

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**INTEGRACE DOSPĚLÝCH LIDÍ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM DO
SPOLEČNOSTI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce: Mgr. Jana Zierhutová

Autor: Petra Krejsová

14.5.2007

Abstraction

This Bachelor work is engaged in society integration of adults with combined handicaps. I have chosen this topic because of my interest in people with combined handicaps or other disabilities.

In this time of materialistic and accelerating way of life there is no much time left for fellow understanding and thoughtfulness.

The theoretical part focuses on history of handicaps and explaining definitions integration and inclusion. Both definitions are closely connected. I also mentioned history of handicap and talked about related definitions - handicap, defect, impairment, disability.

The work is engaged in combined handicaps separation. There are several disabilities from mental handicap and visual handicap, mental and physical handicap to mental handicap and hearing disabilities. The theoretical part concludes by a list of some social services. The aim of this work was to give a summary of integration services and to find out if they are sufficing.

Two hypotheses were set. One was about the people with combined handicaps who live in a social care facility for disabled people. The proved hypothesis shows that people are satisfied with the social services instrumental to integration which the social care facilities offer.

The second was focused on employees and their satisfaction with those services. This hypothesis was not proved. The research showed that employees are not satisfied with services of integration they offer. There was used a method of controlled questioning in social care facility for disabled people and document analysis. 40 clients and 20 employees were questioned.

Leader of work: Mgr. Jana Zierhutová

Author: Petra Krejsová

Place: České Budějovice

Year: 2007

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Integrace dospělých lidí s kombinovaným postižením do společnosti* vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury .

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum 14.5.2007

Podpis studenta

Na tomto místě bych chtěla poděkovat za příjemnou spolupráci Mgr. Janě Zierhutové, která byla vedoucí mojí bakalářské práce.

OBSAH

1 SOUČASNÝ STAV	8
1. 1 Integrace	8
<i>1. 1. 1 Pojem integrace, inkluze</i>	8
<i>1. 1. 2 Modely integrace</i>	9
<i>1. 1. 3 Socializace</i>	10
<i>1. 1. 4 Integrace a její psychologické aspekty</i>	12
1. 2 Postižení	13
<i>1. 2. 1 Historie handicapu</i>	13
<i>1. 2. 2 Pojem handicap</i>	14
<i>1. 2. 3 Pojem defektivita</i>	15
<i>1. 2. 4 Impairment, dysability, aktivity</i>	15
<i>1. 2. 5 Mentální postižení</i>	16
<i>1. 2. 6 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací</i>	18
<i>1. 2. 7 Mentální postižení v kombinaci se somatickým postižením</i>	19
<i>1. 2. 8 Mentální postižení v kombinaci se sluchovým postižením</i>	21
<i>1. 2. 9 Mentální postižení v kombinaci se zrakovým postižením</i>	21
<i>1. 2. 10 Problematika osob s vícenásobným postižením</i>	22
1. 3 Dospělost	23
<i>1. 3. 1 Pojem dospělost</i>	23
<i>1. 3. 2 Dospělost postiženého člověka</i>	24
1. 4 Služby	27
<i>1. 4. 1 Pojem sociální služba</i>	27
<i>1. 4. 2 Domovy pro osoby se zdravotním postižením</i>	28
<i>1. 4. 3 Chráněné bydlení</i>	28
<i>1. 4. 4 Týdenní stacionáře</i>	29
<i>1. 4. 5 Profesionální poradenství</i>	29
<i>1. 4. 6 Osobní asistence</i>	30

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	32
2. 1 Cíle práce	32
2. 2 Hypotézy	32
3 METODIKA	33
3. 1 Použité metody výzkumu	33
3. 2 Charakteristika souboru	33
4 VÝSLEDKY	34
4. 1 Výsledky řízeného rozhovoru s klienty Domova pro osoby se zdravotním postižením – Mačkov, Osek, Empatie	34
4. 2 Výsledky řízeného rozhovoru se zaměstnanci Domova pro osoby se zdravotním postižením – Mačkov, Osek, Empatie	38
5 DISKUSE	44
6 ZÁVĚR	49
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
8 KLÍČOVÁ SLOVA	54
9 PŘÍLOHY	55

ÚVOD

Za posledních deset let se způsob života v naší zemi změnil.

Zároveň je však pravdou, že musíme především přemýšlet nad tím, jakým způsobem si dát věci do pořádku sami, v naší zemi.

Z hlediska stále se zrychlujícího způsobu života, honbou za materialistickým pojetím, nezbyvá mnoho času na vzájemné pochopení, zastavení se a zhodnocení situace a ohleduplnost k bližnímu. Proto se autorka také rozhodla, že se pokusí věnovat tématu integrace dospělých lidí s kombinovaným postižením do společnosti.

Jen tehdy, budou-li problémy přesně vymezeny a pojmenovány, budeme schopni čelit jim a nacházet optimální řešení.

Každý člověk může a zároveň by měl pomáhat.

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na vymezení pojmu integrace, kombinované postižení, dospělost, část je věnovaná historii postižení. V praktické části je formou řízených rozhovorů zmapována analýza služeb sloužících k integraci v Jihočeském kraji.

1 SOUČASNÝ STAV

1. 1 Integrace

1. 1. 1 Pojem integrace, inkluze

Integrace se pokládá za vzájemný proces, ve kterém se obě strany k sobě přibližují a mění se, takže roste oboustranná pospolitost a sounáležitost. Cíl integrace spočívá ve vytvoření kontextu rovnosti šancí, vzájemného porozumění a akceptace mezi postiženými a nepostiženými. To znamená brát, ale i dávat na obou stranách.(29)

Integrace je začleňování lidí s postižením do společnosti v tom smyslu, aby tvořili integrální součást této společnosti. Souvisí to s vyrovnáním příležitostí, jde o vztah majority a minority, jehož kvalita se promítá do všech oblastí vzájemného soužití (např. volný čas, sport, zaměstnání, politika atd...). Integrace je tak jednak stavem (daného jevu), ale především i procesem, a to nejenom v tom slova smyslu, jak se daří jedince s postižením plně začleňovat do společnosti, ale také v tom významu, jak my sami jsme schopni tento žádoucí proces přirozeně akceptovat a identifikovat se s ním.(7)

Defektologický slovník (20) uvádí, že integrace handicapovaných znamená sjednocení postojů, hodnot, chování, jednání a směřování aktivit. Ovlivňuje jak interpersonální a skupinové vztahy, tak identitu jednotlivců a skupin. Její potřeba vzniká při vzájemném kontaktu, přičemž může dojít ke stresům, konfliktům a problémům narušujícím rovnováhu a harmonii vztahů, jistotu a spokojenost. Integrace handicapovaných je jedním z prostředků, které pomáhají takové jevy překonat.

Jsou rozlišovány dva základní směry integrace handicapovaných. První směr je asimilační a představuje přijetí identity a kultury intaktních a popření své původní identity handicapovaných. Druhým směrem je koadaptační směr, který představuje vznik nové identity koherentní s prvky původní identity intaktní i handicapovaných. Výsledkem je život jeden pro druhého, trvalá pevně osnovovaná integrace handicapovaných. Integrace je základním právem všech lidí.(20)

Integrace znamená sjednocování postojů hodnot, chování a směřování aktivit různého druhu. Ovlivňuje jak interpersonální a skupinové vztahy, tak identitu jednotlivců a skupin. Její potřeba vzniká při kontaktu dvou navzájem se odlišujících jevů, situací, postojů nebo aktivit. Tyto se mohou projevit ve formě stresů či konfliktů a problémů

narušujících rovnováhu a harmonii vztahů, jistotu a spokojenost životního běhu. Integrace je jedním z prostředků, které pomáhají takovéto rozpory překonat. Nevadí, že sama je rozporuplná. (20)

Prakticky vysoká aktuálnost a naléhavost jejího řešení však vedla k přehlížení této rozporuplnosti a k přijímání jednoduchých teorií a koncepcí řešení.(20) Dosavadní stav řešení problému integrace lze podle Jesenského (8) shrnout a typologizovat ve dvou základních přístupech a také ve dvou odlišných definicích integrace.

První směr integrace lze nazvat asimilační. Je charakterizován těmito postuláty :

- integrace je hlavně problém handicapovaných
- integrace vyjadřuje vztah nadřazenosti a podřazenosti, hodnotový systém a chování majority jsou jediné správné
- integrace představuje ztotožnění se minority s identitou majority
- hlavní způsob postupu je bezvýhradné přijetí psaných i nepsaných norem existence majoritní společnosti (asimilace)
- hlavní forma řešení je začlenění handicapovaných do institucí intaktních

Druhý směr integrace nazýváme koadaptační. Charakterizují jej tyto postuláty :

- integrace je společným problémem intaktních a handicapovaných
- integrace je vztahem partnerství
- integrace je nová hodnota vytvořená jak z hodnot minority tak také z hodnot majority
- hlavní způsob postupu v integraci je koadaptace
- začlenění handicapovaných do institucí intaktních není jediná forma integrace

Inkluze přichází částečně po integrační části, částečně paralelně s ní a v současné době se stává centrálním pojmem.(18)

Inkluze je především postoj, přístup, hodnota, přesvědčení, není to počinek, akce.(7)

1. 1. 2 Modely integrace

Integrace je proces oboustranný a interaktivní, neboť jde o soužití minority (osob se zdravotním či sociálním znevýhodněním) s majoritou (osobami zdravými).(29)

- Medicínský model – vychází z biologicko-organických nebo funkčních příčin, což vede k medicínsky orientované péči. Cílem je překonání a léčba postižení. Speciálně pedagogická opatření, podpůrné vyučování a různé speciální terapie se provádí ve zvláštních zařízeních.
- Sociálně patologický model – předpokládá, že základy integračních těžkostí nejsou biologické povahy, ale sociální. V centru tohoto pojetí stojí otázka socializace a diskriminace podmíněné postižením.
- Model prostředí – řeší otázku, jak se má škola změnit, aby to bylo ve prospěch postižených žáků. To vyžaduje optimální materiální vybavení a profesionální vybavení.
- Antropologický model – nejde v něm v prvé řadě o změnu prostředí, nabídek, vybavení, ale o lepší interpersonální interakci. Nejde také o to, že se postižení naučí tak dobře, jak je to jen možné, zacházet a žít se svým postižením, ale také je třeba respektovat jejich identitu a jedinečnost včetně jejich postižení.(29)

1. 1. 3 Socializace

Socializace osobnosti je proces učení, v němž si člověk osvojuje určitý systém poznatků, norem a hodnot, jež mu umožňují začlenit se do určité společnosti a aktivně se účastnit společenského života. Morálními aspekty socializace se zabývá etika. Prostřednictvím vlivu společnosti se člověk stává společenským tvorem. Socializace probíhá nejen v dětství, ale také v dospělosti.

Socializace vede k postupné přeměně člověka z biologické bytosti v bytost lidskou, a to vlivem sociálního prostředí, hry a práce. Jde o to, aby se jedinec naučil žít s druhými lidmi, efektivně s nimi kooperoval a také komunikoval.(9)

Socializací a vzděláváním se utváří také sociální a profesní kompetence osobnosti, tedy schopnosti jednotlivce úspěšně a efektivně řešit aktuální i standardní situace v životě i pracovním procesu.(9)

Proces socializace je tedy vytváření orientace v oblasti společenských hodnot, v jejich složitém systému. Patří sem např. vytváření pojmu dobra a zla, pojetí slušného a neslušného, vytváření pracovních a hygienických návyků, příprava na manželství, rodičovství, stáří, správného zacházení s předměty, jednání s lidmi, osvojování řeči, pravidel společenského chování atd. .

