. Canisterapie

Canisterapie je jednou z podpůrných alternativních terapií, která se snaží o maximální možný rozvoj klienta ve všech jeho oblastech (somatické, psychické, sociální) a využívá k tomu pozitivního vlivu psa na zdraví člověka (29). Vychází z předpokladu, že pes patří mezi spolehlivé a jisté partnery člověka v jeho osamění a nemoci, a že toto partnerství je dobrým stimulem pozitivních psychických a sociálních změn (34). Pes je oblíben pro svou neúnavnou schopnost poskytnout kladné emoce. Canisterapie může probíhat v různých formách, kdy za základní způsob práce jsou považovány: Animal Assisted Activities a Animal Assisted Therapy (29).

Animal Assisted Activities je metodou, která nemá specifické cíle, jde spíše o aktivity, které vyplývají spontánně z přítomnosti psa a z požadavků klienta (29). Pes je zde zdrojem motivace, výchovných momentů, odpočinku a obohacení kvality života (44). Výsledky terapeutického působení nejsou měřitelné a můžeme je hodnotit jen podle toho, zda je klient spokojen a do jaké míry je aktivní. O průběhu terapie také není potřebné vést podrobnou dokumentaci. Tuto terapii lze ještě rozdělit na formu pasivní, kdy pes má pozitivní vliv už jen svou přítomností a klient se o psa nemusí starat a formu interaktivní, která má další dva typy. Rezidentní, zde je pes přítomen v zařízení neustále a klienti o psa pečují, nebo častěji typ návštěvní, který je charakteristický tím, že pes dochází na terapii pravidelně v danou dobu (obvykle jedenkrát týdně na jednu až dvě

hodiny). U osob s mentální retardací se můžeme setkat s oběma typy, kdy je canisterapie prováděná v rámci ústavní péče a chráněného bydlení (29).

Animal Assisted Therapy je metoda, při níž je pes přímo cílenou součástí odborně vedeného terapeutického procesu, jehož výsledky jsou objektivizovatelné (např. jako posílení žádoucího chování nebo útlumu nežádoucího chování) (44).

Pro jedince s mentálním postižením může být pes prostředníkem, který mu zprostředkovává vztah s okolním světem, pomáhá mu při orientaci a při nácviku sebeobsluhy. Pes dokáže eliminovat emoční výkyvy a negativistické projevy. Klienta učí odpovědnosti a osvojování určitých vědomostí, dovedností a návyků (29).

Canisterapeutická jednotka většinou obsahuje několik částí. V úvodní části je důležité navodit uvolněnou atmosféru a eliminovat strach. V této části dochází k seznámení a vzájemnému přivítání. Pak většinou následuje relaxační část, při které jde především o silný emociální prožitek klienta. Tato část je stěžejní pro imobilní klienty, kteří mohou být na psa nebo vedle psa polohováni. Bezprostřední kontakt a haptické vjemy necháváme působit na co největší část obnaženého těla. Snažíme se o navození libých pocitů, o předávání energie, relaxaci, a u spastických klientů o uvolnění této spasticity (29). Poté většinou následuje aktivní část, kdy již vyžadujeme od klienta určitou aktivitu dle individuálních možností a schopností. Činnosti jsou zaměřeny na rozvoj motoriky se snahou procvičit co nejvíce svalových skupin, na rozvoj orientace, komunikace atd. (29). U osob s mentální retardací patří mezi nejužívanější činnosti v této části zvláště mazlení se psem, hlazení psa, cílené hry se psem s využitím pomůcek (vyhledávání předmětu, aportování) a verbální doprovodné projevy (pojmenování psa, dávání povelů atp.). V závěrečné fázi dochází k uklidnění, zhodnocení a pochválení klientů (44).

Psovod bývá zpravidla majitelem psa, absolvuje s ním canisterapeutické zkoušky a zodpovídá za splnění všech předepsaných náležitostí týkající se canisterapeutického psa. Psovod pracuje v týmu s terapeutem, vyškoleným odborníkem, který garantuje odbornost péče (fyzioterapeut, speciální pedagog, socioterapeut apod.). Terapeut určuje metodickou náplň jednotlivých lekcí, polohuje klienty a zprostředkovává s nimi komunikaci. Co se týče samotného psa, na výběru plemene se

striktně netrvá, důležité jsou vlastnosti psa a jeho samotný výcvik (29). Vhodný je např. pes z rasy retriever (klienti všeobecně upřednostňují větší psy se světlou a jemnou srstí) (44).

1.13. Terapie hrou

Terapii hrou lze definovat jako záměrnou, odbornou a cílevědomou aplikaci prostředků hry, jejíž účelem je pomoci lidem (v tomto případě především dětem) změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní struktury společensky i individuálně přijatelným směrem (29).

Hra sama o sobě patří mezi nejdůležitější formativní prostředky ve vývoji dítěte. Napomáhá rozvíjet motoriku, kognitivní struktury, motivačně-volní procesy a sociální vztahy. Je prostředkem poznání okolního světa (20). Hra může působit jako prostředek výchovy, ale také jako prostředek diagnostický a terapeutický. V případě terapie hrou jde o významný nástroj přístupu ke klientovi, nástroj komunikace, tedy nástroj přímého i zprostředkovaného navázání terapeutického vztahu (34).

Pojem herní terapie lze chápat v širším a užším slova smyslu. V širším smyslu se obecně jedná o terapeutické využití hry v různých formách (např. využití dramatické hry v dramaterapii) a v různých oblastech (např. ve speciální pedagogice, klinické psychologii) (29).

V užším pojetí jde o terapii hrou aplikovanou v rámci herního specialisty. Terapeut (např. herní specialista na dětském nemocničním oddělení) při ní analyzuje struktury, které si dítě za pomoci hraček, loutek, masek a dalších předmětů vytvoří a následně potom dítěti pomáhá jeho přirozeně strukturovaný svět spoluvytvářet a sdílet. Často potom používá vstupu i do rolí jednotlivých předmětů a osob, který tento symbolický svět zaplňují (43). U starších dětí a dospělých lze využít her sportovních, společenských, dramatických, psychoher a dalších herních činností (34).

U terapie hrou prováděné s dětmi s mentální retardací je nutno počítat s určitými specifiky, zejména s jejich motivací ke hře. Jejich primární deficit v psychomotorice se odrazí například v minimálním výběru herních objektů, snížené schopnosti s nimi manipulovat, v nedostatečné představivosti a tvořivosti atp. Nutné je také počítat s

vlivem prostředí, kde dítě vyrůstá. Pokud je tento vliv negativní, promítne se to i do způsobu hry, která pak nesměřuje k normálnímu výstupu, ale ke kompenzačním mechanismům (např. herním stereotypům sloužícím k úniku a odreagování psychické tenze) (44).

U osob s mentální retardací je nutné volit přístup pravidelného podněcování ke hře a uspořádávání vjemů, kdy jsou upřednostňovány činnosti dostatečně srozumitelného a proveditelného funkcionálního charakteru. Činnosti konstruktivního či fiktivního charakteru se dají používat jen ve značně omezené míře (44).

1.14. Psychomotorická terapie

Psychomotorická terapie je léčebně-výchovný postup, který prostřednictvím působení na motorickou oblast projevu příznivě ovlivňuje duševní procesy člověka. Využívá k tomu spontánnost a přirozenost pohybového projevu na rozvoj psychomotoriky. Zahrnuje specifické pohybové techniky (pohybové hry, tanec a taneční terapii, pantomimu a psychogymnastiku, jógu, autogenní trénink a jiné relaxační techniky), které aplikuje v rámci léčebně-výchovných cvičení a programů. Jejich cílem je dosáhnout pozitivní změny (v chování, myšlení, emocích, osobnostní struktuře) u osob se speciálními potřebami (32).

Psychomotorika (označuje určitou celistvost duševních a pohybových procesů, jež jsou na sobě závislé) u osob s mentální retardací vykazuje již v raném věku opožděný vývoj ve všech jejích oblastech, přičemž je tento vývoj přímo úměrný míře poškození CNS. Podstatou léčebně-výchovných intervencí (tedy i psychomotorické terapie), které se snaží o rozvoj jakýchkoliv stránek osobnosti je podněcování hybnosti. Zejména u těžkých či kombinovaných postižení se vychází z předpokladu, že patologický psychomotorický vývoj v raném věku má rozhodující negativní vliv na podmínky utváření poznávacích a sociálních schopností jedince a proto se usiluje o jeho opětovné rozvinutí (což je hlavním úkolem rehabilitace) (44). Při samotné práci s pohybovými funkcemi u osob s mentální retardací musíme brát v úvahu jak individuální zvláštnosti časného psychomotorického vývoje, tak zvláštnosti vývoje

následného, který může být deformován vlastními kognitivními funkcemi, i oslabeným řídicím působením emocí, vůle a dalších naučených osobnostních vlastností (44).

Samotná psychomotorická terapie kromě již výše zmíněných specifických pohybových technik využívá další podpůrné prostředky a činnosti, které přesahují do ostatních terapeutických aktivit, proto bývá její vydělení spíše teoretickou záležitostí (32).

1.15. Bazální stimulace

Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou aktivitou, která se užívá u jedincům s těžším mentálním postižením a s více vadami, u kterých není možné vzhledem k jejich postižení provádět běžné edukační postupy a programy (např. program pomocné školy) (44). Pojem bazální stimulace tu znamená elementární základní nabídku přiměřených podnětů potřebných pro vývoj osobnosti, které si jedinec vzhledem k těžkému postižení nemůže sám obstarat (32).

Bazální stimulace představuje ucelený koncept (opírá se o holistický přístup), který se vrací do raného ontogenetického vývoje (kdy jsou prvotní zkušenosti člověka získávány prostřednictvím vlastního těla) a pokouší se kopírovat jeho normální průběh. Andreas Fröhlich, který metodu bazální stimulace vyvinul se při její tvorbě opřel o tři vývojové modely, které počítají s přímou závislostí lidského vývoje na podnětech (o Pechsteinův neurofyziologický model, Piagetův genetický model a Bobathův fyzioterapeutický model) (44).

Bazální stimulace vychází z principu, že CNS je schopna se do určité míry adaptovat (i při svém masivním postižení), pokud jsou její korové oblasti dostatečným způsobem a včas aktivovány. Funkce poškozeného mozku se pak dají zvýšit i přes nejjednodušší fyziologickou stimulaci receptorů aferentními drahami (44). Stimulace je prováděna takovými činnostmi, které se snaží o navázání kontaktu a zprostředkování zkušeností, jež postižený nemá možnost získat přirozenou cestou. Jde o jednoduché formy percepce, tělesného pohybu a komunikace v několika níže jmenovaných oblastech (44).

Prostřednictvím somatických podnětů lze docílit pozitivní zkušenosti s vlastním tělem, s vlastní postavou, s hranicemi a místy kontaktu se světem. To je uskutečňováno například pomocí dotyku, indickými baby masážemi, použitím různých materiálů (froté ručníky, kožštinové rukavice apod.), prouděním teplého vzduchu prostřednictvím fénu **(29)**.

Použitím vibračních podnětů se navodí intenzivní pocit v kloubech a nosných částech těla. Děje se tak kupříkladu umístěním malých vibrátorů tak, že umožní postiženému ucítit celou nohu od kotníku přes koleno v kyčli, což se mu díky omezenému pohybu normálně nepodaří **(32)**.

Pomocí vestibulárních podnětů se zprostředkovávají informace o poloze těla v prostoru a o pohybu celého těla v prostoru, což zřetelně působí na stabilitu držení těla a na normalizaci svalového tonu a v mnohých případech slouží i k navození uvolněné nálady (u těžších postižení se téhož dosahuje pomalými kolébavými pohyby podél a napříč osou těla, zvláště ale pohyby na terapeutickém válci nebo velkém míči) **(32)**.

Stimulace čichovými a chuťovými podněty probíhá např. pomocí výraznějších vůní (např. vonnými esencemi), stimulací rtů malým množstvím potravy, rozlišováním základních chutí apod. **(29)**.

Sluchové podněty jsou nabízeny ve formě opakujících se rytmů v kombinaci s kontrastním tichem, využíváním Orffova instrumentáře apod. **(32)**.

Zrakové podněty vytváříme pomocí kontrastů světlý-tmavý a doplňkovými (komplementárními) barvami apod. **(32)**.

Taktilně-haptické podněty poskytujeme např. hlazením, třením různými materiály a stimulací úchopu vkládáním předmětů **(44)**.

Komunikativními podněty jsou klienti podněcováni k orálnímu projevu např. formou zpětné vazby, přičemž jsou zvuky vydávané klientem snímány a reprodukovány přes zesilovač nebo vizualizovány barevnými světly, případně převedeny do vibrací vodního lůžka **(44)**.

Sociálně-emocionálními podněty vznikají při interakci mezi těžce postiženým a okolím a ústí do sociální zkušenosti těchto jedinců **(29)**.

Kromě bazální stimulace existují i další podobně zaměřené metody jako například metoda pohybového rozvoje Veroniky Sherborne, kterou tvoří systém pohybových aktivit směřujících jednak k uvědomění si vlastního těla a prostoru a také k rozvoji kontaktů s druhými, nebo obdobná metoda senzorycké integrace Jean Ayresové (44).

1.16. Ostatní podpůrné terapeutické metody

1.16.1. Snozelen

Snozelen (kombinace slov *snuffelen*=čichat a *doezelen*=dřímat) je další podpůrnou pedagogickou metodou, která je určena zejména pro osoby s těžším mentálním postižením (39). Jedná se o místnost, která má poskytovat pozitivně naladěné prostředí, jež může mít funkci relaxační, poznávací či interakční. Tyto funkce mohou působit odděleně nebo současně podle potřeb a stavu klienta (44).

Často je tato metoda využívána k náplni volného času osob s těžkým postižením, při níž se celkově uklidní a mohou prožít něco nového. K tomu je nutné prostředí, kde (na rozdíl od běžného života) nejsou zaměstnávány smysly komplexně, ale kde se postižený může soustředit jen na některý smyslový podnět (např. na hmatání). Smyslových zážitků nemá být mnoho, ale mají být hluboké. Jako zásada při tom platí ponechat člověku s postižením co nejvíce volnosti a času, aby si sám zvolil (označil), které podněty pociťuje jako příjemné, na co se chce déle soustředit či čím se chce zabývat. Materiál a prostředí mají být přitažlivé a stimulující, aby došlo k aktivaci postiženého (např. po něčem sáhnout). Zároveň by mělo prostředí vyzařovat klid a umožnit celkové uvolnění (39). Pobyt v Snozelenu má být prostředkem k uvolnění také pro doprovodné pracovníky klienta a též místem podpory komunikace a ovlivňování klientů (44).

Vybavení má být jednoduché na údržbu, bezpečné, dostatečně variabilní a zásobené možnostmi podnětů. Neměly by zde chybět vodní lůžka, měkké polštáře, trampolíny. Měla by zde být možnost poslechu reprodukováné hudby a různých zvuků i podněty k čichovému vnímání (flakonky s parfémy, mýdla) či objekty k hmatání (jemné koberce, plyšová zvířátka, závěsné předměty, koryta naplněná materiály jako štěrky a

písek různé zrnitosti) a podněty pro zrakové vnímání (barevné nasvícené skleněné válce naplněné probublávající vodou, různé projekty pro promítání světelných obrazců) (39).

V rámci této místnosti je pak možné provádět i jiné terapeutické, podpůrné nebo rehabilitační činnosti (např. aromaterapii, míčkování, prenatalní terapii atd.), které jsou zmíněny níže (44).

1.16.2. Wilbarger Brushing Program

Wilbarger Brushing Program se používá především u mentálně postižených jedinců s autistickými rysy. Jedná se o zklidňující a desenzibilizační postup, při kterém se používá měkký kartáček bez ručky, prostřednictvím jehož je klient kartáčován. Tato činnost se provádí např. při klientově rozrušení atp. V návaznosti na něm, nebo samostatně, je možné provádět program dekomprese, což je opět relaxační a zklidňující postup, při kterém pomocí tlaků a tahů na určité části těla dosahujeme stavu zklidnění. U obou programů se doporučuje kombinace s relaxační hudbou (44).

1.16.2. Míčková automasáž

Míčková automasáž se využívá u dětí s lehkým a středně těžkým stupněm mentální retardace a jejím účelem je dosažení pocitu harmonie, klidu a zdraví. Je to postup respektující existenci energetických center a akupresurních bodů na těle člověka, přičemž vychází z toho, že zjištěním citlivosti bodů lze posuzovat a aktivovat funkce příslušných orgánů. Nejprve je prováděna jako masáž za spoluúčasti dítěte, později si ji děti pod dohledem provádějí sami (44, 48).

1.16.3. Aromaterapie

Aromaterapie využívá aromatických látek, kterými se u člověka vyvolávají vjemy, vůně a chutě, ale i biologická aktivita na různých orgánových úrovních. Jejich prostřednictvím se působí buď na psychické rozpoložení klienta (duševní uvolnění čicháním vůní), nebo na jeho tělesné funkce (spojením s masážími). U klientů s mentální retardací je nutno pamatovat na možné kontraindikace (negativní vliv určitých aromatických látek na epilepsii) a s tím spojenou nutnost individuálně vyzkoušených směsí (44).

1.16.4. Prenatální terapie

Prenatální terapie se snaží u člověka navodit stav podobný prožitkům v matčině děloze. Vychází se z předpokladu, že prenatální období je určité bezstarostné stádium, ve kterém dochází ke splnění všech základních potřeb. Tohoto pozitivního prožitku je dosahováno individuálně ve speciálně upraveném prostředí (tzv. seeting), což je místnost s vyhřívanou vodní matrací (imitace nadnášení v plodové vodě), která je zastřešená kopulí z průsvitné látky (nasvícené červenými reflektory). Součástí jsou také reproduktory, jejichž zvuk se přes vodní lůžko transformuje do vibračních podnětů (nahrávky srdečních ozev atp.). V případě osob s mentální retardací je přijímána především u jedinců s těžším postižením (44).

1.17. Rehabilitační metody

Neoddělitelnou součástí péče o osoby s těžším mentálním a těžším kombinovaným postižením by měly být rehabilitační metody (termín rehabilitace je zde chápán v užším slova smyslu jako fyzikální terapeutické či podpůrné působení). Psychomotorický vývoj (zejména raný) takto postižených jedinců je mnohdy tak omezen a devastován, že bez jeho průběžné stimulace si nelze představit jakýkoliv další osobnostní rozvoj ani edukaci (44).

Důležitou součástí rehabilitace je fyzioterapie, což je zdravotnický obor zaměřený na prevenci, diagnostiku a léčbu poruch funkce pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických prostředků cíleně ovlivňuje funkce i ostatních systémů včetně funkcí psychických. Fyzioterapie je poskytována všude tam, kde jsou pohyb a funkce organismu porušeny nebo ohroženy vrozenou vadou, nemocí apod. (48).

Hlavním léčebným prostředkem je zde cílený pohyb, tedy cvičení, pro něž se vžilo označení léčebná tělesná výchova (LTV). Tělesné cvičení se realizuje pod vedením fyzioterapeuta a jeho cílem je léčebný účinek, jako např. zlepšení síly, rozsahu pohybů či koordinace, nácvik chůze atp. LTV se provádí individuálně nebo ve skupině a klient je v průběhu LTV aktivní (48). Můžeme sem zařadit terapeutické prostředky nespécifické, ke kterým lze počítat např. kondiční cvičení, jehož cílem může být

celková aktivace, zlepšení či udržení fyzické kondice, zlepšení koordinace, svalové síly, kloubní pohyblivosti apod. Cvičení má současně vliv i na psychiku (48).

V případě specifických terapeutických prostředků je dobré zmínit reflexní motoriku (48). V rámci ní se využívá reflexů, které vyvolávají stah ochrnutých svalů, nebo tento stah podporují (facilitují). Současně se vedle facilitace provádí též inhibice, což je útlum svalů, které jsou v napětí. Z metod, které spadají pod reflexní motoriku a užívají se u osob s těžším mentálním a kombinovaným postižením lze jmenovat Vojtovu a Bobathovu metodu (12).

Vojtova metoda reflexní lokomoce využívá existence vrozených geneticky determinovaných globálních koordinačních komplexů, které lze aktivovat v přesně daných polohách ze spoušťových zón (48). Přitom počítá se dvěma základními pohybovými prvky a to s reflexním otáčením (které je zhruba od šestého měsíce součástí normálního pohybového vývoje) a s reflexní lokomocí (což je uměle vyvolaný pohybový prvek založený na reflexních podnětech ze spouštěcích zón). Výchozí polohou při ní je leh na břicho s hlavou otočenou k jedné straně a tlakem na patřičnou zónu se pak dosahuje potřebného správného pohybu, regulace svalového napětí apod. (44). Pohyb probíhá reflexně (nezávisle na vůli klienta) a účinek terapie závisí na úrovni plasticity CNS (48).

Dále je možné jmenovat koncept manželů Bobathových, který využívá k útlumu patologických tonických reflexů mozkového kmene a hlubokých šíjových reflexů (nejzávažnější příčina pohybových potíží u poruch CNS) tzv. inhibičních poloh. Pohyb je při tom umožněn jen facilitované části těla, jež je aktivována například tahem, tlakem, poklepáváním (patří sem technika držení dítěte v různých polohách a zacházení z jeho tělem-handling, dále různé formy přerušovaného dotýkání a tlaků – tapping a také reflexní útlum a klíčové body). Při cvičení se vychází z dosaženého ontogenetického vývoje (odvíjí se od věku a charakteru postižení), z čehož vyplývá také důležitost poloh, postojů, a pohybů, kterým je nutno přednostně naučit. Jde zejména o kontrolu hlavy, uchopování, reakce ovlivňující vztah jednotlivých částí těla k sobě navzájem, otáčení okolo tělesné osy a rovnovážné reakce a s nimi spojenou kontrolu těla (44).

Kromě LTV se používá také pasivních léčebných prostředků. Především se jedná o fyzikální terapii, což je léčebná aplikace fyzikálních energií včetně metod balneologických (léčba přírodními léčivými prostředky) (48). K metodám fyzikální terapie patří např. různé druhy masáží (klasická, reflexní, podvodní), elektroléčba (nízkofrekvenčními, středně frekvenčními a vysokofrekvenčními proudy tedy diatermie), léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem (infradžerveným a ultrafialovým záření), laserové záření, léčba teplem (termoterapie) a vodoléčba (např. rehabilitační bazén-hydrokinezioterapie, perličková lázeň, vířivá lázeň apod.) (12). Fyzioterapeuti provádějí také polohování, při kterém se dosahuje změn polohy těla nebo části těla za účelem prevence či potlačení nežádoucích projevů (např. bolesti, ztuhnutí končetin atp.) (48).

Při stimulaci motoriky osob s těžším stupněm mentální retardace je nutné se při rehabilitaci zaměřit zejména na uvědomění si vlastního tělesného schématu, na jemnou a hrubou motoriku a motoriku úst a očí (44).

1.18. Alternativní a augmentativní komunikace

Porucha řeči je jedním ze symptomů mentální retardace, proto v tomto směru hovoříme o symptomatické poruše řeči, jejíž charakter závisí především na etiologii poruchy a stupni mentálního postižení (44). Především osoby s těžším stupněm mentální retardace nejsou schopny používat běžné verbální metody komunikace a proto se v současné době hledají jiné metody sociální komunikace, které by napomohly rozvoji jejich komunikačních dovedností, nebo nahradily mluvenou řeč (39).

Co se týče základních pojmů, tak augmentativní (z lat. *augmentare*-rozšiřovat) systémy komunikace mají podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti, zatímco alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči. Při budování podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů je třeba využít všech schopností jejího uživatele. Hlavní zásadou by pak mělo být, aby způsob dorozumívání byl co nejpřirozenější, jak jen to je v dané situaci možné (2).

Alternativní a augmentativní komunikace využívá řadu prostředků, jako mimiku, gestiku, manuální znaky, předměty, fotografie, obrázky, symboly, piktogramy, písmena a psaná slova, komunikační tabulky, technické pomůcky s hlasovým výstupem a počítače (1). O některých z těchto komunikačních systémů, které se využívají u osob s mentální retardací bude nyní stručně pojednáno.

Komunikace facilitovaná referenčními předměty (trojrozměrnými symboly, jimiž se dá manipulovat, mají hmatovou strukturu a jsou snadno rozpoznatelné) se využívá u jedinců s hlubší mentální retardací. Jedná se o zástupné znaky konkrétních slov, které symbolizují konkrétní činnosti (nikoliv abstraktní výrazy) jako např. krabička od mýdla=hygiena, talíř=čas svačiny apod. (2).

Znaková řeč Makaton je jazykový program postavený na standardizovaných znacích, kdy se jednotlivá slova vyjadřují pohybem ruky, hlavy, odpovídajícím mimickým výrazem a jsou vždy doplněny orální řečí, popř. speciálními symboly. Na rozdíl od znakové řeči neslyšících se zde mohou znakovat jenom klíčová slova. Využívá se jako podpůrný prostředek rozvíjení jazyka a čtenářských dovedností, ale též jako primární prostředek komunikace u osob s mentální retardací (39).

TTT systém (Znak do řeči) je systém podobný Makatonu, ale je na rozdíl od něj více flexibilní a méně standardizovaný. Jedná se o otevřený systém přirozených znaků, který lze libovolně upravovat pro potřeby konkrétního klienta. Je nutné však dodržet několik zásad; jednak pojem musí mít vždy stejný znak, znak se musí vždy doprovázet orální řečí a měla by být snaha fázovat znak na počet slabik znakového slova (např. znak au-to je složen ze dvou pohybů) (44).

System symbolů Bliss je mezinárodně standardizovaný, statický systém, v němž jsou symboly předkládány v dvojrozměrné (grafické) nebo trojrozměrné formě, která se v průběhu komunikace již nemění (39). Je to systém logických symbolů vysoké abstrakční náročnosti, který se příliš neuplatní u osob s těžší formou mentální retardace. Pro konkrétního klienta se zpracovává většinou jedna tabulka symbolů, která poskytuje znakovou podporu komunikace a procvičuje vnímání klienta, který se při ukazování příslušného symbolu (abstrahujícího význam slova) snaží současně o jeho vokalizaci (44).

Piktogramy jsou mnohem konkrétnější než symboly v Bliss systému a proto se mohou užívat i u osob s těžším stupněm mentální retardace. Výuka piktogramů je provázena orální řečí a znakováním a v případě problémů s chápáním obsahu piktogramu se spojují piktogramy s obrázky, fotografiemi, nebo trojrozměrnými předměty zastupující určitou činnost **(44)**.

PCS systém je souborem barevných obrázků, které jsou ještě realističtější ve vztahu k skutečnosti, kterou zastupují, než je tomu v případě piktogramů **(44)**.

Sociální čtení je zpravidla definováno jako poznávání, interpretace a přiměřené reagování na zřetelná znamení a symboly, piktogramy, slova a skupiny slov, které se často objevují v okolním prostředí nebo v širším kontextu, aniž by byly využívány čtecí technické dovednosti. Sociální čtení tu chápeme jako součást sociálního učení **(39)**. Tato metoda je určena těm osobám s mentální retardací, které si nemohou osvojit normální technické čtení (ani globální metodou). Rozděluje se do tří kategorií a to na kategorii obrázků a textů, kategorii piktogramů, dopravních značek a symbolů, a kategorii slov a skupin slov. Zaměřuje se na takové aspekty orientace v okolním světě, které jsou bezprostředně využitelné. Přitom je důležité připravit vhodné prostředí pro výuku (např. nejvhodnějším prostředím pro orientaci v pojmech užívaných při přípravě jídla je kuchyně). Tam kde je to možné se tato metoda spojuje s globálním čtením **(44)**.

Globální metoda výuky čtení je postavená na rozpoznání slova jako obrazu vzhledem a je pro počáteční výuku čtení žáků s mentální retardací vhodnější než běžně používaná analyticko-syntetická metoda **(44)**. Dítě se seznamuje se zobrazením konkrétního předmětu a současně se slovem označujícím jeho název **(39)**.

Dosa metoda (Dosa-pohybová komunikace) je metodou respektující principy tzv. bazálně dialogického principu, v němž se na tělo pohlíží jako na nositele výrazu (tělo jako totální smyslový orgán), prostřednictvím kterého lze komunikovat i s lidmi s těžkou mentální retardací. Osoby takto postižené nejsou schopny navenek verbalizovat svoje pocity, prožívání, jednání, ale vyjadřují je svými tělovými projevy, které lze dešifrovat. Tato komunikace tělo k tělu je pro speciální pedagogy značně náročná na schopnost koncentrace i značnou tělesnou a emocionální blízkost s těžce mentálně

postiženým. K tomu je potřeba zajistit i vhodné prostředí, které nabízí například Snozelen (44).

Facilitovaná (tj. usnadňující) komunikace se využívá především u autistických klientů a je označována jako vysoce kontroverzní. Podstatou je to, že facilitátor poskytuje podporu prstu, ruce, zápěstí, paži, ramenu autistického klienta, který má potřebu něco sdělit, čímž zajišťuje zpětnou vazbu a současně stimuluje pohyb klienta, který ukazuje na tabulce s abecedou nebo píše na klávesnici (44).

K dalším méně používaným metodám lze zařadit orofaciální stimulaci, kdy se pomocí reflexních bodů v obličeji ovlivňuje postavení jazyka, svalové napětí apod. Tato metoda je využívána jako podpůrná terapie v logopedii. Nebo Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování, jež je zaměřená na celkovou stimulaci rozvoje dětí s mentální retardací, především na posílení schopnosti zpracovat informace včetně globálního čtení a celkové kognice (44).

Je dobré se ještě zmínit, že existuje celá řada programů zaměřených na rozvoj komunikace osob s těžším mentálním postižením např. programy TEACCH či Portage apod. (2).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1. Cíl práce

Cílem práce bylo zmapovat aktuální nabídku jednotlivých metod a forem, které se uplatňují v rozvoji osobnosti klientů v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby v Jihočeském kraji. Pokusit se nalézt nedostatky a překážky při jejich uplatňování. A dále zjistit kvalifikovanost terapeutů, přínos a výsledky terapie pro klienty z hlediska zaměstnanců těchto ÚSP.

2.2. Hypotézy

H1: Domnívám se, že existují rozdíly v šíři nabídky metod a forem rozvoje osobnosti klientů mezi jednotlivými ústavami sociální péče v rámci Jihočeského kraje.

H2: Domnívám se, že nejčastěji využívanou formou rozvoje osobnosti klientů je arteterapie.

3. METODIKA

3.1. Použité metody

V rámci metodiky byl proveden kvantitativní výzkum. Pro zjištění odpovídajících informací bylo použito metody dotazování, techniky řízeného rozhovoru a metody dotazování, techniky dotazníku. Otázky do rozhovoru a dotazníku byly sestavovány dle vlastního uvážení. Byly použity uzavřené, polootevřené, otevřené a škálovací otázky. Výzkum proběhl celkem v 10 ústavech sociální péče pro osoby s mentálním postižením v Jihočeském kraji. Data byla sbírána v období 1.4. až 30.6. 2007.

3.2. Charakteristika zkoumaného souboru

Cílovým souborem pro ověření hypotézy byli u řízeného rozhovoru vybraní vedoucí pracovníci ústavů sociální péče. V osmi případech se jednalo o ředitele ústavů, ve dvou případech to pak byli vedoucí vychovatelé. Celkem tedy proběhl rozhovor u 10 respondentů. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté přepsány do záznamového archu.

Cílovým souborem u dotazníků byli pracovníci ústavů, kteří při své práci uplatňovali některé z aktuálních metod a forem rozvoje osobnosti mentálně postižených jedinců. Jednalo se především o pedagogické a speciálně pedagogické pracovníky, pracovníky v sociálních službách a zdravotnické pracovníky. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků.

4. VÝSLEDKY

4.1. Vyhodnocení otázek z řízeného rozhovoru

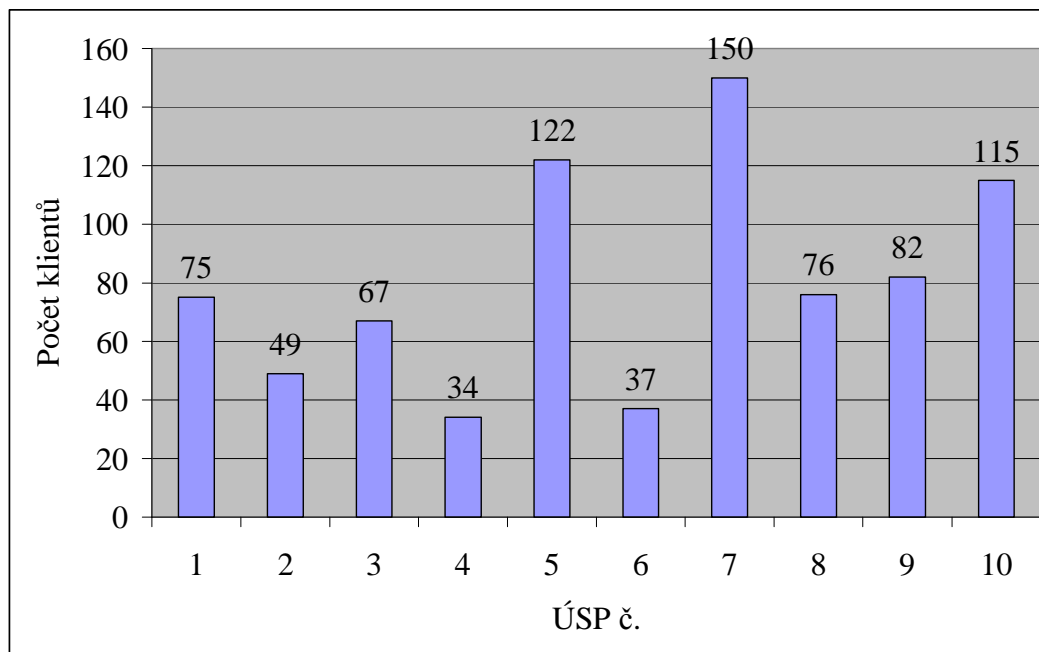
Řízený rozhovor obsahoval celkem 44 otázek, na které odpovědělo deset vedoucích pracovníků ÚSP. Tyto otázky byly koncipovány do několika oblastí. První část řízeného rozhovoru tvořily otázky týkající se základních údajů o zařízení. Poté následovaly otázky týkající se oblasti bydlení, oblasti vzdělávání, oblasti využití specifických terapií a oblasti volnočasových aktivit v ÚSP. Poslední část rozhovoru tvořily volné otázky směřované do různých oblastí např. do oblasti sociálních kontaktů a vztahů, do oblasti sebeobsluhy, denního programu atd.

Část odpovědí byla zpracována statisticky a vyhodnocena procentuelně. U většiny otázek bylo možné zvolit i více variant odpovědí. Otázky, které byly koncipovány jako volné, nebyly statisticky zpracovány, odpovědi jsou uváděny většinou v jejich doslovném znění.

Základní údaje o zařízení

Vyhodnocení otázky č.1 „Jaký je skutečný počet klientů ve vašem zařízení?“ uvádí graf č.1, kde jsou zachycené jednotlivé odpovědi dotázaných. V nejmenší zařízení se nachází 34 klientů, v největším zařízení pak 150 klientů.

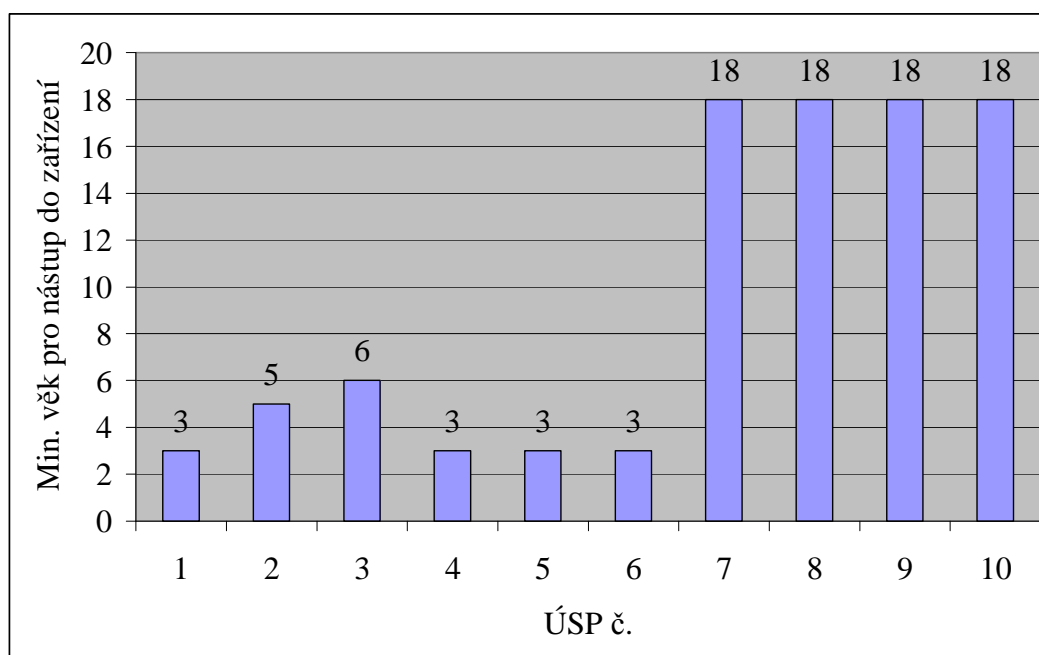
Graf č.1: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.1



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č.2 „V jakém rozmezí se pohybuje věk vašich klientů?“ uvedla celkem čtyři zařízení jako dolní hranici pro přijetí klienta věk 3 roky, jedno zařízení uvedlo dolní hranici pro přijetí věk 5 roků, jedno zařízení uvedlo dolní hranici pro přijetí věk 6 roků a čtyři zařízení uvedla dolní věkovou hranici pro přijetí 18 let. Horní věková hranice není v žádném zařízení pevně stanovena.

Graf č.2: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.2



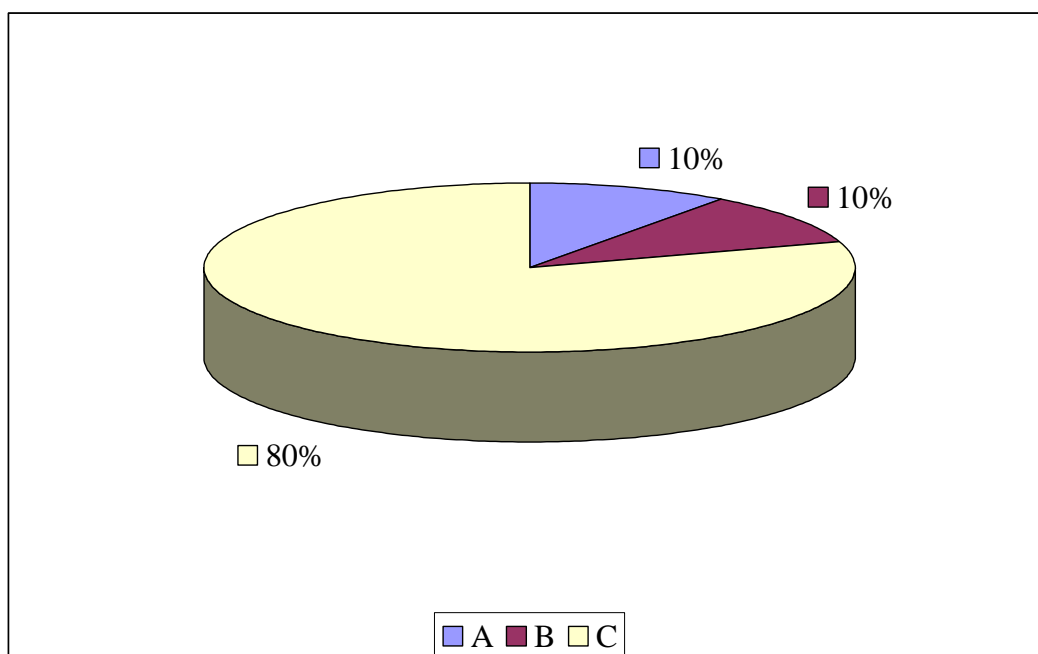
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č.3 „Pro koho je zařízení určeno?“ volilo 10% dotázaných odpověď a) pro muže, 10% odpověď b) pro ženy a 80% odpověď c) koedukované zařízení.

