

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

*Aktivizační činnost zdravotně postižených v Denním stacionáři pro mentálně
postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících*

Bakalářská práce

Autor: Veronika Dejmková DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Libuše Vlášková

Datum odevzdání: 7. 5. 2010

Developmental Activities of Disabled People in the Center on Daily Employment of Handicapped for Mentally Disabled Children, Juveniles, and Adults in Strakonice

The goal of the thesis is to introduce a variability of developmental activities that enable mentally disabled persons to live adequately. Developmental activities mean in the thesis the way of integrating mentally disabled individual into a society.

The theoretical part of the work describes mental disablement, Down syndrome, poliomyelitis, mentally disabled peoples' characteristics of lives, mentally disabled people welfare, the mission and single developmental activities of the Center on Daily Employment of Handicapped.

The aim of this bachelor thesis is to determine what influence of developmental activities in mentally handicapped children, juveniles, and adults is apparent from the view of clients' parents in the Center on Daily Employment of Handicapped in Strakonice. As next, to monitor the importance of services provided in the Center from clients' and also parents' view.

The investigation that was performed represents in terms of sociology quantitative research. There was used questioning method as the first method for collecting the data through the questionnaire technique. As the next research method was used the technique of semi-standardized interview.

Developmental activities in the Center on Daily Employment of Handicapped proved personalities of clients to be developing, mostly concerning their locomotor system, integration, intellect abilities and skills, communication, and individuality.

I suggest my thesis to support the awareness of developmental activities in the Center on Daily Employment of Handicapped to enhance, especially in families that grow their handicapped children up only within home environment. Developmental activities could be applied also by workers of the Center and of other similar institutes to improve the quality of existing activities.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Aktivizační činnost zdravotně postižených v Denním stacionáři pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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.

V Českých Budějovicích dne: 7. 5. 2010

.....

Veronika Dejmková DiS.

Poděkování

Můj zvláštní dík patří paní PhDr. Libuši Vláškové za odborné vedení a aktivní spolupráci při vypracovávání bakalářské práce. Rovněž děkuji celému pracovnímu týmu, klientům a rodičům Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících za poskytnutí informací. V neposlední řadě děkuji mojí rodině za velkou podporu a vytvořené zázemí umožňující vytvoření této práce.

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav	9
1.1 Pojem a definice mentálního postižení.....	9
1.2 Příčina vzniku mentálního postižení.....	10
1.2.1 Prenatální příčiny.....	11
1.2.2 Perinatální příčiny.....	12
1.2.3 Postnatální příčiny	12
1.3 Klasifikace mentálního postižení.....	13
1.4 Stupně mentálního postižení.....	14
1.5 Downův syndrom	17
1.6 Dětská mozková obrna	18
1.7 Specifika života lidí s mentálním postižením	21
1.7.1 Psychologické zvláštnosti osob s mentálním postižením	22
1.7.2 Přístupy v péči o jedince s mentálním postižením.....	24
1.8 Péče o osoby s mentálním postižením	27
1.8.1 Historie péče o lidi s mentálním postižením.....	27
1.8.2 Zařízení sociálních služeb.....	29
1.9 Poslání Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež dospělé ve Strakonících.....	33
1.9.1 Poskytované činnosti v Denním stacionáři.....	34
1.9.2 Jednotlivé aktivizační činnosti v Denním stacionáři	35
1.9.3 Rozvoj dovedností u jedince s mentálním postižením.....	43
2 Cíl práce a hypotézy	45
2.1 Cíl práce.....	45
2.2 Hypotézy	45
3 Metodika	46
3.1 Použitá metodika.....	46
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	47

4	Výsledky výzkumu.....	48
4.1	Vyhodnocení otázek z polostandardizovaných rozhovorů.	48
4.2	Vyhodnocení otázek z dotazníků.....	55
5	Diskuze.....	74
6	Závěr.....	81
7	Seznam použitých zdrojů.....	82
8	Klíčová slova.....	86
9	Přílohy.....	87

Úvod

„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)

Cílem této práce je představit různorodost aktivizačních činností neboli služeb, které dávají možnost člověku s mentálním postižením žít plnohodnotný život.

Denní stacionáře jsou bránou, která otevírá klientům cestu do světa plného barevných zážitků, dojmů, emocí a také pocitu jistoty, uznání a nacházení nového kamarádství. Je to svět, který dává příležitost jedinci plně se zapojit do sociálního i kulturního dění společnosti a žít aktivním způsobem života.

V této bakalářské práci jsou aktivizační činnosti chápány jako způsob, začleňování jedince s mentálním postižením do společnosti. Při činnostech v Denním stacionáři dochází k integraci sociální, psychické i pedagogické, v které má hlavní roli zejména klient a také jeho rodič či opatrovník. Klienti Denního stacionáře ve Strakonících absolvují sportovní, kondiční a relaxační aktivity, dále pak zdravotní a kondiční plavání, celoživotní vzdělávání, práci v ateliéru s prvky arteterapie, pohybově-dramatickou výchovu, hudebně-pohybovou reedukaci s prvky muzikoterapie, pracovní rehabilitaci v provozu Prácheňských cukráren a zemědělského družstva, kulturní, společenské a sportovní pobyty i mimo zařízení. Speciální pedagogové podporují klienty podle individuálních plánů v rozvíjení různých dovedností a každý klient si vybírá činnosti, které ho zajímají a baví.