Cílem socializace je vytvoření osobnosti, která se bude samostatně chovat tak, jako by byla pod stálým sociálním dohledem, pod stálou kontrolou.

Nejen člověk zdravý, intaktní, ale i postižený, znevýhodněný, může realizovat své vloh a i schopnosti v procesu socializace. Transformace člověka jako individua v jedince společenského je uskutečňováno v procesu sociálního učení.(9)

Socializaci lze chápat jako cíl speciálně-pedagogického působení. Je podmíněna individuální schopností socializace, tzv. sociabilitou. U osob, které již byli z pracovního a společenského prostředí vyčleněni z důvodu získaného postižení, je proces opětovného zařazení do společnosti nazván resocializace.(9)

V naší speciální pedagogice se podle Renotierové, Ludíkové (15) rozlišují 4 stupně socializace, popř. resocializace, a to podle úspěšnosti daných jedinců.

- integrace vyjadřuje úspěšné a bezproblémové začlenění postižených jedinců do pracovního procesu a společenského prostředí bez potřeby dalších zvláštních opatření,
- adaptace - jedná se o poměrně úspěšné začlenění postiženého člověka do společnosti intaktních, která však musí být jeho potřebám přizpůsobena,
- utilita – jde o sociální upotřebitelnost znevýhodněného jedince, která představuje jeho zařazení do společensky užitečné práce za předpokladu celoživotní společenské ochrany a pomoci,
- inferiorita vyjadřuje sociální nepoužitelnost, segregaci. Není možné začlenění postiženého člověka do běžného společenského prostředí a do pracovního

procesu pro velmi těžké, většinou vícenásobné postižení. Sociální vztahy jsou nevytvořeny, nýbrž zcela ztraceny.

1. 1. 4 Integrace a její psychologické aspekty

Integrace se stává jistou formou individuálního přístupu, který patří mezi základní principy proklamované nejen speciální pedagogikou, ale také obecnou pedagogikou.(24)

Mezi faktory, které hrají významnou roli v procesu integrace, jsou faktory psychologické. Mezi jedinci s postižením existuje stejná škála osobnostních zvláštností, jako v ostatní populaci. Každý postižený člověk je svébytný jedinec a jeho postižení je jen jedním z jeho specifik. Postižení jedinci se mohou lišit mírou rozumových schopností, stejně jako jejich nepostižení vrstevníci. Z toho plynou i jejich osobní ambice a plány, týkající se vzdělávání a profesního uplatnění.

Postižení lidé se liší svou mírou a hloubkou emocionalit. Dá se předpokládat, že ve většině případů budou mít větší potřebu citového zakotvení, opory a jistoty než jejich ostatní vrstevníci. Dále se liší potřebou sociálních kontaktů a mírou své sociální citlivosti.

Dlouhodobým kontaktem s postiženými lidmi se zvyšuje sociální citlivost nepostižených lidí vůči postiženým, kultivují se mezilidské vztahy, nepostižení se učí komunikovat s postiženými a zvykají si na jejich přítomnost ve společnosti.(24)

Psychologické problémy integrace postižených nespočívají pouze v povaze, hloubce či míře jejich postižení, ale do značné míry i v tom, jak člověk své postižení prožívá. Někdo přijme své postižení jako nezvratný fakt, s nímž se nedá nic dělat, jiný hledá všechny možné cesty jeho kompenzace, někdo trpí celý život pocitem křivdy a nespravedlnosti, jiný dovede dát svému životu poznamenanému vážným handicapem obdivuhodně bohatou náplň.(24)

Tak, jak jsou rozliční a vzájemně odlišní naši postižení spoluobčané, tak rozmanité a variabilní musí být i cesty, které povedou k jejich vzdělávání, profesní přípravě a životnímu uplatnění. Jednotný recept neexistuje. Podle přístupu ke slabým a postiženým se zpravidla hodnotí úroveň celé společnosti.(16)

1. 2 Postižení

1. 2. 1 Historie handicapu

Počátky existence postižených lidí ve společnosti jsou staré jako lidstvo samo. Za konvenční hranici tohoto nástupu je uznáváno 40 000 let B. P., což je zároveň doba, k níž mají časově blízko nejvýznamnější nálezy moravského pavlovienou. Nálezy tohoto druhu přinášejí řadu poznatků potvrzujících, že i v ranných společenstvích přežívali lidé nemocní a postižení, dokonce i takoví, kteří by bez pomoci jiných zahynuli.(23)

Postižení nebo jen jakkoli výjimeční lidé byli vždy v dějinách vnímáni a přijímáni svým okolím ambivalentně, se sklonem buď je podceňovat, odsuzovat, pronásledovat nebo i zabíjet nebo je litovat, přeceňovat a připisovat jim mimořádné, ba nadpřirozené vlastnosti a schopnosti.(1)

Významné podněty poskytuje mytologie.(23) Mýtus je výmysl, který nemá nic společného s každodenní skutečností.(1) Nejvíce se objevují mýty, v nichž se pojednává o problému lidské slabosti, nemoci a postižení. Muselo se pátrat v širších okruzích a hlubších vrstvách. Ukázalo se, že vedle zdrojů řecko – římských a židovsko – křesťanských existovali ještě starší mytologická sdělení, která prolula do naší kultury. Šlo zejména o mýty starověké Mezopotámie a Egypta. Jakákoli teorie k výkladu mýtů, konstatovala jako univerzální téma problémy ochrany lidí a slabých. Podpora těchto lidí se stává společensky žádoucí a má význam i pro toho, kdo podporu poskytuje.(23)

Písemné zprávy, zejména z řecko – římského okruhu, obsahují mnohá sdělení, byť dobově zbarvená, o existenci nejrůznějším způsobem znevýhodněných lidí. Tyto zprávy se časem staly předmětem myšlenkové reflexe. Problém vyrovnání se s faktem postižení, nemoci či chudoby tak zaměstnal filosofy, lékaře i veřejné činitele. Přestože antický člověk chtěl žít v řádu, v souladu s kánony uměřenosti, musel se naučit přijímat fakt, že také člověk chudý, nemocný a postižený spoluvytváří obraz lidského rodu. (23)

Postižení, nemoc, slabost všeho druhu jsou nejen protipóly ne – postižení, zdraví a síly, ale ve své komplementaritě jsou součástí lidského údělu stejně jako narození a smrt.(1)

Postoje společnosti i jejich jednotlivých členů jsou závislé na historické úrovni vývoje společnosti. Mění se podle dosažené úrovně společenského vědomí, podle

převládajících náboženských, filosofických a etických představ. Na tom také závisí postoje k příslušníkům společnosti, kteří se od ostatních liší svým tělesným nebo psychickým stavem.

Přijímání těchto postojů je způsobeno obecně charakteristikami lidské psychiky a jejího vývoje. Osobnost člověka se utváří v průběhu socializace, kdy člověk přijímá normy, hodnoty, postoje, ale také předsudky společenské skupiny, do které patří. Člověk nemůže žít mimo sociální prostředí a tato závislost jedince na jeho sociální skupině způsobuje, že se těmto normám podřizuje.(28)

V polovině 20. století zaznamenala speciální pedagogika úspěchy s přispěním medicínských, elektrotechnických a zvláště elektronických oborů. Podstatné místo náleželo speciální výchově dětí a mládeže, dospělých a starších osob s cílem začlenit všechny, u nichž je to jen trochu možné, aby se v ní mohli pozitivně integrovat.(17)

1. 2. 2 Pojem handicap

Handicap není pouze určitým stavem, ale je to proces trvalý, který probíhá ve třech oblastech. V oblasti biologické (zdravotní), v oblasti psychologické a dále v oblasti sociální. Výše naplnění jednotlivých oblastí (dimenzí) se případ od případu různí podle míry zastoupení jednotlivých oblastí. Je to pojem zdravotně - sociální. Vyjadřuje omezení člověka ve vztahu k životu.(32)

Všeobecná encyklopedie Universum (25) uvádí, že handicap je znevýhodnění, nevýhoda, překážka. Je to porušení funkce u osob se zdravotním postižením. Je to subjektivní pocit z oslabené pozice jedince vůči okolí.

Dříve pod pojmem handicap bylo rozuměno znevýhodnění. Projevuje se to zejména snížením, respektive omezením možností (výkonu) daného člověka ve srovnání s tím, co by běžně zastal, pokud by ovšem nebyl znevýhodněn. Takto je tedy handicapovaný člověk znevýhodněn (poškozen) právě při plnění svých sociálních rolí. Jde o změnu rolí, které člověk zastává ve vztahu ke společnosti.(7)

Při hodnocení snížené aktivity jedince se hodnotí především funkční schopnost, kterou daný jedinec má při různých poruchách tělesných funkcí a struktur, které se projeví sníženou aktivitou některých činností nebo plnění úkolů na úrovni individua.

Hodnotí ale také ostatní orgány a funkce neporušené a tím i aktivity, které jsou tedy projevem zdravé části organismu. Pojem handicap je doporučováno nepoužívat pro jeho nejasnost. Místo pojmu handicap je zaveden pojem restringovaná participace.(7)

1. 2. 3 Pojem defektivita

Defektivita je poruchou integrity člověka s defektem, to je poruchou jednoty organismu prostředí, která se projevuje narušením společenských vztahů mezi postiženým jedincem a jeho společenským prostředím.

Defektivita se projevuje poruchami vztahu člověka postiženého defektem i vůči sobě samému. Příčinou defektivy je neadekvátní či nevhodná reakce na defekt, která není přímo úměrná jeho typu nebo stupni. Ne každý defekt se tedy musí stát příčinou defektivy, ne každý jedinec musí reagovat defektivitou.

Projevuje se poruchami ve funkční a psychické výkonnosti, poruchami vztahu k užší nebo širší společnosti, ke vzdělání, výchově a práci. Stanovení stupně defektivy je značně obtížné a vyžaduje dlouhodobé osobní zkušenosti a odbornou kvalifikaci. Kritériem může být např. úroveň vzdělavatelnosti, přípravy pro povolání, nezávislost.(15)

1. 2. 4 Impairment, disability, activity

Hovoříme – li o postižení, pak je vhodné uvést zde pojmy, které již v našich podmínkách zdomácněly a jsou hojně užívány.(6)

Janovský (6) uvádí, že impairment (porucha) je strukturální nebo funkční povahy na úrovni orgánu (struktura) nebo orgánové soustavy (funkce), která v největším počtu případů neomezuje závažným způsobem jedince a upravuje se většinou v krátké době. Disability – omezení nebo znemožnění vykonávat činnost v důsledku poruchy orgánu nebo jeho funkce.(6) Disabilita znamená postižení na úrovni celého jedince.(32)

Aktivita (aktivita, schopnost) je podstata a rozsah konkrétního výkonu člověka. Aktivita může být limitována ve své podstatě, trvání a kvalitě. Omezení aktivity je následkem poruchy některého orgánu, nebo více orgánů.(7)

1. 2. 5 Mentální postižení

Být mentálně retardovaný je zpravidla považováno za absolutní stav – člověk buď je mentálně retardovaný nebo není. Mentální deficit takového jedince je pak třeba určit, pojmenovat, natrvalo zařadit a pro vždy vědět, co s ním.