Tab. č. 1

Odpověď	Celkový počet
A	1
B	1
C	8

Graf č.3: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.3



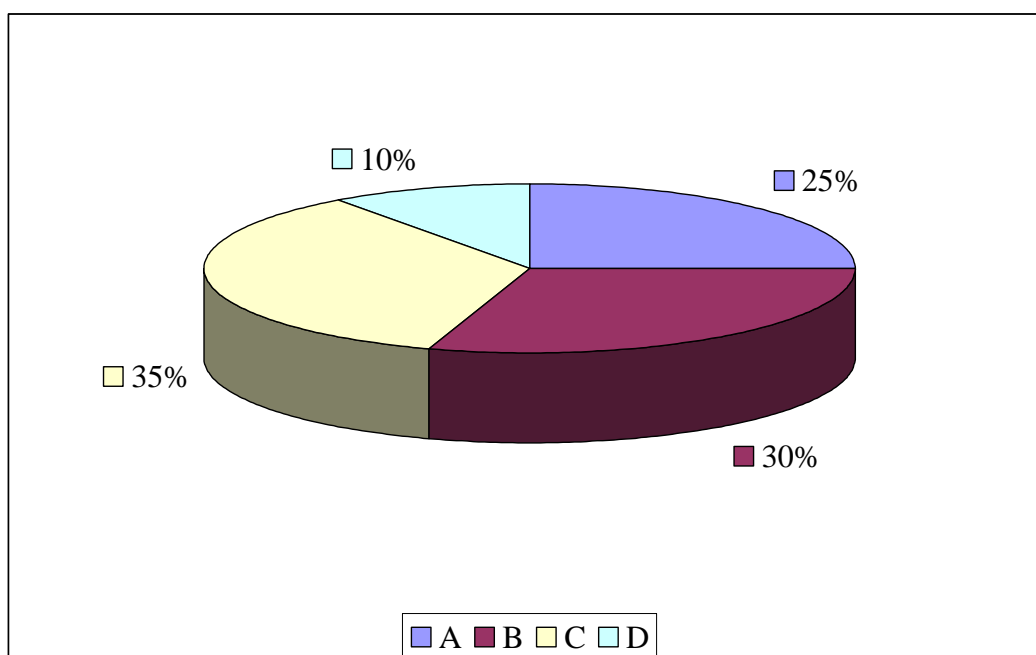
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č.4 „*Jaké druhy sociálních služeb poskytujete?*“ odpovídělo 25% dotázaných variantou a) Denní stacionář, 30% variantou b) Týdenní stacionář, 35% variantou c) Domov pro osoby se zdravotním postižením a 10% variantou d) Chráněné bydlení.

Tab. č.2

Odpověď	Celkový počet
A	5
B	6
C	7
D	2

Graf č.4: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.4



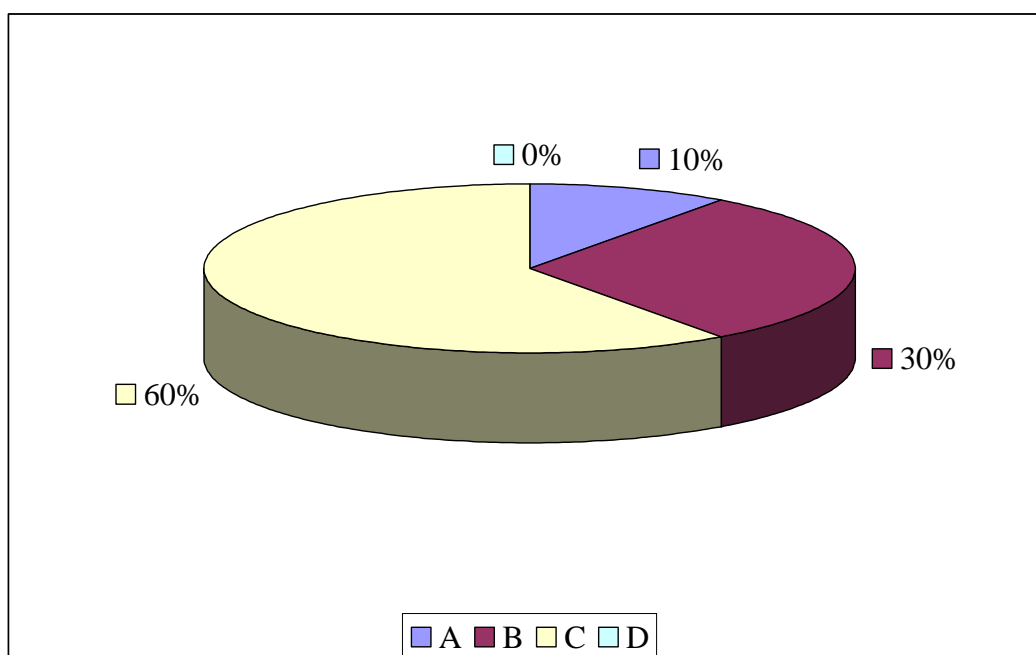
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č.5 „Která z těchto služeb je vašimi klienty využívána nejčastěji?“ odpovědělo 10% dotázaných variantou a) Denní stacionář, 30% variantou b) Týdenní stacionář a 60% variantou c) Domov pro osoby se zdravotním postižením, 0% variantou d) Chráněné bydlení.

Tab. č.3

Odpověď	Celkový počet
A	1
B	3
C	6
D	0

Graf č.5: „Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.5



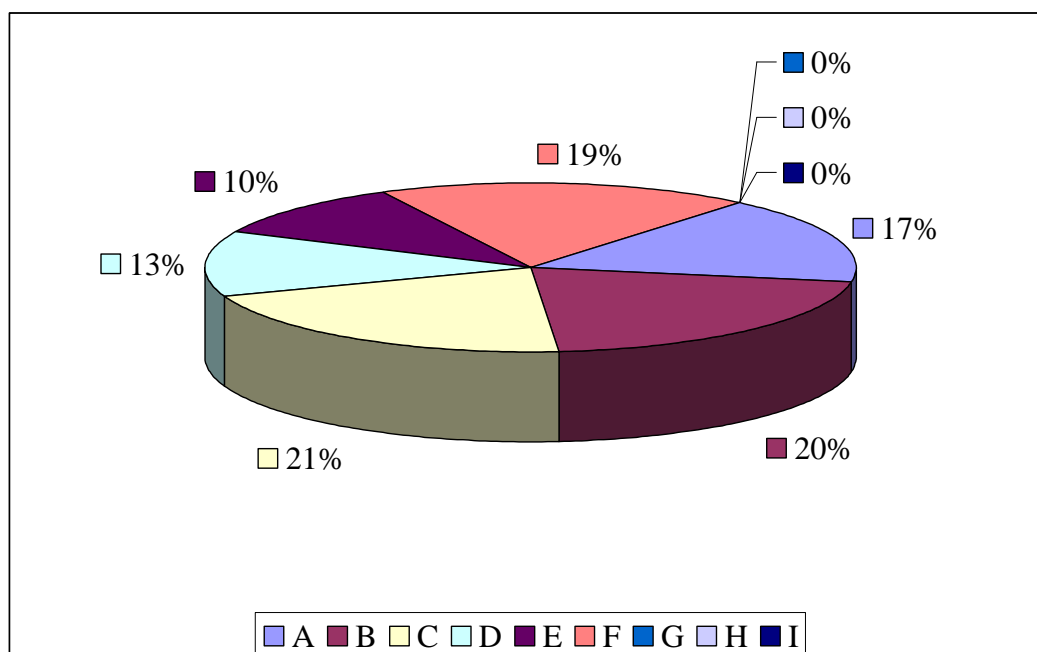
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č.6. „*Jaké spektrum diagnóz je ve vašem zařízení zastoupeno?*“ odpovědělo 17% dotázaných variantou a) lehká mentální retardace, 20% variantou b) středně těžká mentální retardace, 21% variantou c) těžká mentální retardace, 13% variantou d) hluboká mentální retardace, 10% variantou e) autismus, 19% variantou f) kombinované vady, 0% variantou g) psychiatrická onemocnění, 0% variantou h) neurologická onemocnění, 0% variantou i) jiné.

Tab. č.4

Odpověď	Celkový počet
A	8
B	10
C	10
D	6
E	5
F	9
G	0
H	0
I	0

Graf č.6: „Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6



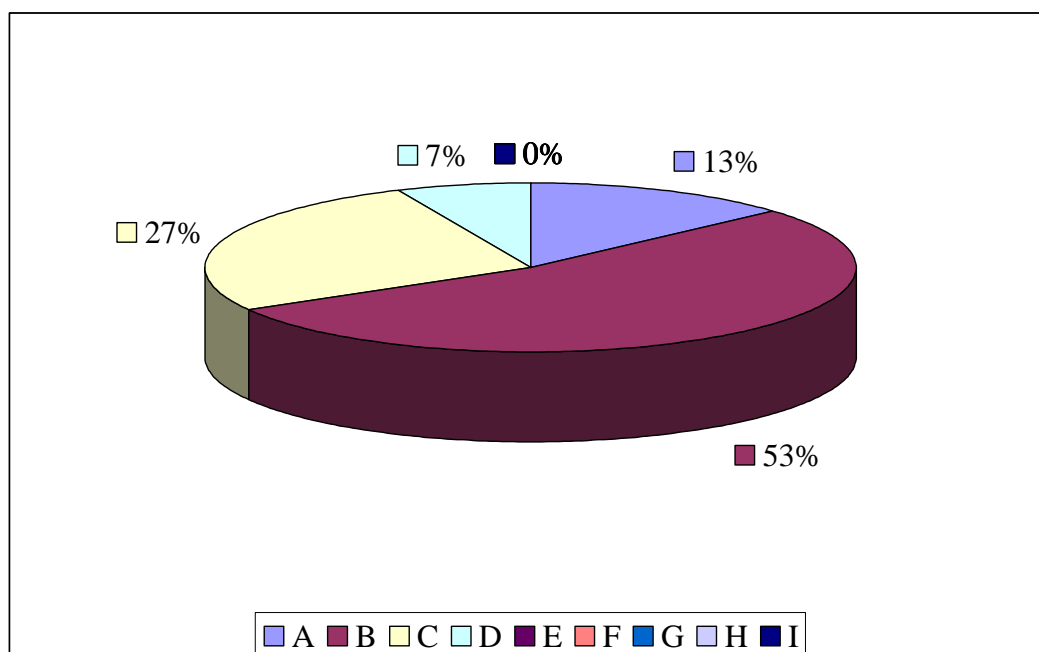
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č.7 „Které z těchto diagnóz převládají?“ odpovědělo 13 % dotázaných variantou a) lehká mentální retardace, 53% variantou b) středně těžká mentální retardace, 27% variantou c) těžká mentální retardace, 7% variantou d) hluboká mentální retardace, 0% variantou e) autismus, 0% variantou f) kombinované vady, 0% variantou g) psychiatrická onemocnění, 0% variantou h) neurologické vady, 0% variantou i) jiné.

Tab. č.5

Odpověď	Celkový počet
A	2
B	8
C	4
D	1
E	0
F	0
G	0
H	0
I	0

Graf č.7: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.7



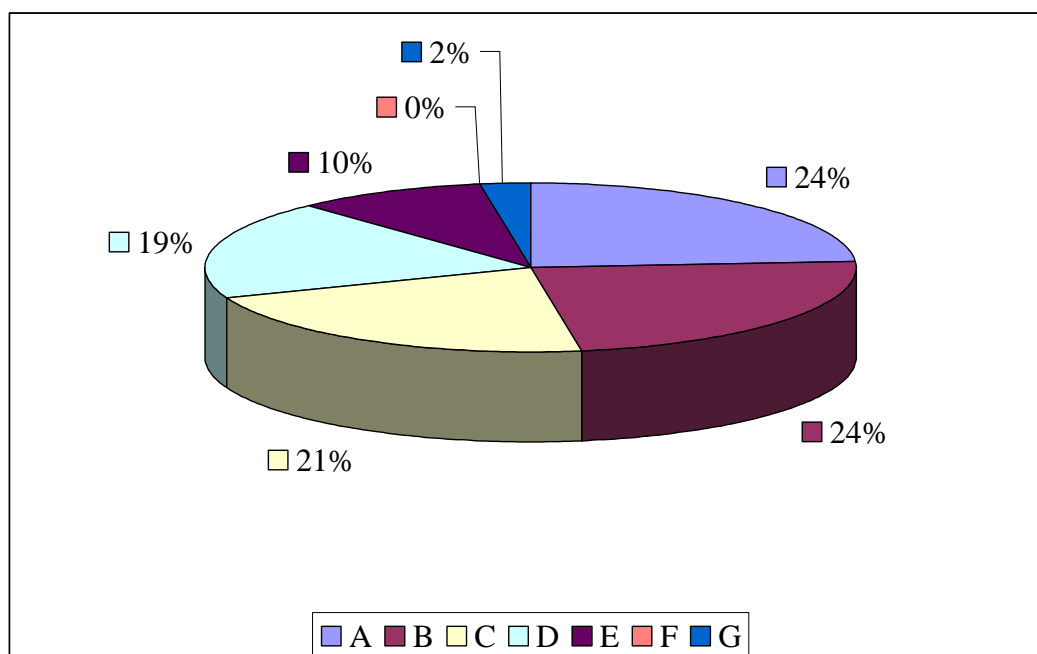
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 8 „*Jaké je personální obsazení ve Vašem zařízení?*“ odpovědělo 24% dotázaných variantou a) zdravotničtí pracovníci, 24% variantou b) sociální pracovníci, 21% variantou c) pracovníci v sociálních službách, 19% variantou d) pedagogičtí pracovníci, 10% variantou e) speciální pedagog, 0% variantou f) psycholog, 2% variantou g) jiné. Jiné z odpovědi g) logoped.

Tab. č.6

Odpověď	Celkový počet
A	10
B	10
C	9
D	8
E	4
F	0
G	1

Graf č.8: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.8



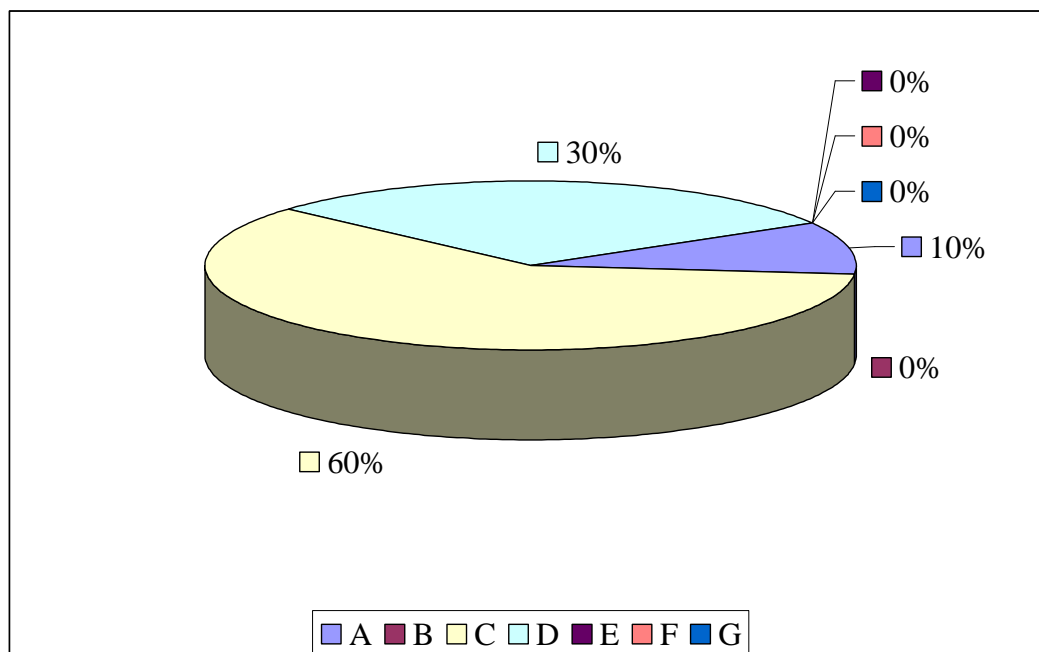
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č.9 „Uveďte personál, jehož zastoupení ve vašem zařízení převažuje?“ odpovědělo 10% dotázaných variantou a) zdravotničtí pracovníci, 0% variantou b) sociální pracovníci, 60% variantou c) pracovníci v sociálních službách, 30% variantou d) pedagogičtí pracovníci, 0% variantou e) speciální pedagog, 0% variantou f) psycholog, 0% variantou g) jiné.

Tab. č.7

Odpověď	Celkový počet
A	1
B	0
C	6
D	3
E	0
F	0
G	0

Graf č.9: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.9



Zdroj: vlastní výzkum

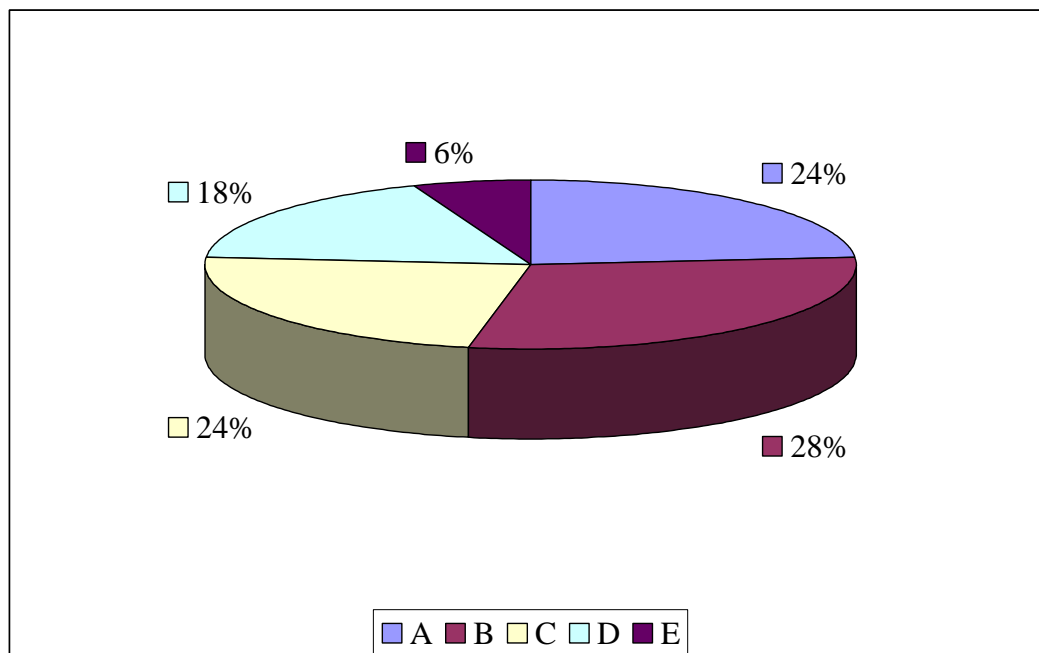
Oblast bydlení

Na otázku č.10 „Pro kolik osob jsou určeny pokoje ve vašem zařízení?“ volilo 24% dotázaných odpověď a) jednolůžkové, 28% odpověď b) dvoulůžkové, 24% odpověď c) třílůžkové, 18% odpověď d) čtyřlůžkové, 6% odpověď e) vícelůžkové (a kolika lůžkové). Odpověď z varianty e) vícelůžkové: až devatenáctilůžkové.

Tab. č.8

Odpověď	Celkový počet
A	8
B	10
C	8
D	6
E	2

Graf č.10: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.10



Zdroj: vlastní výzkum

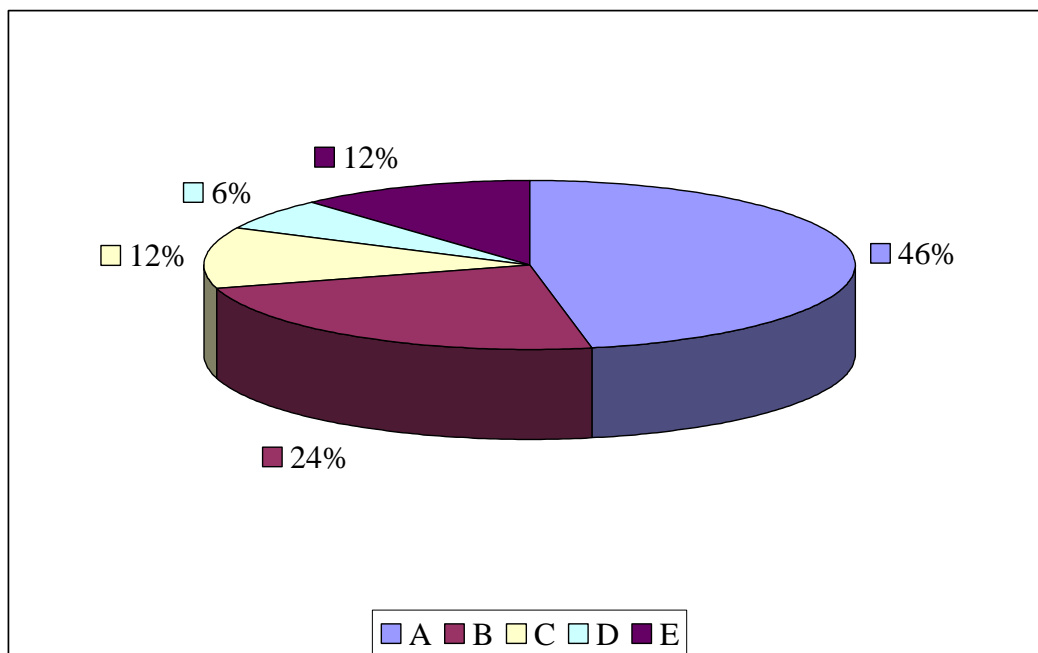
Na otázku č. 11 „Mají Vaši klienti možnost volného přístupu do svých pokojů?“ volilo 100% dotázaných odpověď a) ano ,0% odpověď b) ne.

Na otázku č. 12 „Mají klienti vlastní klíče?“ odpovědělo 46% dotázaných variantou a) mají vlastní klíče od pokoje, 24% variantou b) mají vlastní klíče od skříně a skříňky, 12% variantou c) mají vlastní klíče od stolu, 6% variantou d) jiné, 12% variantou e) nevlastní žádné klíče. Jiné v odpovědi c) trezorek.

Tab. č.9

Odpověď	Celkový počet
A	8
B	4
C	2
D	1
E	2

Graf č.11: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.12



Zdroj: vlastní výzkum

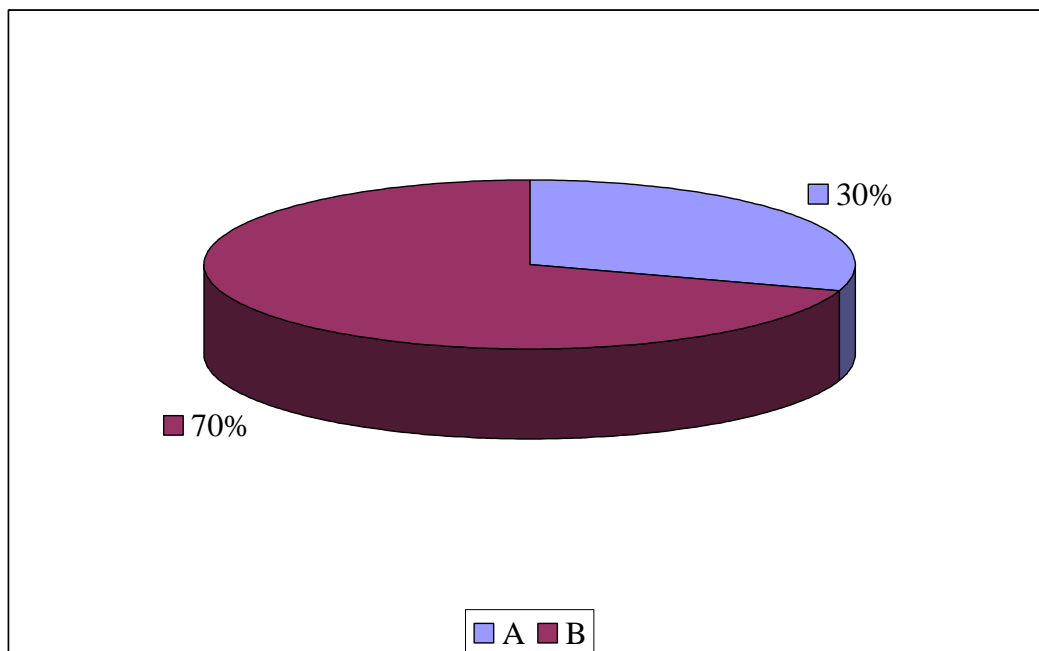
Na otázku č. 13 „*Máte společenskou místnost?*“ volilo 100% dotázaných odpověď a) ano, 0% odpověď b) ne.

Na otázku č. 14 „*Nabízíte klientům možnost chráněného bydlení?*“ 30% dotázaných volilo odpověď a) ano, 70% odpověď b) ne.

Tab. č.10

Odpověď	Celkový počet
A	3
B	7

Graf č.12: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.14



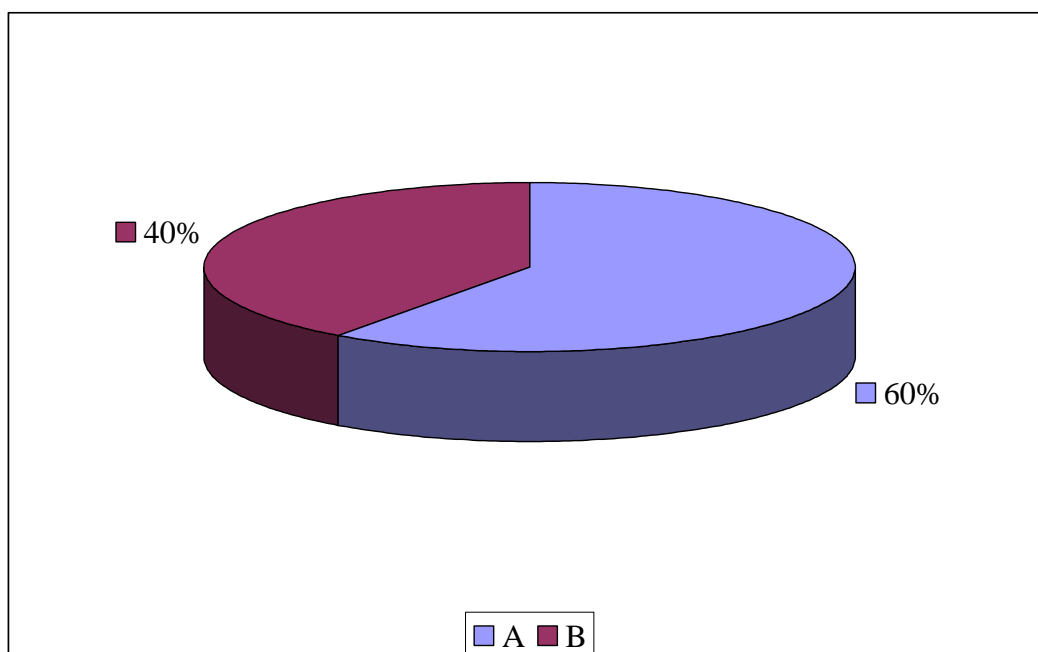
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 15 „Pokud jste na otázku č.14 odpověděli variantou ano, uveďte prosím, kde jsou tyto byty umístěny?“ volilo 60% dotázaných odpověď a) v areálu ústavu, 40% odpověď b) mimo ústavní areál.

Tab. č.11

Odpověď	Celkový počet
A	3
B	2

Graf č.13: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.15



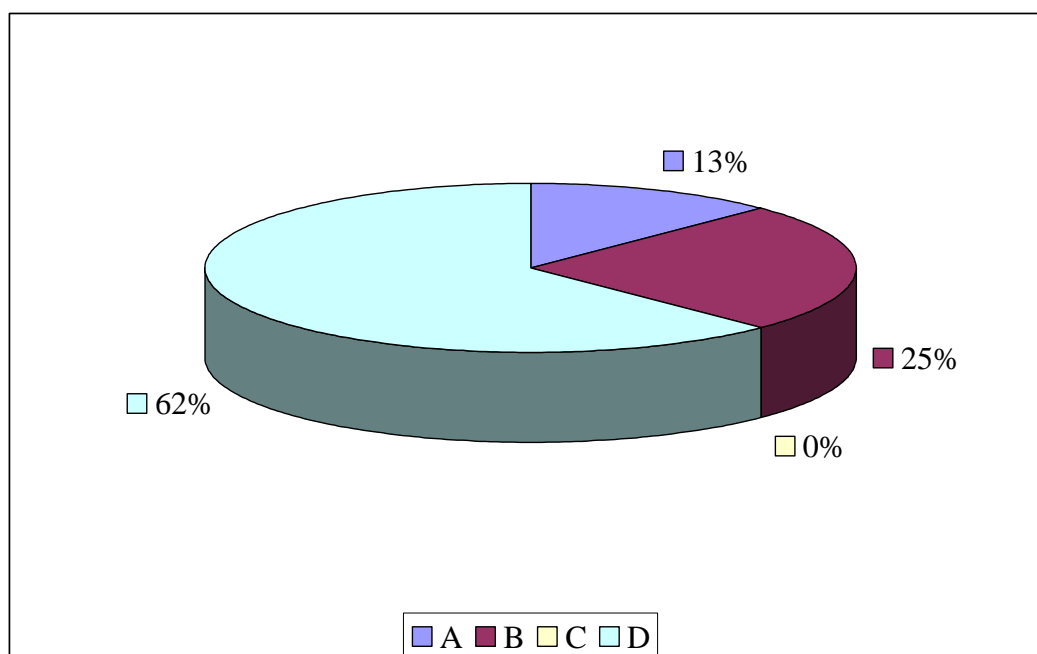
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 16 „Pokud jste na otázku č.14 odpověděli variantou ne, můžete prosím uvést z jakého důvodu?“ volilo 13% dotázaných odpověď a) nevyhovující prostory, 25% odpověď b) ekonomické důvody, 0% odpověď c) u klientů se neosvědčilo, 62% volilo odpověď d) jiné. Jiné v odpovědi d) celkem 4x odpověď: do budoucna chráněné bydlení připravujeme, máme rozpracovaný projekt chráněného bydlení, 1x odpověď: spolupracujeme s jinou organizací, která poskytuje chráněné bydlení.

Tab. č.12

Odpověď	Celkový počet
A	1
B	2
C	0
D	5

Graf č.14: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.16



Zdroj: vlastní výzkum

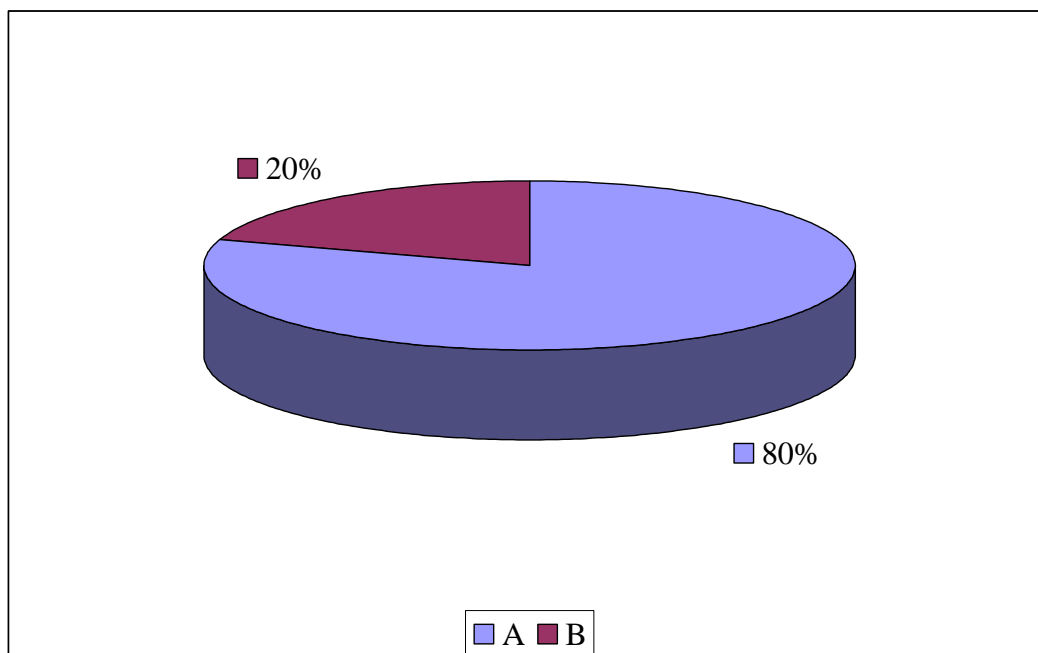
Oblast vzdělávání

Na otázku č. 17 „Zpracováváte pro klienty individuální plány služeb rozvoje osobnosti vycházející z jejich skutečných potřeb?“ volilo 80% dotázaných odpověď a) ano, 20% odpověď b) ne.

Tab. č.13

Odpověď	Celkový počet
A	8
B	2

Graf č.15: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.17



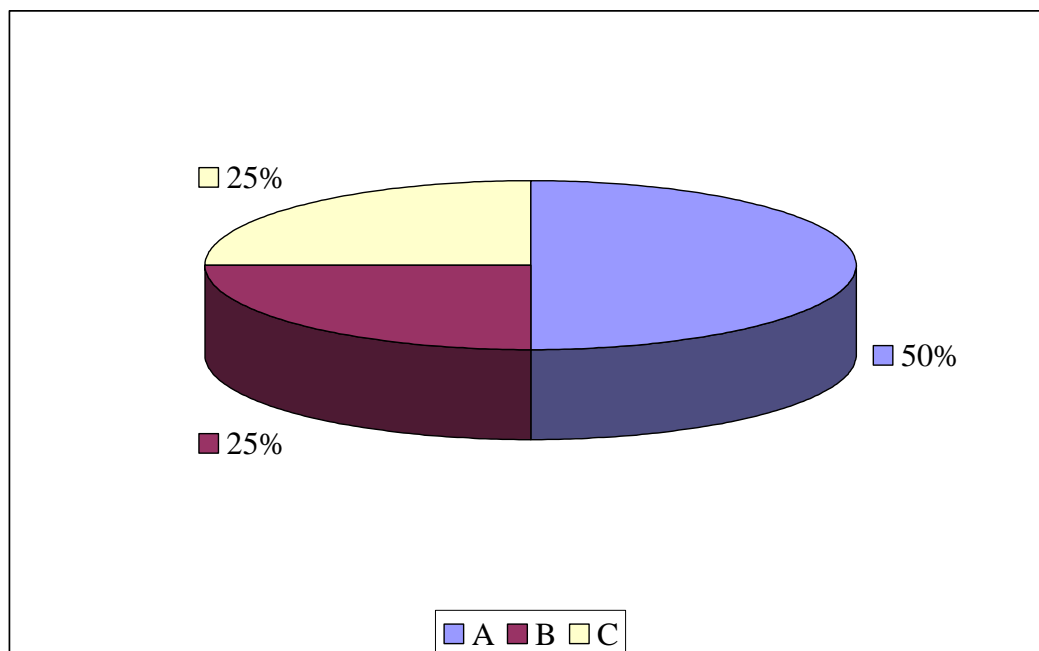
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 18 „*Jaké možnosti vzdělávání nabízíte Vaším klientům v období povinné školní docházky?*“ odpovídala pouze ta zařízení, ve kterých se nachází děti v období povinné školní docházky, celkem 6 zařízení. Z těchto zařízení volilo 50% odpověď a) docházka do základních škol praktických a speciálních mimo areál zařízení, 25% odpověď b) zřízené třídy základní školou speciální nebo základní školou praktickou ve formě odloučených pracovišť v areálu zařízení, 25% odpověď c) jiné. Jiné z odpovědi c) 1x odpověď: ústavní školička, která není akreditovaná v síti škol a vyučuje se v ní dle výchovně vzdělávacích plánů speciálně pedagogického centra, 1x odpověď: základní škola speciální jako samostatná příspěvková organizace se nachází přímo v areálu ústavu.

Tab. č.14

Odpověď	Celkový počet
A	4
B	2
C	2

Graf č.16: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.18



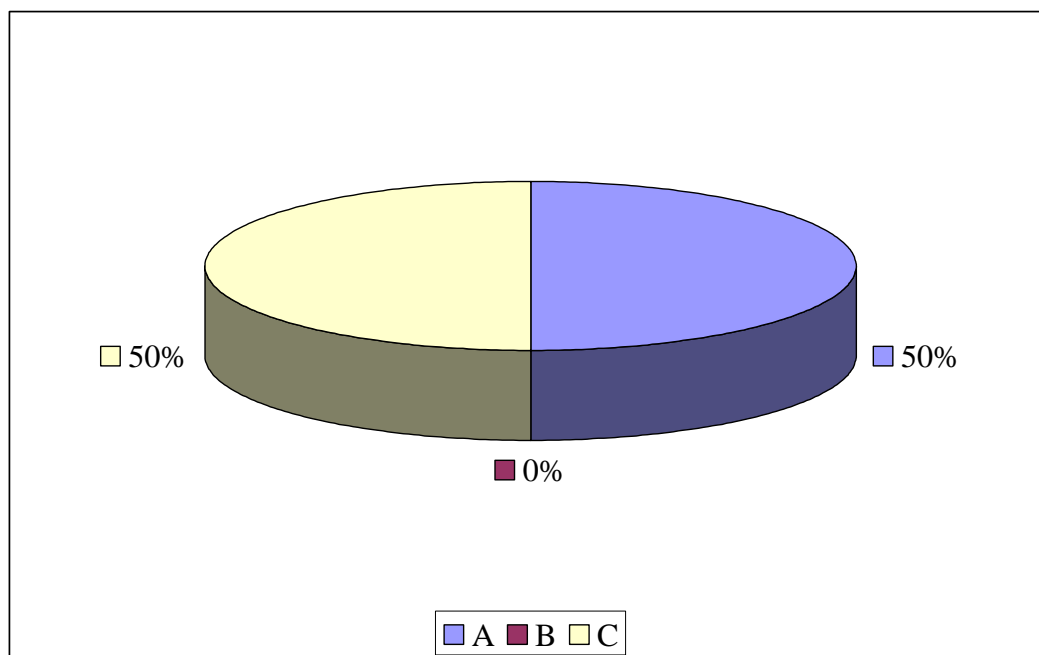
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 19 „*Jaké možnosti nabízíte klientům v období přípravy na budoucí povolání?*“ odpověděla celkem 4 zařízení, kde volilo 50% odpověď a) praktická škola, 0% odpověď b) odborné učiliště, 50 % odpověď c) jiné. Jiné z odpovědi c) 2x odpověď: u klientů se provádí pracovní zácvik pro jednoduché práce v ústavním provozu, v chráněné dílně a v chráněném pracovišti.

Tab. č.15

Odpověď	Celkový počet
A	2
B	0
C	2

Graf č.17: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.19



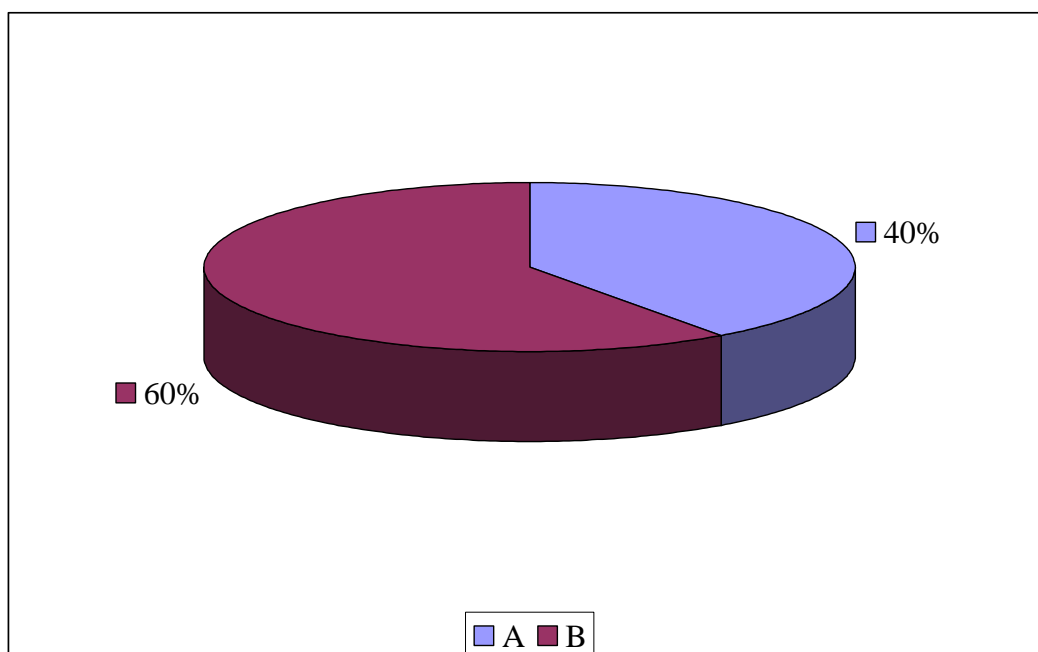
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 20 „Poskytujete možnost doplnění základního vzdělání klientům, kterým nebylo vzdělání umožněno, či jej nedokončili?“ volilo 40 % odpověď a) ano, 60% odpověď b) ne.