Již letmé zkoumání obsahu mentální retardace z historické perspektivy naznačuje relativnost stavu být mentálně retardovaný. Např. v tradičním pojetí to je deficitní pojetí je mentální retardace odvozena od stanovení hranice ve výsledcích diagnostických testů inteligence. Poté, co je hranice zakreslena, lidstvo je rozděleno na dvě skupiny – na „normální“ a „retardované“.(21)

Mentální retardace je globální postižení intelektových funkcí s narušeným vývojem celé osobnosti a společenskou nedostačivostí od počátku duševního vývoje jedince. Díky genetickému a organickému poškození nebo souhrou sociálních a genetických faktorů je snížena inteligence a jsou přítomny poruchy schopnosti abstraktního myšlení a soudnosti, pozornosti a motivace, chápání a orientace, řeči, chování, emotivity, někdy i motoriky.

Porucha svou vážností zasahuje nejen do oblasti medicíny, ale ve svém důsledku hlavně do oblasti sociální. Není to jen otázka snížení IQ, ale vždy jde též o komplex narušení adaptivního chování. Mentální retardace je problémem multidisciplinárním.(5)

Rozlišují se různé stupně postižení: Lehká mentální retardace (IQ 50-69) byla dříve označována jako debilita nebo slabomyslnost či lehká oligofrenie. Lehce mentálně retardovaní jedinci si osvojují mluvu opožděně, většinou však dosáhnou schopnosti účelně užívat řeč v každodenním životě a udržovat konverzaci. Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a hygieně, v praktických a domácích dovednostech. Lidé s lehkou mentální retardací jsou vzdělavatelní. Velmi záleží na přidružených chorobách (postižení vývoje řeči, epilepsie, apod.), které mohou brzdit využití a stimulaci daného intelektového potenciálu.

Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49) byla dříve označována jako imbecilita nebo středně těžká oligofrenie. U jedinců se středně těžkou mentální retardací se pomalu rozvíjí chápání i užívání řeči a jejich konečné dorozumívací schopnosti zůstávají omezené. Podobně je omezena schopnost starat se o sebe sama a zručnost,

mnozí potřebují dohled a péči po celý život. Někteří jedinci jsou částečně vzdělavatelní, jsou schopni zvládnout základy čtení, psaní, počítání. V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduché, manuální práce pod odborným dohledem, málokdy je možný samostatný život. U většiny je přítomna organická příčina postižení a různé neurologické a tělesné handicapy.(19)

Těžká mentální retardace (IQ 20-34) zahrnuje těžkou oligofrenii. V mnohém je podobná středně těžkému postižení, avšak snížená úroveň schopností je zde hlubší a výraznější. Většina jedinců trpí poruchami motoriky, nebo jinými přidruženými defekty. Hluboká mentální retardace (IQ pod 20) byla dříve označována jako idiotie nebo hluboká oligofrenie. Takto postižení jedinci jsou omezeni chápat pokyny a požadavky nebo jim vyhovět. Většina je imobilních nebo výrazně omezena v pohybu. Bývají inkontinentní a jen výjimečně schopni nonverbální komunikace. Běžně bývají přítomny neurologické a tělesné nedostatky postihující hybnost i smysly.(19)

Mentální retardace je modelovou poruchou interakce mezi genetickými, neurobiologickými a zevními faktory. Tyto faktory formují klinické projevy od mírné retardace po hluboký defekt. Patogeneze je dána působením zmíněných faktorů podílejících se na vytvoření individuálního klinického obrazu (fenotypu). (5)

Etiologické faktory mohou být primárně biologické nebo psychosociální, eventuelně může jít o jejich kombinaci. Přibližně platí závislost, že čím je mentální retardace hlubší, tím častěji lze najít biologickou příčinu a tím častěji se lze setkat s nedostatečným nebo abnormním tělesným vývojem a degenerativními stigmaty. Asi u 25 % případů mentálních retardací jsou etiologickými faktory chromosomální a metabolické poruchy. Existuje asi 150 metabolických poruch, se kterými je spojen defekt intelektu.(19)

Marie Vágnerová(26) uvádí, že komunikace zdravých dospělých s mentálně postiženými bývá charakteristická :

- menší empatií
- je schématictější
- je protektivnější

Zdraví lidé často nedovedou svůj přístup změnit, např. z důvodu neznalosti, časové náročnosti či nedostatku respektu k možnostem mentálně retardovaného.

Mentálně retardovaní lidé mohou být v oblasti socializace handicapováni dvěma způsoby : jednak vlastním primárním defektem, jednak z něj vyplývajícím nedostatkem zkušeností. Jsou většinou schopni zvládnout alespoň některé základní normy chování, jednoduché komunikační dovednosti a sociální návyky. To vše jim posléze usnadňuje adaptaci v jiném prostředí než je vlastní rodina. K rozvoji těchto dovedností, to je k samostatnosti a k přijatelnému chování, směřuje výuka všech mentálně postižených.

Dospívání ovlivňuje vývoj mentálně retardovaných mnohem více biologicky než psycho sociálně. Ani v této době nemá velká většina mentálně postižených potřebu osamostatnění, a nemá k tomu ani potřebné kompetence. Určitý problém může představovat nově vzniklá sexuální potřeba, ale ani ta se u všech mentálně postižených nevytváří. Někdy jde spíše o vyjádření touhy po blízkém člověku.

Sexuální potřeba bývá obvykle uspokojována autostimulací, někdy se v této souvislosti objeví nějaké nápadnosti v chování např. obnažování na veřejnosti, vzácněji neselektivní sexuální ataky apod.

Mentálně postižený člověk si s vlastní sexualitou neví zpravidla rady, nemá příležitost jí uspokojit a často ani sám neví, jak by to měl udělat. Může se proto stát obětí sexuálního zneužívání.(26)

1. 2. 6 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením

Z hlediska psychické struktury osobnosti netvoří mentálně retardovaní jedinci homogenní skupinu, kterou by bylo možno globálně vyčerpávajícím způsobem charakterizovat. Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují (ve větší či menší míře) určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo jestli jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný.(22)

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

I u lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací se projevují individuální rozdíly a charakteristické chování. Vzhledem k výraznému omezení všech jejich schopností a zejména k jejich velmi malé schopnosti komunikovat a vyjádřit vlastní pocity a potřeby je velmi těžké tyto individuální zvláštnosti obvyklými metodami diagnostikovat.(22)

Rodiče, učitelé, vychovatelé a zdravotničtí pracovníci, kteří s osobami s těžkým a hlubokým mentálním postižením žijí a pracují, často dokáží tyto rozdílnosti vnímat i výstižně charakterizovat.(22)

1. 2. 7 Mentální postižení v kombinaci se somatickým postižením

Spoluvýskyt mentálního a somatického postižení je poměrně častý. Čím hlubší mentální postižení, tím je větší pravděpodobnost přítomnosti i somatického postižení. K nejčastějším patří především kombinace mentálního postižení (různého druhu a stupně) s DMO nebo epilepsií.(14)

DMO je dětská mozková obrna a zahrnuje širokou škálu poruch různé etiopatogeneze. Pro toto onemocnění bývá někdy používáno pojmu encefalopatie, což je blíže nespecifikované postižení mozku. Dalším pojmem, který se používá v našich odborných kruzích pro toto onemocnění je infantilní cerebrální paréza.(7)

Epilepsie je chronické postižení mozkové tkáně, které se projevuje opakovanými záchvaty různého charakteru, spojenými se změnou v oblasti prožívání, uvažování a

chování, motorickými projevy a často i poruchami vědomí. Příčiny vzniku tohoto onemocnění mohou být různé, často bývají multifaktoriální. Důležitá je genetická dispozice, ale příčinou tohoto onemocnění může být i poškození mozku vnějšími vlivy. Z hlediska etiologie lze diferencovat epileptické záchvaty takto :

- Idiopatické často geneticky podmíněné záchvaty nemají přesně stanovenou příčinu, respektive ji nelze běžnými metodami zjistit, protože může jít o velmi malé ložisko. Vrozená dispozice představuje určitý základ, předurčující individuálně specifickou reakci na působení zevních vlivů, které mohou takové onemocnění vyvolat. Podstatou většiny takových případů je pravděpodobně dědičně podmíněná neuronální abnormalita.
- Symptomatické záchvaty, jejichž příčina je neznámá a jejich ložisko, které tvoří určitý počet poškozených neuronů, je lokalizováno.

Ke vzniku poškození mozku, které je příčinou vzniku epileptických projevů, může dojít z různých důvodů. Nejčastěji jde o důsledky traumatu, infekce, nádorového onemocnění apod. Tato forma epilepsie bývá závažnější. Různé vnější vlivy mohou působit i jako záchvat provokující, resp. spouštěcí faktory. Takto může k záchvatu přispět např. nadměrná únava či spánková deprivace.(27)

Klinický průběh – nastává buď porucha vědomí (někdy až bezvědomí), nebo se objevují různé motorické projevy jako křeče, poruchy chování a vegetativní poruchy. Tyto záchvaty přicházejí buď jednotlivě nebo opakovaně, často s chronickým průběhem a alterací psychiky.

Epilepsie je diagnostikována z klinického obrazu, EEG, kde abnormality mají specifický nebo nespecifický charakter. Léčba je medikamentózní a součástí jsou dietní opatření. Jen u malého počtu nemocných přichází v úvahu chirurgický zásah. S léčbou se začíná hned po stanovení diagnózy. V první fázi se podávají menší dávky antiepileptik a postupně se jednotlivé dávky zvyšují. Léčba je přísně individuální, protože se musí dbát na vedlejší negativní účinky těchto léků.(31)

Kombinace mentálního a somatického postižení se může vyskytnout během života jedince. Jsou to formy získané následkem úrazů (automobilových) či následkem nádorů či diabetické retinopatie.(14)

1. 2. 8 Mentální postižení v kombinaci se sluchovým postižením

Různé typy mentálního postižení se mohou sdružovat s nejrůznějšími stupni a formami sluchového postižení. Může tak vznikat velice různorodé spektrum kombinací, např. lehká mentální retardace v kombinaci s hluchotou, lehká mentální retardace v kombinaci s nedoslýchavostí, středně těžká mentální retardace s hluchotou, hluboká mentální retardace v kombinaci s nedoslýchavostí a jiné. Na základě hloubky a závažnosti jednotlivých postižení potom závisí další vývoj jedince a jeho míra nezávislosti a míra potřeby speciálně-pedagogické podpory. (14)

Podle Ludíkové (14) je hluchota charakterizována jako vrozená nebo v časném věku získaná ztráta sluchu, spojená s vývojovou nemluvností.

Nedoslýchavost je vrozená nebo získaná částečná ztráta sluchu a bývá příčinou opožděného nebo omezeného vývoje mluvené řeči.

K dispozici jsou sluchadla a spousta dalších kompenzačních pomůcek. Stále více lidí má voperovaný kochleární implantát. Prioritní místo v komunikaci zaujímá odezírání. Kvalita odezírání je závislá na kombinaci vloh a na vrozených předpokladech pro jejich rozvoj. Z charakteru mentálního postižení vyplývá, že jím budou předpoklady a kvalita odezírání ovlivněna. Vnitřní podmínky jsou ovlivněny přítomností mentálního postižení (fyziologické faktory-mentální funkce, psychické faktory-kvalita pozornosti, důležitá je krátkodobá i dlouhodobá paměť apod.). Úspěšnost odezírání je také závislá na dosaženém stupni dorozumívacích schopností, dostatečné slovní zásobě, znalosti gramatiky a také větného kontextu odezíraného jazyka.

Pokud člověk s kombinovaným sluchovým a mentálním postižením může alespoň částečně využívat sluchových zbytků, pak je nezbytné provádět reedukaci sluchu.(15)

1. 2. 9 Mentální postižení v kombinaci se zrakovým postižením

Nedostatky zrakových podnětů nebo dokonce jejich absence se můžou stát příčinou senzorické deprivace, která může omezovat rozvoj poznávacího procesu.