Tab. č.16

Odpověď	Celkový počet
A	4
B	6

Graf č.18: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.20



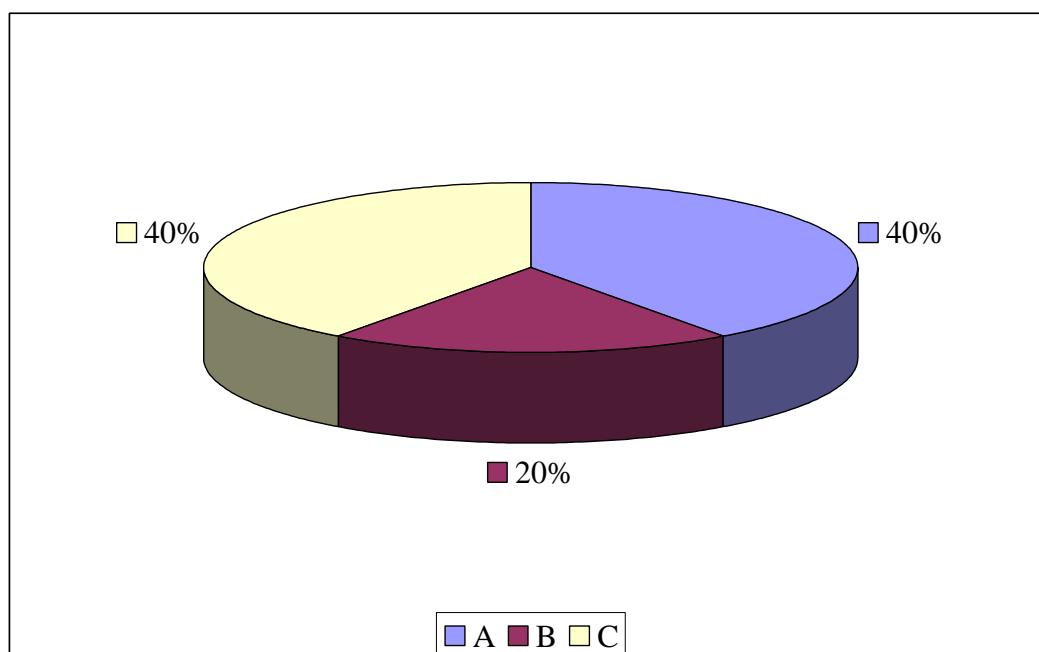
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 21 „V případě, že jste na otázku č.20 odpověděli variantou ano, uveďte prosím, jakým způsobem si vzdělání Vaši klienti doplňují?“ volilo 40% odpověď a) formou kurzu organizovaného základními či základními školami speciálními a praktickými, 20% odpověď b) formou individuálního doučování pod patronací speciálního pedagoga ze speciálně pedagogického centra či učitele ze speciální školy, 40% odpověď c) formou večerní školy, kterou nabízí nevládní organizace ve spolupráci se speciální školou.

Tab. č.17

Odpověď	Celkový počet
A	2
B	1
C	2

Graf č.19: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.21



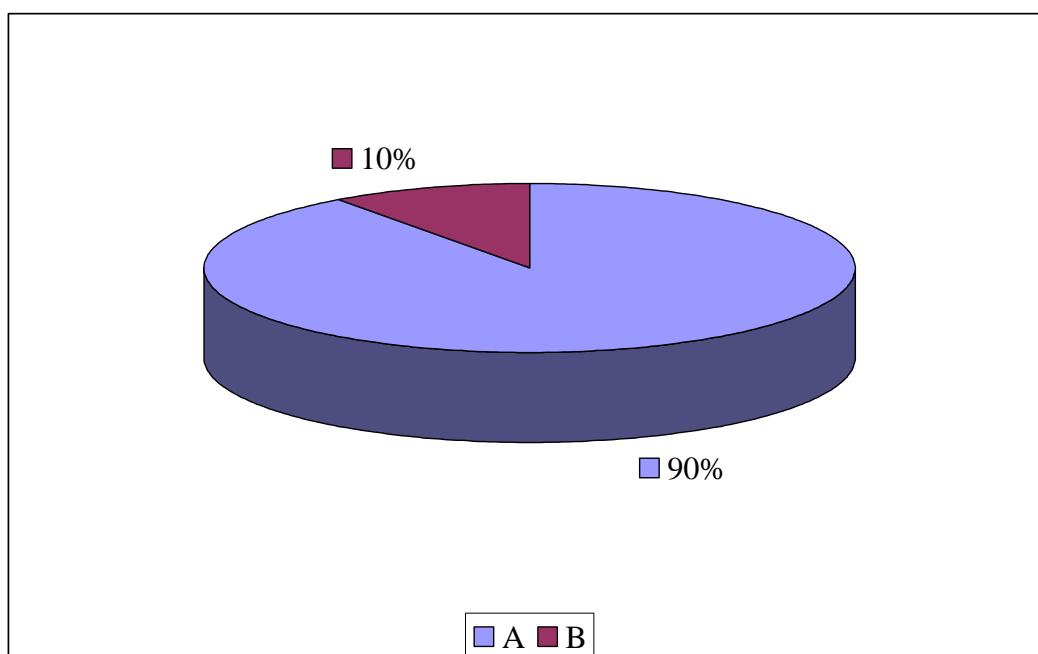
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 22 „Poskytujete klientům, kteří základní vzdělání absolvovali možnost dalšího vzdělávání?“, volilo 90% odpověď a) ano, 10% odpověď b) ne.

Tab. č.18

Odpověď	Celkový počet
A	9
B	1

Graf č.20: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.22



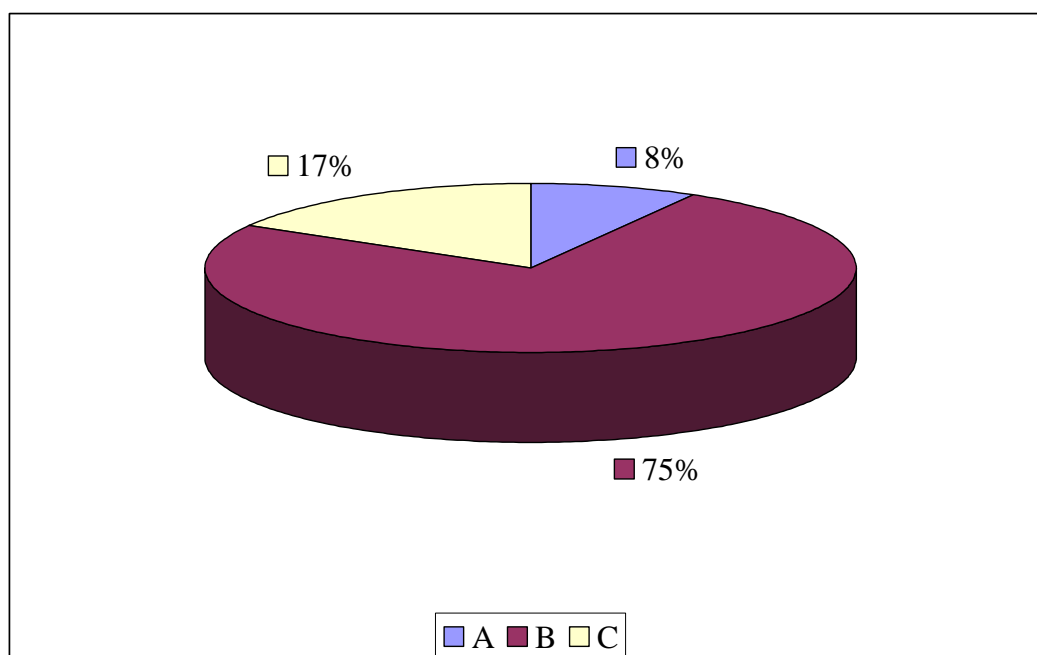
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 23 „V případě, že jste na otázku č. 22 odpověděli ano, uveďte prosím, jak je toto další vzdělávání uskutečňováno?“ volilo 8% odpověď a) večerní škola, 75% odpověď b) udržování vědomostí v rámci výchovně vzdělávacího působení, 17% odpověď c) jiné, uveďte prosím jaké. Jiné z odpovědi c) 2x odpověď: ústavní školička, která není akreditovaná v síti škol.

Tab. č.19

Odpověď	Celkový počet
A	1
B	9
C	2

Graf č.21: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.23



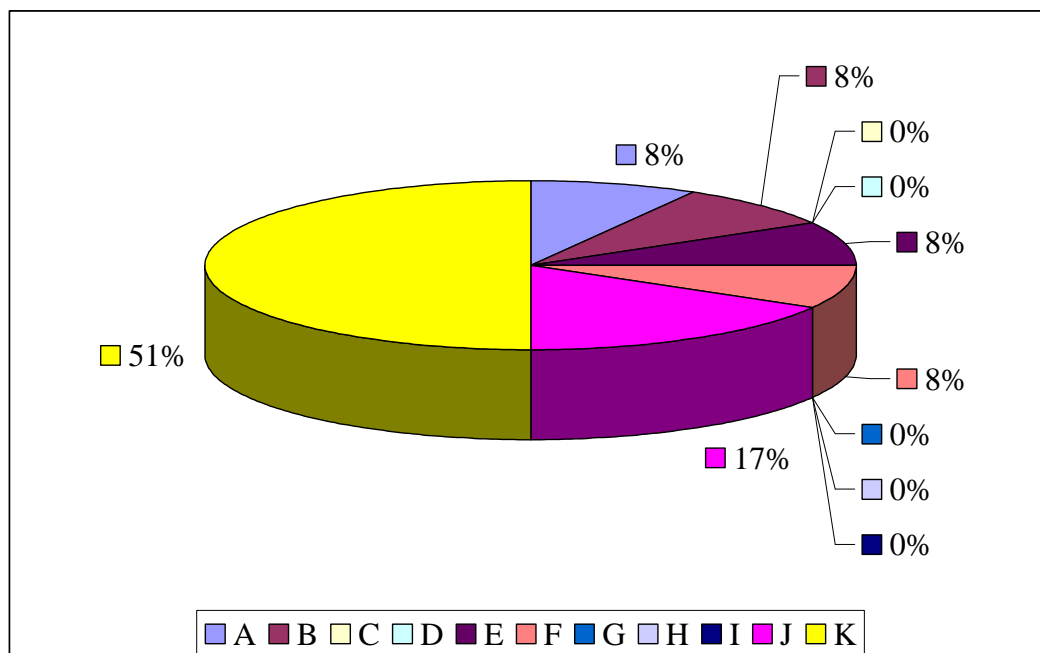
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 24 „Využíváte k zlepšení komunikačního procesu u klientů některých z prostředků augmentativní a alternativní komunikace?“ volilo 8% dotázaných variantu a) komunikace referenčními předměty, 8% variantu b) Makaton, 0% variantu c) TTT systém (Znak do řeči), 0% variantu d) Bliss systém, 8% variantu e) Piktogram systém a PCS systém, 8% variantu f) Sociální čtení, 0% variantu g) Prvky globálního čtení, 0% variantu h) Dosa-metoda a Snozelen, 0% variantu i) Facilitovaná komunikace, 17% odpověď j) jiné, 51% odpověď k) nevyužíváme. Jiné z odpovědi j) 2x znaková řeč.

Tab. č.20

Odpověď'	Celkový počet
A	1
B	1
C	0
D	0
E	1
F	1
G	0
H	0
I	0
J	2
K	6

Graf č.22: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.24



Zdroj: vlastní výzkum

Oblast využití specifických terapií

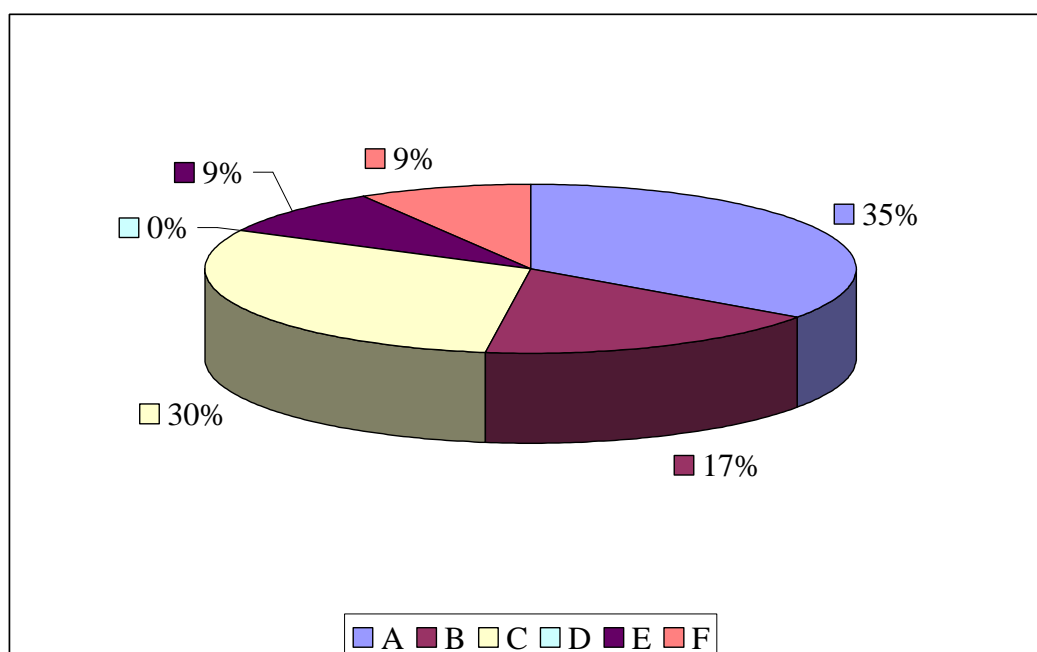
V této oblasti byli dotázaní respondenti požádáni, aby v případě využívání některých z níže uvedených terapií slovně ohodnotili jejich účinnost z hlediska přínosu a dosažených výsledků u klientů.

Na otázku č. 25 „Využíváte ve Vašem zařízení některé z uvedených uměleckých (expresivních) terapií?“ volilo 35% odpověď a) arteterapie, 17% volilo variantu b) dramaterapie a teatroterapie, 30% variantu c) muzikoterapie, 0% variantu d) biblioterapie, 9% variantu e) taneční a pohybová terapie, 9% variantu f) nevyužíváme.

Tab. č.21

Odpověď	Celkový počet
A	8
B	4
C	7
D	0
E	2
F	2

Graf č.23: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.25



Zdroj: vlastní výzkum

Dále jsou uvedeny v doslovném znění odpovědi dotázaných, ve kterých se blíže vyjádřili k prováděným terapiím.

Arteterapie

Celkem 8 dotázaných uvedlo, že provádí ve svém zařízení arteterapii. Dotázaní se k této terapii vyjádřili následujícím způsobem:

„My tyto umělecké terapie děláme formou kroužků. V rámci arteterapie malujeme na sklo a hedvábí. Pořádají se pak různé prodejní akce našich výrobků a z toho se přes sponzorské příspěvky zpětně financují a nakupují věci do terapií“.

„Arteterapii využíváme, ale neříkáme tomu tímto způsobem, u nás to máme organizované buď jako pracovní činnost, nebo jako zájmový kroužek. Klienti si tuto činnost vyzkoušeli a podle zájmu se jí pak začali zabývat. Co se týče přínosu, každá taková činnost, která je zajímavá je pro ně určitě přínosem, hlavní je aby tyto činnosti měli, aby měli čím se zabývat a aby se měli na co těšit a mohli se něco nového naučit.“

„Využíváme ergoterapie ve smyslu arteterapeutickém. Klienti na ní chodí velice rádi, je vidět, že se rozvíjí jejich barevné vidění, jejich fantazie, umělecké a výtvarné ztvárnění a někteří klienti se dokáží zklidnit a rozvinout takové techniky, ke kterým by jinde nepřišli. Dosahuje se výsledků ohromných, tuto metodu bych velice podtrhla“.

„Máme arteterapii, ale mé pracovnice nemají vystudovanou arteterapii jako takovou, takže lépe je to nazývat výtvarným kroužkem. Ve skupině je 5-6 dětí a tak se může věnovat terapeutka každému zvlášť a volit ty techniky, které mu vyhovují. Dělalí grafiky, malují a kašírují. Přínos vidím zvláště u dětí, které jsou neklidné, eretické – není to hned, ale po absolvování několika lekcí už se chovají jinak, tím, že je tam individuální přístup a člověk jim najde techniku, která jim třeba vyhovuje a začne je to bavit. Měli jsme tu dost neklidné děti, o nichž jsme nepředpokládali, že by se mohly vůbec zapojit a chtělo to prostě jenom čas a určitou trpělivost a ten přínos byl jednoznačně určitě pozitivní. Speciálně výtvarná výchova náš ústav velmi dobře prezentuje, měli jsme vystavené práce i na nejvyšším purkrabství v Praze a v loni jsme měli tady velkolepou výstavu v muzeu. Zhruba každé 2 roky děláme takovéto velké akce a výsledky jsou. Funguje to zde již od r. 1991 a díky tomu, že máme letitou praxi, máme mnoho diplomů. Nezapojují se všechny děti, což je možná trošku mínus. Někdo

prostě tu pozornost neudrží a přece jenom ať je to jakákoliv technika a chceme mít nějaké výsledky i když na nich úplně nelpíme, tak chceme, aby to někam šlo. A i u některých rodičů není zájem, aby tam děti chodily, ale maximum dětí zapojujeme.“

„Hodně se zde zabýváme arteterapií, zrovna pořádáme výstavu zde ve městě v rámci festivalu folkových skupin, kde budeme mít informační a prodejní stánek. Pořádáme mnoho dalších výstav a výrobky z arteterapeutické dílny také prodáváme“.

„Arteterapie je dvojího druhu. Klasická artaterapie, kde se provádí psychologický rozbor výtvorů a díla, tak tu neděláme. Ale tu běžnou arteterapii, kde se prostřednictvím umělecké činnosti rozvíjí zájmy a potřeby a kvalita života, tak tu děláme, ale ne nějak uceleně, spíše je to taková běžná součást života“.

Dramaterapie

Celkem 4 dotázaní uvedli, že se v jejich zařízení provádí dramaterapie. Odpovědi dotázaných jsou následující:

„Máme divadelní kroužek „Zvonci“, který mají na starosti 2 vychovatelky a je tam zapojených 8 klientů. Je to omezené počtem, protože máme mikrobuses pro 8 lidí. Jsou docela úspěšní, byli už i v zahraničí například v Portugalsku. Vše se děje přes městský dětský umělecký divadelní soubor. Hrají v různých domovech důchodců a na vyžádání.“

„Máme dramatický kroužek.“

„Dramaterapii provádíme a každý druhý rok se účastníme celorepublikového divadelního festivalu v Mladé Boleslavi Slunce svítí všem.“

„Dramatoterapeutický kroužek funguje tím způsobem, že si klienti sami šijí loutky, připravují si kulisy, šijí si dekorace a mají vlastní tvorbu, kde hudbu a libreta skládají vychovatelky. Klienti mají obvykle 3 až 4 divadelní představení za rok v délce zhruba 20 minut a je to všechno vlastní tvorba.“

Muzikoterapie

Celkem 7 dotázaných uvedlo, že provádí v zařízení muzikoterapii. Jejich odpovědi jsou následující:

„Je tady pěvecký hudební soubor Teddy Band, který mají na starosti 2 vychovatelky. Minulý týden byly na hudebním festivalu s mezinárodní účastí.“

„Máme pěvecký kroužek.“

„Muzikoterapie tu není rozvinuta do takové šíře, paní je na mateřské dovolené a není zatím za ní náhrada a dochází sem jednou za 14 dní na 2 hodiny, což je krátká doba a není to taková pravidelnost, jakou bychom si představovaly. Nicméně hudba se tu používá ve smyslu zklidnění a relaxačním smyslu, to je jedna část a potom klienti nesmírně rádi zpívají a používají např. orffovi nástroje. Není to ale úplně dokonale vedené.“

„Provádíme muzikoterapii jak pasivní formou (poslech hudby, světelná imaginace apod.), tak i aktivní formou (vokální zpěv apod.). Provádíme ji jak pro jednotlivce, tak po skupinách.“

„Máme muzikoterapii a v rámci ní taneční a pohybovou terapii.“

„Muzikoterapii taky děláme, vedoucí vychovatelka je schopná kytaristka, děti zpívají a tančí.“

„Máme zde hudební soubor, který cvičí třikrát týdně a dnes je na takové úrovni, že je schopen zahrát na zábavě 3-4 hodiny. Funguje to velmi pěkně.“

Taneční a pohybová terapie

Celkem 2 dotázaní odpověděli, že provádí v zařízení taneční a pohybovou terapii. Jejich odpovědi jsou následující:

„Máme taneční kroužek.“

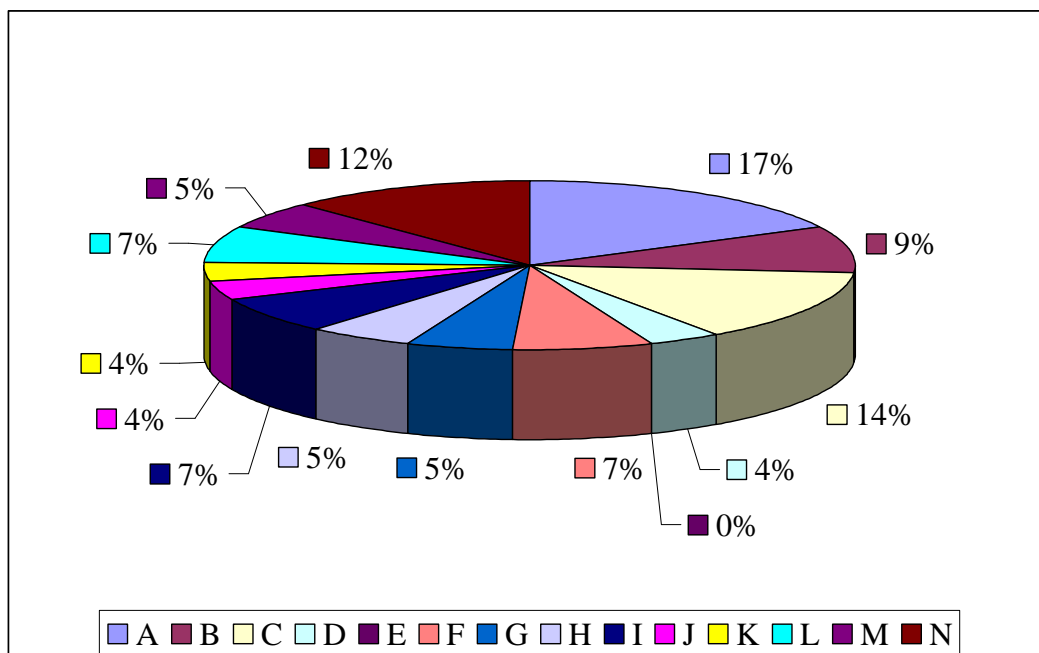
„Taneční a pohybovou terapii tu nazýváme tanečním kroužkem, který nacvičuje několikrát týdně a pak jako externistku zde máme členku Jihočeského baletu, která vede klienty k rozvoji v této oblasti a pokud připravuje nějaké vystoupení bývá to velmi úspěšné a klienty to velice baví. Bohužel na to není tolik času, jak bychom si představovali“.

Na otázku č. 26 „Uplatňujete ve Vašem zařízení některé z léčebně – rehabilitačních metod?“ volilo 17% variantu a) masáže, 9% variantu b) elektroléčba, 14% variantu c) vodoléčba, 4% variantu d) hydrokinezioterapie (rehabilitační bazén), 0% variantu e) světloléčba, 7% variantu f) magnetoterapie, 5% variantu g) ultrazvuk, 5% variantu h) míčkování, 7% variantu i) léčebná tělesná výchova, 4% variantu j) Vojtova metoda, 4% variantu k) Bobathova metoda, 7% variantu l) kondiční cvičení, 5% variantu m) polohování, 12% variantu n) jiné. Jiné z odpovědi n) 1x trampoterapie, 2x parafín, 2x jóga, 2x laser, 4x fitness.

Tab. č.22

Odpověď'	Celkový počet
A	10
B	5
C	8
D	2
E	0
F	4
G	3
H	3
I	4
J	2
K	2
L	4
M	3
N	7

Graf č.24: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.26



Zdroj: vlastní výzkum

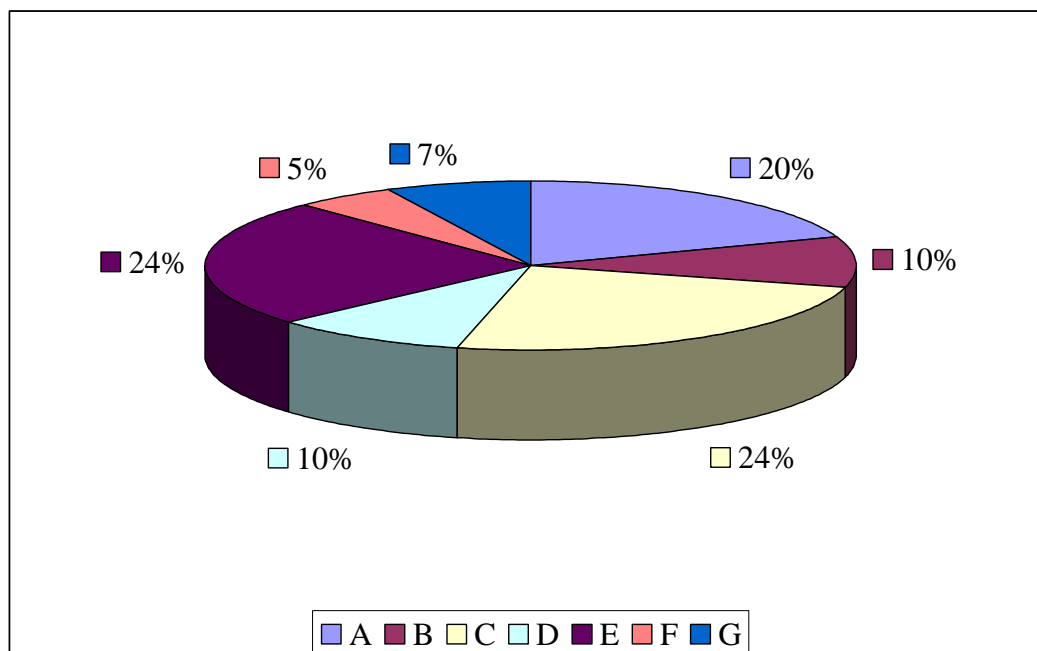
Na otázku č. 27 „Nabízíte Vaším klientům ergoterapii a činnostní terapii?“ odpovědělo 100% variantou a) ano, 0% variantou b) ne.

Otázka č. 28 „Pokud jste na otázku č. 27 odpověděli variantou ano, můžete uvést, o jaké typy pracovních činností se jedná?“ volilo 20% variantu a) činnosti v pracovních dílnách, 10% variantu b) ergoterapie zaměřená na zemědělskou činnost, 24% variantu c) práce na ústavní zahradě, 10% variantu d) pomocné práce v ústavním provozu, 24% variantu e) úklid vlastních obytných prostor (pokoje), 5% variantu f) činnosti v chráněné dílně, 7% variantu g) činnosti v chráněném pracovišti.

Tab.č 23

Odpověď	Celkový počet
A	8
B	4
C	10
D	4
E	10
F	2
G	3

Graf č.25: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.28



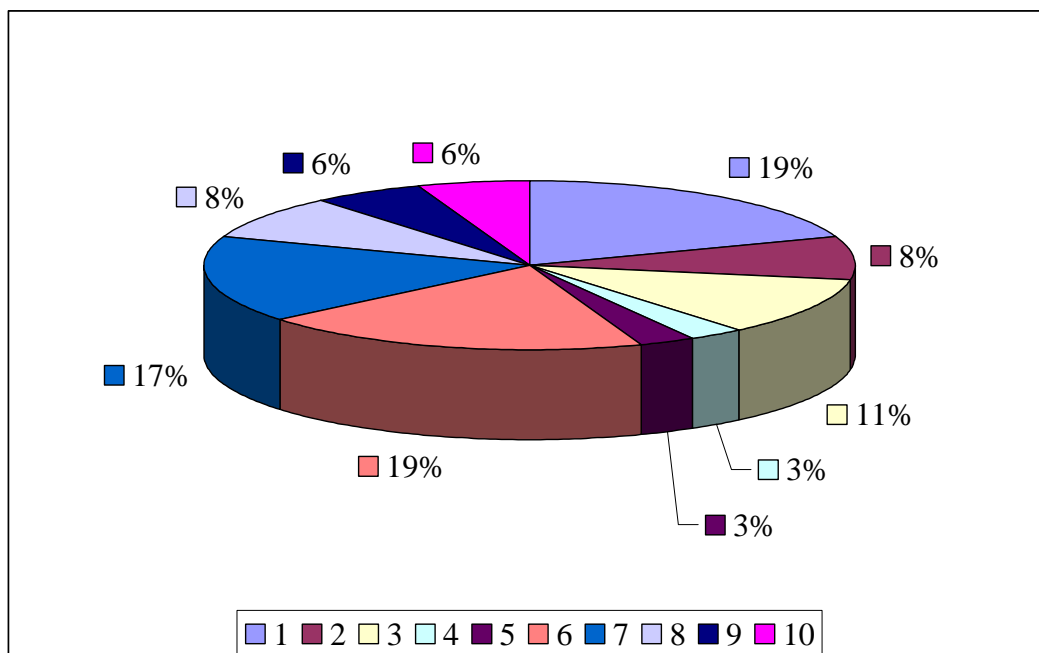
Zdroj: vlastní výzkum

V rámci varianty a) činnosti v pracovních dílnách, volilo 19% odpověď 1) keramická dílna, 8% odpověď 2) tkalcovská dílna, 11% odpověď 3) dřevodílna, 3% odpověď 4) kovodílna, 3% odpověď 5) košíkářská dílna, 19% odpověď 6) textilní ruční práce (vyšívání, šití, háčkování pletení), 17% odpověď 7) výtvarné práce (malování na hedvábí, na sklo..), 8% odpověď 8) cvičná kuchyňka, 6% odpověď 9) suché vazby, výroba věnců, svícňů, 6% odpověď 10) ostatní. Odpověď z čísla 10) ostatní: výroba rohoží.

Tab. č.24

Odpověď	Celkový počet
1	7
2	3
3	4
4	1
5	1
6	7
7	6
8	3
9	2
10	2

Graf č.26: Činnosti v pracovních dílnách



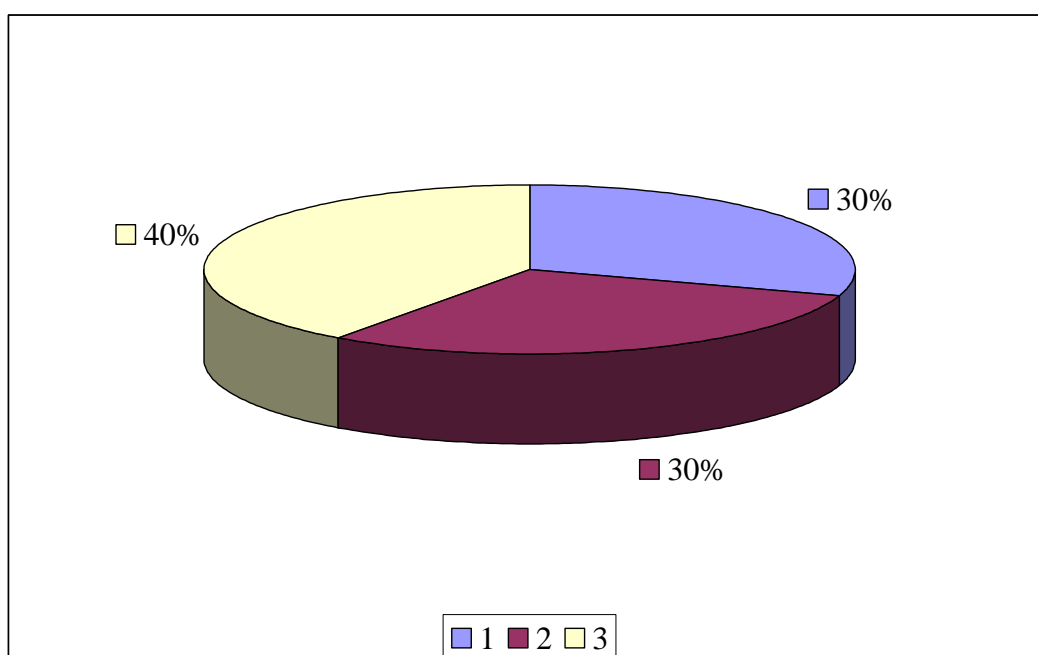
Zdroj: vlastní výzkum

V rámci varianty b) ergoterapie zaměřená na zemědělskou činnost, volilo 30% variantu 1) chovatelství, 30% variantu 2) sadařství, 40% variantu 3) pěstitelství.

Tab. č. 25

Odpověď	Celkový počet
1	3
2	3
3	4

Graf č.27: Ergoterapie zaměřená na zemědělskou činnost



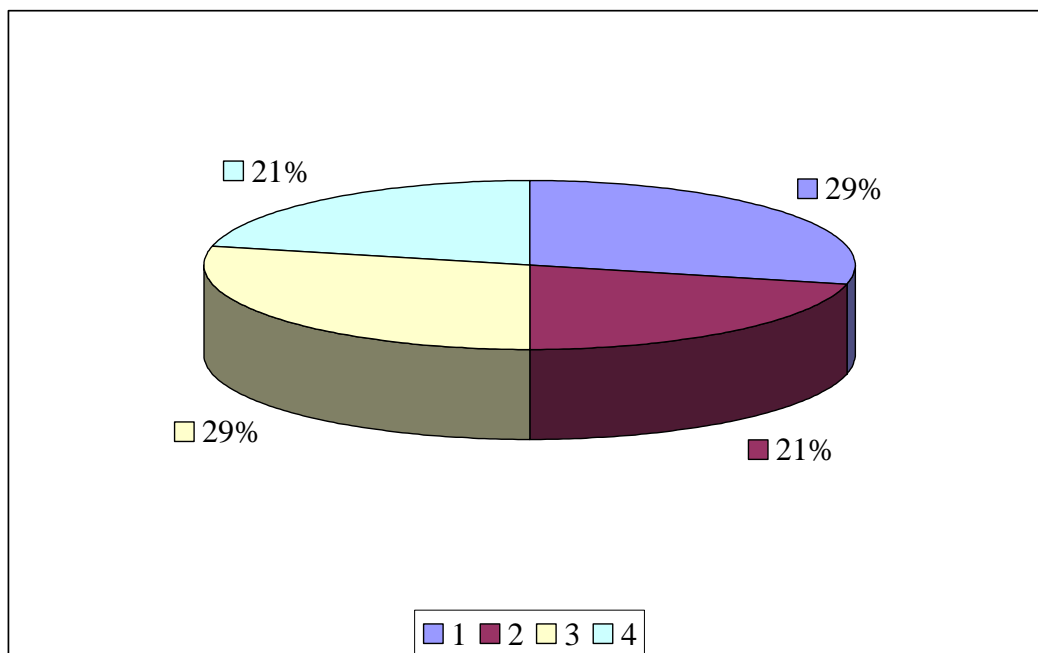
Zdroj: vlastní výzkum

V rámci varianty d) pomocné práce v ústavním provozu, volilo 29% variantu 1) pomocné práce v kuchyni, 21% variantu 2) pomocné práce v prádelně, 29% variantu 3) úklidové práce, 21% variantu 4) pomoc při ošetřování klientů na zdravotních odděleních.

Tab. č. 26

Odpověď	Celkový počet
1	4
2	3
3	4
4	3

Graf č.28: Pomocné práce v ústavním provozu



Zdroj: vlastní výzkum

V rámci varianty f) činnost v chráněné dílně (a jaké), se vyskytla 1x odpověď: demontáže tiskáren, 1x odpověď: skládání krabiček.

V rámci varianty g) činnost v chráněném pracovišti (a jaké) se vyskytla 1x odpověď: pekárna, 1x odpověď: úklidové práce ve městě, 1x odpověď úklid speciální školy ve městě.

Ergoterapie

Ergoterapii provádí všechna zařízení (10). Kromě činností využívaných v rámci ergoterapie, které jsou rozepsány výše, se podrobněji vyjádřilo k ergoterapii 6 dotázaných, jejichž odpovědi jsou následující:

„Naší velkou doménou je pracovní terapie, která je u nás rozvinutá ve velké šíři. Je tady několik typů pracovních terapií, z nichž taková nejefektivnější a nejrozvinutější je pracovní terapie v chráněném pracovišti v pekárně, kde se klienti už mnoho let střídají u mistrové pekařky a učí se pekařině. V oblasti zaměstnání klientů narážíme na mnohé překážky, často je to pak obava, aby klienti neztratili to své finanční zabezpečení, které většinou převažuje, s tím je spojena i neznalost předpisů, které s tímto zaměstnáváním souvisí. Je to teprve takové mapování této oblasti. Začali jsme rozvíjet spolupráci s organizací, která se zabývá podporovaným zaměstnáváním. Je tu však nedostatek pracovních příležitostí pro tyto lidi, protože jejich práce je velice specifická. Velký význam přikládám ergoterapii, nebo ergo-artererapii, ale vůbec největší význam přikládám pracovní terapii.“

„Přínos ergoterapie je jednoznačně pozitivní, speciálně u našich dospělých hochů.“

„Klienti jsou v rámci ergoterapie rozděleni do tří skupin. První skupinu tvoří ti nejschopnější, pak je střed a pak ti, u kterých se snažíme rozvinout nějakou oblast. Klienti chodí rádi zejména do keramické dílny. Práce s hlínou je pro ně velmi příjemná a klienti se snaží pod vedením pracovnice vytvářet výrobky. Pořádáme pak některé prodejní akce a klienti vidí výsledky, vidí, že se jejich výrobky dostanou ven a to je motivuje. Kde jsou výsledky, je i větší zájem. Velký přínos je zejména v motorické oblasti.“

„Ergoterapie se v našem zařízení jako jediná blíží nejvíce tomu, co lze nazvat terapií i když probíhá tak nějak živelně, neukotveně a pracovníci tento obor nemají vystudovaný. Ale funguje to. Pracovní terapii přikládám ze všech terapií největší význam a z mého hlediska představuje pro klienty největší přínos. Když se dívám do budoucna a představím si, že mnoho klientů by mohlo skončit v chráněné dílně, nebo na otevřeném trhu práce, tak se domnívám, že pokud budou mít pracovní návyky z našich

dílen, tak ten proces pro ně bude určitě snazší. Přínos vidím v tom, že tato terapie vnáší do života klientů prvky, které se jim budou v životě hodně hodit na rozdíl například od uměleckých terapií. I když si samozřejmě dokážu představit, že pokud zde budu v roli klienta a budu zde bydlet v tak velkém počtu, tak pro mě bude určitě přínosem, pokud si budu moci s někým poslouchat hudbu, nebo si s někým zahrají divadlo, nebo si budeme společně někde malovat. Pokud to bude dobře připravené a bude to provádět člověk, který je v té oblasti vystudovaný, tak mě to jako klienta určitým způsobem naladí ve smyslu zlepšení nálady, dobře si využijí svůj volný čas a budu spokojenější člověk a tím pádem nebudu mít takové problémy v životě. Ale pro praktický život člověka mi připadá nejprínosnější pracovní terapie, kde se využijí klientovy dovednosti, které směřují k praktickému životu.“

„U nás se jedná o ergoterapii tématicky zaměřenou na zemědělskou činnost. Vím, že v podobných zařízeních se často terapie odehrávají na uměleckých základech. Je to taková moderní záležitost. Podle mě je to ale vždy závislé na tom, že tuto terapii externě provádí nějaký výtvarně nadaný člověk, který tomu udává určitý směr. A často se pak stává, že ta terapie začíná a padá s tímto člověkem a jakmile tento člověk odejde, tak z té terapie nezbyde nic. Není ale vůbec žádný důvod si myslet, že mezi mentálně retardovanými osobami je nějaké větší procento umělecky nadaných lidí, než v běžné populaci. Jeden čas to ale vypadalo tak, že když je někdo mentálně retardovaný, tak to má vrácené tím, že dokáže dělat umělecká díla na počkání. Mě se tento druh terapií až tak nezamlouvá. Já jsem potřeboval v našem zařízení činnost, která nebude spoléhat na to, že je někdo extrémně výtvarně nadaný a proto se mi nejvíce zamlouvá ergoterapie tématicky zaměřená na zemědělskou činnost. Je to soustavná a navazující činnost. Je to práce, která má nějaký začátek a konec, nějaký výsledek, má efekt, který se dá rovnou užít, například si něco vypěstujeme a hned to zkonsumujeme, nebo když se narodí mláďata a jiná zvířata zase umírají, když klienti vidí jaký je běh života. To mě přijde svým způsobem integrace do normálního života, kdy se do prováděných činností vtáhne normální běh života.“

„V rámci ergoterapie se vždy snažíme dělat smysluplnou práci, třeba nějaký výrobek. Žádné terapie (arteterapie apod.) nesnesou konkurenci s prací- práce léčí.“

Smysluplná práce rozvíjí jemnou a hrubou motoriku, myšlení, odpovědnost, smysl pro pořádek. A pokud je součástí pracovní terapie i finanční ohodnocení, tak i hospodaření s finančními prostředky a s tím souvisí i řada dalších věcí. Když vydělám peníze, tak je mohu zase utratit a smysluplně utratit atd. Je to takový proces, který v životě člověka znamená nejvíc, je nejpřínosnější.“

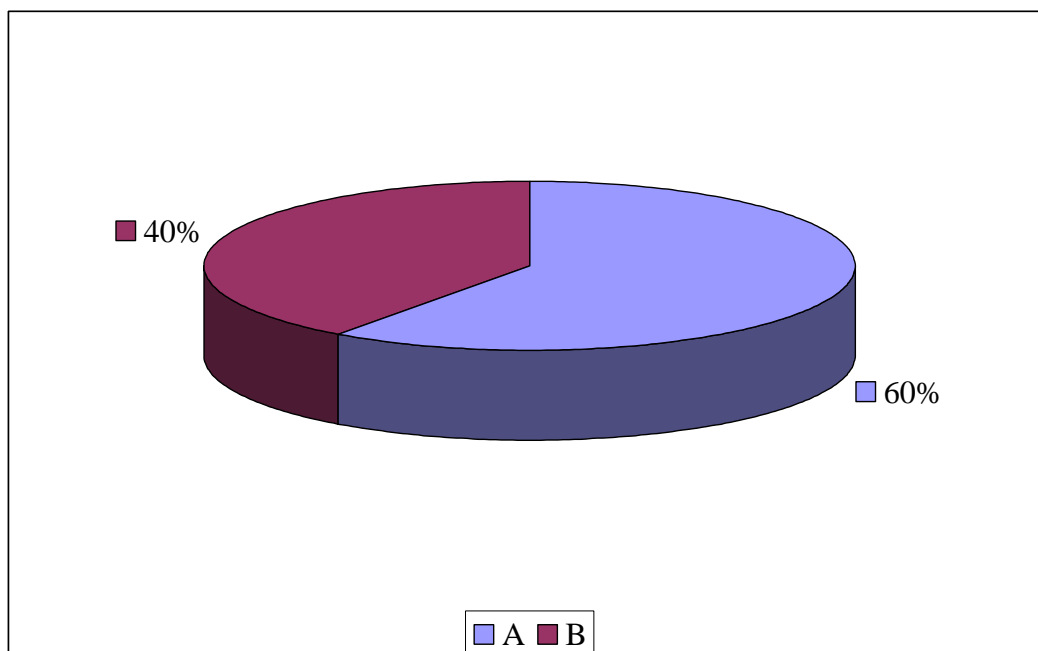
Na otázku č. 29 „*Jsou někteří z klientů vašeho zařízení přímo zaměstnáni v pracovním poměru?*“ volilo 60% variantu a) ano (a kde?), 40% variantu b) ne.

V případě, že dotázaní volili variantu a) ano (a kde?), uvedli následující odpovědi: na dohodu o provedení práce jsou klienti zaměstnáni 1x v rámci ergoterapie zaměřené na zemědělskou činnost, 2x v rámci pomocných prací v ústavním provozu, 2x v rámci činnosti v chráněné dílně, 2x v rámci činnosti na chráněném pracovišti.

Tab. č.27

Odpověď	Celkový počet
A	6
B	4

Graf č.29: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.29



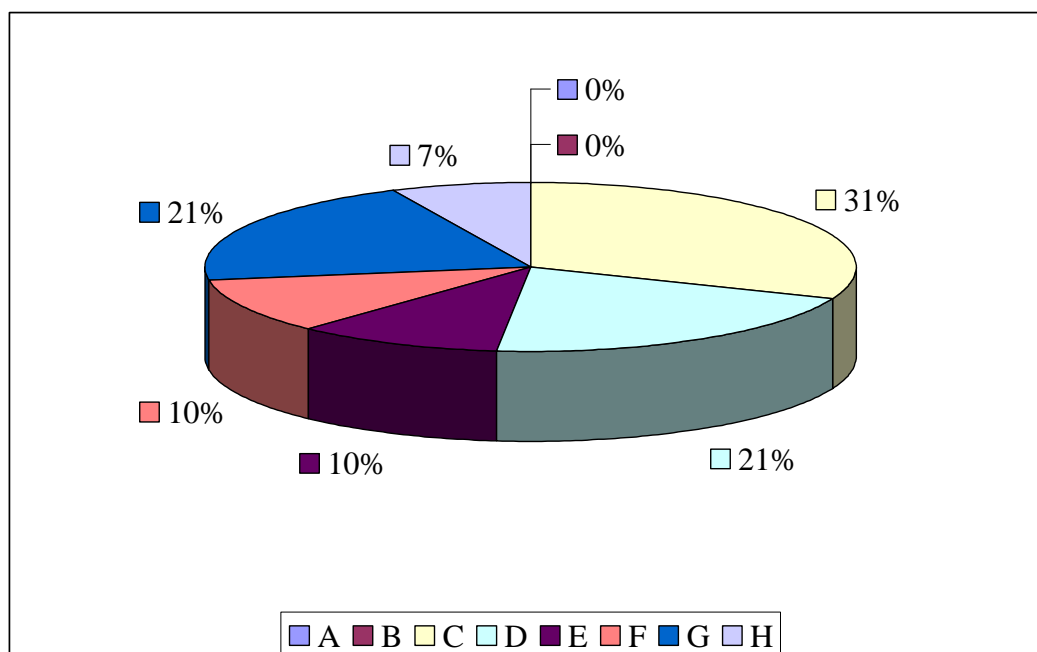
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 30 „Poskytujete Vaším klientům nějaké další specifické terapie?“ volilo 0% odpověď a) terapie hrou, 0% odpověď b) psychomotorická terapie, 31% odpověď c) hipoterapie, 21% odpověď d) canisterapie, 10% odpověď e) bazální stimulace, 10% odpověď f) aromaterapie, 21% odpověď g) logopedie, 7% odpověď h) jiné, uveďte prosím, jaké. Jiné z odpovědi h) 1x biofeedback, 1x zooterapie (chov hlodavců, ptáků).

Tab. č.28

Odpověď	Celkový počet
A	0
B	0
C	9
D	6
E	3
F	3
G	6
H	2

Graf č.30: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.30



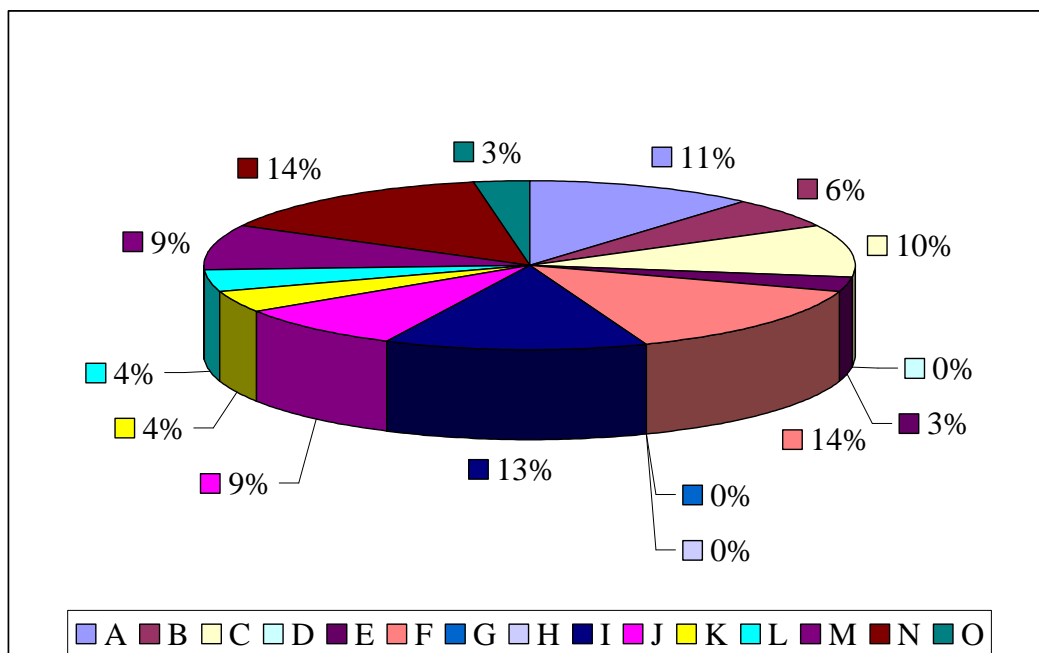
Zdroj: vlastní výzkum

Pro větší přehlednost uvádím celkové shrnutí preference terapií v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v denních a týdenních stacionářích. V rámci využití specifických terapií volilo 11% dotázaných odpověď a) arteterapie, 6% odpověď b) dramaterapie, 10% odpověď c) muzikoterapie, 0% odpověď d) biblioterapie, 3% odpověď e) taneční a pohybová terapie, 14% odpověď f) ergoterapie, 0% odpověď g) terapie hrou, 0% odpověď h) psychomotorická terapie, 13% odpověď i) hipoterapie, 9% odpověď j) canisterapie, 4% odpověď k) bazální stimulace, 4% odpověď l) aromaterapie, 9% odpověď m) logopedie, 14% odpověď n) fyzioterapie, 3% odpověď o) ostatní. Jiné z odpovědi o) ostatní: 1x odpověď biofeedback, 1x odpověď zooterapie (chov ptáků, hlodavců).

Tab. č.29

Odpověď	Celkový počet
A	8
B	4
C	7
D	0
E	2
F	10
G	0
H	0
I	9
J	6
K	3
L	3
M	6
N	10
O	2

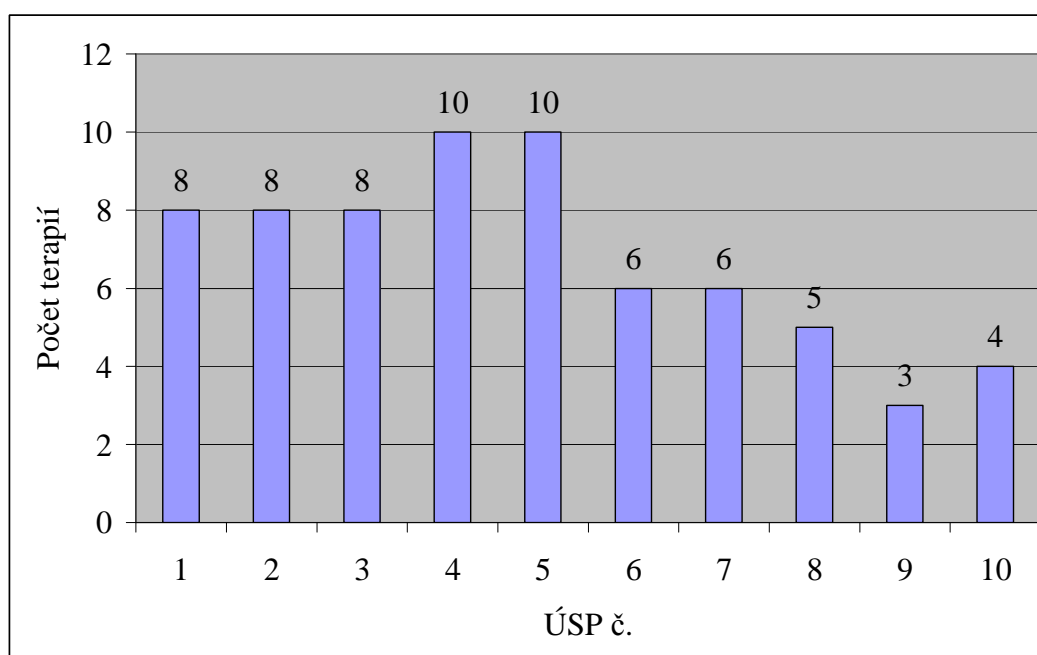
Graf č.31: Celkové shrnutí preferencí terapií



Zdroj: vlastní výzkum

Na základě analýzy nabídky specifických terapií v jednotlivých zařízeních bylo možné sestavit dodatečný graf, který podává přehled o počtu nabízených terapií v každém zařízení. Z grafu vyplývá, že ÚSP č.1 nabízí 8 terapií, ÚSP č.2 nabízí 8 terapií, ÚSP č.3 nabízí 8 terapií, ÚSP č.4 nabízí 10 terapií, ÚSP č.5 nabízí 10 terapií, ÚSP č.6 nabízí 6 terapií, ÚSP č.7 nabízí 6 terapií, ÚSP č.8 nabízí 5 terapií, ÚSP č.9 nabízí 3 terapie, ÚSP č.10 nabízí 4 terapie.

Graf č.32: Počet nabízených terapií v jednotlivých ÚSP



Zdroj: vlastní výzkum

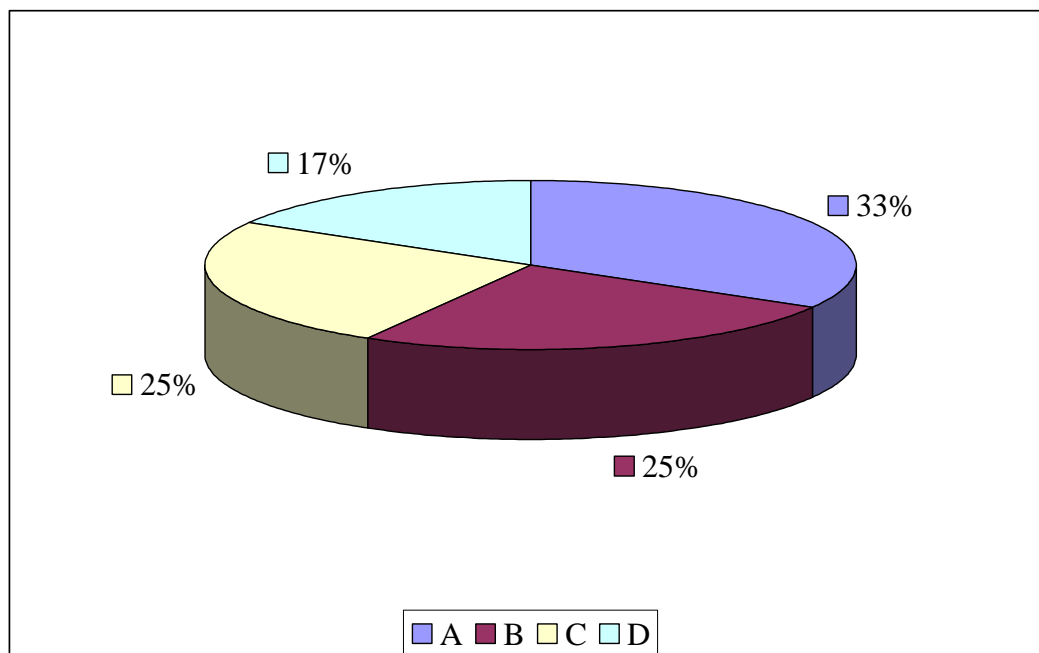
Otázka č. 31 „Pokud Vaše zařízení využívá některých z výše uvedených formativně terapeutických přístupů, uveďte prosím, jakým způsobem jsou klienti do jednotlivých terapií vybíráni?“ byla koncipována jako volná otázka, která nebyla statisticky zpracována. Všichni respondenti odpověděli, že klienti jsou vybíráni do terapií dle jejich zájmu. Dalším klíčem pro výběr jsou pak schopnosti, dovednosti a míra klientova postižení a dále potřeba rozvinout u klienta určité oblasti. Dalším kritériem je pak omezená kapacita terapií.

Na otázku č. 32 „Setkáváte se při uplatňování terapií s nějakými překážkami a obtížemi?“ volilo 33% odpověď a) ze strany klientů, 25% odpověď b) ze strany personálu, odpověď 25% c) ze strany materiálního zajištění terapie, 17% odpověď d) nesetkáváme.

Tab. č.30

Odpověď	Celkový počet
A	4
B	3
C	3
D	2

Graf č.33: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.32



Zdroj: vlastní výzkum

Odpověď a) překážky ze strany klientů zdůvodnili respondenti takto:

„Je to otázka někdy nálad klientů, kdy zrovna nemají na činnosti chuť“.

„U pracovní terapie se s překážkami setkáváme zcela určitě, protože je to hodně o trpělivosti, vyhledávání možností a i o tom, že se klienti sami musí učit pracovní morálce. My jsme se teď setkali s tím, že klientka měla zaměstnání a 14 dní bez omluvy

vůbec do zaměstnání nepřišla, takže je to práce i s pracovními postoji těchto lidí. Někteří klienti se nám do pracovní terapie hrnou s nadšením a dělají to rádi a berou to jako náplň dne a s některými klienty je to trošku těžší a práce je s nimi složitější. To je jedna stránka věci, druhá stránka věci je, že systém pracovních terapií v sociální péči není promyšlený ze strany možností zařízení, protože klienti by měli dostat práci zaplacenou, protože ji zde vykonávají, nebo alespoň částečně vykonávají, ale není je zaplatit z čeho. A co se týče uplatnění klientů na trhu práce, to je další velký problém. Toto bych tedy viděla jako nejproblematictější část.“

„Překážky jsou například u menších dětí v jejich neklidu a neochotě ten den pracovat. Musíte je pak různě motivovat, například hrou atd. Někdy malují krásně a někdy není v moci je přimět k nějaké činnosti. Tři vychovatelky jsou učitelky a chtějí za sebou vidět nějaké výsledky. Pokud hodinu nějaký z klientů ruší, tak ho raději odvedou aby skupina mohla pracovat, takže jsme v tomto směru něco mezi ústavem a školou. Jiné překážky nevidím“.

Odpověď b) překážky ze strany personálu zdůvodnili respondenti takto:

„Vztahy mezi personálem, pochopení pro stejnou věc.“

„Lidský faktor, schopnost se domluvit a nadchnout se pro stejnou věc.“

„Lépe by bylo, kdyby pracovníci z dílen byli externisté a byli zde zaměstnání třeba jen na půl úvazku, byli to zkrátka lidé „z venku“. V momentě, kdy to dělají pracovníci z přímé práce, například nějaká „sestřička“, tak je to takové zvláštní. Pokud přijde ale člověk „z venku“, tak ta terapie dostane úplně jinou dimenzi, protože tento člověk s sebou přináší jakoby běžný život a také není vyhořelý z této práce. To se pak projeví v tom, že s těmito lidmi úplně jinak jedná atp. Není tam ta disproporce mocí personál versus klient. Pokud však terapie dělají lidé z našeho zařízení, neblíží se to moc běžnému životu. Je to jakoby se ti lidé pořád motali tak nějak kolem sebe. My ale potřebujeme, aby sem začali chodit cizí lidé, kteří by sem přinesli jiný vítr.“

Odpověď c) překážky ze strany materiálního zajištění terapie zdůvodnili respondenti takto:

„Problém je sehnat materiál na činnosti. Bohužel věci, které se dříve vyhazovaly na smetiště se dnes tvrdě platí a sponzoři už nemají také takovou chuť, jaká byla před lety.“

„Máme nevyhovující prostory. Například keramickou dílnu máme umístěnou ve sklepě, kde je velká vlhkost.“

„Potýkáme se s nedostatkem finančních prostředků.“

Oblast volnočasových aktivit

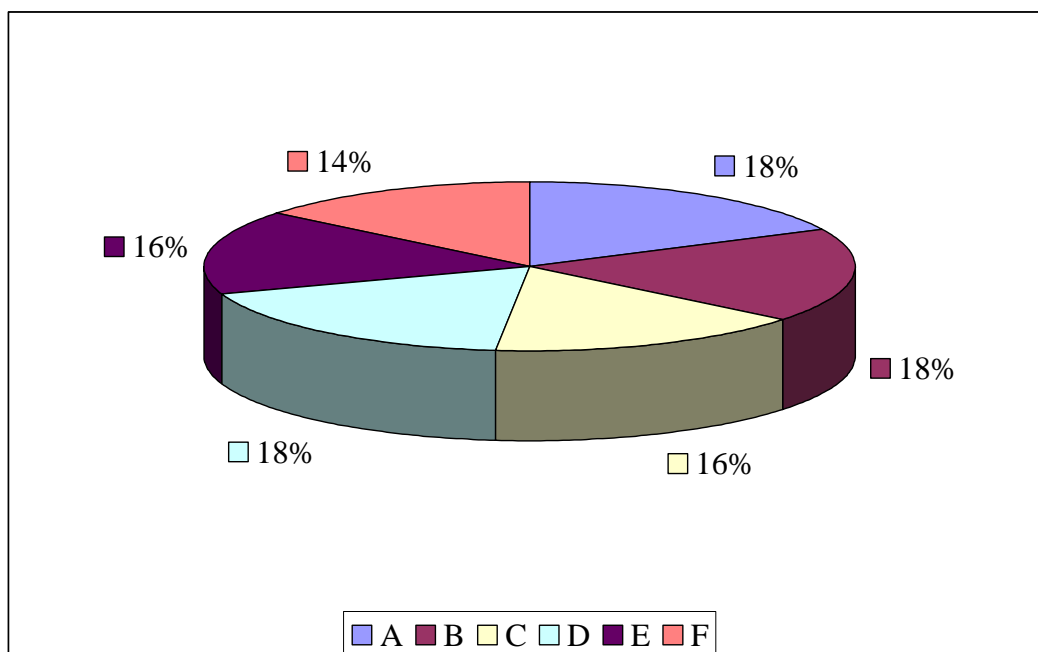
Na otázku č. 33 „*Jaké možnosti trávení volného času Vašim klientům nabízíte?*“

(*uvedte které?*)“ uvedlo 18% dotázaných variantu a) sportovní a pohybové aktivity, 18 % variantu b) kulturní akce, 16% variantu c) zájmové kroužky, 18% variantu d) relaxační aktivity, 16% variantu e) pobyty klientů mimo ústavní zařízení, 14% variantu f) jiné.

Tab. č.31

Odpověď	Celkový počet
A	10
B	10
C	9
D	10
E	9
F	8

Graf č.34: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.33



Zdroj: vlastní výzkum

V rámci varianty a) sportovní a pohybové aktivity (a jaké) se vyskytla celkem 8x odpověď sportovní klub (ve kterém se klienti věnují v 6 případech atletice, ve 4 případech plavání, ve 2 případech míčovým hrám, ve 2 případech stolnímu tenisu, ve 3 případech lyžování, v 5 případech cyklistice, v 1 případě jezdí na rafty, v 1 případě hrají pozemní hokej, v 1 případě hrají fotbal), 4x odpověď zapojení v centru speciálních olympiád (abylympiády), 8x odpověď účast na sportovních akcích pořádaných ostatními domovy a organizacemi, 10x odpověď vycházky, 6x odpověď turistické výlety, 3x odpověď sportovní soutěže.

V rámci varianty b) kulturní akce (a jaké) se vyskytla 3x odpověď Matějská pouť, 8x odpověď diskotéky, 2x odpověď karnevaly, 2x odpověď hudební festivaly, 4x odpověď koncerty, 3x odpověď divadelní festivaly, 5x odpověď pořádání poznávacích výletů, 5x odpověď návštěva divadla, 5x odpověď návštěva kina, 2x odpověď výstavy, 1x odpověď hokejové zápasy, 1x odpověď náboženské poutě.

V rámci varianty c) zájmové kroužky (a jaké) se vyskytla celkem 4x odpověď organizace kulturních vystoupení, 7x odpověď pěvecký kroužek, 2x odpověď taneční kroužek, 6x odpověď divadelní kroužek, 2x odpověď keramický kroužek, 3x odpověď vaření, 3x odpověď výtvarný kroužek, 1x odpověď střelecký kroužek, 1x odpověď rybářský kroužek.

V rámci varianty d) relaxační aktivity (a jaké) se vyskytla 10x odpověď pobyt na zahradě, v parku, 5x odpověď koupání v bazénu na zahradě, 10x odpověď sledování TV, 10 odpověď poslech hudby.

V rámci varianty e) pobyty klientů mimo ústavní zařízení (a jaké) se vyskytla 3x odpověď lyžařské výcviky, 10x odpověď vícedenní výlety, 10x odpověď rekreační pobyty, 4x odpověď rehabilitační pobyty, 1x odpověď canisterapeutický tábor, 1x odpověď letní tábory s hipoterapií, 2x odpověď zahraniční pobyty u moře, 1x odpověď stanování.

V rámci varianty f) jiné (a jaké) se vyskytla 5x odpověď využívání běžně dostupných služeb v obci (obchody, restaurace, kavárny, cukrárny, knihovna, kosmetické služby, kadeřník), 2x odpověď účast na pobožnostech, 10x odpověď

pořádání rodinných dnů (oslavy jmenin a narozenin), 5x odpověď kuchyňka (příprava jednoduchých jídel), 10x odpověď různé akce pořádané jinými ÚSP.

Na otázku č. 34 „*Jsou tyto volnočasové aktivity klientům povinné?*“ odpovědělo 0% dotázaných variantou a) ano, 100% variantou b) ne.

Ostatní oblasti

Otázka č. 35 „*Jak je strukturován ve Vašem zřízení rámcový denní program?*“ byla koncipována jako volná otázka, která nebyla statisticky zpracovaná. Z důvodu, že odpovědi všech dotázaných byly velmi podobné, uvádím pouze jejich shrnutí. Všechna zařízení shodně odpověděla, že rámcový denní program se odvíjí od pevně stanovených časů pro stravování. Dopolední program je dán do značné míry schopnostmi klientů vzdělávat se ve škole a pracovat. Klienti v dopoledních hodinách buďto dochází do školy, další část schopnějších klientů odchází do zaměstnání (pomocné práce v provozu, ergoterapie zaměřená na zemědělskou činnost) nebo na činnostní terapie do chráněných dílen, kde je rozpis většinou pevně dán. Popřípadě mají klienti výchovné činnosti v rámci oddělení, kde se jim věnuje pracovník dané výchovné skupiny. Méně schopní klienti pak zůstávají na jednotlivých odděleních, kde s nimi zaměstnanci pracují po výchovně-vzdělávací stránce. Odpoledne je program volnější, v některých zařízeních zůstávají děti v družině, jinde běží ještě v odpoledních hodinách terapie a kroužky, nebo mají pracovníci pro klienty připravený náhradní program na odpoledne. V rámci pozdějšího odpoledne je dán prostor volnočasovým aktivitám jak nabízeným, tak vlastním a také relaxaci.

Otázka č. 36 „*Jakými způsoby se snažíte zvyšovat míru sebeobsluhy a samostatnosti u Vašich klientů?*“ byla opět koncipována jako volná otázka, jejíž odpovědi nebyly statisticky zpracovány. Odpovědi jsou uvedeny v jejich doslovném znění.

„Prioritní je klienty učit hygienickým a sebeobslužným návykům. Záleží na typu a stupni postižení. Podporujeme získané dovednosti a návyky, dle možností zapojujeme klienty do drobných domácích činností (úklid pokoje).“

„Snažíme se, aby klienti byly maximálně soběstační, aby potřebovali co nejnižší stupeň podpory. Klienty vedeme k nácvičení a užívání běžného technického vybavení (žehlení, praní), k péči o domácnost. Tato péče je individualizovaná.“

„Součástí individuálních plánů jsou programy, které zvyšují míru samostatnosti v oblasti bydlení, péči o sebe a hospodaření.“

„Je to velmi individuální, podle schopností, věku, individuálního vzdělávacího plánu a tomu se přizpůsobuje denní režim.“

„Dbáme na postupné osamostatňování klientů. Nacvičujeme jízdu autobusem do města, na nákupy atd. Klienti jezdí zatím s vychovatelkou. Klademe důraz na orientaci v běžném životě.“

„Klienti si uklízí vlastní obytné prostory (vytírání, žehlení). Provádí se nácvik vaření (vytváříme k tomu vlastní kuchařky). Orientujeme se na základní věci sebeobsluhy.“

„Snažíme se klienta dostat v jejich schopnostech co nejdál. Činnosti jsou zaměřené individuálně na to, co jim nejde a tuto oblast se pak snažíme rozvíjet.“

„Podle individuálního programu je vedeme k rozvoji té které oblasti.“

„V této oblasti vidím problém u zaměstnanců, kteří se snaží přepečovávat klienty. Měli bychom se více zaměřit na integraci, aby klienti uměli sami jezdit do města, uměli si tam obstarat a zařídit některé věci sami, dokázali se sami obsloužit.“

„Důležité je nedělat za klienty nic, co umějí sami. Základem je, že je tato podpora individualizovaná. Snažíme se vést klienty k osamostatnění a to i v pohybu mimo zařízení. Zavádíme tréninkové fáze, kdy klienti budou chodit nejprve v doprovodu vychovatelů a pak sami mimo zařízení a budou se učit zvládat rizika s tím spojená. Zatím chodí v doprovodu pracovníků nakupovat a do kavárny.“

Otázka č. 37 „Uvedte prosím tři dovednosti, které považujete za zásadní pro rozvoj osobnosti klientů a kladete na ně ve Vašem zařízení důraz?“ je vyhodnocena v tabulce č.32.

Tab.č. 32

Odpověď	Celkový počet
Zvládnání osobní péče, sebeobsluha a hygienické návyky	7
Rozvoj komunikace	4
Orientace v životě	4
Rozvoj motoriky	2
Dovednosti spojené s životem v domácnosti	2
Pracovní uplatnění	1
Aktivizace	1
Rozvoj rozumových dovedností	1
Samostatnost při rozhodování, sebeobhajování	1
Zodpovědnost	1

Na otázku č.38 „Ponecháváte klientům možnost samostatného rozhodování?“ odpovědělo 100% dotázaných variantou a) ano, 0% variantou b) ne.

Na otázku č.39 „V případě, že jste na otázku č.38 odpověděli variantou ano, uveďte prosím v jakých oblastech je klientům tato možnost ponechána?“ se dotázání respondenti vyjádřili formou volných odpovědí, které uvádím v jejich doslovném znění.

„Záleží na stupni postižení. Klientům s lehkou mentální retardací je ponechána absolutní volnost, požadujeme jen, aby nás klienti informovali o tom když někam jdou apod.“

„Nelze to uplatnit vždy a všude. Určitá závazná pravidla se musí dodržovat, ale snaha je umožnit klientům maximální možnost rozhodovat se samostatně.“

„Rozhodování se řídí tím jestli jsou klienti svéprávní nebo ne. Svěprávný klient má míru rozhodování o sobě poměrně vysokou-požadujeme jen, abychom byli informováni kam jde, co si domlouvá apod., protože stále máme za něj odpovědnost.“

„Klientům ponecháváme možnost volby v oblasti volnočasových aktivit, vybavení pokoje vlastním nábytkem, skladbu lidí na pokoj. Respektujeme jejich soukromí, ale jsou pod trvalým výchovným dohledem.“

„Pokud možno, tak ve všech oblastech. Vždy se ptáme, co klienti chtějí a pak k tomu musí pracovník zaujmout určitý postoj.“

„Klienti se musí držet pravidel obsažených ve vnitřním řádu. Měli by dodržovat dobu stravování atd. Úplně volný pohyb zde není umožněn, s tím by mnoho rodičů nesouhlasilo. Chtějí, aby zde bylo o klienty postaráno a aby byli pohlídáni. Toto by podle nich znamenalo vystavovat je nebezpečí.“

„Klienti mají volné vycházky (ale za určitých podmínek), dostávají kapesné na ruku, mají svobodnou volbu v oblasti akcí, volnočasových aktivit a terapií.“

„Ponecháváme jim absolutní svobodu ve všech oblastech. Klienti dobře znají svá práva.“

„Hlas klientů je silný. Personál nabízí aktivity a je na klientech, aby si činnosti režírovali sami, podle toho, na co mají chuť a náladu. Personál ale nabízí varianty, takže je tu samozřejmě vždy z jeho strany prostor pro manipulativní jednání.“

„Není to zde podle mých představ. Klienti si zde mohou vybrat aktivity. Pokud vyjádří přání, tak je respektujeme a snažíme se mu porozumět, ale ne všichni zaměstnanci toto téma umí uchopit.“

Otázka č. 40 „*Jakým způsobem řešíte s klienty otázky týkající se intimity a sexuálního života?*“ byla opět položena jako volná otázka, zde je uveden doslovný přepis odpovědí dotázaných.

„Máme zde pár děvčat, které mají dlouhodobý partnerský vztah s klienty z jiných domovů. Obecně je pro klienty lepší, když namísto k moři jedou na nějakou akci (třeba na diskotéku), kde mají možnost setkat s jinými kamarády a s lidmi z jiných zařízení a organizací. Klientům, kteří mají dlouhodobý vztah a nejsou promiskuitní, těm umožňujeme návštěvy svých partnerů (jezdí k nim na víkend apod.), tak jako se to děje v běžné společnosti. Musíme samozřejmě vše držet v dimenzi určité etiky a informovanosti. Je to jejich právo.“

„Naši zaměstnanci jezdí na školení, kde přednáší odborníci z této oblasti a radí, jak se k těmto otázkám stavět a jak je řešit. A pokud se v rámci zařízení vyskytnou nějaké konkrétní otázky, které mohou mít více řešení, tak se to diskutuje v základním týmu, popřípadě na poradách celého zařízení. Snažíme se tuto oblast života umožňovat, nepotlačovat, ale konkrétní řešení jsou případ od případu různá. Co se týče partnerských vztahů těchto osob, tak stejně jako osoby bez handicapu, tak i osoby s handicapem mají na toto soužití právo a mělo by jim to být umožněno, ale i v této oblasti potřebují větší podporu, než osoby bez handicapu. Vždy se do tohoto problému musí zaangažovat minimálně klíčový pracovník, případně základní tým, který to musí v některých případech usměrňovat. Jednotliví klienti si neuvědomují případný dopad jednání a vše se musí nějakým způsobem zajistit s podporou někoho dalšího.“

„V této oblasti to řešíme s každým klientem individuálně, záleží to na povaze problému, který s ním řešíme. Řekla bych, že sexuální pohled u nás je v celku liberální, my tady ale narážíme na jednu věc, která je trochu nespecifická a to je postoj rodičů. Třeba jsou tady partnerské dvojice, které by spolu třeba i rádi byly, ale je tam zásadní odpor rodičů jako opatrovníků. Je to trojstranný systém, kdy jednak zaměstnanci i rodiče se na tuto oblast musí učit hledět po novu a klienti se také v této oblasti musí korigovat a vychovávat ke kultivované formě sexuality. Není to ale zatím rozvinuto do nějaké šíře, protože informací o tomto tématu bylo málo a v podstatě se s tím teprve začíná. Je to spíš na takové pocitové stránce lidí, jak se k tomu kdo staví. Zaměstnance zatím neškolíme, ale určitě s touto myšlenkou pracujeme a začíná se rýsovat nějaké školení.“

„Jsou tu vytvořené sourozenecké vztahy, ne partnerské. Někteří mají trvalejší vztahy – vycházíme jim vstříc, je to ale v rovině zamilovanosti (držení se za ruce, dopisování, návštěva). Rodiče toto moc nechtějí. Je to velice citlivá oblast a jsem rád, že jsem to zatím nemusel řešit (například otázku hormonální antikoncepce atp.). Personál zatím neškolíme, ale přistupujeme k těmto záležitostem citlivě, empaticky.“

„My jsme vyplňovali na toto téma již řadu dotazníků, tato oblast je taková nedotčená a nikdo se do toho nechce moc pustit. Zde funguje partnerství tím způsobem, že naše děvčata mají takový hezký vztah se zařízením, které se nachází blízko nás a kde

jsou zase většinou chlapci. Píší si, dávají si dárky, jednou za měsíc se navštěvují, mají diskotéky a zatím jim to stačí a nechtějí víc. U nás v zařízení fungují vztahy s opačným pohlavím spíše jako sourozenecké vztahy, takovou nenásilnou formou. Sexuální výchovu naši klienti nemají. Byli jsme několikrát na školení, ale nikdy se tam nic nevyřešilo. Spíše se školitelé ptali, jak to u nás funguje a tím celé školení skončilo. Nikdo nám neřekl, jak máme postupovat. Ale já nevím, že by s tím tady byl nějaký problém, aby nám tady nějaké neuspokojené sexuální pudy působily problémy.“

„Tuto oblast řešíme, měli jsme tady i pana docenta Zvěřinu a dělali jsme z těchto důvodů mnohá sezení. Celoroční zařízení mají oproti nám v tomto výhodu, protože někdo z pracovníků, nebo ústav sám je opatrovníkem klienta. V otázkách sexuality to pak některé ústavy řeší tím, že dívky dostávají antikoncepci atp. Poněkud jiná situace je u nás, protože rodiče toto většinou nerespektují a vůbec si to u svých dětí nedokáží představit. My zde máme například jednu dvojici, která má k sobě hodně blízko, ale rodiče nechtějí, aby spolu žili. My jsme absolvovali samozřejmě řadu školení, ale přijeli jsme vždy nějak rozčarování. Na školeních nám sice říkají jak co máme dělat, ale my zase uvažujeme v intencích s těmi rodiči, takže to není tak jednoduché. Klienti poučení jsou, pokud mají k sobě velmi blízko. Systematická sexuální výchova tu neprobíhá. Klienti mají k dispozici knihu o sexuální výchově. Klienti byli seznámeni s určitými pravidly chování, jak se chovat na veřejnosti a co patří do soukromí. V případě, že jsou na pokoji sami, tak tam sestra občas nakoukne a kdyby byla vyřešena ta věc, na které to všechno stojí, pak bychom je nekontrolovali.

„Sexuálním vztahům u těchto osob nejsem nakloněn. Osoby s mentální retardací jsou lehce zneužitelní a navíc v ústavech sociální péče s trvalým pobytem nemohou získat takové zkušenosti jako v domácím prostředí, které jim poskytuje přirozené modely mužských a ženských rolí. Pak se může stát, že si z této oblasti vezmou jen to špatné a půjdou kdykoliv s kýmkoliv. Nechápu často například to, že se mohou rozejít a pokud se tak stane, mají sklon jednat bezprostředně impulzivně. Sexuální výchovu zde neděláme. Je to velmi citlivá oblast. I naši klienti prožívají své lásky. Umožňujeme jim setkávat se s děvčaty z jiných zařízení a pořádáme za tímto účelem společné pobyty a

diskotéky, ale je to na úrovni nefyzických vztahů. Zaměstnance neškolíme. Homosexualitu nepotíráme“

„Partnerské vztahy podporujeme a rozvíjíme. Jsou to zpravidla kontakty s hochy z nějakých jiných domovů. Většinou se poznají na společné akci pořádané nějakým domovem. Odehrává se to většinou na úrovni nefyzických kontaktů -na bázi přátelství, kdy si píšou, vyměňují si dárky a navštěvují se. Pokud tento vztah přeroste v něco víc a je kvalitativně na určité úrovni a klienti mají tento vztah zvládnutý a touží po něčem víc, tak se jim dá příležitost. Nechají se podle toho, co si přejí, nebo jestli si přejí spolu bydlet, tak mohou spolu i bydlet. My jsme homogenní ústav, ale na základě výměnných pobytů mohou spolu určitou dobu bydlet. Pokud dochází i k sexu, tak samozřejmě jsou poučeni na základě citlivých pohovorů s lékařem, zdravotními sestrami, rodinnými příslušníky atd. a tomu pak odpovídá i ochrana nějakou formou antikoncepce. Pak jsou tu vztahy lesbické, kterým také nebráníme zvláště pokud se klientky chovají tak, že nebudí veřejné pohoršení a vytvoří si takový systém, aby to nerušilo ostatní. Co se týká sexuálních úchylek, které si klienti vypěstovali po dobu pobytu v ústavu. Tak ty se zpravidla odehrávají v ústraní a pokud nejsou zdraví nebezpečné, tak je nepotíráme. Pokud je to zdraví škodlivé jednání, řeší se to se zdravotními sestrami, psychiatrem a dalšími specialisty. Máme na tuto oblast speciálně proškolené zdravotní sestry.“

„Umožňujeme vztah mezi mužem a ženou a je-li trvanlivý tak i plnohodnotný sexuální život a osvětu. Navazujeme přátelské vztahy s jinými ústavy sociální péče. Sexuální výchova není u nás systematická, personál školíme.“

„Máme zde nově asi tři týdny dva páry, které spolu bydlí samostatně. Jsem rád, že se to podařilo. První dvojice spolu chodila velmi dlouho a když vyjádřili přání, že spolu chtějí bydlet, tak bylo samozřejmě mnoho lidí proti, že to bude špatný příklad pro ostatní apod. Zatím to ale funguje velmi dobře. Oba se velmi zklidnili a na oddělení to nepřineslo žádný rozruch, takže veškeré černé vize, že všichni začnou chtít se všemi hned sexuálně žít a že to bude hrozné, tak to se nepotvrdilo. Spíše jim tento pár svým příkladem ukázal, že i takto se dá žít v pohodě s druhým člověkem. Druhý pár spolu chodil velmi krátce, ale vyjádřili přání spolu být a my jsme to tak trochu riskli. Prodiskutovali jsme to s rodiči a bylo to vlastně na zkoušku s tím, že když to nebude

dělat dobrotu, tak se vrátí zpátky. Oba byli navíc hodně impulzivní. Ale byl to obrovský přínos, oba se velmi zklidnili a žijí hezký partnerský vztah, zastávají se sami sebe, pomáhají sobě navzájem i na oddělení.“

Na otázku č. 41 „*Jakým způsobem se snažíte spolupracovat s rodinami Vašich klientů?*“ dotázaní odpovídali formou volných odpovědí, které uvádím v jejich doslovném znění.