Významnou roli hraje i to, zda se jedná o postižení vrozené nebo získané, zda se jedná o poruchu orgánovou či funkční, zda se jedná o zrakové postižení krátkodobé (akutní) či dlouhodobé (chronické), opakující se (recidivující), další přidružená

postižení apod. Mohou tak vznikat nejrůznější kombinace. Logicky z toho vyplývá zcela jiný přístup a zcela jiné formy podpůrných služeb např. u jedince s hlubokou mentální retardací v kombinaci s nevidomostí (dochází k ireverzibilnímu poklesu centrální zrakové ostrosti, binokulární zrakové pole je menší než deset stupňů) nebo naopak jedince v pásmu lehké mentální retardace v kombinaci se slabozrakostí (ireverzibilní pokles zrakové ostrosti).

Jak z charakteru zrakového postižení vyplývá, nemohou osoby s touto kombinací postižení získávat informace a podněty z okolí pomocí zraku. Proto je třeba využívat a rozvíjet kompenzační činitele a smysly pomocí kompenzace.(14)

1. 2. 10 Problematika osob s vícenásobným postižením

V moderním pojetí speciální pedagogiky má své samostatné místo oblast, která se zabývá problematikou osob, které vykazují příznaky současného výskytu více postižení. Pedagogika vícenásobně postižených jako vědní obor představuje relativně ucelený systém vědeckých poznatků o edukaci (výchově, vyučování a vzdělávání) jedinců s vícenásobným postižením, u kterých z těchto důvodů vznikají, signifikantní speciálně výchovné potřeby. Tento vědní obor má teoretickou, ale i praktickou část.

Vícenásobné postižení je multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikačními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační, nebo psychosociální oblasti u jeho nositele.

V současné době neexistuje jednotná terminologie pro uvedenou kategorii. V naší republice se nejčastěji setkáváme s označením vícenásobné postižení, kombinování postižení nebo kombinované vady.

Kombinovat se mohou nejen závažnější stupně postižení, poruch či narušení, ale i jejich lehčí stupně navzájem s těžšími stupni. Rovněž nelze vyloučit kombinaci postižení či narušení s nadáním nebo talentem.(15)

Jedinci s vícenásobným postižením představují nezanedbatelnou část populace. Jejich výskyt má zvyšující tendenci. Vyznačují se mimořádnou heterogeností, variabilitou příznaků, projevů a z nich vyplývajících speciálních výchovných a vzdělávacích potřeb.

Situace, kdy vícenásobná postižení jsou nejednotně chápána, se odráží i v přístupech ke kategorizaci, neboť lze sice volit celou řadu kritérií, podle kterých je možné dělit tuto heterogenní skupinu, ale vždy dojdeme k zjištění, že provedené členění není zcela vyhovující, že stav dokonale nepopisuje a že přináší i jistá překrytí a současně nepopsané případy. Už základní dělení na kategorie lehce a těžce vícenásobně postižení je diskutabilní, neboť kde existuje hranice co je lehký a co již těžký stupeň. Velmi často se setkáváme s členěním ve vztahu k mentální retardaci, kdy se jedná o kombinace mentální retardace se smyslovým postižením, tělesným postižením, či poruchou chování. Samostatnou kategorií tvoří jedinci s duálním sensorickým postižením zraku sluchu, kteří jsou označováni za osoby hluchoslepé.

Zařazování jedinců s vícenásobným postižením by mělo být činěno vždy velmi poctivě a s vysokou mírou zodpovědnosti, zejména v kontextu možností dosažení jistého stupně úrovně a eventualit další návaznosti a uplatnitelnosti ve společnosti, což platí i pro zvažování a realizaci integrativního vzdělávání, které může být pro některé jedince s kombinovaným postižením velmi přínosné, ale pro jiné naopak nevhodné.(15)

1. 3 Dospělost

1. 3.1 Pojem dospělost

Je zřejmé, že psychologie dospělého věku a stáří je dnes mnohem méně rozvinuta, než psychologie dětství a dospívání. Počet empirických studií, které se zabývají vývojem v dospělém věku, je nesrovnatelně menší a počet bezpečných závěrů je poměrně omezený. Nedostatek je o to závažnější, že jen asi jednu čtvrtinu života travíme vývojem ke zralosti a asi tři čtvrtiny stárnutím.(12)

Podle Langmeiera a Krejčířové (12) dělíme věk dospělosti do tří etap, které se nutně překrývají a nastupují rozdílně u jednotlivých lidí.

- Časná dospělost (zhruba od 20 do 25 let) je přechodným obdobím mezi adolescencí a plnou dospělostí. Dospělost tu vymezujeme s přihlédnutím ke třem kritériím: věku, k převzetí určitých vývojových úkolů a k dosažení určitého stupně osobní zralosti.

Časná dospělost : upevnění identity dospělého, identifikace s rolí dospělého,

produktivní orientace, upřesnění osobních cílů. Nezávislost na rodičích, hledání partnera, zakládání vlastní rodiny. Předběžná volba povolání a postupné získávání odpovědnosti v profesi.

- Střední dospělost (asi do 45 let) je obdobím plné výkonnosti a relativní stability. Střední dospělost : další upevnění identity, vrchol produktivity a aktivního vyhledávání životních cílů, posílení odpovědnosti v rolích dospělého.

- Pozdní dospělost – do začátku stáří.

Pozdní dospělost : nová integrace osobnosti. Příprava na odchod dětí z domova, nové potvrzení manželského vztahu. Vypětí v povolání před blížícím se odchodem na odpočinek a postupná redukce profesionální činnosti.(12)

1. 3. 2 Dospělost postiženého člověka

V novodobých industriálních společnostech vymezuje dospělost mnoho definic. Sjednotit definice dospělosti je obtížné, neboť je třeba rozlišovat dospělost biologickou a dospělost duševní a přitom respektovat systémové socio-kulturní a právní faktory.

Dospělým, ve smyslu vzdělávání je osoba, jejíž hlavní sociální role se dají charakterizovat statusem dospělého, a která zároveň ukončila svou vzdělávací dráhu ve formálním vzdělávacím systému. (12)

I přes obtížné a nejasné vymezení statutu dospělosti, můžeme v obecné rovině uvažovat o faktorech, které k dosažení statutu dospělosti přispívají nebo naopak brání. Jsou to např. ukončení školní docházky, získání zaměstnání, uzavření sňatku, založení rodiny, získávání sociálních dávek od státu, postoje personálu, postoj samostatných postižených, diagnostická terminologie, předsudky a stereotypy společnosti. Většina uvedených faktorů se nevztahuje pouze k člověku s postižením, ale má obecnou platnost.(12)

Postižený jedinec není vždy schopen zvládnout nároky dospělosti. Není schopen soběstačnosti, nemůže či není schopen o sobě rozhodovat a nést za tato rozhodnutí odpovědnost.

V dospělosti jsou důležité dvě role: zvládnutí profese a partnerská, respektive rodičovská role. Pro postiženého člověka má získání partnera větší význam než pro

zdravého. Kromě uspokojení v intimní oblasti jde ve větší míře také o sociální hodnotu takového vztahu, o jeho symbolický význam. Získání partnera funguje jako důkaz normality. Potřeba uzavřít manželství je u těchto lidí nejen projevem potřeby citové vazby, ale také výrazem potřeby seberealizace, která bývá v jiných oblastech obtížně dosažitelná.(26)

Rodičovství je další alternativou uspokojení potřeby seberealizace, která je zdánlivě snadno dostupná i postiženým lidem. Děti jsou dalším důkazem normality a potvrzením hodnoty člověka v jeho rodičovské roli. Potřeba rodičovství má u postižených lidí mimo jiné také kompenzační význam. Její akceptace vyplývá z faktu, že mnohé oblasti seberealizace jsou nedostupné, a tím více nabývají na významu ty zbývající, jejichž uspokojení zdánlivě nic nebrání.

Vztah k potenciálnímu rodičovství nebývá u postiženého člověka jednoduchý. Role dítěte je ve vztahu k dospělému vždy, zejména však v prvních letech života, podřízená a závislá. Takovou vztahovou variantu neprožívá postižený člověk často, většinou je tím závislým on sám. Dítě potvrzuje jeho autoritu a dominanci svou komplementární vázaností a nesamostatností. Takový prožitek může být důležitý a bude posilovat sebejistoty postiženého člověka.

Potřebu seberealizace saturují dospělí lidé i v profesní oblasti. Závažně postižený člověk není omezen jen při volbě povolání, ale i při hledání vhodného místa. V důsledku handicapu často nemůže sehnat přijatelné místo nebo není schopen zvládnout práci bez úpravy pracovních podmínek.(27)

Práce vede k určitému, většinou k zřejmému cíli, k vytváření hodnot, které mají význam jak pro jedince, tak i společnost. Práce je také předpokladem seberealizace, uplatnění dispozic jedince k určité činnosti, k práci či sociální aktivitě. Z hlediska přínosu práce pro člověka má práce význam v těchto rovinách : existenční a materiální podpora (odměna, mzda, uspokojení osobních potřeb, pochopení ceny, hodnoty lidské práce, chápání času, prostoru a energie, rozvojový a tvořivý (rozvoj duševních a tělesných schopností, realizace představ o světě a produktech lidské činnosti), kooperační a socializační (svou prací navazuje na práci ostatních lidí, spolupracuje s nimi, učí se ostatní respektovat a komunikovat s nimi), estetický a kulturní (reflexe

individuálních estetických kritérií, umělecká tvorba, kultura společnosti), relaxační (odvádí od jednostranné zátěže, psychického napětí, příležitost k činnostem, které emocionálně obohacují).

Z výše uvedeného vyplývá, že pracovní uplatnění je jedním z prioritních cílů speciálně pedagogické podpory osob s postižením. Pokud jedinec nemá možnost vlastní seberealizace, ztrácí motivaci k práci na sobě, k překonávání překážek, ke vzdělávání a profesní přípravě, potažmo k odbornému růstu.

Nutnost zde vyzdvihnout důležitost týmové spolupráce při přípravě k volbě konkrétního postupu a realizace profesní přípravy.(30)

Pokud postižený člověk zůstává izolován doma, ztrácí jednu, osobně důležitou roli a postupně dochází k chátrání osobnosti. Kromě toho se tímto způsobem zvětšuje vzájemné nepochopení mezi zdravými a postiženými, kteří žijí naprosto odlišným způsobem.

Frustrace, kterou postižený nezaměstnaný prožívá, může vést ke stimulaci obranných mechanismů různého druhu. Závislost na invalidním důchodu může být subjektivně degradující, vyvolávat pocity méněcennosti. Zbavuje tyto lidi možnosti sociálního kontaktu a navíc vede k psychickému a i tělesnému chátrání (pokud si jedinec nenajde vhodnou náhradní náplň). Reakcí na takové obtíže může být přijetí role mučedníka, oběti, kterou společnost zanechala na ulici a jíž nezbyvá než žebrať. Tito lidé často projevují své osobní neuspokojení negativním vztahem ke společnosti zdravých, považují je za viníky své vlastní, obtížné situace.(26)

Negativní zkušenosti zvyšují riziko vzniku agresivního postoje vůči zdravým a jejich generalizovaného odmítání. Zdraví lidé jsou podle názoru postiženého člověka nespravedlivě zvýhodněni. Tento postoj iracionálně posiluje fakt, že v naprosté většině postižený dospělý jedná se zdravými úředníky, je na nich závislý a oni mu často nevyhoví tak, jak by chtěl. Převážně emocionální zpracování takové zkušenosti ovlivní postoj postiženého k majoritní společnosti zdravých. Bude se jich obávat, může být paranoidní, a vzhledem k tomu bude cítit z jejich strany ohrožení.

Marie Vágnerová (26) uvádí, že pocit nejistoty a nespravedlivosti může snadno posílit tendenci vymáhat všechno, o čem se postižený člověk domnívá, že mu po právu

náleží. Na druhé straně může být výsledkem obranného úsilí demonstrováný postoj přijaté invalidní bezmocností, která se stane nástrojem určitého způsobu uspokojování potřeb takového člověka. Objevuje se sklon k náhradnímu uspokojování preferencí primitivnějších potřeb, zejména orálního charakteru, jako je jídlo nebo kouření, či únikem k alkoholu nebo jiným drogám.

1. 4 Služby

1. 4. 1 Pojem sociální služba

Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (**33**) se sociální službou rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Tento zákon rozlišuje následující formy poskytování sociálních služeb:

- sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní
- pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb
- ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování
- terénními službami se rozumí služby, které jsou osobně poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Zařízení, která poskytují sociální služby : centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště ranné péče.(**33**)

V následujících kapitolách se některým zařízením budu blíže věnovat.

1. 4. 2 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Jak uvádí zákon 108/2006 Sb.o sociálních službách (33) v domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti : poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro vlastní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Tyto domovy nejsou jen pro dospělé, ale poskytují ubytování i pro děti se zdravotním handicapem. Nezaopatřeným dětem se v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytuje osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám. Osobním vybavením se rozumí prádlo, šatstvo a obuv, některými službami se rozumí stříhání vlasů, holení a pedikúra.(33)

1. 4. 3 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění (včetně duševního onemocnění), jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Služba obsahuje tyto základní činnosti : poskytnutí stravy, nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.(33)

Chráněné bydlení je modernější formou celoroční péče. Spočívá v tom, že několik klientů s postižením bydlí společně v běžném bytě nebo rodinném domku. Chráněné bydlení by mělo mít povahu společné domácnosti, kde dospělým klientům pomáhají asistenti s úklidem, s vařením, se sebeobsluhou a se vším, co klienti sami nemohou

zvládat. Asistent nezastává funkci rodiče ani vychovatele, ale spíše pomocníka, přítele a konzultanta. (22)

Švarcová(22) uvádí, že chráněné bydlení má velký význam zejména pro dospělé lidi s mentálním postižením, kteří jsou zaměstnáni v chráněných pracovištích a navštěvují různá centra a instituce pro zaměstnávání. Pokud klienti tráví většinu svého života v chráněném bydlení a prakticky z něho nevycházejí, ztrácí toto bydlení svou integrační funkci. Klienti se v něm nudí a trpí nedostatkem podnětů a kontaktů s ostatními lidmi.

1. 4. 4 Týdenní stacionáře

Jak již název zařízení předesílá, jedná se o stacionáře, jež jsou zařízení, která 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. (33)

Služba podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách (33) obsahuje tyto základní činnosti : poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

1. 4. 5 Profesionální poradenství

System institucí profesionálního poradenství, zjišťovaný už na škole, dále pak pedagogicko psychologickými poradnami a po roce 1991 také speciálně pedagogickými centry, poskytuje orientaci a pomoc mladým lidem při volbě povolání. V současné době tento systém ještě významněji posilují nově zřizovaná informační a poradenská střediska při úřadech práce, která se orientují nejen na populaci dospělých, ale i na dospívající mládež a ve spolupráci se školami se tak velkou měrou podílejí na jejich výběru školy či profese, adekvátně jejich schopnostem i nabídce pracovních míst v příslušném regionu.(30)

Formy práce poradce pro volbu povolání se dělí na individuální a skupinové. Individuální poradenství se uskutečňuje v interakci klient-poradce. Tato forma je určena především žákům a rodičům prostřednictvím rozhovoru a konzultací. Pomáhá klientovi poznat sama sebe, zájmovou strukturu, určení vhodné profesní orientace. Součástí je poskytnutí aktuálních informací o způsobu přípravy na povolání. Při většině rozhovorů poradce se jedná přímo s žákem, bez přítomnosti rodičů. (30)

Podle Vítové (30) skupinové poradenství umožňuje poradenské služby většímu počtu klientů, jak už je patrné z názvu. Využívání skupinových technik je vhodné při zjišťování a uvědomování si profesních zájmů, přání a při hodnocení schopností. Skupinové formy zahrnují kurzy, přednášky, semináře, skupinové diskuze, kurzy pro speciální skupiny. Jednou z neúčinnějších forem používaných při volbě povolání jsou besedy a přednášky.

Besedy rozšiřují informovanost klienta o trhu práce, studijních a učebních oborech, povoláních, podmínkách přijetí na studium a dalších možnostech uplatnění na trhu práce. Poradce podle zaměření a cíle besedy zajišťuje účast odborníků z praxe, ale také i bývalé žáky, kteří mohou sdělit své zkušenosti ze studia. Zaměření besedy je dáno cílovou skupinou.(30)

1. 4. 6 Osobní asistence

Osobní asistence je terénní službou, která je poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. (33) Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Služba obsahuje tyto základní činnosti :

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně
- pomoc při zajištění stravy
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí(33)

Služby osobní asistence v typické podobě jsou služby vymezené a řízené uživatelem. U lidí s mentálním postižením se nepředpokládá, že by mohli dokázat definovat své vlastní potřeby a organizovat jejich uspokojování jinými osobami. Přesto je v mnoha zemích, podobně jako u nás, rozšířená tendence osoby s mentálním postižením z oblasti péče osobních asistentů vylučovat. Pokud osoby s mentální retardací potřebují intenzivní pomoc, bývají tradičně odkazováni na ústavní nebo jinou sociální péči.(22)

Přes všechny zatím nevyjasněné problémy se osobní asistence jeví jako jedna s progresivních forem v péči o osoby s mentálním postižením. Podle Švarcové (22), spočívá specifická role osobního asistenta mentálně postižených v tom, že svojí činností nesupluje roli některého z fyzických orgánů postiženého člověka nebo funkce některého z jeho smyslů (nejčastěji zraku nebo sluchu), nýbrž pomáhá kompenzovat závažné nedostatky jeho psychiky, která je někdy poškozena do té míry, že dostatečně nekoordinuje ani činnost jejich tělesných orgánů.

2 CÍLE A HYPOTÉZY

2. 1 Cíle práce

Cíl 1-Cílem práce je analýza služeb sloužící k integraci v Domovech pro osoby se zdravotním postižením v Jihočeském kraji.

Cíl 2- Cílem práce je zjištění, zda služby sloužící k integraci jsou dostačující.

2. 2 Hypotézy

H₁: Klienti, lidé s kombinovaným postižením v Domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou spokojeni se službami sloužícími k integraci, které zařízení nabízí.

H₂: Zaměstnanci v Domovech pro osoby se zdravotním postižením považují služby sloužící k integraci za dostačující.

3 METODIKA

3.1 Použité metody výzkumu

Bylo použito technik rozhovoru a analýzy dokumentu.

Rozhovor je taková technika sběru informací, při které jsou potřebné informace od zkoumaných osob získávány prostřednictvím záměrně cílených otázek kladených respondentovi v rozhovoru vedeném tvář v tvář.(2)

Analýza dokumentů je analýza jakýkoliv dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem našeho výzkumu.(2)

Výzkum byl realizován formou rozhovoru a obsahové analýzy v Domovech pro osoby se zdravotním postižením v Jihočeském kraji.

Autorka oslovila 3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením v Jihočeském kraji – Empatie, Osek, Mačkov. Rozhovor proběhl s 20 zaměstnanci a 40 klienty. Rozhovory v Domovech pro osoby se zdravotním postižením byly uskutečněny v měsících března a dubna 2007.

Respondenti byli vybíráni dle obsahové analýzy dokumentu.

3.2. Charakteristika souboru

Zkoumaný soubor tvoří celkem 40 respondentů. 12 žen a 28 mužů. 50% (20) tvoří respondenti s mentální retardací + epilepsií, 25% (10) s mentální retardací + pohybovým poškozením, 13% (5) s mentální retardací + DMO, 7% (3) s mentální retardací + poškozením zraku a 5% (2) s mentální retardací + nedoslýchavostí.

4 VÝSLEDKY

4. 1 Výsledky řízeného rozhovoru s klienty Domova pro osoby se zdravotním postižením – Mačkov, Osek, Empatie

1. Pohlaví

Tab. č.1 Pohlaví klientů v Domově pro osoby se zdravotním postižením – Mačkov, Osek, Empatie

Muž	Žena
70% (28)	30% (12)

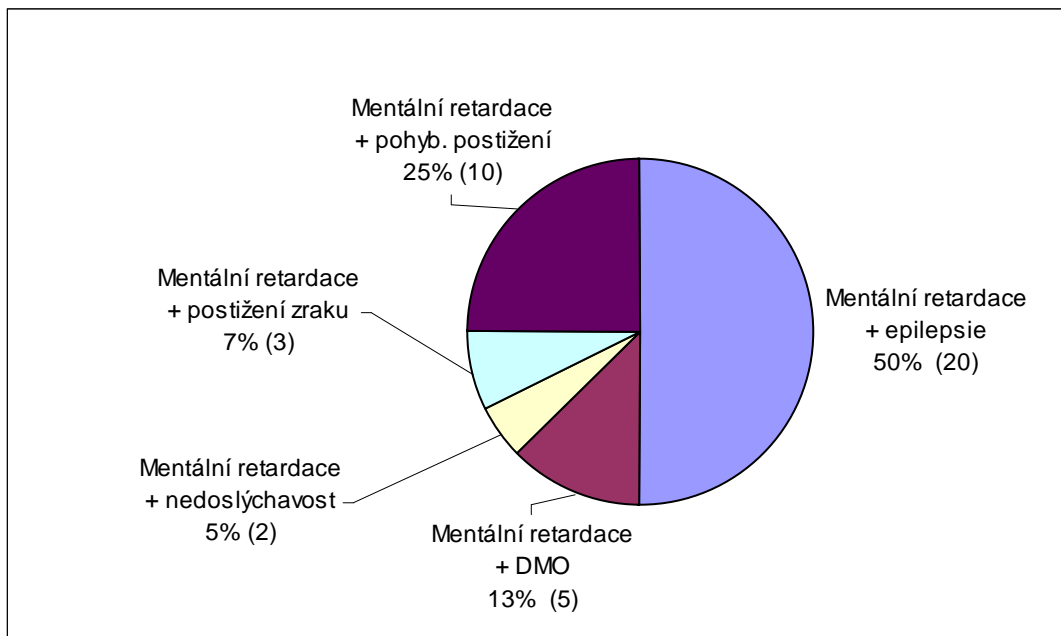
Zdroj : vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že 70% (28) respondentů bylo mužů a 30% (12) respondentů bylo žen.

2. Věk – průměrný věk dotazovaných klientů byl 37 let, minimální věk byl 23 let a maximální 54 let

3. Jaké je Vaše postižení ?

Graf č.1 Postižení klientů v Domově pro osoby se zdravotním postižením-Osek, Mačkov, Empatie



Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplynulo, že 50% (20) respondentů trpí mentální retardací+epilepsií, 25% (10) respondentů mentální retardací+pohybovým poškozením, 13% (5) mentální retardací+DMO, 7% (3) mentální retardací+postižením zraku a 5% (2) mentální retardací+nedoslýchavostí.