„Jak s kterými. Poskytujeme pouze trvalý pobyt a řada našich klientů by mohla bez problémů přežívat v rodinách a mít slušné zázemí. Rodiče jsou ale různí, z rozdílného sociálního prostředí, o některých se ani neví. Zhruba jedna třetina rodičů intenzivně a pravidelně děti navštěvuje, bere si děti na pobyty domů na vánoce a podobně a někteří i každý týden. Další třetina rodičů občas jeví zájem a třetina rodičů žádný zájem nejeví. U rodičů, kteří jeví zájem je spolupráce dobrá. Pokud cokoliv potřebují, zavolají, zkonzultují to se mnou, se sociální pracovníci, se zdravotnickým personálem.“

„V denním a týdenním pobytu je spolupráce intenzivní, jelikož tam klienti chodí pravidelně domů, nebo na každý víkend. Tam je kontakt minimálně 2x týdně. Co se týká klientů v celoročním pobytu, tak tam je to různé. S některými rodiči, kteří mají zájem, jsme v intenzivním kontaktu, i když jsou třeba z větší vzdálenosti. U některých klientů je rodinné zázemí takové, že nemají zájem, nebo jsou i nezvěstní. Tam je to samozřejmě problém a musí se citlivě řešit. Například, když se jednou za pět let objeví najednou jeden z rodičů a chce své dítě navštívit. Klienta na to musíme připravit a nejsou to někdy jednoduché situace.“

„Spolupráce je velice úzká, protože všichni klienti snad až na dva lidi mají svoje rodiny, příbuzné a opatrovníky. V podstatě jsme s rodinami ve styku denně, minimálně každý týden, čili v našem zařízení je ta spolupráce hodně intenzivní. V tomto směru nemáme žádné problémy a pokud se nějaký problém vyskytne, řešíme ho okamžitě a hned.“

„S rodiči udržujeme pravidelný, intenzivní kontakt denní, nebo alespoň týdenní. Dvakrát do roka pořádáme rodičovské sdružení.“

„Pořádáme čtyřikrát do roka rodičovské schůzky. Schůzky vždy proběhnou obvykle během dvou hodin. V teplých měsících tyto schůzky zpravidla spojujeme se zahradní párty, kdy mají děti na zahradě připravené nějaké hry a obvykle pozveme také DJ nebo nějakou kapelu. S rodiči pak opékáme něco v krbu a setkáváme se tedy také tímto způsobem. V letošním roce jsme také pořádali ples, což bylo opět setkání s rodiči na jiné úrovni než té oficiální tady.“

„V našem zařízení jsou děti z rodin, které ve většině případů nespolupracují. Je zde pár rodičů, asi tak jedna pětina z těch 122 klientů, kteří občas přijedou na návštěvu, nebo si berou děti domů na prázdniny. K tomu se přidává i fakt, že naši klienti stárnou, a síly ubývají na jedné i druhé straně a klientů, kteří jezdí domů je čím dál méně.“

„Jsme otevřeným ústavem, návštěvy mohou přijít kdykoliv. Rodiče a ostatní blízcí si mohou klienty kdykoliv brát domů a to i na čtvrt roku.“

„Jsou tu neomezené návštěvy a jsme velmi otevření v kontaktech s rodinnými příslušníky. Klienti mohou kdykoliv odjet domů.“

„S rodinou se spolupracuje většinou až v momentě, kdy se s nimi podepisuje nějaká smlouva, nebo když se něco řeší. Do budoucna bychom to ale chtěli změnit. Rád bych rodiče oslovil a udělal s nimi nějakou pracovní schůzku, která by je informovala o tom, co je sociální služba, poučil je o tom, o co se zde snažíme a co tu schází.“

„Spolupracujeme běžným způsobem, záleží na rodinách. Ty jsou několikero druhu. První jsou ti, kteří jsou nezvěstní nebo asociální. Pak jsou takoví, kteří nemají zájem z různých důvodů. A pak je tady skupina, která spolupracuje a která svým způsobem lituje toho, že se nemůže osobně o člověka postarat z důvodu pracovního zapojení, věku atd. Ti zpravidla zůstávají opatrovníky našich uživatelů a pravidelně je navštěvují a často spolupracují i s domovem v oblasti sponzorské, sjednávání kontaktů atd.“

Na otázku č. 42 „*Spolupracujete také s dalšími ÚSP či jinými organizacemi a snažíte se vaše zařízení otevřít běžné společnosti?*“ odpovídali dotázaní respondenti formou volných odpovědí, jejichž doslovný přepis zde uvádím.

„Velmi živě spolupracujeme s ostatními domovy, především v Jihočeském kraji, ale i s ústavem v Praze 4 apod. Nejsme uzavřeným zařízením, má sem kdokoliv volný přístup, nejsou zde žádné návštěvní hodiny. Chceme se více zaměřit na integraci mimo areál zařízení. Máme připravený projekt, kdy chceme ve městě zřídit internetovou kavárnu, kde by zajišťoval provoz pracovník z knihovny a naši klienti by tam zajišťovali servis jednoduchého podávání nápojů, úklidové práce atd. Nyní je tento projekt v úplně počáteční fázi.“

„Pořádáme některé kulturní akce, kdy zveme další zařízení i veřejnost a naopak se účastníme akcí, které pořádají jiná zařízení, protože klienti se navzájem znají a chtějí být v určitém kontaktu se svými známými z jiného zařízení. Na akce, které pořádá naše zařízení se snažíme zvát a začlenit i osoby bez handicapu, aby byla integrace maximální. Spolupracujeme s dobrovolníky, případně zveme na naše akce některé žáky škol i představitele města, kraje apod.“

„Spolupracujeme. Jsme takové přirozené centrum v našem městě a pořádáme množství aktivit pro lidi s mentálním postižením (nejen pro klienty z našeho zařízení), jako například divadelní festivaly, sportovní hry apod. Co se týče spolupráce s ostatními ústavy, tak s těmi se jezdíme vzájemně navštěvovat. Momentálně je to intenzivní spolupráce v oblasti administrativně právní v souvislosti s novým zákonem o sociálních službách. Pak jsou to různé výměny pracovníků, kdy si pracovníci předávají zkušenosti formou exkurzí apod. A dále pak pořádáme pro klienty z ostatních zařízení různé akce. Snažíme se být otevřeným zařízením. Kdokoliv z veřejnosti sem má přístup. Veřejnost zveme k nám a naopak klienti mají možnost zúčastnit se kdykoliv jakékoliv akce ve městě apod.“

„Ano, spolupracujeme například s Caritas Schule ve Freyungu (SRN) a s ostatními domovy v regionu. Prezentujeme se v tisku, jsme otevřeným zařízením, umožňujeme praktikantům absolvovat praxe v našem zařízení, chodíme do města.“

„Určitě, hodně spolupracujeme s ústavem, který se nachází blízko nás. Snažíme se otevřít společnosti. K nám může přijít kdykoliv kdokoliv, a když řekne panu recepčnímu, za jakým účelem sem jde, tak má dveře otevřené, ale nesmí rušit děti a musí respektovat jejich soukromí. Jinak nabízíme několik služeb pro veřejnost. Veřejnost může využít náš rehabilitační bazén, může sem chodit jezdit na koni. Máme zde i bar s občerstvením, kde obsluhují naše klientky a v budoucnu máme v plánu toto trochu rozšířit a udělat zde nějakou malou kavárničku, aby se integrace dařila lépe. Tyto služby zatím fungují velmi dobře.“

„Spolupracujeme s ostatními ÚSP v jihočeském kraji a s občanským sdružením Fokus, což je sdružení pro psychicky postižené, takže se vzájemně navštěvujeme. Dále s G-centem-domovem důchodců, tam když oni pořádají kuželkový turnaj, tak se ho také účastníme. Jsme zařízení otevřené veřejnosti. Jednou za rok pořádáme při příležitosti zápisu dětí do prvních tříd den otevřených dveří. Vyvěsíme plakáty, aby se mohli účastnit i lidé z okolí. Pořádáme také zahradní slavnost pro klienty a jejich rodiny, i sem má přístup široká veřejnost.“

„Spolupracujeme s ústavu sociální péče v jihočeském kraji a s ostatními organizacemi jako například se základní uměleckou školou, s kroužkem rybaření apod. Pořádáme kulturní akce pro domovy důchodců a jiná zařízení. Jedenkrát měsíčně jezdí klienti do města. Je to málo, někteří by zvládli jet i sami, ale nikdo nechce za tuto oblast převzít odpovědnost.“

„Máme neomezené návštěvy a jsme otevření v kontaktech s jinými ústavu i širší veřejností.“

„Jsme otevřeným zařízením. Kdokoliv sem může přijít, jak rodiče a rodinní příslušníci, tak i jejich známí, různá společenská uskupení, státní i nestátní organizace a s nimi i spolupracujeme. Dveře jsou u nás otevřené dokořán.“

„Spolupracujeme s jedním domovem, kdy se vzájemně navštěvujeme a pořádáme společné akce, jako například párty atp. Ale jinak zde žádná velká spolupráce s ostatními ústavu není. Spolupracujeme také s organizací, která poskytuje chráněné bydlení a zaměstnává naše klienty v chráněných dílnách. Je to jedna z mála institucí, kde je spolupráce takto těsná. Naše zařízení je otevřené veřejnosti, klienti například

nedávno připravovali pro děti z mateřské a základní školy na zahradě různé soutěže. Je zde také stálá výstava prodejních výrobků z našich dílen a veřejnost je již zvyklá nakupovat naše výrobky hlavně před vánoci a velikonoce. Přímou v zařízení jsme pronajali celé patro rehabilitaci. Chodí sem tudíž velké množství lidí a potkávají naše klienty.“

Otázka č. 43 „*Můžete prosím uvést, co si představujete pod pojmem humanizace ústavní péče?*“ byla koncipována jako volná otázka a nebyla statisticky zpracována. Také u této otázky jsem považovala za vhodné uvést odpovědi respondentů v jejich doslovném znění.

„Prioritní je změnit vztah a myšlení personálu k lidem. Některým se to daří velmi dobře, některým to jde pomaleji a u některých se to nedaří. Je třeba si uvědomit, že mentálně postižení jsou lidé jako my, ale mají smůlu, že mají tento handicap a že žijí v těchto zařízeních. Důležité je vytvořit si k nim normální vztah. Začátky v tomto zařízení byly hrozné a fluktuace pracovníků do 1988 byla ohromná, což byl obecný rys ve všech takovýchto zařízeních. V 1988 se stav stabilizoval a výměny personálu jsou minimální, i zde je řada pracovníků úplně od začátku.“

„V první řadě si pod tímto pojmem představuji rozvoj současných trendů v této oblasti, které jsou jednak zpracované koncepcí transformace sociálních služeb, které vypracovalo MPSV a schválila je vláda a co se týká standardů kvality, tak jejich zavádění, což je dnes již závazně začleněno v právním řádu i v příloze vyhlášky. Základní povinnosti pak stanoví zákon o sociálních službách. Tendence je směřovat k nepobytovým službám a u pobytových služeb k chráněnému bydlení. A my jsme již zahájili kroky, abychom se mohli tímto směrem rozvíjet.“

„Přiblížit vše normálnímu životu. Samozřejmě na sto procent se to nepodaří nikdy, protože vždycky ta organizace zůstane organizací, nikdy to úplně nebude domov s mámou a tátou, ale toto je takový vrchol našeho snažení.“

„Humanizace pro mě znamená přiblížení se co nejvíce rodinnému životu, aby si byly obě strany blízké. A také otevření se v rámci možností společnosti. Je dobré, že se zavedly standardy.“

„Já si představuji pod tímto pojmem to, že klient je na prvním místě a my si uvědomujeme to, že jsme tu pro něj. A pak také otázky lidských práv. Dám jenom takový příklad z té nejbanálnější oblasti: máme tady 26 let starou dívku, která chce při obědě přidat a já najednou slyším, jak v kuchyni řeknou, že to má zakázané, protože jim to maminka nařídila. V podstatě má ale plné právo na to, aby si přidala, když má hlad a maminka do toho nemá co mluvit. Matka se ale bojí, aby nebyla tlustá, (přitom ona je tak hubená, takže by neměla mít z tohoto strach). Ale stejně na to ona nemá právo. Oni rodiče mají takovou představu, že když se klienti zbaví svéprávnosti v plné výši, tak se tím zbavíme mnoha otázek jako otázek sexu, partnerského soužití, ale i toho „hloupého“ přidání. Ale tohle je naivní představa, to je přece základní lidské právo, které nepodléhá stavu svéprávnosti. Zbavení svéprávnosti v podstatě ochrana klienta v určitých směrech, ale to co se v těchto směrech děje je pořád špatné.“

„Já myslím, že humanizace je to, co my zde provádíme. Snažíme se o to, aby se zde klienti cítili jako doma. Aby tady nebyl ten vztah učitel a žáček poškoláček, ale aby to byl spíše takový vztah rodič a dítě. Klienti tady mají možnosti opravdu obrovské, mají krásné bydlení, že to mnohdy doma děti nemají. Klienti to v žádném případě neocení, ale proč by to neměli mít? Proč by měli bydlet na nějakém pokoji kde je dvanáct postelí a kde by koukali jenom do stropu, přijímali by potravu a vylučovali? Protože z našich zkušeností víme, že když se tito lidé zapojí, tak jsou úplně úžasní. Zde mají mnoho aktivit, mají zde krásné prostředí, můžou si vybírat z několika jídel atd. Ale na druhou stranu zařazení do terapií je pevné, my klientům nechceme dovolit, aby se zde naučili tzv. flinkat, takže oni ví, že jako my musí přijít v osm hodin do práce na terapii. A funguje to zde velmi dobře.“

„Pod tímto pojmem si představuji, že klient není plně odkázán na to, co mu kdo dá, ale že má možnost být sám sebou, být „člověkem“. To znamená, že není pouhou loutkou v rukou druhých, kdy sám nemůže nic. I když absolutní svobodu nemáme nikdo, ale alespoň určité procento vlastní svobody, možnost se rozhodnout, mít možnost volby v mezích možností, ne se pasivně odevzdat, to je podle mě humanizace.“

„Péče by měla odpovídat obsahu standardů sociální péče.“

„Zlidštění péče a přestat démonizovat, že lidé s postižením jsou něco jiného než my. Personál a sociální okolí by se mělo chovat ke klientům, jako k jakémukoliv člověku.“

„Pro mě to představuje základní téma. Co se týče personálu tak zjišťuji, že s ním o tom nemůžu dlouze teoretizovat, ale říkám jim, aby se začali chovat ke klientům jako se doma chovají ke svým blízkým, ke svému manželovi, ke svým dětem. Jsou to lidé jako my a mají stejné potřeby jako my. Pro mě se humanizace smrškla na to; chovejte se k těmto lidem úplně stejně, jako se chováte sami k sobě. V tom je podle mě všechno.“

Na otázku č. 44 „*V současné době byl přijat dokument o podpoře transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, plánujete v této souvislosti nějaké změny ve Vašem zařízení?*“ odpovědělo 70% dotázaných variantou a) zatím ne, 30% dotázaných variantou b) ano (a jaké).

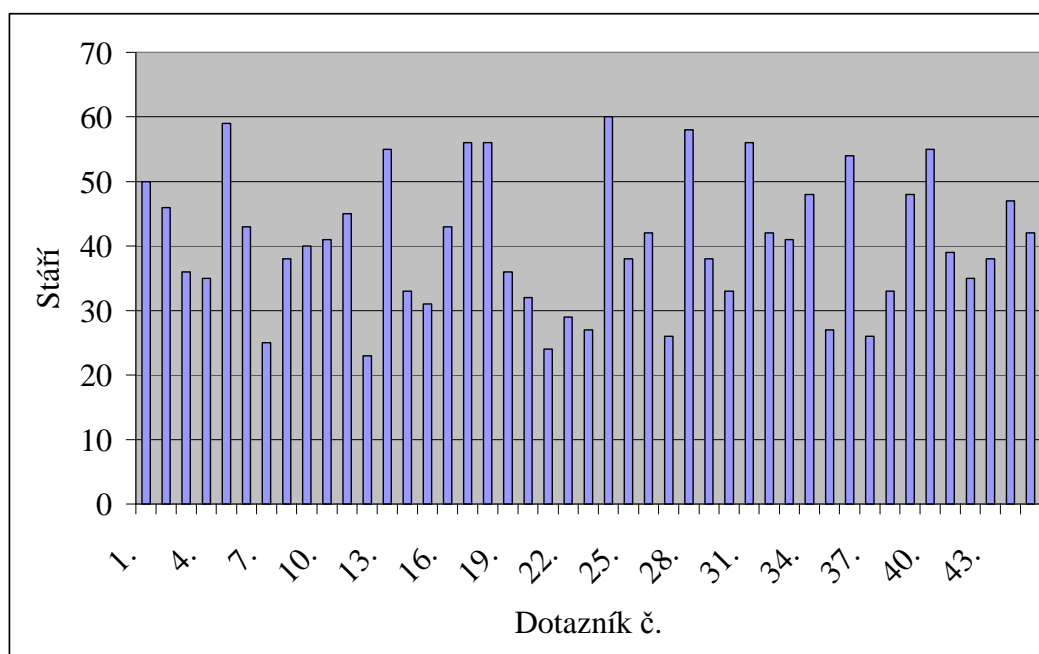
V případě odpovědi ano (a jaké) uvedli dotázaní následující odpověď: všichni shodně uvedli, že mají zpracovaný projekt chráněného bydlení, které se bude nacházet mimo areál ústavu a kam by postupně chtěla přesunout část svých klientů. Žádné z těchto zařízení ale dosud není ve fázi vlastní realizace projektu.

4.2. Vyhodnocení otázek z dotazníku

Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků do 10 ÚSP v rámci Jihočeského kraje. Z tohoto počtu se vrátilo 45 vyplněných dotazníků. Dotazník obsahoval celkem 11 otázek. První část tvořily identifikační otázky. Další část tvořily otázky týkající se hodnocení jednotlivých terapií. Poslední část tvořily otázky vztahující se ke kvalifikaci terapeutů. U vybraných otázek bylo možno zatrhnout i více odpovědí.

Vyhodnocení otázky č.1 týkající se věku respondentů uvádí graf č.35, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů.

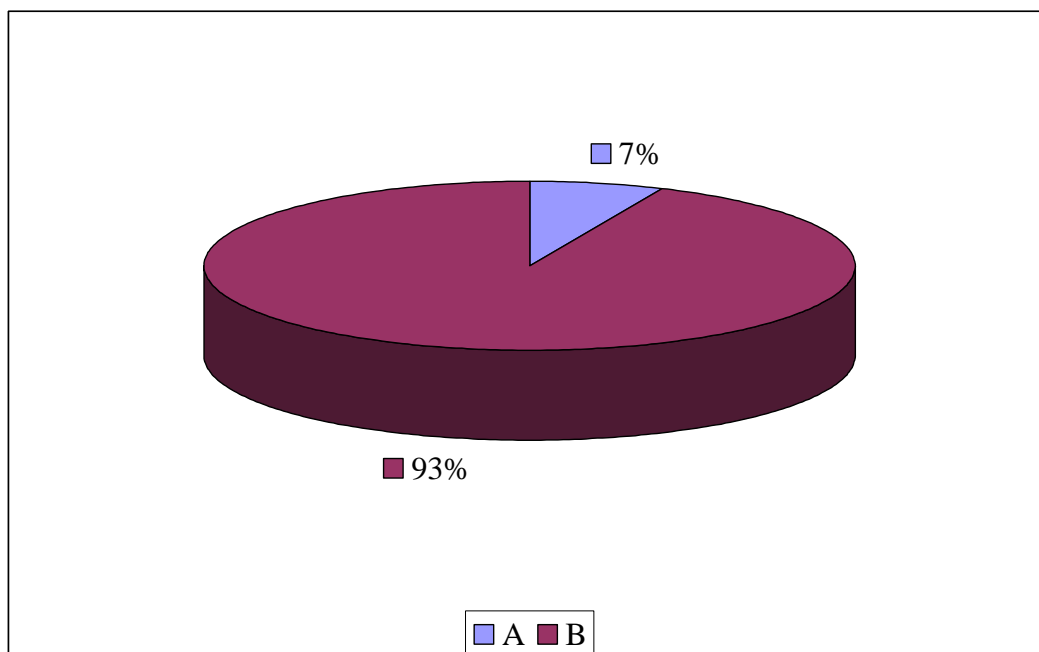
Graf č.35: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.1



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č.2 týkající se pohlaví respondentů, odpovědělo 7% dotázaných variantou a) muž, 93% variantou b) žena.

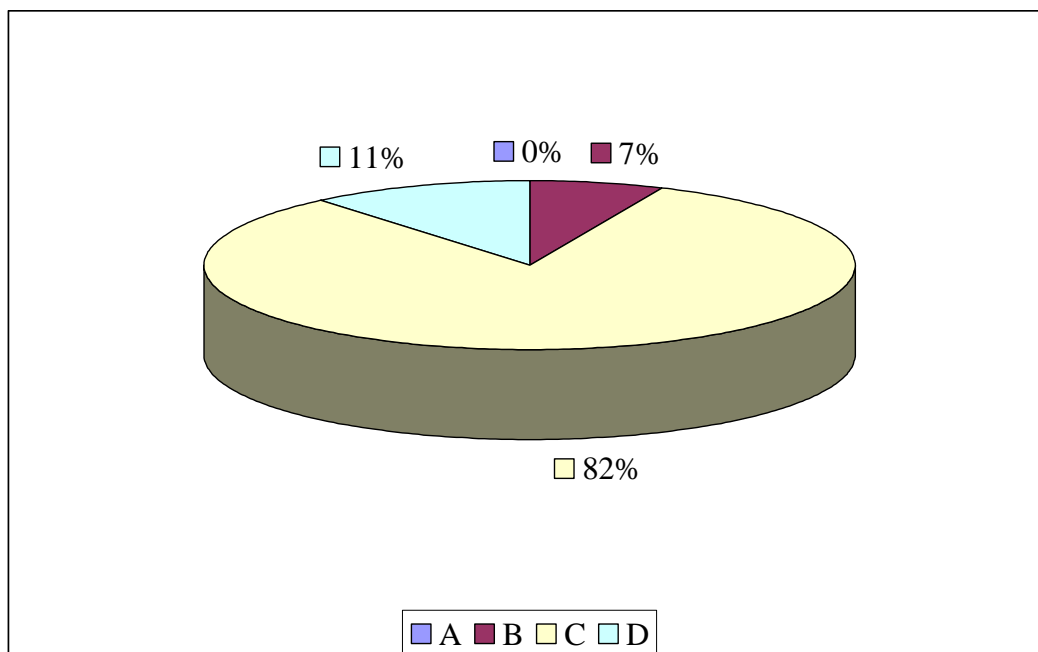
Graf č.36: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.2



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č.3 která se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání a v jakém oboru, odpovědělo 0% dotázaných respondentů variantou a) základní, 7% variantou b) vyučen, 82% variantou c) středoškolské s maturitou, 11% variantou d) vysokoškolské.

Graf č.37: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.3



Zdroj: vlastní výzkum

Dosažené vzdělání z hlediska oboru je u dotazovaných respondentů následující: Respondenti, kteří odpověděli, že jsou vyučeni, neuvodli ani v jednom případě v jakém oboru.

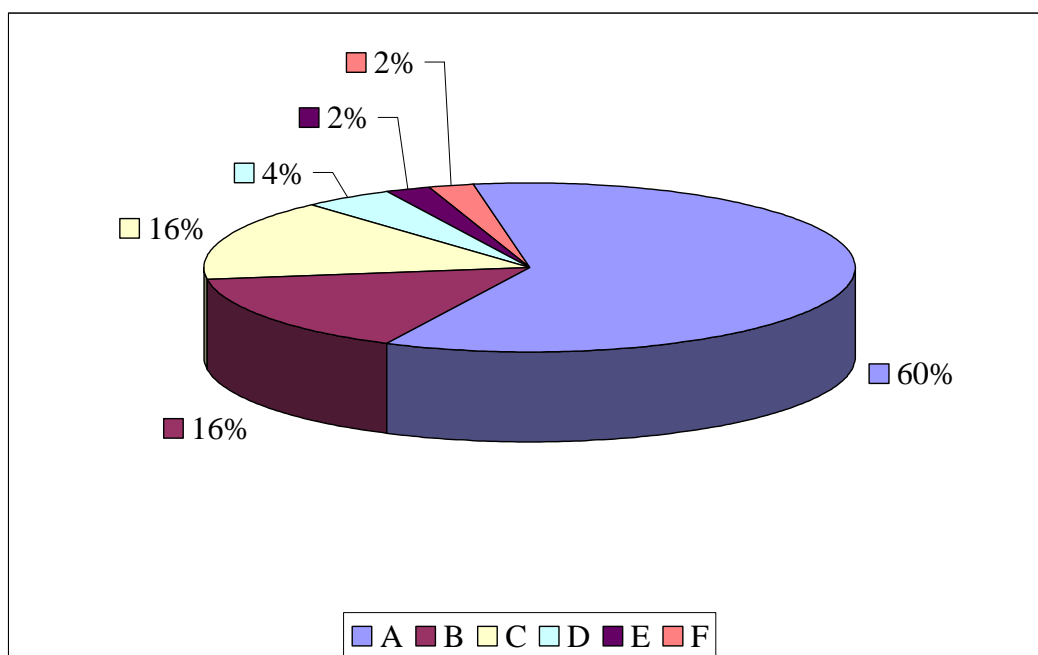
Středoškolsky vzdělání respondenti mají ve 13 případech vystudovanou Střední pedagogickou školu, ve 2 případech Střední zdravotnickou školu, ve 2 případech Gymnázium, v 1 případě Střední umělecko průmyslovou školu, v 1 případě Rodinnou školu, v 1 případě Střední ekonomickou školu a ve 12 případech respondenti z této kategorie vystudovaný obor neuvodli. V rámci středoškolského vzdělání uvedli 2 respondenti, že mají vystudovanou vyšší odbornou školu a to obor fyzioterapie a obor sociální práce.

Vysokoškolsky vzdělání respondenti mají ve 3 případech vystudovanou Speciální pedagogiku, v 1 případě Zdravotně sociální fakultu a v 1 případě respondent vystudovaný obor nevedl.

Ve třech případech uvedli respondenti variantu distanční pomaturitní studium.

Otázka č. 4 „*Jaké je Vaše profesní zařazení v ÚSP?*“ byla položena jako volná otázka a z uvedených odpovědí byla provedena dodatečná kategorizace. V rámci této kategorizace odpovědělo 60% variantou a) vychovatel, 16% variantou b) pracovník sociální péče, 16% variantou c) ergoterapeut, 4% variantou d) fyzioterapeut, 2% variantou e) muzikoterapeut, 2% variantou f) jiné. Jiné z odpovědi f) logopedický asistent.

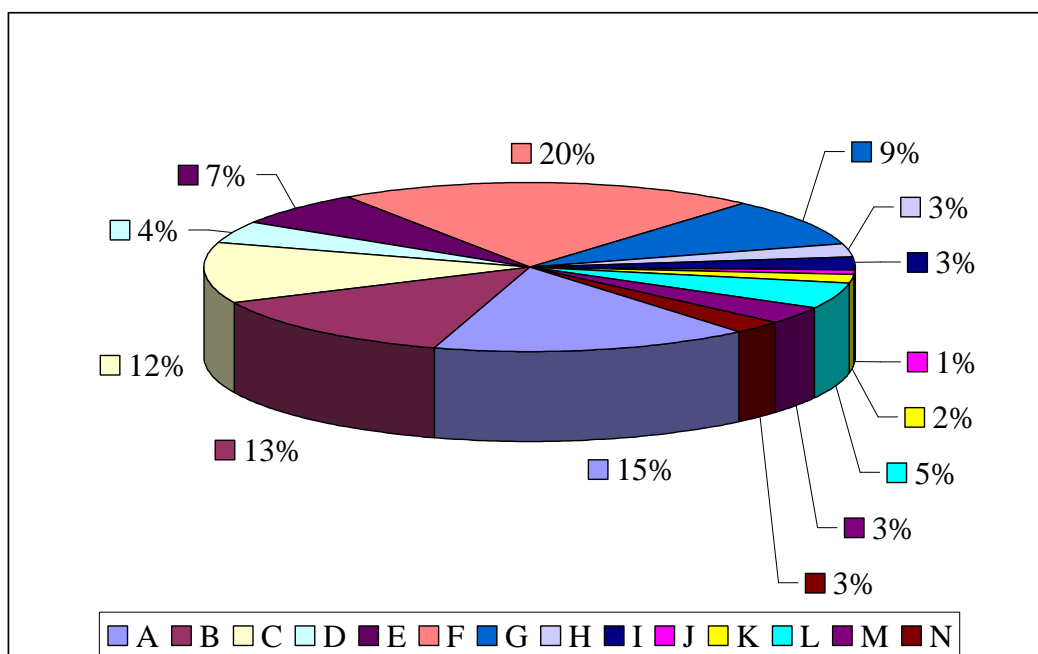
Graf č.38: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.4



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č.5 „Zabýváte se ve své profesi nějakými z níže uvedených terapií?“ volilo 15% variantu a) arteterapie, 13% variantu b) dramaterapie, 12% variantu c) muzikoterapie, 4% variantu d) biblioterapie, 7% variantu e) taneční a pohybová terapie, 20% variantu f) ergoterapie a činnostní terapie, 9% variantu g) terapie hrou, 3% variantu h) psychomotorická terapie, 3% variantu i) hipoterapie, 1% variantu j) canisterapie, 2% variantu k) bazální stimulace, 5% variantu l) aromaterapie, 3% variantu m) fyzioterapie (fyzikální terapie, léčebná tělesná výchova ..), 3% variantu n) jiné, uveďte prosím, jaké. Jiné z odpovědi n) logopedie.

Graf č.39: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.5

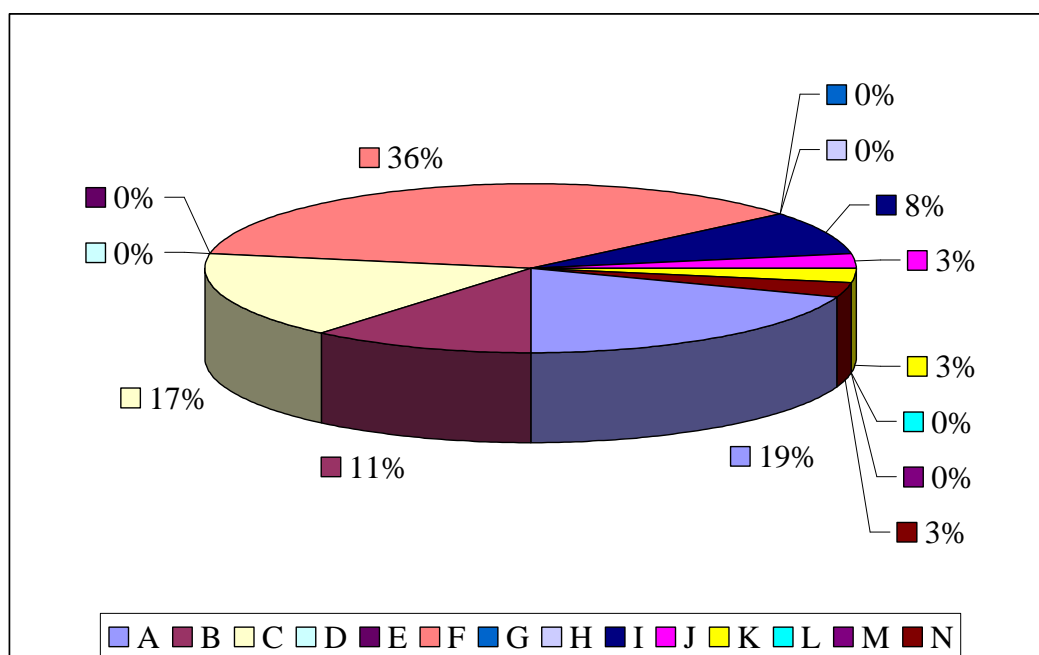


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.5 byla dále doplněna o následující část: „Pokud v rámci svého profesního působení v ÚSP využíváte více terapií, vyberte si prosím pouze jednu z nich, a to tu, která je podle Vašeho názoru pro klienty nejpřínosnější a v následujících otázkách se věnujte pouze jí. Uveďte prosím, o jakou terapii se jedná.“ V této části otázky vybralo jako nejpřínosnější terapii 19% dotázaných respondentů variantu a) arteterapii, 11% variantu b) dramaterapii, 17% variantu c) muzikoterapii, 0% variantu

d) biblioterapii, 0% variantu e) taneční a pohybovou terapii, 36% variantu f) ergoterapii a činnostní terapii, 0% g) terapie hrou, 0% variantu h) psychomotorická terapiie, 8% variantu i) hipoterapii, 3% variantu j) canisterapii, 3% variantu k) bazální stimulace, 0% variantu l) aromaterapie, 0% variantu m) fyzioterapie, 3% variantu n) jiné. Jiné z odpovědi n) logopedii.

Graf č.40: Preferované terapie



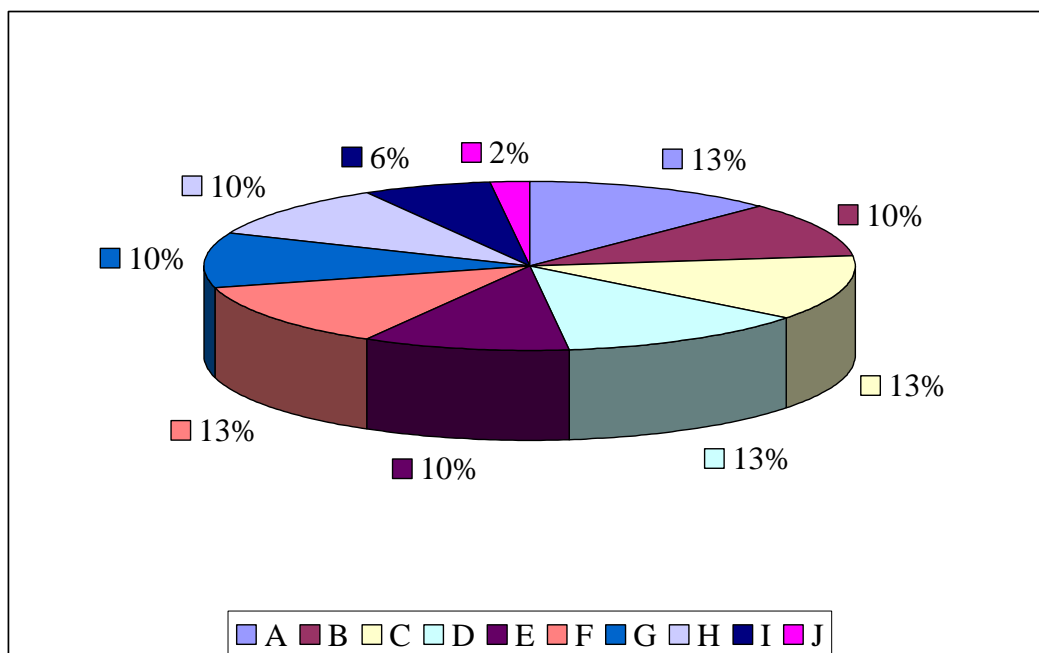
Zdroj: vlastní výzkum

V otázkách č.6 a č.7 byly dotazníky rozděleny podle preferovaných terapií (arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, ergoterapie a činnostní terapii, hipoterapie, canisterapie, bazální stimulace, logopedie) přičemž pro větší přehlednost je nejprve uvedena preferovaná terapie a v rámci ní zpracované otázky č.6 a č. 7 včetně slovního ohodnocení terapie.

Arteterapie

Na otázku č.6 „*Jaké oblasti osobnosti klienta rozvíjí tato terapie především?*“ odpovědělo 13% dotázaných respondentů variantou a) jemná motorika, 10% variantou b) hrubá motorika, 13% variantou c) vnímání, 13% variantou d) pozornost, 10% variantou e) paměť, 13% variantou f) myšlení, 10% variantou g) emocionalita, 10% variantou h) vůle, 6% variantou i) charakter, 2% variantou j) jiné, uveďte prosím jaké. Jiné z odpovědi j) 2x odpověď estetika, 1x odpověď sebevědomí.

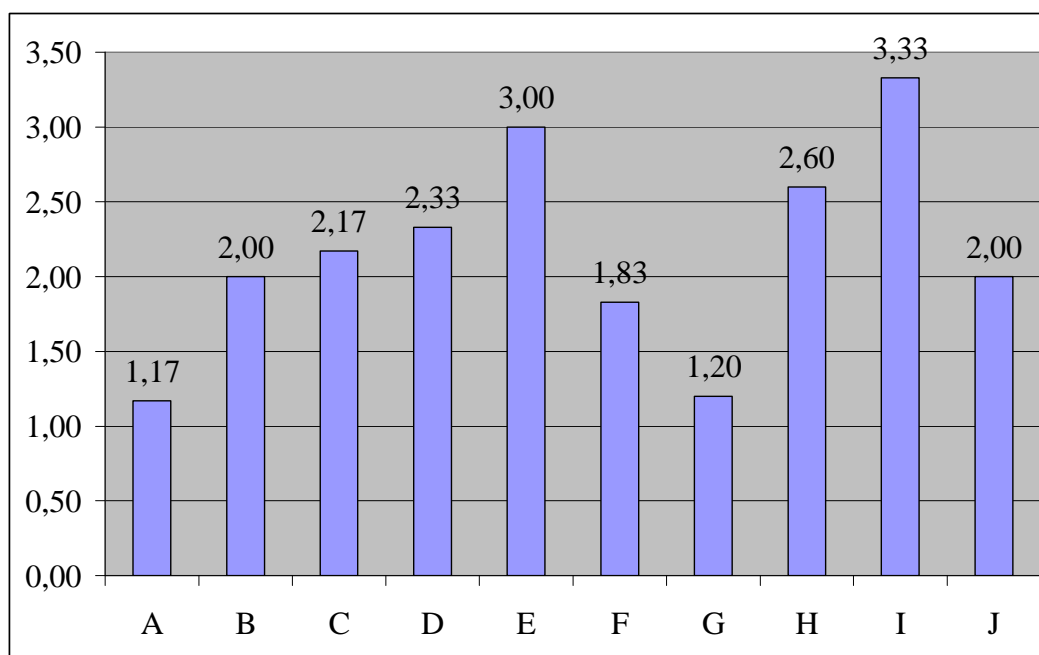
Graf č.41: Arteterapie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 1.část



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.6 byla ještě doplněna o následující část: respondenti byli požádáni, aby výše označené oblasti číselně ohodnotily z hlediska účinnosti terapie a dosažených výsledků v těchto oblastech. Hodnocení pak prováděli tak, že zakroužkovali číslici, která se nejvíce blížila jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (rozdíví velmi 1 2 3 4 5 rozvíjí málo). Výsledky jsou uvedeny jako průměrná hodnota odpovědí. Variantu a) jemná motorika ohodnotili respondenti průměrnou známkou 1,17, variantu b) hrubá motorika ohodnotili průměrnou známkou 2, variantu c) vnímání ohodnotili průměrnou známkou 2,17, variantu d) pozornost ohodnotili průměrnou známkou 2,33, variantu e) paměť ohodnotili průměrnou známkou 3, variantu f) myšlení ohodnotili průměrnou známkou 1,83, variantu g) emocionalita ohodnotili průměrnou známkou 1,2, variantu h) vůle ohodnotili průměrnou známkou 2,6, variantu i) charakter ohodnotili průměrnou známkou 3,33, variantu j) jiné, uveďte prosím jaké, ohodnotili známkou 2.