4. Jaké máte záliby?

Tab. č.2 Záliby klientů v Domově pro osoby se zdravotním postižením – Mačkov, Osek, Empatie

Kulturní akce	30%	(12)
Poslouchání hudby	22,5%	(9)
Vyšívání, tkaní	15%	(6)
Procházky	12,5%	(5)
Sport	10%	(4)
Malba	5%	(2)
Zvířata	5%	(2)

Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že 5% (2) klientů uvedlo zvířata, 5% (2) klientů malbu, 10% (4) klientů uvedlo sport, 12,5% (5) procházky, 15% (6) klientů zmínilo vyšívání a tkaní, 22,5% (9) klientů udalo poslouchání hudby a 30% (12) klientů se rádo účastní kulturních akcí.

5. Jste spokojen/a se službami, které zařízení nabízí?

100% (40) respondentů odpovědělo kladně

Z výzkumu vyplynulo, že všichni klienti Domova pro osoby se zdravotním postižením – Osek, Mačkov, Empatie jsou s nabízenými službami spokojeni.

6. Jaké služby ústav nabízí?

Tab. č.3 Poskytované služby dle klientů v Domově pro osoby se zdravotním postižením – Osek, Mačkov, Empatie

Rehabilitace, rehabilitační pobyty	40%	(16)
Doprovod ke kadeřníkovi	17,5%	(7)
Chráněné bydlení	15%	(6)
Kulturní akce	7,5%	(3)
Muzikoterapie	7,5%	(3)
Hipoterapie	7,5%	(3)
Arteterapie	5%	(2)

Zdroj: vlastní výzkum

Z rozhovoru vyplynulo, že 40% (16) klientů uvedlo rehabilitaci, 17,5% (7) pravidelně dochází ke kadeřníkovi, 15% (6) zmínilo chráněné bydlení, 7,5% (3) udalo kulturní akce, 7,5% (3) muzikoterapii, 7,5% (3) hipoterapii a 5% (2) arteterapii.

7. Jaké služby využíváte nejvíce?

Tab. č.4 Nejvyužívanější služby dle klientů Domova pro osoby se zdravotním postižením – Mačkov, Osek, Empatie

Rehabilitace, rehabilitační pobyty	55%	(22)
Muzikoterapie	15%	(6)
Chráněné bydlení	10%	(4)
Doprovod ke kadeřníkovi	7,5%	(3)
Malba	7,5%	(3)
Hipoterapie	5%	(2)

Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedeného vyplývá, že jako nejvyužívanější službu uvedlo 55% (22) klientů rehabilitaci, 15% (6) klientů muzikoterapii, 10% (4) zmínilo chráněné bydlení, 7,5% (3) doprovod ke kadeřníkovi, 7,5% (3) malbu a 5% (2) hipoterapii.

8. Chtěl/a byste v zařízení něco změnit?

100% (40) respondentů odpovědělo ne.

Z výzkumu vyplývá, že klienti Domova pro osoby se zdravotním postižením – Mačkov, Osek, Empatie jsou spokojeni a žádnou změnu nechtějí.

9. Účastníte se výletů, které pořádá Vaše zařízení?

100% (40) respondentů odpovědělo ano.

Výzkum ukázal, že všichni respondenti se účastní kulturních akcí.

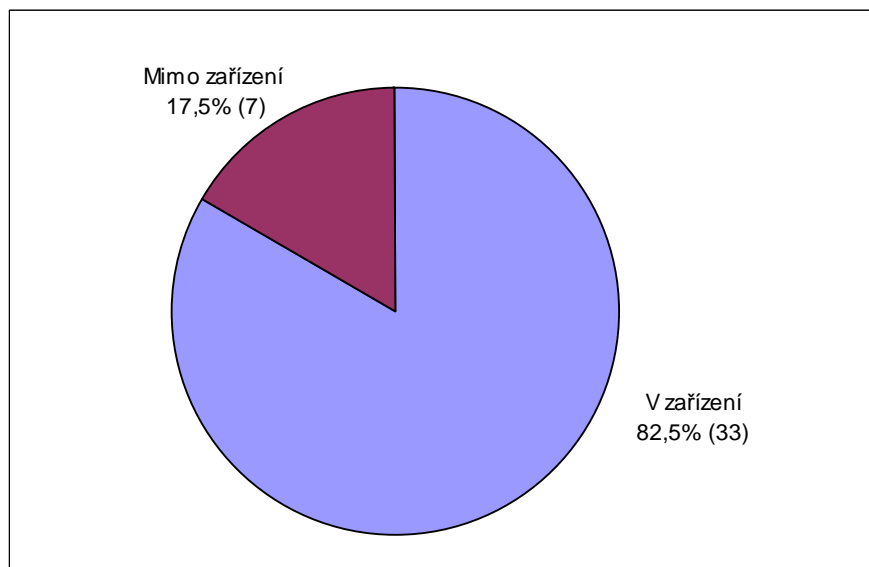
10. Jste spokojen/a s personálem?

100% (40) dotazovaných odpovědělo ano.

Z rozhovoru vyplynulo, že všichni respondenti jsou spokojeni s personálem, který v Domovech pro osoby se zdravotním postižením pracuje.

11. Máte více kamarádů v zařízení nebo mimo něj?

Graf č.2 Kamarádi v zařízení či mimo něj



Zdroj: vlastní výzkum

Z rozhovoru bylo zjištěno, že 82,5% (33) klientů má kamarády v zařízení a 17,5% (7) klientů má kamarády spíše mimo něj.

12. Jste spokojen/a v tomto zařízení?

100% (40) dotazovaných odpovědělo ano.

Z uvedeného vyplývá, že všichni respondenti odpověděli kladně tzn., že všichni klienti jsou v Domově pro osoby se zdravotním postižením spokojeni.

4. 2 Výsledky řízeného rozhovoru se zaměstnanci Domova pro osoby se zdravotním postižením – Mačkov, Osek, Empatie

1. Jak dlouho zde pracujete? – průměrný počet let je 6 let

2.Co Vás motivuje k práci v tomto zařízení?

Tab. č.5 Motivace k práci

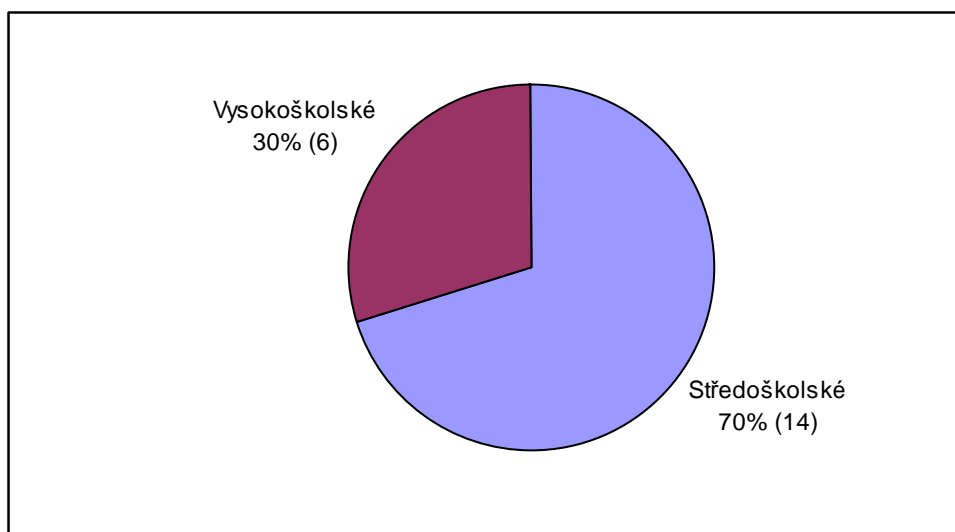
Klienti	90% (18)
Nesobectví, pozitivní přístup klientů k životu	5% (1)
Poznání odlišné skupiny obyvatel	5% (1)

Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplynulo, že 90% (18) zaměstnanců motivují k práci klienti , 5% (1) zaměstnanců odpovědělo, že je motivuje pozitivní přístup klientů k životu, nesobectví a 5% (1) poznání odlišné skupiny obyvatel.

3.Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf č.3 Vzdělání zaměstnanců



Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že 70% (14) zaměstnanců má středoškolské a 30% (6) zaměstnanců vysokoškolské vzdělání.

4.Věk – průměrný věk dotazovaných zaměstnanců je 34 let. minimální je 23 let a maximální 47 let

5. Pohlaví

80% (16) dotazovaných byly ženy a 20% (4) byli muži.

Výzkum ukázal, že většina respondentů byly ženy.

6. Co si představujete pod pojmem integrace?

100% (20) dotazovaných odpovědělo, že integrace je začleňování do společnosti.

Z rozhovoru bylo zjištěno, že všichni dotazovaní odpověděli adekvátně.

7. Poskytuje Vaše zařízení služby sloužící k integraci?

Na tuto otázku odpovědělo 100% (20) dotazovaných ano.

8. Které služby sloužící k integraci jsou nejvyužívanější?

Tab. č.6 Nejvyužívanější služby sloužící k integraci

Kulturní akce	45% (9)
Doprovod ke kadeřníkovi	20% (4)
Chráněné bydlení	15% (3)
Muzikoterapie, ergoterapie a doprovod do ZUŠ	10% (2)
Hipoterapie	5% (1)
Rehabilitační a rekondiční pobyty	5% (1)

Zdroj: vlastní výzkum

Z rozhovoru vyplynulo, že 45% (9) zaměstnanců uvedlo jako nejvyužívanější službu sloužící k integraci kulturní akce, 20% (4) zaměstnanců udalo doprovod ke kadeřníkovi, 15% (3) chráněné bydlení, 10% (2) zmínilo muzikoterapii, ergoterapii a doprovod do ZUŠ, 5% (1) hipoterapii a 5% (1) rehabilitační a rekondiční pobyty.

9. *Myslíte si, že služby sloužící k integraci jsou dostačující?*

80% (16) odpovídalo že ne a 20% (4) odpovědělo ano

Výzkum ukázal, že 80% (16) respondentů služby sloužící k integraci považuje za nedostačující a 20% (4) respondentů odpovědělo, že jsou dostačující.

10. *Domníváte se, že v oblasti služeb by se dalo něco ve Vašem zařízení změnit?*

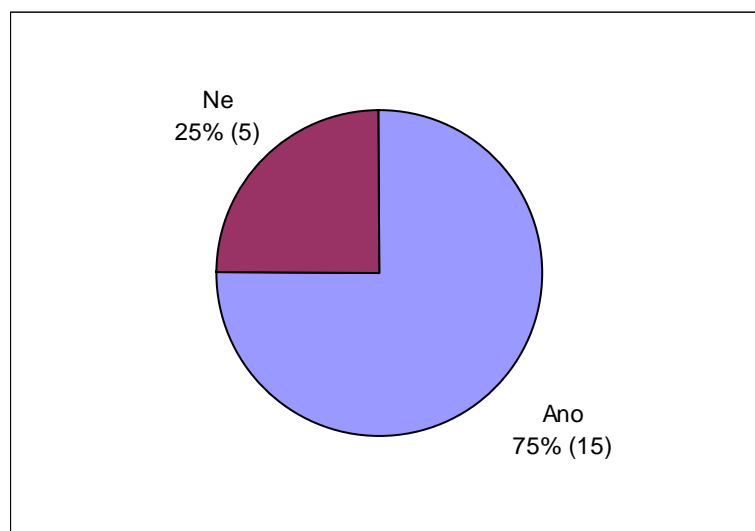
100% (20) dotazovaných odpovědělo ano.

11. *Na základě čeho vytváříte služby pro klienty?*

75% (15) respondentů odpovědělo, že služby pro klienty vytváří dle jejich potřeb a 25% (5) zaměstnanců uvedlo dle jejich přání.

12. *Působí ve Vašem zařízení dobrovolníci?*

Graf č.4 Působení dobrovolníků



Zdroj: vlastní výzkum

Z rozhovoru bylo zjištěno, že 75% (15) zaměstnanců odpovědělo, že v jejich zařízení dobrovolníci pracují (Mačkov, Empatie) a 25% (5) zaměstnanců uvedlo, že nepracují (Osek).

13. Spolupracujete s jinými organizacemi?

Tab. č.7 Spolupráce s jinými organizacemi

Jiné Domovy pro osoby se zdravotním postižením	55%	(11)
Sponzoři	20%	(4)
Nadace Nova	20%	(4)
Obecní úřad Bělčice	5%	(1)

Zdroj: vlastní výzkum

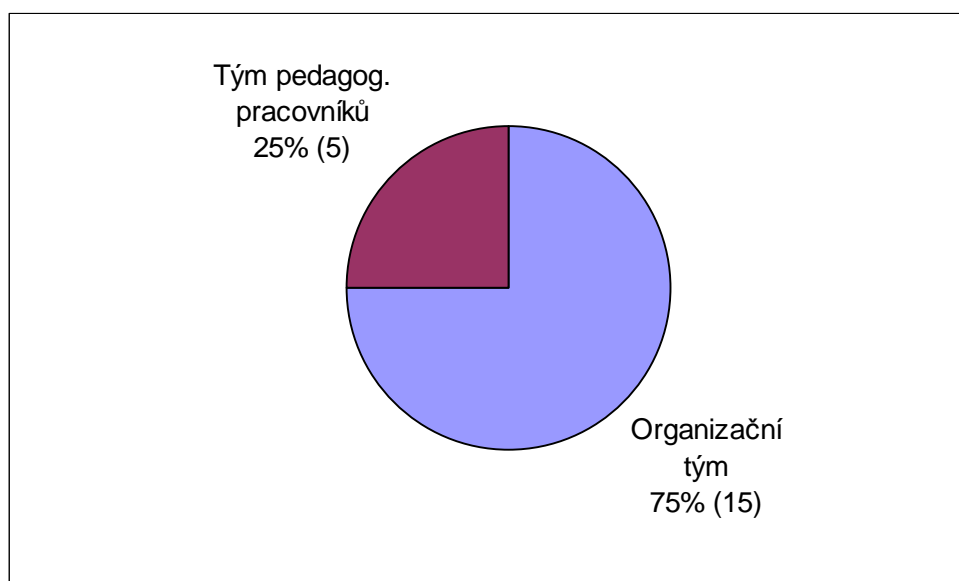
Z výzkumu vyplývá, že 55% (11) zaměstnanců uvedlo spolupráci s jinými Domovy pro osoby se zdravotním postižením, 20% (4) zaměstnanců uvedlo sponzory a nadaci Nova a 5% (1) zaměstnanců zmínilo Obecní úřad Bělčice.

14. Zpracováváte standardy sociálních služeb?

100% (20) dotazovaných odpovědělo ano.

15. Kdo zpracovává standardy sociálních služeb?

Graf č.5 Standardy sociálních služeb



Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedeného vyplývá, že 75% (15) zaměstnanců uvedlo, že standardy sociálních služeb vytváří organizační tým a 25% (5) zmínilo tým pedagogickým pracovníků.

5. DISKUSE

Téma bylo zvoleno na základě zájmu o klienty s kombinovaným postižením. Cílem bakalářské práce je zmapovat služby sloužící k integraci a zjistit zda jsou dostačující a zda jsou klienti se službami spokojeni. K výzkumu bylo použito rozhovoru, pozorování a analýzy dokumentu.

Každodenní lidský život je plný problémů, z kterých nejzávažnější jsou právě zdravotně sociální problémy. Zvýšený zájem o lidská práva vede společnost k tomu, že i jednotlivci i celek se postupně přesouvají z roviny informační do roviny realizační. Tento proces vede k pochopení, že významnou součástí lidských práv, jsou také povinnosti.

Klienti potřebují pomoc ze zdravotně sociálních důvodů, protože porucha zdraví (ochrnutí, chronická choroba) sekundárně vyvolá sociální problém a naopak.(13)

Výzkum byl proveden na klientech s kombinovaným postižením v Domovech pro osoby se zdravotním postižením – Mačkov, Osek, Empatie a zaměstnancích v Domovech pro osoby se zdravotním postižením – Mačkov, Osek, Empatie.

Ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami jsou určeny pro občany, kteří jsou vedle těžké tělesné vady postiženi též smyslovými vadami a popř. mentálním postižením.(11)

S Hypotézou₁: Klienti, lidé s kombinovaným postižením v Domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou spokojeni se službami sloužícími k integraci, které zařízení nabízí- souvisely otázky č.5, 6, 7 a 8 z neřízeného rozhovoru s klienty s kombinovaným postižením z Domova pro osoby se zdravotním postižením.

Na otázku č. 5: *Jste spokojen/a se službami, které zařízení nabízí?* Odpověděli všichni respondenti kladně.

Na otázku č. 6: *Jaké služby ústav nabízí?* Respondenti uváděli služby, jako je chráněné bydlení, kulturní akce, doprovod ke kadeřníkovi a různé terapie.

Souhlasím s autorkou L. Kozlovou (10), že v chráněném bydlení mohou klienti vést plnohodnotný život (s různou mírou podpory) a v nejvyšší možné míře mohou obstarávat chod domácnosti.

Chráněné bydlení je komplexní residenční služba poskytovaná klientům, kteří jsou dlouhodobě sociálně znevýhodněni v důsledku věku nebo zdravotního stavu.(10)

Na otázku č. 7: *Jaké služby využíváte nejvíce?* Dvacet dva respondentů uvedlo jako nejužívanější službu rehabilitaci, šest klientů muzikoterapii, čtyři klienti chráněné bydlení, tři zmínili doprovod ke kadeřníkovi a tři malbu a dva hipoterapii.

Na otázku č. 8: *Chtěl/a byste v zařízení něco změnit?* Odpovědělo všech čtyřicet respondentů, že ne. V zařízení se cítí všichni klienti spokojeni a žádnou změnu nechtějí.

Při rozhovorech bylo zjišťováno, jaké mají klienti koníčky a co rádi dělají. S tímto souvisela otázka č. 3: *Jaké máte záliby?* Respondenti uvedli mnoho rozmanitých činností. Rádi sportují, malují, zpívají, často se účastní kulturních akcí (rekreace v zahraničí, ozdravné pobyty).

Dále byl výzkum zaměřen, zda klienti jsou spokojeni s personálem a na celkovou spokojenost v zařízení. Všichni klienti jsou v zařízení velice spokojeni a s personálem vycházejí bez problémů.

Během rozhovoru vyšlo najevo, že na některé otázky odpovídali všichni respondenti stejně. Shodli se u ot.č. 5, 8, 9, 10 a 12.

Bylo zkoumáno, zda klienti mají více kamarádů uvnitř zařízení či mimo něj. Z výzkumu vyplynulo, že třicet tři respondentů má kamarády pouze v zařízení a sedm respondentů má kamarády spíše mimo něj.

Při rozhovorech s personálem zařízení, Domov pro osoby se zdravotním postižením, se autorka zabývala tím, jaké mají zaměstnanci vzdělání, zda zařízení poskytuje služby sloužící k integraci, dle čeho vytvářejí služby pro klienty, zda v organizaci působí dobrovolníci, či zpracovávají standardy sociálních služeb.

Hypotéza₂: Zaměstnanci v Domovech pro osoby se zdravotním postižením považují služby sloužící k integraci jako dostačující.

Tato hypotéza nebyla potvrzena. Zaměstnanci považují služby sloužící k integraci jako nedostačující. Se stanovením této hypotézy souvisejí otázky č. 7, 8, 9 a 10.

Otázka č. 7: *Poskytuje Vaše zařízení služby sloužící k integraci?* Na tuto otázku odpovědělo všech dvacet respondentů kladně. Zaměstnanec Domova pro osoby se zdravotním postižením Osek sdělil, že deset let zde fungoval integrační taneční soubor. Tento soubor byl složen z mentálně postižených chlapců z Oseka a dívek ze Základní školy Bělčice. Tento soubor zaznamenal úspěchy i na mistrovství České Republiky, dokonce se účastnil i mistrovství Evropy v tanci. Tento soubor v oblasti integrace zaznamenal velké úspěchy, avšak z důvodu odchodu personálu tento spolek zanikl.

Domov pro osoby se zdravotním postižením Osek spolupracuje s Obecním úřadem Bělčice, kde pořádají zlaté a stříbrné svatby.

Další služby sloužící k integraci – chráněné bydlení, kulturní akce (výlety, rekreační pobyty), ergoterapie, muzikoterapie.

Otázka č. 8: *Které služby sloužící k integraci jsou nejvyužívanější?* Nejvyužívanější službou v Domovech pro osoby se zdravotním postižením – Osek, Mačkov, Empatie jsou kulturní akce. Domovy pořádají různé rehabilitační pobyty, rekondiční pobyty, výlety do přírody, dovolené v zahraničí (Itálie, Chorvatsko), návštěvy kin a divadel, alespoň jedenkrát ročně každé zařízení navštěvuje s klienty pouť. V Domově pro osoby se zdravotním postižením Mačkov chodí na pouť do Blatné, Osek jezdí jedenkrát ročně na Matějskou pouť a v měsíci září zaměstnanci doprovází klienty na pouť do Strakonice.

Otázka č. 9: *Myslíte si, že služby sloužící k integraci jsou dostačující?* Pouze čtyři respondenti odpověděli kladně. Zbytek respondentů, tedy třináct, odpovědělo na tuto otázku, že služby sloužící k integraci dostačující nejsou. Jako hlavní důvod byl uveden fakt, že integrace u nás není ještě dostatečně rozšířena. Další důvod, který zaměstnanci uváděli byl nedostatek kvalifikovaného personálu a financí.

Otázka č. 10: *Domníváte se, že v oblasti služeb ve Vašem zařízení by se dalo něco změnit?* Všichni respondenti se shodli, že v oblasti služeb sloužící k integraci je co dohánět a dalo by se toho spousta změnit. V Domově pro osoby se zdravotním

postižením Mačkov se budou snažit prosadit projekt, kde by klienti byli integrováni do společnosti podporovaným zaměstnáváním, které by probíhalo v nedalekém městě Blatná.

Byla zjišťována úroveň vzdělání zaměstnanců. Z výzkumu vyplynulo, že čtrnáct respondentů má středoškolské vzdělání a šest respondentů vysokoškolské.

Vzdělání se odráží v kvalitě poskytovaných služeb. Vzdělaní pracovníci mají širší rozhled ve svém oboru, umí řešit problémy se kterými se setkávají při výkonu své profese.

K práci v zařízení je personál motivován klienty, jejich pozitivním přístupem k životu, nesobectvím, poznáním odlišné skupiny obyvatel a jeden zaměstnanec uvedl, že tato práce je pro něj koníčkem.