Graf č. 42: Arteterapie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 2.část



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č.7 „*Jak byste celkově ohodnotil/a kvalitu poskytované terapie z hlediska jejího přínosu klientům?*“ byli respondenti požádáni, aby zakroužkovali číslíci, která se nejvíce blíží jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (Velice přínosná 1 2 3 4 5 Velice nepřínosná) a zároveň uvedli z jakého důvodu terapii takto hodnotí. Respondenti, kteří preferovali arteterapii, hodnotili její kvalitu z 50% známou 1, z 50% známkou 2, 0% známkou 3, 0% známkou 4, 0% známkou 5.

Slovní ohodnocení arteterapie:

„Ne vždy se vše podaří na sto procent“.

„Rozvíjí fantazii klientů a nechává nahlédnout do vnitřního světa klienta. Nutí k soustředění a zklidnění.“

„Rozvíjí jak stránku motorickou, tak i psychickou a sociální. Vytváří u klientů pocit sounáležitosti, smyslu života, celkové spokojenosti, radosti, rozvíjí kladné charakterové stránky klientů.“

„Poskytuje uvolnění, zážitek, nové dovednosti a dává možnost projevu vnitřního cítění.“

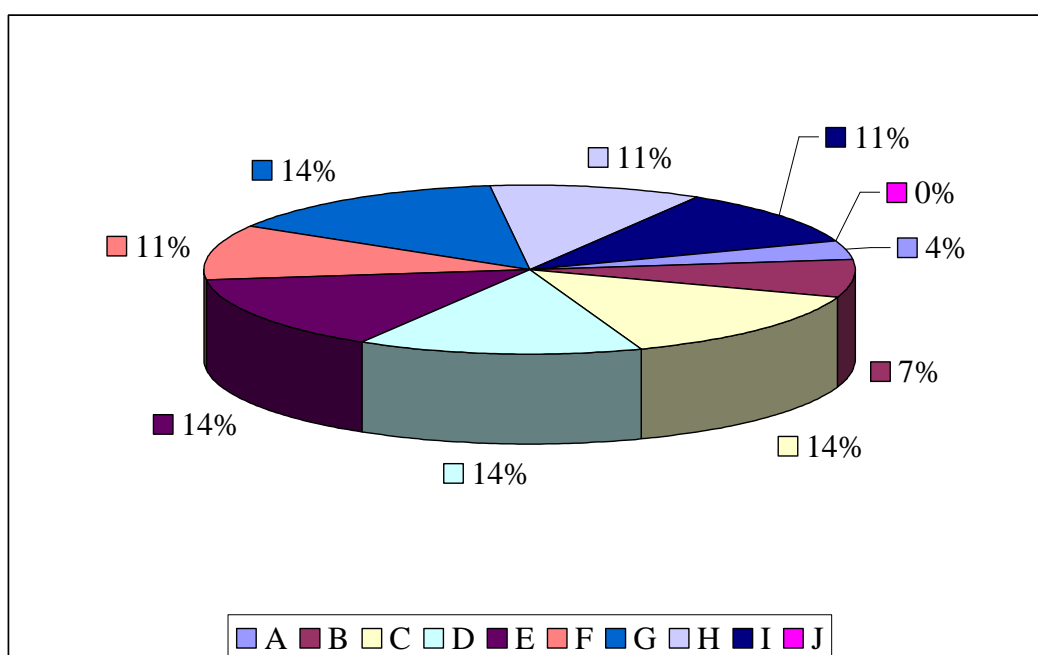
„Rozvíjí motoriku, trojrozměrnost, fantazii, soustředění, vede k vyjádření emocí.“

„Rozvíjí jemnou motoriku, podporuje prostorovou představivost. Je prostředkem neverbální komunikace, odčerpává negativní emoce (agresi), posouvá klienty v emočním vyžívání.“

Dramaterapie

Na otázku č.6 „*Jaké oblasti osobnosti klienta rozvíjí tato terapie především?*“ odpověděli 4% dotázaných respondentů variantou a) jemná motorika, 7% variantou b) hrubá motorika, 14% variantou c) vnímání, 14% variantou d) pozornost, 14% variantou e) paměť, 11% variantou f) myšlení, 14% variantou g) emocionalita, 11% variantou h) vůle, 11% variantou i) charakter, 0% variantou j) jiné, uveďte prosím jaké.

Graf č.43: Dramaterapie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 1.část

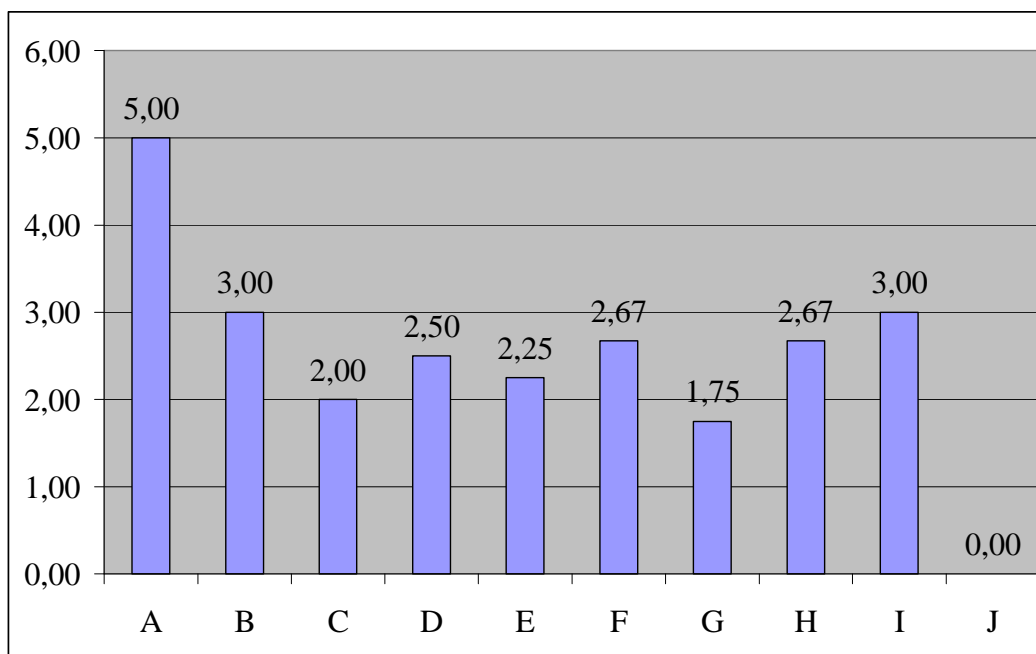


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.6 byla ještě doplněna o následující část: respondenti byli požádáni, aby výše označené oblasti číselně ohodnotily z hlediska účinnosti terapie a dosažených výsledků v těchto oblastech. Hodnocení pak prováděli tak, že zakroužkovali číslici, která se nejvíce blížila jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (rozvíjí velmi 1 2 3 4 5 rozvíjí málo). Výsledky jsou uvedeny jako průměrná hodnota odpovědí. Variantu a) jemná motorika ohodnotili respondenti průměrnou známkou 5, variantu b) hrubá motorika ohodnotili průměrnou známkou 3, variantu c) vnímání ohodnotili průměrnou známkou 2, variantu d) pozornost ohodnotili průměrnou známkou 2,5, variantu e) paměť ohodnotili průměrnou známkou 2,25, variantu f) myšlení ohodnotili

průměrnou známkou 2,67, variantu g) emocionalita ohodnotili průměrnou známkou 1,75, variantu h) vůle ohodnotili průměrnou známkou 2,67, variantu i) charakter ohodnotili průměrnou známkou 3, variantu j) jiné, uveďte prosím jaké, ohodnotili známkou 0.

Graf č.44: Dramaterapie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 2.část



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č.7 „*Jak byste celkově ohodnotil/a kvalitu poskytované terapie z hlediska jejího přínosu klientům?*“ byli respondenti požádáni, aby zakroužkovali číslici, která se nejvíce blíží jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (Velice přínosná 1 2 3 4 5 Velice nepřínosná) a uvedli z jakého důvodu terapii takto hodnotí. Respondenti, kteří preferovali dramaterapii, hodnotili její kvalitu z 50% známkou 1, z 50% známkou 2, 0% známkou 3, 0% známkou 4, 0% známkou 5.

Slovní ohodnocení dramaterapie:

„Rozvíjí celkovou stránku osobnosti, zapojit se může klient s jakoukoliv formou postižení.“

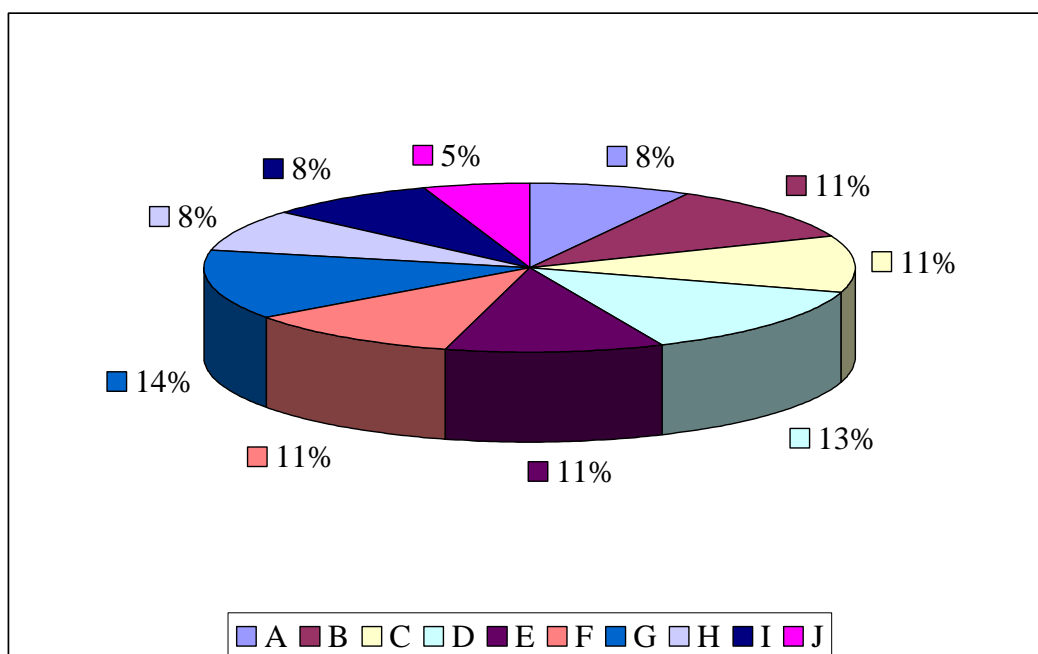
„Rozvíjí myšlení, řeč, paměť a celkovou osobnost klienta. Účastí na divadelních festivalech a pořádáním představení pro děti z MŠ apod. pak přispívá k integraci osob s mentálními postiženími do běžné společnosti.“

„Rozvíjí řeč, vede k vzájemné toleranci a pomoci, k poznávání jiných sociokulturních prostředí, k péči o svůj vzhled a upravenost.“

Muzikoterapie

Na otázku č.6 „*Jaké oblasti osobnosti klienta rozvíjí tato terapie především?*“ odpovědělo 8% dotázaných respondentů variantou a) jemná motorika, 11% variantou b) hrubá motorika, 11% variantou c) vnímání, 13% variantou d) pozornost, 11% variantou e) paměť, 11% variantu f) myšlení, 14% variantu g) emocionalita, 8% variantu h) vůle, 8% variantou i) charakter, 5% variantou j) jiné, uveďte prosím jaké. Jiné z odpovědi j) 2x odpověď estetické cítění.

Graf č.45: Muzikoterapie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 1.část

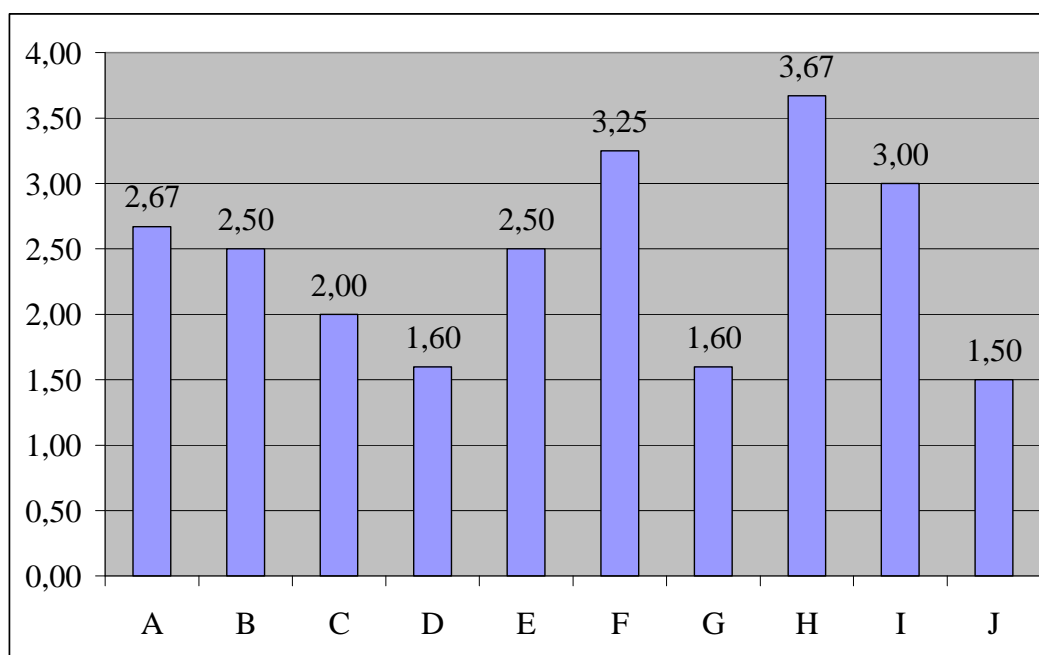


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.6 byla ještě doplněna o následující část: respondenti byli požádáni, aby výše označené oblasti číselně ohodnotily z hlediska účinnosti terapie a dosažených výsledků v těchto oblastech. Hodnocení pak prováděli tak, že zakroužkovali číslici, která se nejvíce blížila jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (rozvíjí velmi 1 2 3 4 5 rozvíjí málo). Výsledky jsou uvedeny jako průměrná hodnota odpovědí. Variantu a) jemná motorika ohodnotili respondenti průměrnou známkou 2,67, variantu b) hrubá motorika ohodnotili průměrnou známkou 2,5, variantu c) vnímání ohodnotili

průměrnou známkou 2, variantu d) pozornost ohodnotili průměrnou známkou 1,6, variantu e) paměť ohodnotili průměrnou známkou 2,5, variantu f) myšlení ohodnotili průměrnou známkou 3,25, variantu g) emocionalita ohodnotili průměrnou známkou 1,6, variantu h) vůle ohodnotili průměrnou známkou 3,67, variantu i) charakter ohodnotili průměrnou známkou 3, variantu j) jiné, uveďte prosím jaké, ohodnotili známkou 1,5.

Graf č. 46: Muzikoterapie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 2.část



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č.7 „Jak byste celkově ohodnotil/a kvalitu poskytované terapie z hlediska jejího přínosu klientům?“ byli respondenti požádáni, aby zakroužkovali číslici, která se nejvíce blíží jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (Velice přínosná 1 2 3 4 5 Velice nepřínosná) a uvedli z jakého důvodu terapii takto hodnotí. Respondenti, kteří preferovali muzikoterapii, hodnotili její kvalitu z 40% známkou 1, z 40% známkou 2, 0% známkou 3, z 20% známkou 4, 0% známkou 5.

Slovní ohodnocení muzikoterapie:

„Poskytuje relaxaci, individuální vyjádření emocí, spolupráce ve skupině, využití zájmu o hudbu a tanec.“

„Terapie poskytuje jiné prožitky, než jaké nabízí běžný všední den (uvolnění, odpočinek, hry zaměřené na sebepoznání atd.).“

„Pro klienty je muzikoterapie změnou v domově.“

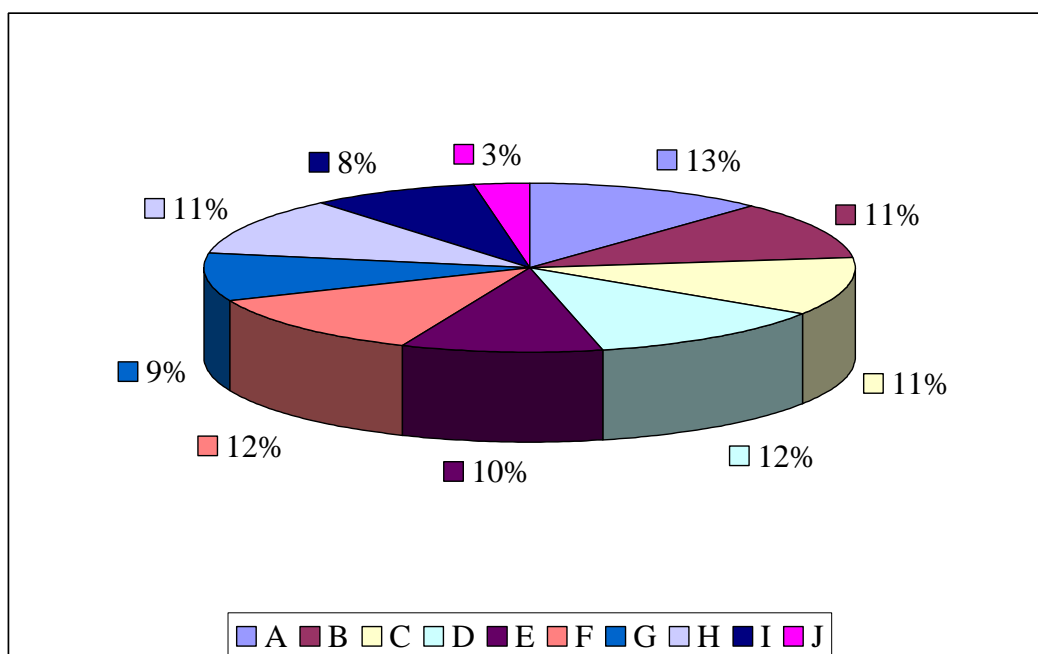
„Terapie působí na klienty pozitivně, rozvíjí jejich osobnost. Klienti se na terapii těší, mají o ní zájem.“

„Každý má možnost se zapojit podle svých možností. Zasahuje celou psychiku dítěte, rozvíjí smyslové vnímání, estetické cítění, pohybovou činnost. Vede k soustředění pozornosti. Je účinným prostředkem k uvolnění tenze.“

Ergoterapie

Na otázku č.6 „*Jaké oblasti osobnosti klienta rozvíjí tato terapie především?*“ odpovědělo 13% dotázaných respondentů variantou a) jemná motorika, 11% variantou b) hrubá motorika, 11% variantou c) vnímání, 12% variantou d) pozornost, 10% variantou e) paměť, 12% variantou f) myšlení, 9% variantou g) emocionalita, 11% variantou h) vůle, 8% variantou i) charakter, 3% variantou j) jiné, uveďte prosím jaké. Jiné z odpovědi j) 2x odpověď sebevědomí, 2x odpověď pracovní návyky.

Graf č.47: Ergoterapie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 1.část

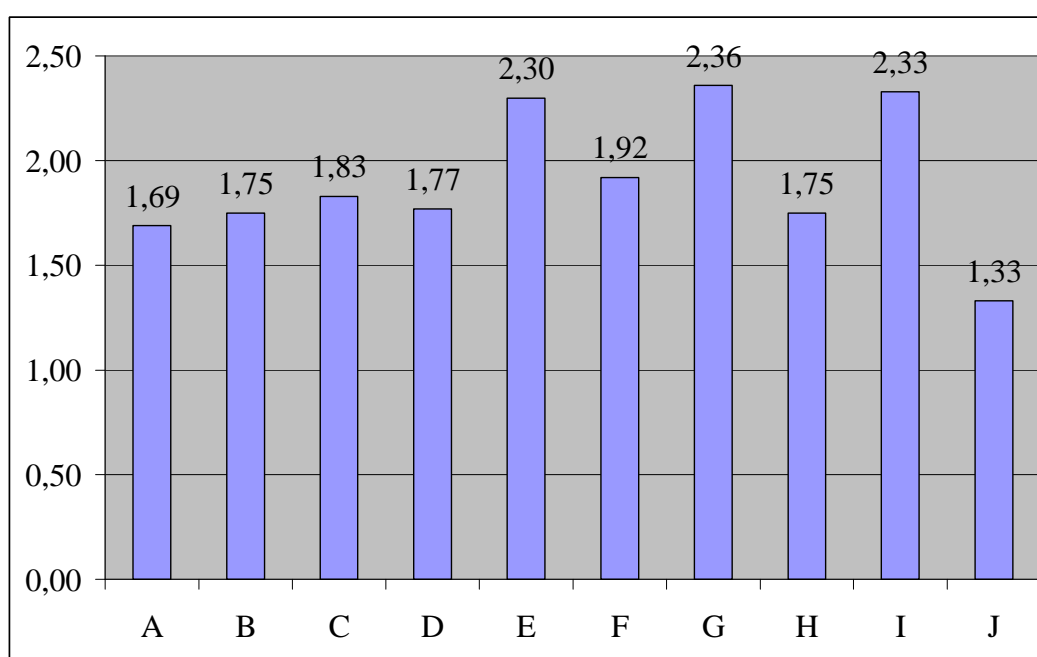


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.6 byla ještě doplněna o následující část: respondenti byli požádáni, aby výše označené oblasti číselně ohodnotily z hlediska účinnosti terapie a dosažených výsledků v těchto oblastech. Hodnocení pak prováděli tak, že zakroužkovali číslici, která se nejvíce blížila jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (rozvíjí velmi 1 2 3 4 5 rozvíjí málo). Výsledky jsou uvedeny jako průměrná hodnota odpovědí. Variantu a) jemná motorika ohodnotili respondenti průměrnou známkou 1,69, variantu b) hrubá motorika ohodnotili průměrnou známkou 1,75, variantu c) vnímání ohodnotili

průměrnou známkou 1,83, variantu d) pozornost ohodnotili průměrnou známkou 1,77, variantu e) paměť ohodnotili průměrnou známkou 2,3, variantu f) myšlení ohodnotili průměrnou známkou 1,92, variantu g) emocionalita ohodnotili průměrnou známkou 2,36, variantu h) vůle ohodnotili průměrnou známkou 1,75, variantu i) charakter ohodnotili průměrnou známkou 2,33, variantu j) jiné, uveďte prosím jaké, ohodnotili známkou 1,33.

Graf č.48: Ergoterapie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 2.část



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č.7 „*Jak byste celkově ohodnotil/a kvalitu poskytované terapie z hlediska jejího přínosu klientům?*“ byli respondenti požádáni, aby zakroužkovali číslici, která se nejvíce blíží jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (Velice přínosná 1 2 3 4 5 Velice nepřínosná) a uvedli z jakého důvodu terapii takto hodnotí. Respondenti, kteří preferovali ergoterapii, hodnotili její kvalitu z 84% známkou 1, z 8% známkou 2, z 8% známkou 3, 0% známkou 4, 0% známkou 5.

Slovní ohodnocení ergoterapie:

„Rozvíjí motoriku, myšlení, řeč a také radost z výsledků práce.“

„Z hlediska osobnostního rozvoje rozvíjí smysl pro povinnost, uspokojuje potřebu být prospěšný, užitečný.“

„Rozvíjí motoriku, pracovní návyky, sebeobsluhu, správný postoj k práci, smysl pro pořádek.“

„Rozvíjí motoriku, mentální úroveň a individuální schopnosti jednotlivých klientů.“

„Rozvíjí celkovou osobnost klienta, vede k soustředěnosti, vytrvalosti, pečlivosti, rozvíjí a upevňuje sebevědomí klientů.“

„Ergoterapie představuje širokou nabídku různých činností a širokou škálu využití různých zaměstnávání. Celkově rozvíjí osobnost klienta.“

„Myslím si, že ergoterapie se dá více využít než je tomu možné v našem zařízení. Nejsou k tomu zde dány dostatečné podmínky.“

„Naším cílem je nalézt u každého jednotlivce uplatnění, které vystihne jeho schopnosti, zájem o práci, zvýší jeho sebevědomí atd.“

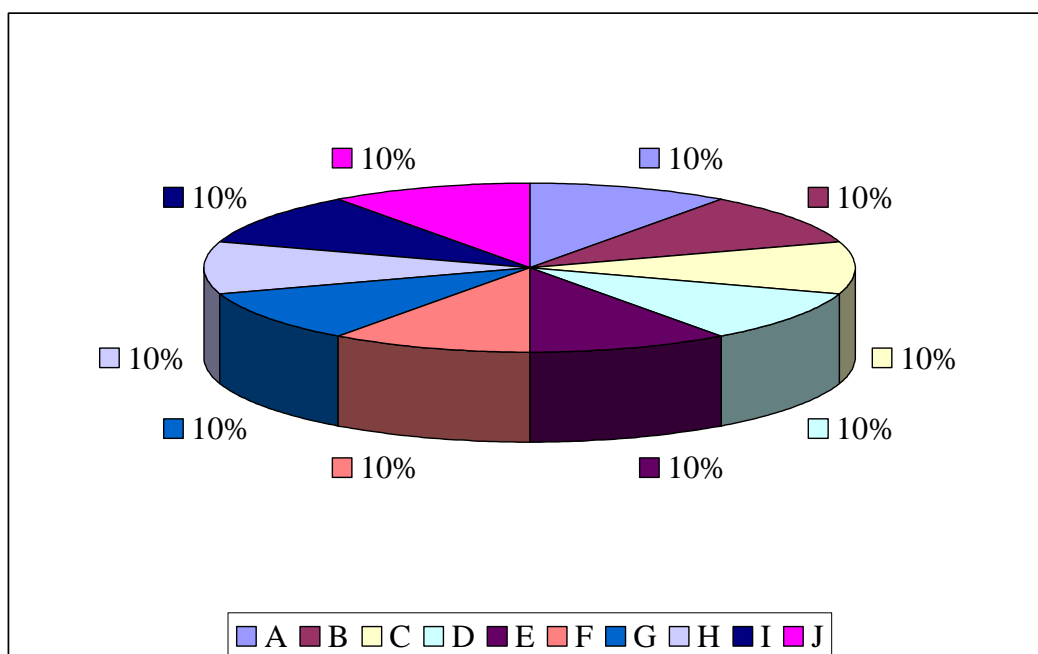
„Zkvalitňuje život klienta tím, že se rozvíjí jeho motorické i rozumové schopnosti atd.“

„Přínosem poskytované terapie je uspokojování a rozvíjení individuálních potřeb a zájmů klientů. Rozvoj schopností a dovedností a umožnění určité formy seberealizace.“

Hipoterapie

Na otázku č.6 „*Jaké oblasti osobnosti klienta rozvíjí tato terapie především?*“ odpovědělo 10% dotázaných respondentů variantou a) jemná motorika, 10% variantou b) hrubá motorika, 10% variantou c) vnímání, 10% variantou d) pozornost, 10% variantou e) paměť, 10% variantou f) myšlení, 10% variantou g) emocionalita, 10% variantou h) vůle, 10% variantou i) charakter, 10% variantou j) jiné, uveďte prosím jaké. Jiné z odpovědi j) 2x odpověď pozitivní vztah ke zvířatům.

Graf č.49: Hipoterapie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 1.část

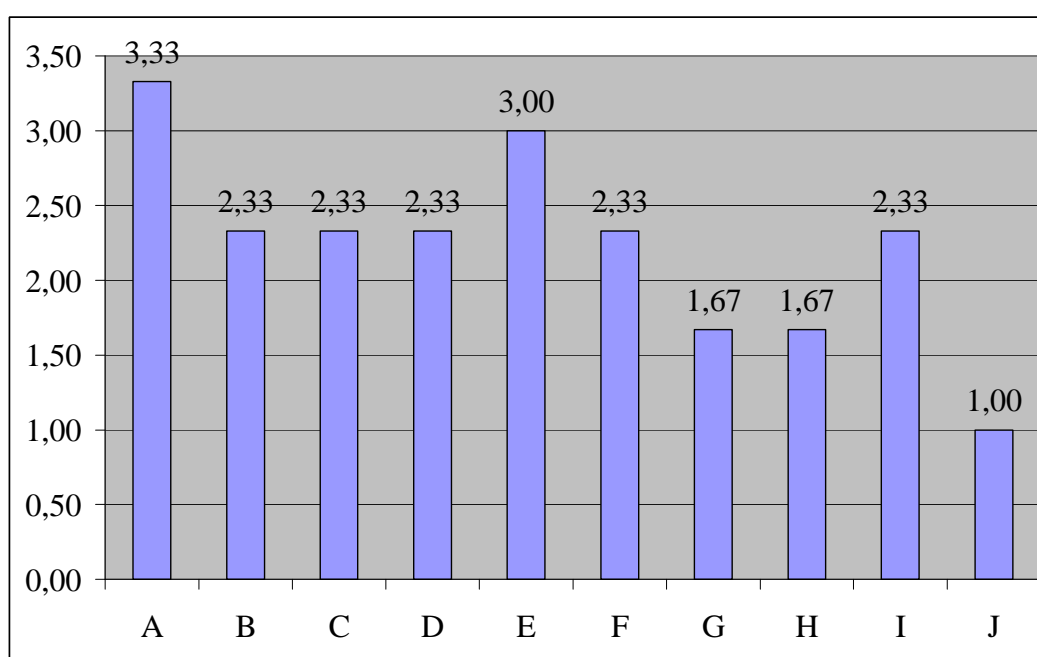


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.6 byla ještě doplněna o následující část: respondenti byli požádáni, aby výše označené oblasti číselně ohodnotily z hlediska účinnosti terapie a dosažených výsledků v těchto oblastech. Hodnocení pak prováděli tak, že zakroužkovali číslici, která se nejvíce blížila jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (rozvíjí velmi 1 2 3 4 5 rozvíjí málo). Výsledky jsou uvedeny jako průměrná hodnota odpovědí. Variantu a) jemná motorika ohodnotili respondenti průměrnou známkou 3,33, variantu b) hrubá motorika ohodnotili průměrnou známkou 2,33, variantu c) vnímání ohodnotili

průměrnou známkou 2,33, variantu d) pozornost ohodnotili průměrnou známkou 2,33, variantu e) paměť ohodnotili průměrnou známkou 3, variantu f) myšlení ohodnotili průměrnou známkou 2,33, variantu g) emocionalita ohodnotili průměrnou známkou 1,67, variantu h) vůle ohodnotili průměrnou známkou 1,67, variantu i) charakter ohodnotili průměrnou známkou 2,33, variantu j) jiné, uveďte prosím jaké, ohodnotili známkou 1.

Graf č.50: Hipoterapie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 2.část



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č.7 „*Jak byste celkově ohodnotil/a kvalitu poskytované terapie z hlediska jejího přínosu klientům?*“ byli respondenti požádáni, aby zakroužkovali číslici, která se nejvíce blíží jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (Velice přínosná 1 2 3 4 5 Velice nepřínosná) a uvedli z jakého důvodu terapii takto hodnotí. Respondenti, kteří preferovali hipoterapii, hodnotili její kvalitu z 0% známkou 1, z 33% známkou 2, 67% známkou 3, 0% známkou 4, 0% známkou 5.

Slovní ohodnocení hipoterapie:

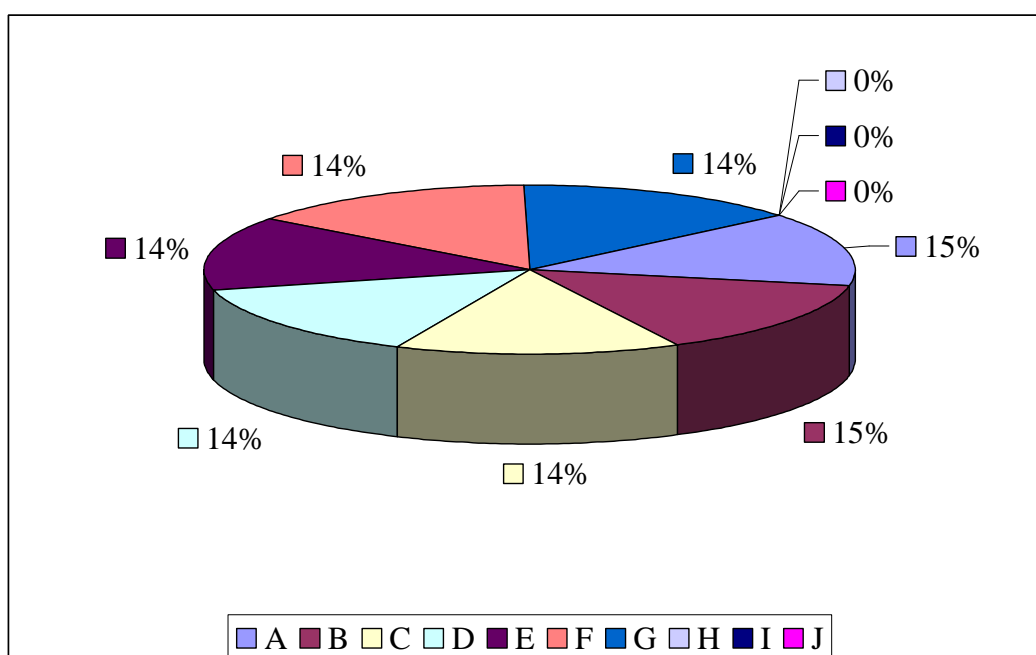
„Není poskytována v té kvalitě, jak je běžné (rehabilitační pracovník, možnost výběru koně - délka kroku koně, dle stanovení ošetřujícího doktora).“

„Pro klienty je tato terapie výborná, ale v momentálních podmínkách nedosahuje potřebné úrovně.“

Canisterapie

Na otázku č.6 „*Jaké oblasti osobnosti klienta rozvíjí tato terapie především?*“ odpovědělo 15% dotázaných respondentů variantou a) jemná motorika, 15% variantou b) hrubá motorika, 14% variantou c) vnímání, 14% variantou d) pozornost, 14% variantou e) paměť, 14% variantou f) myšlení, 14% variantou g) emocionalita, 0% variantou h) vůle, 0% variantou i) charakter, 0% variantou j) jiné, uveďte prosím jaké.

Graf č.51: Canisterapie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 1.část

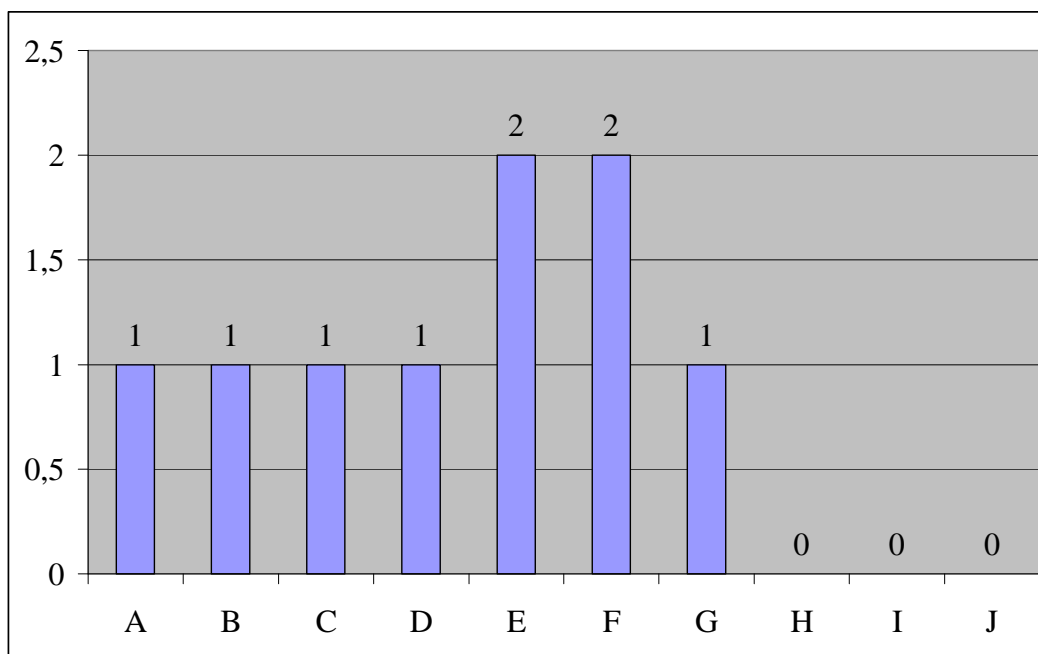


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.6 byla ještě doplněna o následující část: respondenti byli požádáni, aby výše označené oblasti číselně ohodnotily z hlediska účinnosti terapie a dosažených výsledků v těchto oblastech. Hodnocení pak prováděli tak, že zakroužkovali číslici, která se nejvíce blížila jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (rozvíjí velmi 1 2 3 4 5 rozvíjí málo). Výsledky jsou uvedeny jako průměrná hodnota odpovědí. Variantu a) jemná motorika ohodnotili respondenti průměrnou známkou 1, variantu b) hrubá motorika ohodnotili průměrnou známkou 1, variantu c) vnímání ohodnotili průměrnou známkou 1, variantu d) pozornost ohodnotili průměrnou známkou 1,

variantu e) paměť ohodnotili průměrnou známkou 2, variantu f) myšlení ohodnotili průměrnou známkou 2, variantu g) emocionalita ohodnotili průměrnou známkou 1, variantu h) vůle ohodnotili průměrnou známkou 0, variantu i) charakter ohodnotili průměrnou známkou 0, variantu j) jiné, uveďte prosím jaké, ohodnotili známkou 0.

Graf č.52: Canisterapie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 2.část



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č.7 „Jak byste celkově ohodnotil/a kvalitu poskytované terapie z hlediska jejího přínosu klientům?“ byli respondenti požádáni, aby zakroužkovali číslici, která se nejvíce blíží jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (Velice přínosná 1 2 3 4 5 Velice nepřínosná) a uvedli z jakého důvodu terapii takto hodnotí. Respondenti, kteří preferovali canisterapii, hodnotili její kvalitu ze 100% známkou 1, 0% známkou 2, 0% známkou 3, 0% známkou 4, 0% známkou 5.

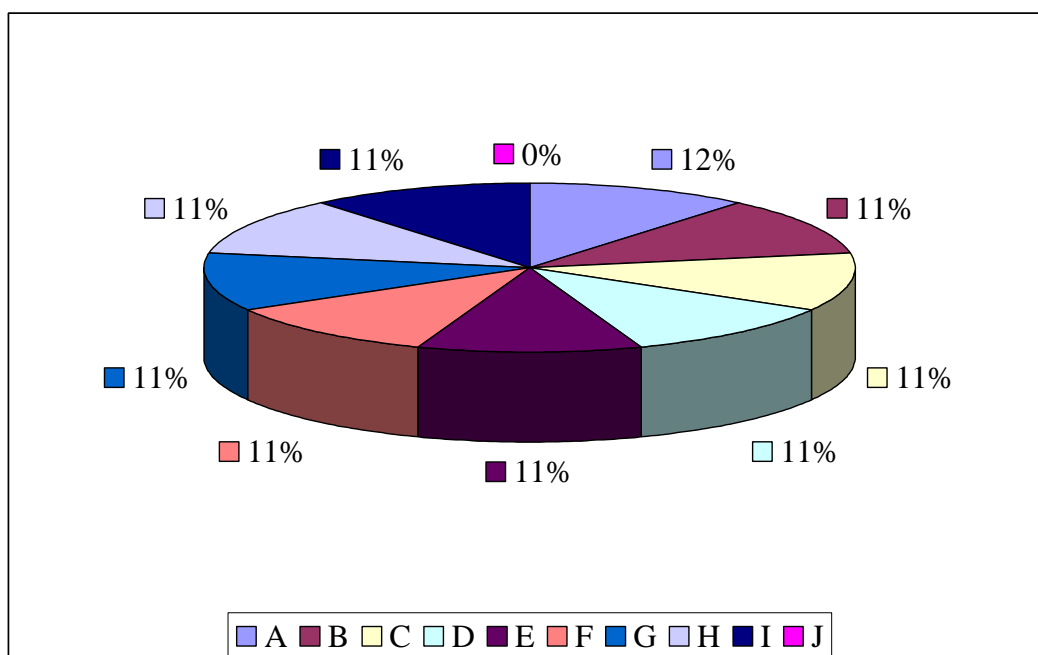
Slovní ohodnocení canisterapie:

„Rozvíjí vnímání klientů. Klienti se vždy na pejska velmi těší, na každého působí canisterapie jinak (někdo si se psem jen hraje, jiný s ním polohuje), ale vždy klienti odchází velice spokojeni.“

Bazální stimulace

Na otázku č.6 „*Jaké oblasti osobnosti klienta rozvíjí tato terapie především?*“ odpovědělo 12% dotázaných respondentů variantou a) jemná motorika, 11% variantou b) hrubá motorika, 11% variantou c) vnímání, 11% variantou d) pozornost, 11% variantou e) paměť, 11% variantou f) myšlení, 11% variantou g) emocionalita, 11% variantou h) vůle, 11% variantou i) charakter, 0% variantou j) jiné, uveďte prosím jaké.

Graf č.53: Bazální stimulace - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 1.část

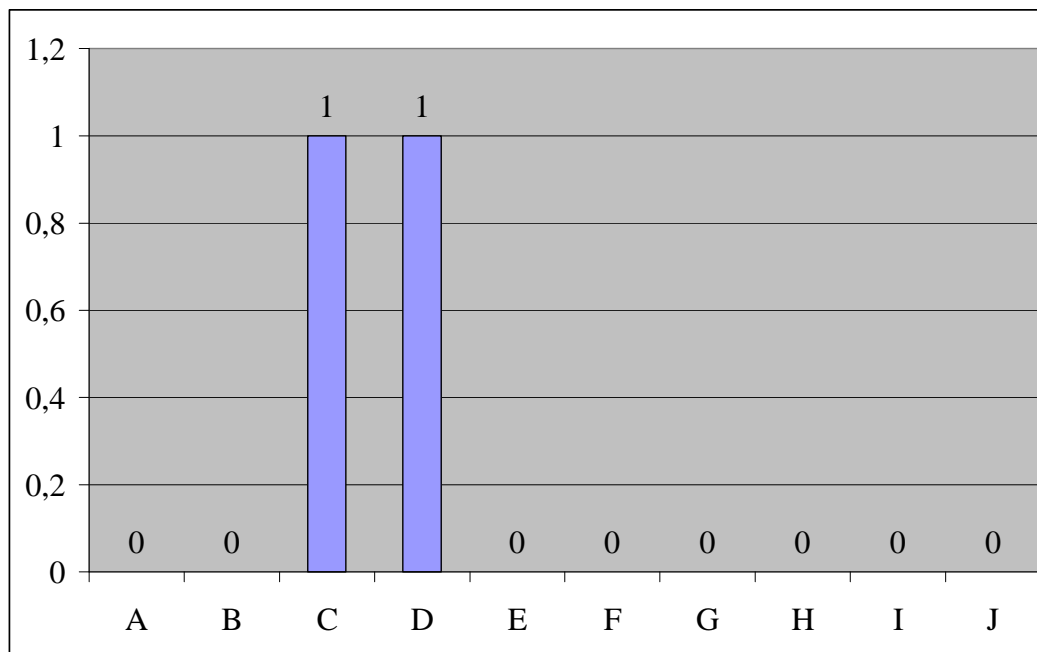


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.6 byla ještě doplněna o následující část: respondenti byli požádáni, aby výše označené oblasti číselně ohodnotily z hlediska účinnosti terapie a dosažených výsledků v těchto oblastech. Hodnocení pak prováděli tak, že zakroužkovali číslici, která se nejvíce blížila jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (rozvíjí velmi 1 2 3 4 5 rozvíjí málo). Výsledky jsou uvedeny jako průměrná hodnota odpovědí. Variantu a) jemná motorika ohodnotili respondenti průměrnou známkou 0, variantu b) hrubá motorika ohodnotili průměrnou známkou 0, variantu c) vnímání ohodnotili průměrnou známkou 1, variantu d) pozornost ohodnotili průměrnou známkou 1,

variantu e) paměť ohodnotili průměrnou známkou 0, variantu f) myšlení ohodnotili průměrnou známkou 0, variantu g) emocionalita ohodnotili průměrnou známkou 0, variantu h) vůle ohodnotili průměrnou známkou 0, variantu i) charakter ohodnotili průměrnou známkou 0, variantu j) jiné, uveďte prosím jaké, ohodnotili známkou 0.

Graf č.54: Bazální stimulace - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 2.část



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č.7 „Jak byste celkově ohodnotil/a kvalitu poskytované terapie z hlediska jejího přínosu klientům?“ byli respondenti požádáni, aby zakroužkovali číslici, která se nejvíce blíží jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (Velice přínosná 1 2 3 4 5 Velice nepřínosná) a uvedli z jakého důvodu terapii takto hodnotí. Respondenti, kteří preferovali bazální stimulaci, hodnotili její kvalitu ze 100% známkou 1, 0% známkou 2, 0% známkou 3, 0% známkou 4, 0% známkou 5.

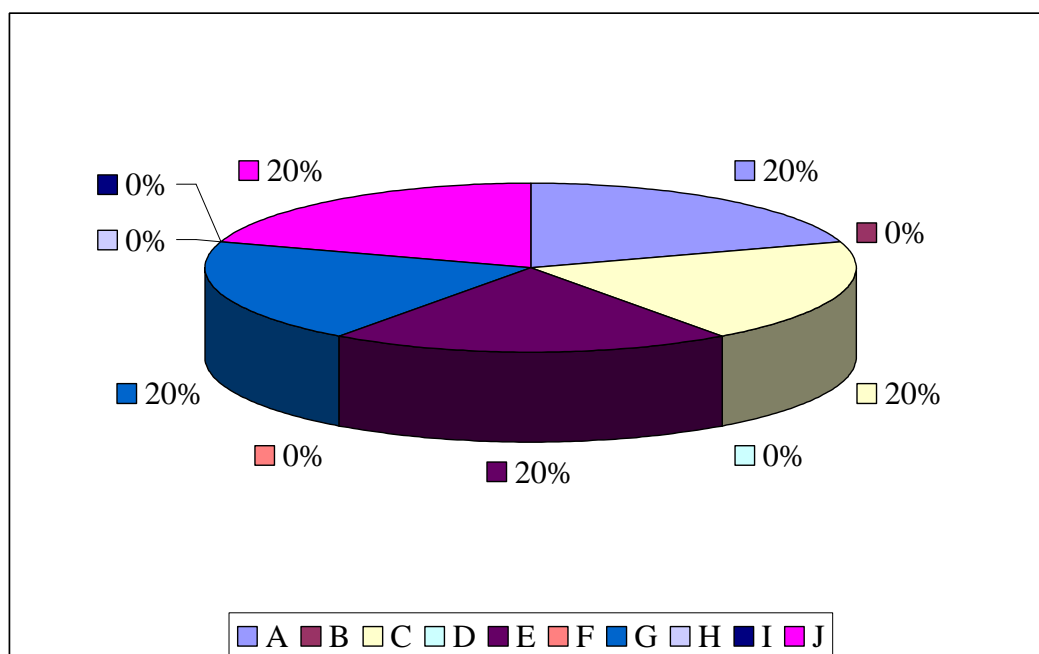
Slovní ohodnocení bazální stimulace:

„Kromě rehabilitace je tato terapie často jedinou, do které mohou být zapojováni klienti s nejtěžším kombinovaným postižením.“

Logopedie

Na otázku č.6 „*Jaké oblasti osobnosti klienta rozvíjí tato terapie především?*“ odpovědělo 20% dotázaných respondentů variantou a) jemná motorika, 0% variantou b) hrubá motorika, 20% variantou c) vnímání, 0% variantou d) pozornost, 20% variantou e) paměť, 0% variantou f) myšlení, 20% variantou g) emocionalita, 0% variantou h) vůle, 0% variantou i) charakter, 20% variantou j) jiné, uveďte prosím jaké. Jiné z odpovědi j) 1x odpověď psychologická a společenská oblast.

Graf č.55: Logopedie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 1.část

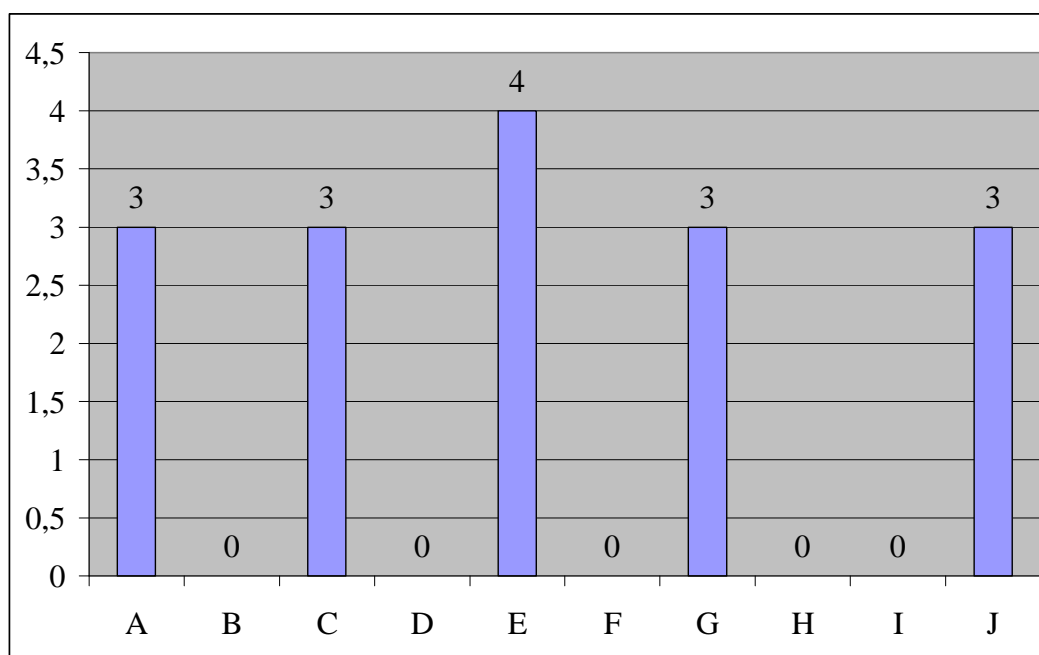


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č.6 byla ještě doplněna o následující část: respondenti byli požádáni, aby výše označené oblasti číselně ohodnotily z hlediska účinnosti terapie a dosažených výsledků v těchto oblastech. Hodnocení pak prováděli tak, že zakroužkovali číslici, která se nejvíce blížila jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (rozvíjí velmi 1 2 3 4 5 rozvíjí málo). Výsledky jsou uvedeny jako průměrná hodnota odpovědí. Variantu a) jemná motorika ohodnotili respondenti průměrnou známkou 3, variantu b) hrubá motorika ohodnotili průměrnou známkou 0, variantu c) vnímání ohodnotili

průměrnou známkou 3, variantu d) pozornost ohodnotili průměrnou známkou 0, variantu e) paměť ohodnotili průměrnou známkou 4, variantu f) myšlení ohodnotili průměrnou známkou 0, variantu g) emocionalita ohodnotili průměrnou známkou 3, variantu h) vůle ohodnotili průměrnou známkou 0, variantu i) charakter ohodnotili průměrnou známkou 0, variantu j) jiné, uveďte prosím jaké, ohodnotili známkou 3.

Graf č.56: Logopedie - Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.6 – 2.část



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č.7 „Jak byste celkově ohodnotil/a kvalitu poskytované terapie z hlediska jejího přínosu klientům?“ byli respondenti požádáni, aby zakroužkovali číslici, která se nejvíce blíží jejich názoru podobně jako při školní klasifikaci (Velice přínosná 1 2 3 4 5 Velice nepřínosná) a uvedli z jakého důvodu terapii takto hodnotí. Respondenti, kteří preferovali logopedii, hodnotili její kvalitu z 0% známkou 1, z 0% známkou 2, ze 100% známkou 3, 0% známkou 4, 0% známkou 5.

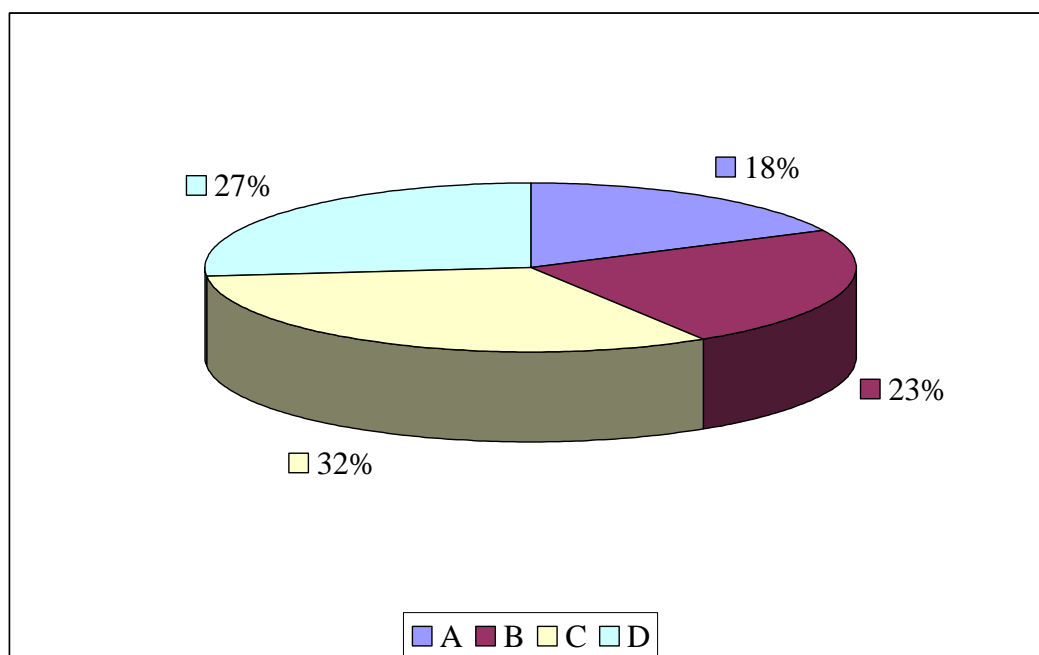
Slovní ohodnocení logopedie:

„Rozvíjí klienta v oblasti společenské, kulturní, psychologické.“

Otázka č.8 „Uvedte prosím, jakým způsobem (podle jakých kritérií) jsou klienti do Vaší terapie vybíráni?“ byla koncipována jako volná otázka, kde většina dotázaných respondentů uvedla odpovědi, které si byly vzájemně velmi podobné. Tyto odpovědi nebyly statisticky zpracované, je uvedeno pouze jejich shrnutí. Většina dotázaných uvedla, že klienti jsou do terapií vybíráni dle jejich zájmu. Dalším kritériem, které se vyskytlo u většiny odpovědí je dle individuálních možností a schopností klienta, dle hloubky a míry postižení. S tím souvisí i další kritérium a to dle potřeby rozvinout určitou oblast. Ve 4 případech se objevila odpověď, že do terapií jsou zapojováni podle rozvrhu všichni klienti a že nejsou vytvořena žádná kritéria. Ve dvou případech jsou klienti zapojováni do terapie dle ordinace lékaře.

Na otázku č.9 „Setkáváte se při vykonávání terapií s nějakými překážkami a nedostatky?“ volilo 18% odpověď a) nedostatek personálu, 23% odpověď b) nedostatečné vybavení (pomůckami apod.), 32% odpověď c) jiné, (uveďte prosím, jaké), 27% odpověď d) nesetkávám. Jiné z odpovědi c) 4x odpověď nedostatečné prostory pro terapii, 3x odpověď nevyhovující prostředí pro terapii, 3x odpověď nedostatečná frekvence terapií, 5x odpověď překážky ze strany personálu a to občasná demotivace ze strany vychovatelů, nedostatečně proškolený personál, nedostatečné domluvy mezi personálem protože nejsou dána stejná pravidla pro všechny, nedostatečné finanční ohodnocení odborných pracovníků a ošetření dalšího vzdělávání pracovníků, nejednotné hodnocení významu terapie pro klienty.

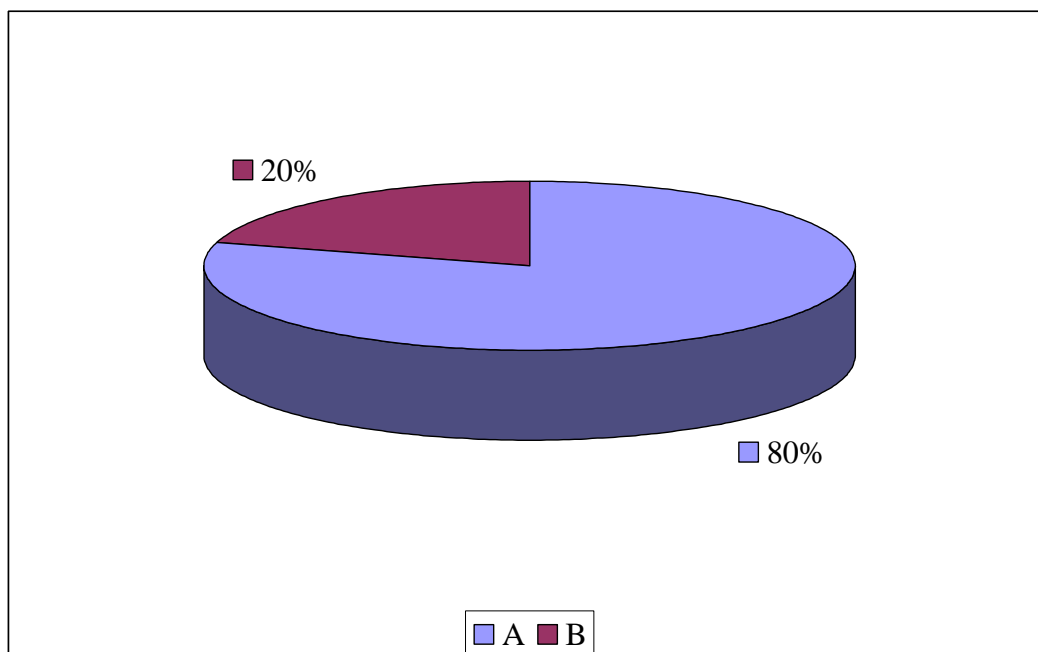
Graf č.57: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.9



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č.10 „Rozšiřujete si kvalifikaci v rámci své profese?“ odpovědělo 80% respondentů variantou a) ano, 20% variantou b) ne.

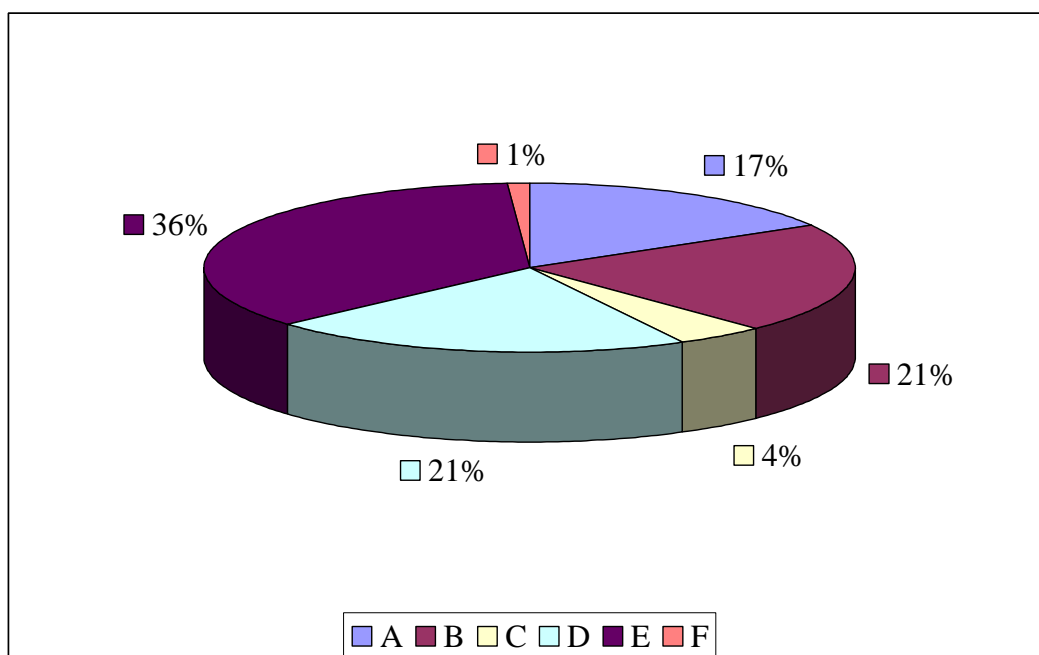
Graf č.58: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.10



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 11 „V případě, že jste na otázku č.10 odpověděl/a variantou ano, jakou formou si další vzdělávání doplňujete?“ uvedlo 17% variantu a) vzdělávací programy ve vzdělávacích zařízeních vysokých škol, vyšších odborných škol a ostatních vzdělávacích zařízeních, 21% variantu b) akreditované kurzy, 4% variantu c) odborné stáže v zařízeních sociálních služeb, 21% variantu d) školicí akce, 36% variantu e) samostudium, 1% variantu f) jiné, uveďte prosím jaké. Jiné z odpovědi f) konference.

Graf č.59: Odpovědi dotázaných respondentů na otázku č.11



Zdroj: vlastní výzkum

5. DISKUSE

5.1. Diskuse k řízenému rozhovoru

V úvodu této diskuse je dobré zmínit skutečnost, že ústavní péče prochází v současné době nepochybnými proměnami. V dobách nedávno minulých se služby pro osoby s mentální retardací často omezovaly pouze na ústavy sociální péče. V současnosti se pohled na tuto oblast péče mění, což je patrné i z nově přijatých právních předpisů vztahujících se k této problematice. V zařízeních sociální péče se zavádí standardy kvality sociálních služeb, které by měly přispět k zvýšení kvality života uživatelů sociálních služeb. Na aktuálnosti nabývají otázky dodržování lidských práv, otázky vzdělávání a pracovního uplatnění klientů s mentální retardací. Stále důrazněji se začínají prosazovat principy humanizace, normalizace, integrace a atomizace v ústavní péči. Hledají se nové cesty, jak přiblížit život klientů v těchto zařízeních běžnému způsobu života. To v sobě zahrnuje především požadavek přetransformovat současná pobytová zařízení směrem k jiným typům služeb, které budou poskytované v přirozené komunitě a budou podporovat sociální začlenění uživatele do společnosti. Tyto požadavky by se měly začít postupně naplňovat, nelze však počítat s tím, že k těmto změnám dojde okamžitě a hned, neboť transformace ústavní péče je proces značně problematický, který bude trvat celá desetiletí. I v přístupu k mentálně retardovaným osobám dochází k určitým změnám. Na mentální retardaci se již nehledí jako na stav, který je neměnný, ale jako na stav, kde je možné dosáhnout určitého zlepšení. Tato horní hranice dosažitelného rozvoje osobnosti je pak dána jednak závažností a příčinou defektu, jednak kvalitou individuálního výchovného a terapeutického působení na dané jedince (41). V této souvislosti se stále více objevují nové přístupy v péči o mentálně postižené, zvláště se jedná o zavádění různých nových metod a forem, které usilují o co nejvyšší stupeň rozvoje osobnosti a tím i podstatně přispívají ke zlepšení kvality života těchto jedinců. Výzkumná část práce byla pojata v kontextu těchto aktuálních otázek a měla přinést přehled o tom, jak se stávající pobytová zařízení k těmto otázkám staví a jak je řeší.

První oblast pro zjišťování tvořily otázky týkající se základních údajů o zařízeních. Otázka č.1 podává přehled o celkovém počtu klientů v zařízení. Lze konstatovat, že z hlediska kapacity jsou mezi jednotlivými zařízeními velké rozdíly. V nejmenším z těchto zařízení se nachází 34 klientů, v největším pak 150 klientů. Literatura k této oblasti uvádí, že zvláště v zařízeních s velkou kapacitou existuje větší riziko nehumánního přístupu ke klientům. Menší zařízení naopak snadněji dosahují transformace na instituce rodinného typu a mohou tak lépe naplňovat současné trendy v péči o mentálně postižené **(39)**.

Otázka č.2 se týkala věkového složení klientů v zařízení. Dle nového zákona o sociálních službách již nejsou zařízení rozdělována dle věku klientů na ústavy pro mládež a pro dospělé, jako tomu bylo dříve. V praxi se však ani dříve tato ustanovení striktně nedodržovala a rozdíly mezi jednotlivými ústavami se postupně stíraly, což je vzhledem k mentálnímu věku klientů zcela logické **(39)**. Z výzkumu bylo zjištěno, že šest zařízení přijímá klienty v dětském věku, čtyři zařízení mají dolní hranici pro přijetí věk osmnáct let. Horní hranici již nemá žádné zařízení pevně stanovenou.

Otázka č.3 zjišťovala zda jsou zařízení koedukovaná. V této souvislosti literatura doporučuje, aby byli do zařízení přijímáni muži i ženy, neboť soužití obou pohlaví je pro vývoj klientů mnohem vhodnější a celkově představuje mnohem přirozenější způsob života **(26)**. Výsledky výzkumu jsou v této oblasti příznivé, neboť osm z deseti zařízení uvedlo, že jsou zařízením koedukovaným.

Otázka č. 4 a č.5 se týkala druhu poskytovaných sociálních služeb jednotlivými zařízeními. Z šetření vyplývá, že klienty nejvíce využívanou formou sociální služby je Domov pro osoby se zdravotním postižením, nejméně využívanou pak Denní stacionář. Do budoucna by se měl tento poměr měnit ve prospěch takových služeb, které budou poskytovány v přirozené komunitě uživatele **(15)**.

Otázky č.6 a 7 zjišťovaly jaké je spektrum diagnóz v zařízení a které diagnózy převládají. V zařízeních se nachází největší počet klientů ve středním stupni mentální retardace, za ní následuje těžká mentální retardace, pak lehká mentální retardace a nakonec hluboká mentální retardace. Literatura uvádí, že v rozporu s humanizačními trendy byly do některých zařízení pro mentálně postižené umisťováni pacienti

z psychiatrických léčeb s těžkými duševními poruchami, lidé s Alzheimerovou nemocí, lidé závislí na návykových látkách apod., jež neměli diagnózu mentálního postižení. Tito lidé však do zařízení určených pro osoby s mentální retardací nepatří, neboť potřebují zcela odlišný způsob péče a život mentálně postižených mohou vážně narušit (39). Z výzkumu vyplynulo, že tyto klienty nepřijímá žádné ze sledovaných zařízení.

Otázky č.8 a č.9 se zaměřily na personální obsazení v zařízeních. Mnozí autoři v tomto ohledu varují před dříve velmi uplatňovaným medicínským modelem, ve kterém převažoval zdravotnický personál, který se soustředil především na uspokojování biologických potřeb klienta (26). Odborníci z této oblasti doporučují, že by zařízení měla strukturu svých pracovníků změnit a posilovat ji o nové profese. V každém zařízení by pak měli být v dostatečném množství zastoupeni pedagogičtí pracovníci, speciální pedagogové, různí terapeuti, asistenti, instruktoři pracovní výchovy apod. (12, 39). Výsledky výzkumu ukazují, že ve sledovaných zařízeních převažují z 60% pracovníci v sociálních službách, 30% dotázaných uvedlo, že v jejich zařízení převažují pedagogičtí pracovníci a 10% dotázaných uvedlo, že v jejich zařízení převažuje personál zdravotnický. Stále nedostatečně jsou zastoupeni odborníci z oblasti speciální pedagogiky (speciální pedagog je přítomen ve 4 zařízeních) a psychologie (psycholog není přítomen v žádném ze zařízení). Přesto lze konstatovat, že všechna zařízení se alespoň částečně snaží včlenit do své struktury i pracovníky z jiné oblasti, než zdravotnické.

Druhý zkoumaný okruh představovala oblast bydlení. Bydlení osob s mentální retardací by se mělo v domovech pro osoby se zdravotním postižením co možná nejvíce přiblížit normálnímu životu. Klienti by měli být ubytováni na pokoji maximálně po třech lidech a kde to podmínky dovolí, měli by mít možnost žít v pokoji samostatně (39). Otázka č. 10 zjišťovala pro kolik osob jsou určeny pokoje v zařízení. Nejčastěji se vyskytla odpověď, že klienti jsou ubytováni v dvoulůžkových pokojích a to z 28%, ubytování v jednolůžkových a třílůžkových pokojích se vyskytlo ve stejném počtu 24%, v dalších 18% se vyskytla odpověď čtyřlůžkové pokoje. V ojedinělých případech dotázaní uvedli, že jsou klienti ubytováni ve vícelůžkových pokojích a to až po

devatenácti lidech. Všechna zařízení shodně uvedla, že klienti mají volný přístup do svých pokojů (otázka č.11) a pouhých 12% dotázaných uvedlo, že klienti nevlastní žádné klíče, ať se tím míní klíče od pokoje, skříně a skříněk, vlastního stolu apod. To ukazuje na skutečnost, že se zařízení snaží zachovávat právo na soukromí klientů (otázka č.12).

V současné době směřují trendy v ubytování mentálně postižených k chráněnému bydlení (25). To se však v podmínkách ústavní péče zatím nepodařilo zcela prosadit, což ukazuje otázka č.14. Možnost chráněného bydlení nabízí prozatím 30% (3) zařízení. Zařízení, která chráněné bydlení poskytují, uvádí, že byty jsou častěji umístěny v areálu ústavu (60%), než mimo ústavní areál (40%). Zařízení, která chráněné bydlení nenabízí to zdůvodňují jednak z 25% ekonomickými problémy, jednak z 13% nevyhovujícími prostory, nejčastěji však 62% dotázaných uvedlo odpověď, že s chráněným bydlením do budoucna počítají a mají zpracovaný jeho projekt, případně spolupracují z jinou organizací, poskytující chráněné bydlení.

Okruh otázek týkající se možnosti vzdělávání a rozvoje kognitivních funkcí v podmínkách ústavní péče přináší důležité informace. Učení je totiž jednou z hlavních a také nejúčinnějších terapií mentální retardace (39). V současné době prochází školství pro jedince s mentálním postižením významným rozvojem. Děti s těžšími formami postižení již nejsou zbavovány povinné školní docházky (jako tomu bylo dříve) a tím i práva na vzdělání. Jak vyplývá z otázky č. 18, vzdělání na základní úrovni probíhá ve všech zařízeních, kde jsou umístěni klienti ve věku povinné školní docházky. Čtyři ze šesti dotázaných uvedla, že klienti jsou dováženi do základních škol speciálních a základních škol praktických mimo areál zařízení. Švarcová uvádí, že tato forma je pro klienty přínosnější, protože mohou opustit prostředí ústavu, kde tráví většinu času (39). Další možností je pak zřizovat třídy ve formě odloučených pracovišť základních škol nebo základních škol speciálních a základních škol praktických, to využívají dvě zařízení.

Možnost vzdělání v období přípravy na budoucí povolání uvedla pouze čtyři zařízení. Z tohoto počtu zvolila dvě zařízení možnost docházky do praktické školy, dvě

zařízení pak tuto přípravu provádí formou pracovního zácviku pro jednoduché práce v ústavním provozu, v chráněné dílně a v chráněném pracovišti.

V souvislosti se vzděláváním nelze opomenout kategorii dospělých. Ti mají v současné době také možnost doplnit si základní vzdělání formou kurzů. Týká se to především těch, kteří byli v minulosti z různých důvodů např. z institutu nevzdělavatelnosti osvobozeni od povinné školní docházky nebo školní docházku nedokončili. MŠMT ČR vydalo k doplnění vzdělání sérii Metodických pokynů, které se snažily odstranit tento způsob diskriminace (40). Z výzkumného šetření vyplývá, že tato možnost je dána klientům v pouhých 40% (4) zařízení.

Neméně důležitou součástí vzdělávání dospělých představuje možnost dalšího vzdělávání, které je nedílnou součástí strategie celoživotního učení. U osob s mentální retardací má tento proces své opodstatnění, protože jak uvádí Vágnerová, pokud mentálně postiženého dospělého ponecháme bez dalšího vedení, své dovednosti a návyky ztrácí (41). Jestli je toto vzdělávání uskutečňováno ověřovala otázka č.22, v rámci které se v 90% vyskytla odpověď, že toto vzdělání je poskytováno. Děje se tak nejčastěji formou udržování vědomostí v rámci výchovně vzdělávacího působení.

Rámcově lze tedy říci, že ve všech zařízeních, kde jsou umístěni klienti s povinnou školní docházkou probíhá vzdělávání na základní úrovni a ve většině z nich je alespoň nějaká forma následného vzdělávání.

Otázka č. 25 se týkala využívání některých forem alternativní a augmentativní komunikace, které by měly vést k zlepšení komunikačního procesu zvláště u jedinců s těžšími formami mentálního postižení. Výsledky v tomto ohledu nejsou uspokojivé. Bylo zjištěno, že metody alternativní a augmentativní komunikace se u jedinců s těžkou a hlubokou mentální retardací neprojektují v dostatečné míře. Šest z deseti zařízení tyto formy vůbec nevyužívají. Tam, kde se tyto metody uplatňují je nejvíce zastoupená znaková řeč, která je však určena pro osoby s přidruženou diagnózou sluchového postižení. Z ostatních metod se využívá komunikace referenčními předměty, systém Makaton, Piktogram systém a sociální čtení.

Další zkoumanou oblastí bylo využívání specifických terapií v jednotlivých zařízeních. Šíře nabídky jednotlivých aktuálních metod a forem uplatňující se

v rozvoji osobnosti klientů byla podrobněji zmapována, neboť se tato oblast vztahuje ke stanoveným hypotézám.

Otázka č. 25 zjišťovala, zda jsou v zařízeních využívány některé z forem uměleckých (expresivních) terapií. Žádné umělecké terapie nevyužívají dvě zařízení. Ze zbylých osmi zařízení je nejvíce preferovaná arteterapie (využívá ji osm zařízení). To se shoduje s literaturou, která uvádí, že arteterapie je v současné době nejvíce využívanou terapeutickou metodou v oblasti léčebné pedagogiky (34). Hned za ní následuje muzikoterapie, kterou využívá sedm zařízení. Dramaterapii a teatroterapii využívají čtyři zařízení, taneční a pohybovou terapii dvě zařízení, biblioterapii pak nevyužívá žádné zařízení.

Součástí otázky bylo i slovní ohodnocení terapie z hlediska jejího přínosu a dosažených výsledků u klientů. Velká část dotázaných uvedla, že tyto terapie probíhají formou kroužků. Zde je dobré si položit otázku, co můžeme ještě nazvat terapií a co již nemá s terapií nic společného. Literatura uvádí, že v případě využívání terapií ve výchově, se setkáváme s různými názory a postoji. Na jedné straně je to požadavek důkladné přípravy terapeutů, na druhé straně se setkáváme s trendem upouštět od požadavků a snahou co nejširěji využít terapeutické techniky ve výchově až po zjednodušení celé záležitosti v tom smyslu, že to, co bylo předtím výchovnou činností, se pouze nazve terapií, ale nic nového se vlastně neděje (29). Pokud se blíže podíváme na jednotlivé odpovědi dotázaných, můžeme konstatovat, že tyto terapie stojí na pomezí zájmových kroužků a specializovaných terapeutických skupin, do kterých jsou klienti vybíráni podle určité míry nadání nebo speciálních cílů výchovy a léčby (například rozvinout určitou oblast, uvolnit psychickou tenzi apod.). Samotný přínos jednotlivých terapií bude okomentován v rámci kapitoly vyhodnocení dotazníku.

Otázka č.26 se vztahovala k uplatňování rehabilitačních metod v jednotlivých zařízeních. Literatura uvádí, že rehabilitační metody jsou jednou z nejdůležitějších částí péče o osoby s těžšími formami mentálního a kombinovaného postižení, neboť psychomotorický vývoj těchto jedinců je mnohdy tak poškozen, že bez jeho průběžné stimulace si nelze představit jakýkoliv další osobnostní rozvoj ani edukaci (44). Výzkum v této oblasti zjistil, že ve všech zařízeních se rehabilitace poskytuje

minimálně na základní úrovni (masáže, vířivé koupele apod.). Zařízení využívají různé formy rehabilitace, jejich rozsah je poměrně široký, což ukazuje graf č.24. Čtyři zařízení poskytují i léčebnou tělesnou výchovu, dvě zařízení mají vlastní rehabilitační bazén. Lze tedy konstatovat, že v žádném ze zařízení nechybí alespoň nějaká forma rehabilitace a po této stránce jsou zařízení zajištěna.

Otázka č.27, č.28, a č.29 se týkala uplatňování ergoterapie a činnostní terapie. Pracovní terapie a zlepšení podmínek pro pracovní uplatnění klientů těchto zařízení představují důležité otázky, kterými by se měla zařízení zabývat. Zařízení by měla vytvářet dostatečnou podporu klientů při vytváření a udržování jejich schopnosti pracovat a měla by vyvíjet snahu najít pro uživatele pracovní příležitosti. V této souvislosti je třeba podotknout, že zařízení často suplují činnost chráněných pracovišť, kam by lidé s mentálním postižením měli docházet, kde je však trvalý nedostatek volných míst zejména pro klienty se závažnými formami postižení (**13, 39**).

Výsledky výzkumu ukazují na to, že ergoterapie a činnostní terapie je uplatňována ve všech zařízeních. Co se týče typů pracovní činnosti, tak všechna zařízení (10) uvedla, že klienti se podílejí na úklidu vlastních obytných prostor a pomáhají při různých pracích na zahradě. V celkem osmi zařízeních dochází klienti do pracovních dílen v areálu ústavu. Zařízení nejčastěji zřizují pro klienty dílny keramické a dílny zaměřené na textilní ruční práce (vyšívání, šití, háčkování, pletení). Často se zřizují i dílny zaměřené na výtvarné práce (jako např. malování na sklo a hedvábí) a oblíbené jsou i dřevodílny. Z ostatních, již méně preferovaných činností v rámci pracovních dílen lze jmenovat tkalcovskou dílnu, cvičnou kuchyňku, výrobu suchých vazeb, věnců a svícňů, výrobu rohoží, kovodílnu či košíkářskou dílnu.

Ve čtyřech zařízeních se intenzivně věnují ergoterapii zaměřené na zemědělskou činnost, v rámci níž se klienti věnují oborům pěstitelství, sadařství a chovatelství. Čtyři zařízení zapojují klienty do pomocných prací v ústavním provozu (v kuchyni, prádelně, úklidové práce v zařízení a pomoc při ošetřování klientů na zdravotních odděleních). Tři zařízení zapojují klienty do činností na chráněném pracovišti mimo areál zařízení (pekárna, úklidové práce ve speciální škole, úklidové práce ve městě). Dvě zařízení mají

zřízené chráněné dílny v areálu ústavu formou pobočky firem, v rámci nichž klienti provádí demontáže tiskáren a skládání krabiček.

V šesti zařízeních jsou klienti zaměstnáni na dohodu o provedení práce a to v rámci ergoterapie zaměřené na zemědělskou činnost, v rámci pomocných prací v ústavním provozu, v chráněné dílně a na chráněném pracovišti. Lze tedy říci, že pracovní terapie je pojímána v zařízeních různou formou a že je většinou soustředěná na činnosti v areálu ústavu.

Otázka č.30 se týkala poskytování dalších specifických terapií. Z těchto terapií lze jmenovat zooterapii, která zaujímá mezi terapiemi výjimečné postavení, protože terapeutickým prostředkem je zde kromě člověka jiný živý tvor-zvíře (29). Výsledky výzkumu ukazují na to, že zooterapie je ve sledovaných zařízeních poměrně oblíbenou metodou. Celkem devět zařízení uvedlo, že poskytuje v nějaké formě hipoterapii a šest zařízení uvedlo canisterapii.

Z dalších terapií šest zařízení uplatňuje v rámci své péče také logopedii. To poukazuje na to, že v oblasti komunikace je věnována větší pozornost dílčím poruchám komunikace způsobených vadami řeči, než praktikování alternativní a augmentativní komunikace u klientů s těžšími formami mentálního postižení.

Tři zařízení uvedla, že uplatňují v péči o mentálně postižené klienty bazální stimulaci. Literatura hovoří o bazální stimulaci jako o metodě, která se užívá u jedinců s těžkým a hlubokým postižením, u kterých není možné vzhledem k jejich postižení provádět běžné edukační postupy, programy a terapie (29). Lze konstatovat, že metoda bazální stimulace je jednou z mála metod, kterou je možno uplatnit u osob se závažnými formami postižení. I když některá zařízení již tuto metodu do péče o lidi s hlubším mentálním postižením včlenila, nedostává se jí zatím takové podpory jako je tomu u ostatních terapií, které však nejsou jedincům s hlubšími formami postižení dostupné.