Ve výzkumu byla také zjišťována spolupráce s jinými organizacemi. Všichni zaměstnanci uvedli, že jejich zařízení spolupracují s jinými Domovy pro osoby se zdravotním postižením, pořádají společné akce. Dlouholetá spolupráce probíhá mezi zařízeními v Oseku a v Mačkově. Tyto dva Domovy pořádají společné zájmové a kulturní akce. Letos v únoru byl uskutečněn, jako každoročně, maškarní ples, kde se setkali tyto dva Domovy (a nejen ty), hrála zde kapela složená z klientů Domova pro osoby se zdravotním postižením Osek. Autorka byla přítomna na tomto maškarním bále. Panovala tam příjemná atmosféra, všichni se bavili, na tvářích klientů se objevoval jen úsměv.

Zařízení dále spolupracují s různými sponzory, kteří jsou velkým přínosem. Zaměstnanci Oseka a Mačkova uvedli, že spolupracují s nadací Nova. Každý rok jsou zváni na koncert – Chceme žít s Vámi. Personál uvedl, že na tomto koncertě vystupují zpěváci, herci a mnoho jiných známých osobností.

Z otázky č. 12: *Působí ve Vašem zařízení dobrovolníci?* vyplynulo, že ve dvou zařízeních dobrovolníci působí (Empatie, Mačkov) a v jednom nikoliv (Osek).

Dobrovolníci se podílejí na asistování při zájmové činnosti, nárazových akcích či jiných aktivitách, kde mohou pomoci.

Bylo provedeno šetření, zda zařízení zpracovává standardy sociálních služeb. Všechna zařízení uvedla, že standardy sociálních služeb zpracovávají. V zařízeních tuto činnost vykonávají týmy pedagogických pracovníků nebo týmy odborných pracovníků.

Souhlasím s autorkou J. Levickou a A. Mrázovou (13), které uvádějí, že nejdůležitějším standardem sociálních služeb jsou standardy procedurální. Tyto standardy stanovují, jak má určitá služba vypadat. Jsou zaměřeny na ochranu práv uživatelů služeb při zachování respektu individuálních potřeb každého člověka.

Zařízení ve své činnosti respektuje základní lidská práva uživatelů služeb, jejich nároky vyplývající z dalších platných obecně závazných norem a pravidel občanského soužití.(13)

6 ZÁVĚR

Cílem práce byla analýza služeb sloužících k integraci v Domovech pro osoby se zdravotním postižením v Jihočeském kraji a zjištění, zda-li jsou služby dostačující. Byly zmapovány služby, které poskytují Domovy pro osoby se zdravotním postižením – Osek, Mačkov, Empatie.

Cíle byly splněny. Byla provedena analýza služeb sloužících k integraci.

Na začátku práce byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Klienti, lidé s kombinovaným postižením v Domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou spokojeni se službami sloužícími k integraci, které zařízení nabízí.

Z výzkumu vyplynulo, že klienti jsou spokojeni s poskytovanými službami, které zařízení nabízí. Hypotéza byla potvrzena.

H2: Zaměstnanci v Domovech pro osoby se zdravotním postižením považují služby sloužící k integraci za dostačující.

Naopak zaměstnanci považují služby sloužící k integraci za nedostačující. Tato hypotéza potvrzena nebyla.

Výsledky bude možno použít ke zvýšení informovanosti veřejnosti o problémech týkajících se lidí s kombinovaným postižením a problémech týkajících se začlenění těchto osob a s úskalími, které přináší jejich začlenění. Přispěje ke zvýšení povědomosti o službách, které jsou nabízené v Domovech pro osoby se zdravotním postižením.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- (1) BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J. *Krása a bolest*. 1.vyd. Praha:Panorama, 1985. 413s. ISBN 61-505-21-825.
- (2) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost* .3.vyd. Praha:Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- (3) DOLEŽAL, S. *Výkladový a etymologický slovník pro zdravotně sociální fakulty*.1.vyd.České Budějovice:Jihočeská univerzita, 2000. 90 s. ISBN 80-7040-413-2.
- (4) HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. 1. vyd. Praha:Portál, 2004. 173 s. ISBN 80-7178-927-5.
- (5) HÖSCHL, C., LIBINGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha:Tigis, 2002. 895s. ISBN 80-9000130-1-5.
- (6) JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1.vyd. Praha:Triton, 2001. 158s. ISBN 80-7254-192-7.
- (7) JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1.vyd. České Budějovice:Jihočeská univerzita, 2005. 103s. ISBN 80-7040-826X .
- (8) JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*.1.vyd. Praha:Karolinum, 2000. 354s. ISBN 80-7184-823-9.
- (9) KOHOUTEK, R. et. al. *Základy sociální psychologie*.Brno:Cerm, 1998. 181s. ISBN 80- 7204-064-0.

- (10) KOZLOVÁ, L., *Sociální služby*, 1.vyd. Praha:Triton, 2005. 79s.
ISBN 80-2754-662-7.
- (11) KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E., *Zařízení sociální péče:pro seniory a zdravotně postižené občany*, 3.vyd. Olomouc:Anag, 2005. 303s. ISBN 80-7263-275-2.
- (12) LANGMAJER, J., Krejčířová, D., *Vývojová psychologie*, 3.vyd. Praha:Grada Publishing, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195.
- (13) LEVICKÁ, J., MRÁZOVÁ, A., *Vybrané kapitoly zo sociálního-zdravotnej problematiky*, Trnava:Mosty, 2003. 127s. ISBN 80-89074-71-5.
- (14) LUDÍKOVÁ, Z. *Kombinované vady*. 1.vyd. Olomouc:Univerzita Palackého, 2005. 140s. ISBN 80-244-1154-7.
- (15) LUDÍKOVÁ, L., RENOTIÉROVÁ M. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Olomouc:Univerzita Palackého, 2003. 290s. ISBN 80-244-0646.
- (16) MAŇÁK, J., PROKOP, J., SOLFRONK, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky a psychologie:Příspěvek ke vzdělávání učitelů*. Brno:Paido, 1998. 191s.
ISBN 80-85931-58-3.
- (17) MONATOVÁ, M. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*.2.vyd. Brno:Paido,1998. 85s. ISBN 80-85931-60-5.
- (18) PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno:Paido, 1998. 234s.
ISBN 80-85931-65-6.

- (19) RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. et. al. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha:Galén, 2001. 622s.
ISBN 80-7262-140-8.
- (20) SLOVÁK, M., et. al. *Defektologický slovník*.3.vyd. Jihočany:H a H, 2000. 418s.
ISBN 80-86022-76-5.
- (21) ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost:Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1.vyd. Praha:Univerzita Karlova, 2005. 99s. ISBN 80-246-0992-4.
- (22) ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3.vyd. Praha:Portál, 2006. 198s.
ISBN 80-7367-060-7.
- (23) TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. 1.vyd. Praha:Pedagogická fakulta UK,
1998. 120s. ISBN 86039-30-7.
- (24) TOMICKÁ, V., ŠVINGALOVÁ, D. *Vybrané kapitoly k integraci ve školství*.
2.vyd.Liberec:Technická Univerzita, 2002. 73s. ISBN 80-7083-657-1.
- (25) *Univerzum:všeobecná encyklopedie*. 1.vyd. Praha:Euromedie Group, 2000. 676s.
ISBN 80-207-163-9.
- (26) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese:Variabilita a
patologie lidské psychiky*. 1.vyd. Praha:Portál, 1999. 448s. ISBN 80-7178-214-9.
- (27) VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do vývojové psychopatologie I:Úvod do problematiky a
psychologie somaticky nemocných dětí*. 1.vyd. Liberec:Technická univerzita, 2002.
90s. ISBN 80-7083-593-1.
- (28) VÁGNEROVÁ, M., HAJDMOUSSOVÁ, Z. *Psychologie Handicapu*.2.vyd.
Liberec:Technická univerzita, 2003. 40s. ISBN 80- 7083-763-2.

- (29) VÍTOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2.vyd. Brno:Paido, 2004. 463s. ISBN 80-7315-071-9.
- (30) VÍTKOVÁ, M. *Otázky speciálně pedagogického poradenství:Základy, teorie, praxe*. 2.vyd. Brno:MSD spol. s.r.o., 2004. ISBN 80-86633-23-3.
- (31) VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatric pro střední zdravotnické školy*. 2.vyd. Praha:Informatorium, 2000. 247s. ISBN 80-86073-62-9.
- (32) VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1.vyd. Praha:Manus, 2004. 100s. ISBN 80-86571-07-6.
- (33) Zákon č. 108 Sb., *o sociálních službách*.
- (34) Vzdělání.<http://www.uspmackov.cz/vzdelani.php>, Březen 9, 2007.
- (35) Keramika.http://www.usposek.cz/foto_vytvar.htm, Březen 9, 2007.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

integrace

kombinované postižení

dospělost

sociální služby

9PŘÍLOHY

Příloha 1 – Řízený rozhovor s klienty Domova pro osoby se zdravotním
postižením – Mačkov, Osek, Empatie

Příloha 2 - Řízený rozhovor se zaměstnanci Domova pro osoby se zdravotním
postižením – Mačkov, Osek, Empatie

Příloha 3 – Fotodokumentace

Příloha 1 – Řízený rozhovor s klienty Domova pro osoby se zdravotním postižením –
Mačkov, Osek, Empatie

- 1) Pohlaví?
- 2) Věk?
- 3) Jaké je Vaše postižení?
- 4) Jaké máte záliby?
- 5) Jste spokojen/a se službami, které zařízení nabízí?
 - a) ano
 - b) ne, z jakého důvodu
- 6) Jaké služby ústav nabízí?
- 7) Jaké služby využíváte nejvíce?
- 8) Chtěl/a by jste v zařízení něco změnit?
 - a) ano, a co
 - b) ne
- 9) Účastníte se výletů, které pořádá Vaše zařízení?
 - a) ano
 - b) ne, z jakého důvodu
- 10) Jste spokojen/a s personálem?
 - a) ano
 - b) ne, z jakého důvodu
- 11) Máte více kamarádů v zařízení nebo mimo něj?
- 12) Jste spokojen/a v tomto zařízení?
 - a) ano
 - b) ne, z jakého důvodu

Příloha 2 - Řízený rozhovor se zaměstnanci Domova pro osoby se zdravotním postižením – Mačkov, Osek, Empatie

- 1) Jak dlouho zde pracujete?
- 2) Co Vás motivuje k práci v tomto zařízení?
- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 4) Věk?
- 5) Pohlaví?
- 6) Co si představujete pod pojmem integrace?
- 7) Poskytuje Vaše zařízení služby sloužící k integraci?
 - a) pokud ano, tak jaké
 - b) pokud ne, tak z jakého důvodu
- 8) Které služby sloužící k integraci jsou nejvyužívanější?
- 9) Myslíte si, že služby sloužící k integraci jsou dostačující?
 - a) ano
 - b) ne, z jakého důvodu
- 10) Domníváte se, že v oblasti služeb ve vašem zařízení by se dalo něco změnit?
 - a) ano, a co
 - b) ne
- 11) Na základě čeho v ústavu vytváříte služby pro klienty?
- 12) Působí ve vašem zařízení dobrovolníci?
 - a) ano, uveďte prosím činnost
 - b) ne
- 13) Spolupracujete s jinými organizacemi?
 - a) ano, s jakými organizacemi
 - b) ne, z jakého důvodu
- 14) Zpracováváte standardy sociálních služeb?
 - a) ano
 - b) ne
- 15) Kdo zpracovává standardy sociálních služeb?

Příloha 3 – Fotodokumentace



Zdroj : 34

Klienti v Domově pro osoby se zdravotním postižením –Mačkov : ve cvičném bytě



Zdroj : 35

Klient v Domově pro osoby se zdravotním postižením – Osek :arteterapie

Fotografie pořízené v průběhu výzkumu