V závěru bloku otázek týkajících se specifických terapií bylo sestaveno dodatečné pořadí uplatňovaných terapií (viz graf. č.31, tabulka č.29). Tento graf byl klíčový pro ověření stanovené hypotézy číslo dvě: „Domnívám se, že nejčastěji využívanou formou rozvoje osobnosti klientů je arteterapie.“ Z výsledků grafu č.31 vyplynulo, že hypotéza č.2 byla falzifikována. Nejvíce využívanou metodou rozvoje

osobnosti klientů ve sledovaných zařízeních je ergoterapie a činnostní terapie, která je uplatňována ve všech deseti zařízeních. Ve všech zařízeních jsou rovněž využívány rehabilitační metody, které byly do souboru specifických terapií pro ověření hypotézy rovněž včleněny. Devět zařízení také uvedlo, že využívá nějaké z forem hipoterapie. Arteterapie je z tohoto pohledu až čtvrtou nejvyužívanější metodou rozvoje osobnosti klientů a využívá ji osm zařízení. Za ní následuje s malým odstupem muzikoterapie (sedm zařízení) a dále canisterapie a logopedie (šest zařízení), dramaterapie (čtyři zařízení), bazální stimulace a aromaterapie (tři zařízení), taneční a pohybová terapie (dvě zařízení) a ostatní terapie (biofeedback, ostatní zooterapie využívají dvě zařízení).

Okruh otázek zabývajících se specifickými terapiemi jakožto aktuálními metodami rozvoje osobnosti klientů se vztahuje také k hypotéze číslo jedna: „Domnívám se, že existují rozdíly v šíři nabídky metod a forem rozvoje osobnosti klientů mezi jednotlivými ústavy sociální péče v rámci Jihočeského kraje.“ Ačkoliv do metod a forem rozvoje osobnosti můžeme zařadit vzdělávání a mnohé další metody, pro ověření hypotézy byly vybrány pouze specifické terapie a nové formy rozvoje osobnosti klientů. Z výsledků výzkumu vyplývá, že hypotéza číslo jedna byla verifikována. Klíčovým grafem pro ověření hypotézy je graf. č.32, který byl vytvořen dodatečně na základě analýzy nabídky specifických terapií v jednotlivých zařízeních sociální péče. Z grafu je patrné, že se jednotlivá zařízení v počtu nabízených terapií mezi sebou liší. Zařízení nabízí nejméně tři terapie a nejvíce pak deset terapií.

Otázka č. 32 se týkala překážek a nedostatků při uplatňování terapií. Výsledky přinesly následující poznatky. Dotázaní viděli nejvíce překážek ze strany klientů a to především v jejich motivaci k nějaké činnosti. Ze strany personálu pak přinášely největší problémy vztahy mezi personálem a nejednotné vedení. Žádný z vedoucích pracovníků nevedl nedostatek personálu nebo nekvalifikovaný personál. Ze strany materiálního zajištění terapie se pak některá zařízení potýkala s nedostatkem finančních prostředků a nevyhovujícími prostory.

Otázka č.33 týkající se oblasti volnočasových aktivit byla koncipována jako volná otázka, kde se dotázaní mohli vyjádřit, jaké aktivity mohou klienti využívat. Mnozí autoři v tomto směru varují před nadbytkem volného času v ústavních

zařízeních, zvláště pokud je tento čas tráven pasivně, bez vyplnění nějakou pozitivní činností. Přemíra volného času může vyústit do nežádoucího chování, případně do destruktivního nebo sebedestruktivního jednání klientů. Proto by se klientům i v této oblasti mělo dostat náležité podpory ze strany personálu (38).

Odpovědi dotázaných ukazují na to, že nabídka volnočasových aktivit je v zařízeních na poměrně dobré úrovni. Všechna zařízení uvedla, že svým klientům nabízí sportovní a pohybové aktivity a také kulturní akce. Ve velké části zařízení nechybí ani nabídka různých zájmových kroužků a devět zařízení také uvedlo, že pořádají pobyty klientů mimo zařízení. Výjimkou není ani návštěva města a využívání různých služeb mimo areál zařízení.

Poslední zkoumanou oblastí řízeného rozhovoru tvořily volné otázky z různých okruhů.

Otázka č. 36 se vztahuje k zvyšování míry samostatnosti a sebeobsluhy u klientů. Literatura uvádí, že by se zařízení měla soustředit na nácvik zvládnutí sebeobslužných činností a snažit se tím o co nejvyšší stupeň samostatnosti klientů a jejich nezávislosti na péči. Kromě nacvičování hygienických návyků, péče o tělo a zásad stolování, by se měli klienti vést k činnostem, jakými jsou příprava jednoduchých jídel, používání technického vybavení, drobné úpravy oděvů a taktéž k orientaci v prostředí, nakupování apod., což v dnešní době nabývá zvláště na aktuálnosti, vzhledem k tomu, že by se část klientů v budoucnu měla přesunout do chráněných bydlení (39). Z odpovědí dotázaných je patrné, že v oblasti sebeobsluhy je dána klientům dostatečná podpora, byl uveden i názor, že se personál snaží klienty v tomto směru přepečovat. Zařízení se zaměřují na získávání základních sebeobslužných dovedností. Pozitivně lze hodnotit, že se alespoň polovina zařízení snaží vést klienty k získávání dovedností spojených s životem v domácnosti (úklid obytných prostor, nácvik vaření, používání technického vybavení). Naopak podporu k osamostatňování v oblasti používání veřejných míst a služeb lze charakterizovat jako nedostatečnou. Větší snahu vést klienty k osamostatnění v pohybu mimo zařízení projevují pouze dvě zařízení. Domovy se v této souvislosti obecně soustřeďují více na aktivity probíhající uvnitř zařízení.

Otázka č.37 zjišťovala, jaké dovednosti jsou důležité pro rozvoj osobnosti a je na ně zároveň v zařízeních kladen důraz. Nejčastěji se vyskytla odpověď, že důraz je kladen na zvládání osobní péče, sebeobsluhy a hygienických návyků. Dále byl preferován rozvoj komunikace. Z jiných otázek je ale patrné, že podpory v této oblasti se dostává spíše osobám s lehčím stupněm postižení, které trpí vadami řeči, než osobám s těžšími formami postižení, u kterých by se měly uplatňovat alternativní a augmentativní způsoby komunikace. Další z častěji se vyskytujících odpovědí byly dovednosti spojené s orientací v životě.

Otázky č.38 a č.39 se týkaly možnosti samostatného rozhodování klientů. Tato oblast však zahrnuje velmi širokou problematiku, která se dotýká respektování a dodržování základních lidských práv a její zpracování není v možnostech této práce. Lze konstatovat, že ve všech zařízeních mají klienti možnost samostatně se rozhodovat o svých volnočasových aktivitách což ukazuje otázka č.34 a většina klientů si má možnost vybrat dle zájmu i zařazení do terapií, což naznačuje otázka č.31. Výsledky ukazují, že všichni dotázaní cítili odpovědnost za řešení otázek ohledně práva na svobodné rozhodnutí a toto právo se do určité míry snažily u klientů respektovat, především v závislosti na stupni jejich postižení. Literatura zdůrazňuje, že klient má právo vyslovit své názory, má právo se rozhodnout a sdělit své skutečné pocity (39).

Otázka č. 40 se týkala řešení sexuality lidí s mentálním postižením, kdy se dotazovaní vyjadřovali formou volných odpovědí. Literatura k této otázce uvádí, že zařízení by měla být koedukovaná. Chlapcům a dívkám by se nemělo bránit v společné komunikaci, v navazování přátelství i hlubších vztahů a měli by mít možnost si vzájemně pomáhat. Švarcová v tomto směru uvádí, že obavy z problémů sexuální povahy se v praxi ukazují jako neopodstatněná a že je třeba přestat tabuizovat otázky sexuální povahy v těchto zařízeních (39). Nicméně v současnosti se teprve začíná otevřeně hovořit o tom, že i mentálně postižení mají svoje sexuální potřeby a že potřebují pomoci řešit problémy s tím spojené. Z odpovědí dotázaných je patrné, že se touto oblastí života zabývají a většina zařízení se jí snaží i na určité úrovni řešit. Všechna zařízení umožňují svým klientům setkávat se s opačným pohlavím. Vzniklé partnerské vztahy se pak častěji odvíjí na bázi nefyzických kontaktů, které podporují

všechna zařízení. Více jak polovina zařízení by také partnerským párům nebránila žít spolu sexuálně. V praxi však v současné době spolu takto trvale žijí dvě partnerské dvojice v jednom ze zařízení. Některá zařízení umožňují toto soužití po určitou dobu (víkendy, společné pobyty mimo zařízení). Systematická sexuální výchova není zavedena v žádném zařízení. Výchova v této oblasti se děje spíše na základě individuálních pohovorů a poučení. Více jak polovina zařízení v této oblasti školí své zaměstnance. Tato problematika představuje velmi citlivé téma, které se dotýká nejen klientů a personálu, ale zasahuje i rodiče a ostatní klientovi blízké. Lze konstatovat, že zařízení se těmto otázkám nevyhýbají a snaží se o daných problémech diskutovat v rámci týmu i s odborníky daných oblastí.

Otázka č. 41 se týkala spolupráce zařízení s rodinami klientů. Autoři v této souvislosti hovoří o důležitosti této spolupráce a kladou důraz na posilování kontaktů mezi rodinami a klienty ústavu a to i tehdy, když někteří rodiče o tyto kontakty nejeví zájem (39). Otázky byly otevřené a dotazovaní se vyjadřovali formou volných odpovědí. Z odpovědí je patrné, že tam kde je to možné se většina zařízení snaží kontakty klientů s přirozeným prostředím (rodinou, blízkými přáteli) podporovat.

Otázka č. 42 zjišťovala, zda zařízení spolupracují s ostatními domovy, organizacemi a institucemi a zda se snaží otevřít běžné společnosti. Literatura k této otázce říká, že by se ústavy neměly uzavírat okolnímu světu a měly by se co nejvíce účastnit života mimo domov (44). Z odpovědí dotázaných vyplývá, že se většina zařízení prezentuje jako otevřená v kontaktech s ostatními domovy a jinými organizacemi. Všechna zařízení uvedla, že se snaží otevřít dům pro širší veřejnost, mnozí zvou do svých zařízení návštěvy různého druhu (žáky škol, představitele města, umělce apod.). Některá zařízení vyvíjejí snahu i v oblasti vlastních komerčních aktivit, ať je to prodej vlastních výrobků nebo poskytování různých druhů služeb (poskytování rehabilitačních kapacit, občerstvení).

Otázka č. 43 zjišťovala, co si dotázaní představují pod pojmem humanizace. Z uvedených odpovědí vyplývá, že si dotázaní plně uvědomují důležitost otázky humanizace ústavní péče a že cítí potřebu, aby byly její principy v zařízeních postupně naplňovány.

Otázka č. 44 byla směřována k transformaci pobytových služeb a zjišťovala, zda zařízení v této souvislosti plánují nějaké změny. Odpovědi dotázaných ukazují na to, že v sedmi zařízeních zatím žádné změny neplánují a ve třech zařízeních by chtěli část klientů přesunout do chráněného bydlení, jehož projekt mají zpracovaný, přičemž žádné zařízení dosud není ve fázi vlastní realizace projektu. To potvrzuje fakt, že proces transformace bude značně zdlouhavý a že v brzké době nelze očekávat že stávající pobytová zařízení budou nahrazena jinými typy služeb.

5.2. Diskuse k dotazníku

Jedním z cílů diplomové práce bylo zjistit kvalifikovanost terapeutů. K tomu se vztahovala otázka č.3, která zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z odpovědí dotázaných respondentů vyplývá, že největší část terapeutů (82%) má středoškolské vzdělání s maturitou. U těch dotázaných, kteří uvedli i vystudovaný obor je nejvíce zastoupena střední pedagogická škola (vychovatelství), velká část dotázaných však tento obor neuvedla. Z vysokoškolsky vzdělaných pracovníků (11%) mají tři vystudovanou speciální pedagogiku, jeden zdravotně sociální fakultu. Zbylých 7% dotázaných pak uvedlo, že jsou vyučeni, v jakém oboru neuvedli. Ke kvalifikaci se vztahuje i otázky č.10 a č.11, které zjišťovaly, zda si respondenti v rámci své profese rozšiřují kvalifikaci. Na to kladně odpovědělo 80% dotázaných. Nejvíce využívanou formou je samostudium (uvedlo 36%), pak vzdělávání v akreditovaných kurzech (uvedlo 21%), a ve formě školících akcí (uvedlo 21%), a dále vzdělávací programy ve vzdělávacích zařízeních vysokých škol, vyšších odborných škol a ostatních vzdělávacích zařízeních (uvedlo 17%), odborné stáže v zařízeních sociálních služeb (uvedli 4%), účast na konferencích (uvedlo 1%) dotázaných. Profesionální zařazení těchto osob ve sledovaných zařízeních je nejčastěji vychovatel (60%), pracovník sociální péče (16%) a zbylé odpovědi jako fyzioterapeut, muzikoterapeut, ergoterapeut, logopedický asistent se vyskytují v malém množství. Rámcově lze říci, že personál, který se podílí na realizaci některé z terapií je většinou středoškolsky vzdělaný a v rámci profesního zařazení v domovech působí nejčastěji jako vychovatel, nebo pracovník sociální péče.

Další oblast pro zjišťování tvořily otázky týkající se hodnocení jednotlivých terapií (otázky č.5, č.6, č.7). Z celkového počtu respondentů se v rámci své profese nejvíce dotázaných zabývalo ergoterapií, následovala arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, terapie hrou, taneční a pohybová terapie a zastoupeny byly i biblioterapie, psychomotorická terapie, bazální stimulace, hipoterapie, canisterapie, aromaterapie, fyzioterapie a logopedie. Zde je nutné poukázat na to, že v porovnání s řízeným rozhovorem u vedoucích pracovníků se v rámci dotazníků vyskytují i terapie, které vedoucí pracovníci neuváděli. To je možné ve shodě s literaturou zdůvodnit tím, že názory na to, co je možno nazývat terapií se skutečně různí. Lze se domnívat, že v rámci výchovného působení zaměstnanci přirozeně uplatňují určité prvky různých terapeutických technik, například motivují děti k určité činnosti formou hry (což pak bývá nazváno terapií hrou), nebo klientům předčítají, popřípadě si čtou společně s klienty (což pak nazývají biblioterapií) atd. To je však všeobecný problém, s kterým se setkáváme vždy, když chceme tyto terapie hodnotit. Je to dáno jednak tím, že otázky týkající se odborné přípravy terapeutů a definování jejich kompetencí nebyly v ČR zatím zcela zodpovězeny, a taktéž otázky komu, kdy a jak by měly být terapie poskytovány u nás nebyly uspokojivě vyřešeny. A proto může docházet k tomu (jak již bylo v textu několikrát zmíněno), že se výchovné činnosti nazvou a zamění za terapii, aniž by vlastnily jejich požadované atributy (29).

Za nejpřínosnější terapii zvolili dotázaní respondenti ergoterapii, poté je pořadí následující: arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, hypoterapie, canisterapie a bazální stimulace, logopedie. Respondenti tyto terapie hodnotili na základě jejich přínosu a dosažených výsledků u klientů podobně, jako to dělali vedoucí pracovníci v řízeném rozhovoru. Vyjádření k hodnocení vedoucích pracovníků a jednotlivých terapeutů budou posuzovány společně a popřípadě porovnány.

Ergoterapie je v zařízeních celkově nejpreferovanější terapií a jak naznačují výpovědi respondentů, přikládá se jí v zařízeních velký význam. Ergoterapie napomáhá k rozvíjení všech oblastí osobnosti člověka. Rozvíjí motorické i kognitivní funkce, upevňuje pracovní návyky a správný postoj k práci, smysl pro zodpovědnost, rozvíjí sebevědomí a dává možnost určité seberealizaci. Autoři uvádí, že ergoterapie pomáhá

k obnově postižených funkcí a směřují k rozvoji tělesnému i duševnímu, působí i na pocity, estetické cítění, rozvíjí řeč i myšlení. Prostředkem působení je tu vždy činnost. Ergoterapie ovlivňuje celou osobnost a je použitelná u všech typů postižení a u lidí každého věku (47). Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti, aktivní začlenění do společnosti a zvýšení kvality života (48).

Arteterapie jako druhá preferovaná terapie je ve sledovaných zařízeních oblíbenou metodou. Dle odpovědí respondentů se dosahuje příznivých výsledků zejména v oblasti jemné motoriky a v oblasti emocionální (dává možnost projevu vnitřního cítění a emocí, vede k uvolnění, zklidnění a odbourání negativních emocí, navozuje pocity radosti). Rozvíjí fantazii a kreativitu, vede k soustředění a celkově rozvíjí osobnost klienta. Tyto výpovědi se shodují s literaturou zabývající se arteterapií.

Respondenti, kteří se vyjadřovali k muzikoterapii viděli největší přínos v oblasti pozornosti a v oblasti emocionální (poskytuje uvolnění a relaxaci, je účinným prostředkem odbourání tenze, podporuje individuální vyjádření emocí). Muzikoterapie zasahuje celou psychiku, rozvíjí smyslové vnímání, estetické cítění, pohybovou činnost. Tyto názory plně korespondují s autory, kteří se muzikoterapií zabývají.

U dramaterapie se dle odpovědí respondentů dosahuje pozitivních výsledků zejména v oblasti vnímání, paměti a v oblasti emocionality. Dramaterapie účinně rozvíjí řeč a myšlení a celkově rozvíjí osobnost klienta. Tam kde je tato metoda spojená s realizací divadelních představení pro širší veřejnost se pak podílí i na integraci a poznávání jiných sociokulturních prostředí. Odpovědi dotázaných se v porovnání s autory zabývající se dramaterapií mnoho neliší. Ti uvádí, že zvláště u jedinců s postižením je důležité, že tato metoda podporuje duševní a pohybové aktivity, vnímání a myšlení, rozvíjí řeč, fantazii a tvořivost, vede ke koncentraci pozornosti, ke korekci chování a k zlepšení vzájemných vztahů a rovněž podněcuje integraci (42).

Z odpovědí dotázaných zabývající se hipoterapií je patrné, že rozvíjí klienta po všech stránkách osobnosti. Pozitivně působí na oblast vůle a emocionality, vede k rozvoji motoriky (především hrubé), k rozvoji vnímání, pozornosti i charakteru. To se shoduje s literaturou věnující se hipoterapii. Autoři se v této souvislosti vyjadřují o

hipoterapii jako o jedné z komplexních terapií (fyzioterapií, psychoterapií i socioterapií), která je použitelnou téměř při každém druhu a stupni postižení (29).

Canisterapie dle názorů respondentů rozvíjí především motoriku, vnímání, pozornost a emocionalitu klientů a celkově přispívá k spokojenosti klientů. Podle autorů zabývajících se canisterapií může být pes pro jedince s mentálním postižením prostředníkem, který mu zprostředkovává vztah s okolním světem, pomáhá mu při orientaci a při nácviu sebeobsluhy. Pes dokáže eliminovat emoční výkyvy a negativistické projevy. Klienta učí odpovědnosti a osvojování určitých vědomostí, dovedností a návyků a celkově rozvíjí jeho osobnost (29).

Bazální stimulace přináší dle odpovědí respondentů rozvoj ve všech oblastech osobnosti, podporuje zejména vnímání a pozornost a je jednou z mála terapií, do které se mohou zapojit i klienti s nejtěžším kombinovaným postižením. Literatura uvádí, že formou bazální stimulace se klientům zprostředkovává elementární základní nabídka přiměřených podnětů potřebných pro vývoj osobnosti, které si jedinec vzhledem k těžkému postižením nemůže sám obstarat (32).

Logopedie rozvíjí především motoriku mluvidel, dále vnímání, paměť, emocionalitu a celkově rozvíjí klienty v oblasti společenské, kulturní a psychologické.

Otázka č. 9 se vztahovala k jednomu z cílů práce a zjišťovala, zda se při uplatňování terapií respondenti setkávají s nějakými překážkami a nedostatky. Necelých 30% dotázaných uvedlo, že terapie jsou zajištěny dobře a že se s žádnými překážkami neseťkávají. Z hlediska materiálního zajištění terapie se více jak 20% respondentů potýká s nedostatečným vybavením (pomůckami apod.) a také s nedostatečnými prostory a nevyhovujícím prostředím pro terapii. Z hlediska personálu uvedlo 18% dotázaných jako překážku nedostatek personálu a dále uváděli problémy jako demotivace ze strany vychovatelů, nedostatečně proškolený personál, nedostatečné domluvy mezi personálem, nedostatečné finanční ohodnocení odborných pracovníků a ošetření dalšího vzdělávání pracovníků, nejednotné hodnocení významu terapie pro klienty. Jako jednu z dalších překážek pak respondenti uváděli nedostatečnou frekvenci terapií.

6. ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala analýzou služeb, které poskytují jednotlivé domovy pro osoby se zdravotním postižením (popřípadě denní a týdenní stacionáře) v Jihočeské kraji. Především jsem se zaměřila na aktuální záležitosti a otázky ústavní péče, jakými jsou kvalita bydlení, vzdělání, pracovní a další specifické terapie, smysluplné trávení volného času a respektování bio-psych-sociálních potřeb klientů. Uplatňování těchto principů vede k rozvíjení osobnosti klientů, zvyšuje kvalitu jejich života a celkově přispívá k humanizaci ústavní péče.

Dle mého názoru byl cíl práce splněn. Byla zmapována aktuální nabídka jednotlivých metod a forem uplatňující se v rozvoji osobnosti klientů, a to v deseti zařízeních v Jihočeském kraji. Metody, které se v zařízeních vyskytovaly, byly podrobněji popsány a okomentovány z hlediska přínosu klientům. Rovněž byly identifikovány nedostatky a překážky při uplatňování těchto metod. A také byla zjištěna kvalifikovanost terapeutů.

Stanovená hypotéza 1: „Domnívám se, že existují rozdíly v šíři nabídky metod a forem rozvoje osobnosti klientů mezi jednotlivými ústavami sociální péče v rámci Jihočeského kraje“ byla potvrzena. Bylo zjištěno, že se jednotlivá zařízení v počtu nabízených specifických terapií a ostatních aktuálních metod rozvoje osobnosti mezi sebou liší.

Stanovená hypotéza 2: „Domnívám se, že nejčastěji využívanou formou rozvoje osobnosti klientů je arteterapie“ se nepotvrdila. Nejvyužívanější metodou rozvoje osobnosti ve sledovaných zařízeních je ergoterapie a činnostní terapie. Arteterapie je až čtvrtou nejvyužívanější metodou.

Na základě zjištěných výsledků práce lze navrhnout následující doporučení. Zařízení by měla podporovat zavádění nových metod a postupů, které rozvíjí osobnost klientů. Míní se tím především metody alternativní a augmentativní komunikace u klientů s těžšími formami postižení, a dále různé formy expresivních a jiných specifických terapií. V rámci pracovní terapie by pak zařízení měla vyvíjet větší snahu nacházet pro uživatele pracovní příležitosti mimo areál zařízení a měla by se více orientovat na získávání a udržování klientovy schopnosti pracovat. V rámci edukace by

se měla zařízení ještě více zaměřovat na oblast vzdělávání dospělých. Dále je důležité, aby zařízení více podporovala klienty v oblasti soběstačnosti. Myslí se tím především nácvik schopností spojených s vedením domácnosti a podpora adaptačních dovedností v oblasti používání veřejných míst a služeb. Klientům by se mělo poskytovat ještě více příležitostí pro kontakt s městem či obcí. Podstatné je, aby se zařízení více zabývala myšlenkou přechodu klientů do chráněného bydlení poskytovaného v přirozeném prostředí obce či města a s tím spojenou intenzivnější přípravou uživatelů na tento život. Zařízení by se měla snažit vytvářet podpůrné sítě služeb, které budou uživatelé pro život v obci potřebovat.

Závěrem lze říci, že práce přinesla mnohé poznatky, které mohou být využity v praxi. Výsledky výzkumu mohou být poskytnuty orgánům státní správy jako informační materiál o aktuální nabídce metod a forem rozvíjející osobnost klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením a denních a týdenních stacionářích v rámci Jihočeského kraje a dále studentům Zdravotně sociální fakulty jako studijní materiál.

7. SEZNEM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. *Alternativní a augmentativní komunikace*. [online]. [citováno 2007-06-30]. Dostupné z: <<http://dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=96>>.
2. *Augmentativní a alternativní komunikace*. [online]. [citováno 2007-06-12]. Dostupné z: <<http://www.alternativnikomunikace.cz/>>.
3. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3. 1999-2004, poslední aktualizace 11.11. 2004. [2007-07-04] Dostupné z: <<http://boldis.cz/citace1.pdf>>.
4. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.0 (2004) 1999-2004, poslední aktualizace 11.11. 2004. [2007-07-04] Dostupné z: <<http://boldis.cz/citace2.pdf>>.
5. ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*. Přepřac. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 84 s. ISBN 80-7066-899-7.
6. ČERNÁ, M.-HRADÍLKOVÁ, T. *Potíže s deinstitucionalizací*. [online]. [citováno 2007-6-3]. Dostupné z: <<http://dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=632>>.
7. ČERMÁKOVÁ, K.-JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce poskytovatele*. 1 vyd. Praha: MPSV v ČR, 2002. 112 s. ISBN 80-86552-45-4.
8. *Deklarace práv osob s mentálním postižením*. [online]. [citováno 2007-06-15]. Dostupné z: <<http://dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=67>>.
9. FARKOVÁ, M. *Kapitoly z muzikoterapie*. Pelhřimov: OV SPMS, 1999. 44 s.
10. FRANIOK, P.- KYSUČAN, J. *Psychopedie: Speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2002. 57 s. ISBN 80-7042-247-5.
11. HLADÍLEK, M. *Příspěvky k problematice speciální výtvarné výchovy-arteterapie mentálně retardovaných*. 1. vyd. Pelhřimov: SPMP, 1997. 73 s.

12. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
13. *Jak se žije v českých ústavech*. [online]. [citováno 2007-06-15]. Dostupné z: <<http://dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=59>>.
14. JOHNOVÁ, M. *Standardy kvality sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: MPSV v ČR, 2002. 24 s. ISBN 80-86552-23-3.
15. *Koncepce podpory transformace sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. [online]. Poslední aktualizace 26.3.2007. [citováno 2007-05-29]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/3857>>.
16. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
17. KRAHULCOVÁ, B. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2002. 108 s. ISBN 80-7290-094-3.
18. LANDISCHOVÁ, E. *Lidé s mentálním postižením tančí*. 1.vyd. Praha: Modrý klíč, 1999. 90 s.
19. LANDISCHOVÁ, E. *Taneční program s arteterapií*. [online]. [citováno 2007-06-28]. Dostupné z: <<http://dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=539>>.
20. LANGMAJER, J.- KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
21. LIEBMANN, M. von. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Přel. J. Elipsová. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 279 s. Přel. z: Art therapy for groups. ISBN 80-7178-864-3.
22. LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. 1. vyd. Rosice u Brna: Gloria, 1997. 155 s. ISBN 80-901834-4-1.
23. MAJZLÁNOVÁ, K. *Dramatoterapie v léčebnej pedagogike*. 2. vyd. Bratislava: Iris, 2004. 196 s. ISBN 80-89018-65-3.
24. MÁTEJOVÁ, Z.-MAŠURA, S. *Muzikoterapia v špeciálnej a léčebnej pedagogike*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 202 s. ISBN 80-08-00315-4.

25. MATOUŠEK, O. -KODYMOVÁ, P.-KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
26. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
27. MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2001. 49 s. ISBN 80-210-2512-3.
28. MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2002. 87 s. ISBN 80-244-0207-6.
29. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
30. *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009*. [online]. [citováno 2007-06-15]. Dostupné z: <<http://nrzp.cz/userfiles/file/nppi2005.doc>>.
31. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
32. PIPEKOVÁ, J.-VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. Brno: Paido, 2001. 163 s. ISBN 80-7315-010-7.
33. *Pracovní uplatnění klientů ústavní péče*. [online]. [citováno 2007-06-02]. Dostupné z: <<http://kvalitavpraxi.cz/index.php/knihovna/287>>.
34. RENOTIÉROVÁ, M.-LUDVÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.
35. *Spiritualita*. [online]. [citováno 2007-06-03]. Dostupné z: <<http://dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1069>>.
36. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.
37. ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexuální výchova a osvěta osob s mentálním postižením*. [online]. [citováno 2007-06-03]. Dostupné z: <<http://dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1250>>.

38. ŠVARCOVÁ, I. *Denní program pro osoby s mentálním postižením*. [online]. [citováno 2007-06-02]. Dostupné z:<<http://www.noviny-mpsv.cz/oblast.php?rubrika=8>>.
39. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 187 s. ISBN 80-7178-821-X.
40. ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 80-246-0992-4.
41. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
42. VALENTA, M. *Dramaterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 152 s. ISBN 80-7178-586-5.
43. VALENTA, M. *Herní specialista*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 168 s. ISBN 80-244-0345-5.
44. VALENTA, M.- MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1.vyd. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
45. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2.vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
46. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. 181 s. ISBN 80-85931-51-6.
47. VODÁKOVÁ, J et al. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2003. 90 s. ISBN 80-7290-113-3.
48. VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
49. Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.
50. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
51. Zákon č. 100/1998 Sb., o sociálním zabezpečení.
52. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

53. *Žít v přirozeném prostředí*. [online]. Poslední aktualizace 2.5. 2007. [citováno 2007-05-29]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/3803>>.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

mentální retardace

domovy pro osoby se zdravotním postižením

rozvoj osobnosti

terapie ve speciální pedagogice

9. PŘÍLOHY

Příloha č.1: Deklarace práv mentálně postižených osob

Příloha č.2: Standardy kvality sociálních služeb

Příloha č.3: Řízený rozhovor

PŘÍLOHA č. 1

Deklarace práv mentálně postižených osob

Deklarace byla vyhlášena na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971. Valné shromáždění vyhláší tuto deklaraci o osobách s mentální retardací a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv (www.dobromysl.cz):

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být v rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje jeho ochrana dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, která vyplývá z jeho mentálního stavu.
7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit

tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.

PŘÍLOHA č. 2

Standardy kvality sociálních služeb

A. Procedurální standardy:

1. Cíle a způsoby poskytování služeb.
2. Ochrana práv uživatelů sociálních služeb.
3. Jednání se zájemcem o službu.
4. Dohoda o poskytování služeb.
5. Plánování a průběh poskytování služeb.
6. Osobní údaje.
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb.
8. Návaznost na další zdroje.

B. Personální standardy:

9. Personální zajištění služeb.
10. Pracovní podmínky a řízení poskytování služeb.
11. Profesionální rozvoj pracovníků týmu.

C. Provozní standardy:

12. Místní a časová dostupnost služby.
13. Informovanost o službě.
14. Prostředí a podmínky pro poskytování služeb.
15. Nouzové a havarijní situace.
16. Zajištění kvality služeb.
17. Ekonomika.

PŘÍLOHA č.3

OTÁZKY PRO ROZHOVOR S VEDOUCÍMI PRACOVNÍKY ÚSP

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O ZAŘÍZENÍ

1. Jaký je skutečný počet klientů ve vašem zařízení?
2. V jakém rozmezí se pohybuje věk vašich klientů?
3. Váš ÚSP je zařízením určeným pro
 - a) muže
 - b) ženy
 - c) koedukované
4. Jaké druhy sociálních služeb poskytujete?
 - a) Denní stacionář
 - b) Týdenní stacionář
 - c) Domov pro osoby se zdravotním postižením
 - d) Chráněné bydlení
5. Uveďte prosím, která z těchto služeb je vašimi klienty využívána nejčastěji?
6. Jaké spektrum diagnóz je ve vašem zařízení zastoupeno?
 - a) lehká mentální retardace
 - b) středně těžká mentální retardace
 - c) těžká mentální retardace
 - d) hluboká mentální retardace
 - e) autismus
 - f) kombinované vady
 - g) psychiatrická onemocnění
 - h) neurologická onemocnění
 - i) jiné.....

7. Které z těchto diagnóz převládají?

8. Jaké je personální obsazení ve vašem zařízení?

- a) zdravotničtí pracovníci
- b) sociální pracovníci
- c) pracovníci v sociálních službách
- d) pedagogičtí pracovníci
- e) speciální pedagog
- f) psycholog
- g) jiné.....
.....

9. Uveďte personál jehož zastoupení převažuje?

OBLAST BYDLENÍ

10. Pro kolik osob jsou určeny pokoje ve vašem zařízení?

- a) jednolůžkové
- b) dvojlůžkové
- c) třílůžkové
- d) čtyřlůžkové
- e) vícelůžkové.....

11. Mají vaši klienti možnost volného přístupu do svých pokojů?

- a) ano
- b) ne

12. Mají klienti vlastní klíče od

- a) pokoje
- b) skříně a skřínky
- c) stolu
- d) jiné.....

13. Máte společenskou místnost?

- a) ano (a kolik)
- b) ne

14. Nabízíte klientům možnost chráněného bydlení?

- a) ano
- b) ne

15. V případě, že jste na otázku č. 14 odpověděl/a variantou a) ano, uveďte prosím, kde jsou tyto byty umístěny?

- a) v areálu ústavu (uveďte pro kolik osob)
- b) mimo ústavní areál (uveďte pro kolik osob)

16. Pokud jste na otázku č.14 odpověděl/a variantou b) ne, můžete prosím uvést z jakého důvodu?

- a) nevyhovující prostory
- b) ekonomické důvody
- c) u klientů se neosvědčilo
- d) jiné.....

OBLAST VZDĚLÁVÁNÍ

17. Zpracováváte pro klienty individuální plány služeb rozvoje osobnosti vycházející z jejich skutečných potřeb?

- a) ano
- b) ne

18. Jaké možnosti vzdělávání nabízíte Vaším klientům v období povinné školní docházky?

- a) docházka do základních škol praktických a speciálních mimo areál zařízení
- b) zřízené třídy základní školou speciální nebo praktickou ve formě odloučených pracovišť v areálu zařízení
- c) jiné.....

19. Jaké možnosti nabízíte klientům v období přípravy na budoucí povolání?

- a) praktická škola
- b) odborné učiliště
- c) jiné.....

20. Poskytujete možnost doplnění základního vzdělání klientům, kterým **nebylo vzdělání umožněno**, či jej **nedokončili**?

- a) ano
- b) ne

21. V případě, že jste na otázku č. 20 odpověděl/a **variantou a) ano**, uveďte prosím, jakým způsobem si vzdělání vaši klienti doplňují?

- a) formou kurzu organizovaného základními či základními školami speciálními a praktickými
- b) formou individuálního doučování pod patronací speciálního pedagoga ze speciálně pedagogického centra či učitele ze speciální školy
- c) formou večerní školy, kterou nabízí nevládní organizace ve spolupráci se speciální školou

22. Poskytujete klientům, kteří **základní vzdělání absolvovali** možnost **dalšího vzdělávání**?

- a) ano
- b) ne

23. V případě, že jste na otázku č.22 odpověděl/a **variantou a) ano**, uveďte prosím, jak je toto další vzdělávání uskutečňováno?

- a) večerní škola
- b) udržování vědomostí v rámci výchovně vzdělávacího působení
- c) jiné, uveďte prosím jaké.....

24. Využíváte k zlepšení komunikačního procesu u klientů některých z prostředků augmentativní a alternativní komunikace?

- a) komunikace referenčními předměty
- b) Makaton
- c) TTT systém (Znak do řeči)
- d) Bliss systém
- e) Piktogram systém a PCS systém
- f) Sociální čtení
- g) Prvky globálního čtení

- h) Dosa-metoda a Snozelen
- i) Facilitovaná komunikace
- j) jiné.....
- k) nevyužíváme

OBLAST VYUŽITÍ SPECIFICKÝCH TERAPIÍ

V případě, že ve vašem zařízení využíváte některých z níže uvedených terapií, uveďte prosím, jak byste na základě vašich zkušeností slovně ohodnotil/a její úroveň z hlediska jejího přínosu klientům.

25. Využíváte ve vašem zařízení některé z uvedených uměleckých (expresivních) terapií?

- a) arteterapie.....
-
- b) dramaterapie a
teatroterapie.....
- c) muzikoterapie.....
-
- d) biblioterapie.....
-
- e) taneční a pohybová
terapie.....
-
- f) nevyužíváme

26. Uplatňujete ve vašem zařízení některé z léčebně – rehabilitačních metod?

- a) masáže
- b) elektroléčba
- c) vodoléčba
- d) hydrokinezioterapie (rehabilitační bazén)
- e) světloléčba
- f) magnetoterapie
- g) ultrazvuk
- h) míčkování
- i) léčebná tělesná výchova

- j) Vojtova metoda
- k) Bobathova metoda
- l) Kondiční cvičení
- m) polohování
- n) jiné.....
-

27. Nabízíte vašim klientům ergoterapii a činnostní terapii?

- a) ano.....
-
- b) ne

28. Pokud jste na otázku č. 27 odpověděl/a variantou a) ano, můžete uvést, o jaké typy pracovních činností se jedná?

- a) činnosti v pracovních dílnách
 1. keramická
 2. tkalcovská
 3. dřevodílna
 4. kovodílna
 5. košíkářská
 6. textilní ruční práce (vyšívání, šití, háčkování pletení)
 7. výtvarné práce (malování na hedvábí, na sklo..)
 8. cvičná kuchyňka
 9. suché vazby, výroba věnců, svícňů
 10. ostatní
- b) ergoterapie zaměřená na zemědělskou činnost
 1. chovatelství
 2. sadařství
 3. pěstitelství
- c) práce na ústavní zahradě
- d) pomocné práce v ústavním provozu
 1. v kuchyni
 2. v prádelně
 3. úklidové práce

4. pomoc při ošetřování na zdravotních odděleních

- e) úklid vlastních obytných prostor (pokoje)
- f) činnost v chráněné dílně (a jaké)
- g) činnost v chráněném pracovišti (a jaké)

29. Jsou někteří z klientů vašeho zařízení přímo zaměstnáni v pracovním poměru?

- a) ano (a kde).....
- b) ne

30. Poskytujete vašim klientům nějaké další specifické terapie?

- a) terapie hrou
- b) psychomotorická terapie
- c) hipoterapie
- d) canisterapie
- e) bazální stimulace
- f) aromaterapie
- g) logopedie
- h) jiné, uveďte prosím, jaké.....
.....
.....

31. Pokud vaše zařízení využívá některých z výše uvedených formativně terapeutických přístupů, uveďte prosím, jakým způsobem jsou klienti do jednotlivých terapií vybírání?

.....
.....

32. Setkáváte se při uplatňování terapií s nějakými překážkami a obtížemi?

- a) ze strany klientů
- b) ze strany personálu
- c) ze strany materiálního zajištění terapie
- d) neseťkáváme

OBLAST VOLNOČASOVÝCH AKTIVIT

33. Jaké možnosti trávení volného času Vašim klientům nabízíte?

- a) sportovní a pohybové aktivity (uved'te které).....
.....
- b) kulturní akce.....
.....
- c) zájmové kroužky.....
.....
- d) relaxační aktivity.....
.....
- e) pobyty klientů mimo ústavní zařízení
- f) jiné.....
.....

34. Jsou tyto volnočasové aktivity klientům povinné?

- a) ano
- b) ne

OSTATNÍ OBLASTI

35. Jak je strukturován ve vašem zřízení rámcový denní program?

.....
.....

36. Jakými způsoby se snažíte zvyšovat míru sebeobsluhy a samostatnosti u vašich klientů?

.....
.....

37. Uved'te prosím tři dovednosti, které považujete za zásadní pro rozvoj osobnosti klientů a kladete na ně ve vašem zařízení důraz?

38. Ponecháváte klientům možnost samostatného rozhodování?

a) ano

b) ne

39. Pokud jste na otázku č.38 odpověděl/a **variantou a) ano**, v jakých oblastech je jim tato možnost ponechána?

.....
.....

40. Jakým způsobem řešíte s klienty otázky týkající se intimity a sexuálního života?

.....
.....

41. Jakým způsobem se snažíte spolupracovat s rodinami vašich klientů?

.....
.....

42. Spolupracujete také s dalšími ÚSP či jinými organizacemi a snažíte se vaše zařízení nějakým jiným způsobem otevřít běžné společnosti?

.....
.....

43. Můžete prosím uvést, co si představujete pod pojmem humanizace ústavní péče?

.....
.....

44. V současné době byl přijat dokument o podpoře transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, plánujete v této souvislosti nějaké změny ve vašem zařízení?

a) ne

b) ano (a jaké)

.....
.....