Při volbě tématu této práce jsem využila své praktické zkušenosti s těmito lidmi v rámci dobrovolné činnosti v Denním stacionáři pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících, při níž bylo zajímavé sledovat pozitivní vliv aktivit na jedince s mentálním postižením. Nabízela se tedy otázka, které činnosti nejvíce zajímají klienty, napomáhají jim v rozvoji osobnosti, soběstačnosti, rozvoji jemné i hrubé motoriky a zda jsou vidět nějaké pokroky. Úspěchy či neúspěchy v celkovém rozvoji jedince s mentálním postižením pak mohou posoudit rodiče či opatrovník klienta.

Se stacionářem spolupracuji a jsem jejich dobrovolník. Za tu dobu jsem získala mnoho zážitků, dojmů, radosti ale také strachu, smutku a zklamání. Práce s tamními klienty mě mnohému naučila, jak ve vnímání těchto lidí obecně, tak i v osobním sblížení, v přemýšlení o smyslu pomáhání druhým a životním naplnění.

Ze začátku byla pro mne práce s klienty náročná, neboť jsem neměla žádné zkušenosti. Postupem času zkušenosti přibývaly a hlavně chuť se učit a prožívat s klienty nové zážitky. Lidé s mentálním postižením mi pomohli najít hlubší smysl této práce a mé snažení několikanásobně odměnili přátelstvím a důvěrou. Tato snaha stála za to a stále stojí!

1 Současný stav

1.1 Pojem a definice mentálního postižení

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit) (26).

Mentální postižení je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit (35).

V oblasti pedopsychiatrie patří k těm poruchám, kde důležitost a důraz jsou kladeny na definici poruchy. Není to jen otázka snížení inteligenčního quotientu, ale vždy jde též o komplex narušení adaptivního chování. Mentální postižení je problém multidisciplinární (7).

Je také definována jako vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti jak duševní tak tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje především v procesu učení (20).

Další charakteristika mentálního postižení je nedostatečně vyvinutý intelekt (na rozdíl od demence, kdy dochází k úbytku již rozvinutého intelektu) s tímto pak souvisejí úroveň narušení chování, stupeň soběstačnosti a nutnosti péče (29).

Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni mentálního postižení (1). To postihuje nejenom psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Má tedy rozhodující vliv nejenom na vývoj a úroveň rozumových schopností, ale týká se rovněž úrovně sociálních vztahů, emocí, komunikačních schopností, možností společenského a pracovního uplatnění (26).

Mentální postižení je vrozené, dítě se již od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem.

Mentální postižení je trvalé, přestože je v závislosti na příčinách a kvalitě stimulace možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje jedince s mentálním postižením je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně

specifickou vhodností působení prostředí, tj. výchovných, výukových a terapeutických vlivů (35).

V současné době se pro označení snížení rozumových schopností nejčastěji užívá pojem mentální retardace. Na základě dohody představitelů mezinárodních organizací pro pomoc osobám s mentálním postižením se nedoporučuje používat označení „mentálně postižený“ nebo „mentálně retardovaný člověk“, které se považuje za neetické. Organizace Inclusion International, dříve známá jako Mezinárodní liga asociací pro osoby s mentálním handicapem (ISLMH), doporučuje používat označení „člověk nebo osoba s mentálním postižením“ (s mentální retardací). Tím má být vyjádřena skutečnost, že retardace není úplnou součástí člověka, ale je pouze jedním z mnoha jeho osobnostních rysů (31).

1.2 Příčina vzniku mentálního postižení

Příčiny vzniku mentálního postižení jsou nejednotné a velmi pestré. Jde o soubor příznaků, tj. syndrom s nejrůznější etiologií a i patogenezi (12). Vzniká při postižení centrální nervové soustavy. Jde o multifaktoriálně podmíněné postižení. Na jeho vzniku se může podílet jak porucha genetických dispozic, které vedou k narušení rozvoje CNS, tak nejrůznější exogenní faktory, které poškodí mozek v rané fázi jeho vývoje. Obě složky se vzájemně prolínají (35).

Mentální retardace může vzniknout v období:

- prenatalním (před narozením dítěte): jedná se především o infekce matky během těhotenství, poruchy výživy (karence složek potravy, metabolické poruchy např. diabetes mellitus, poruchy placentárního přenosu) působení záření, toxických látek a úrazy matky (20, 12)
- perinatálním (v období porodu a bezprostředně po něm): nedonošenost, hypoxie nebo asfyxie plodu, rizikový porod (protahovaný či překotný, císařský řez, koncem pánevním, s použitím kleští apod.) (20, 12)
- postnatálním (po porodu do 2 let věku dítěte): infekce novorozence, encefalitidy, úrazy, nádory a špatná výživa (20, 12)

V mnoha případech ovšem příčinu nelze jasně a přesně stanovit a potvrdit, protože ji zatím zjistit nedokážeme, nebo se možných a pravděpodobných příčin objevuje hned několik současně – pak se jedná o multifaktoriální etiologii (26).

1.2.1 Prenatální příčiny

V prenatálním období působí celá řada vlivů, mezi nimiž hrají důležitou roli ty, které způsobují „familiární“ mentální retardaci, a sice vlivy dědičné. Do těchto vlivů řadíme i po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které postupně vedou k mentálnímu postižení.

Z kvantitativního pohledu převažujícím faktorem, a to nejen v prenatálním období, ale všeobecně pro vznik mentální retardace, jsou specifické genetické příčiny (34). Vlivem mutagenních faktorů, z nichž některé známe (záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy atd.), dochází k mutaci genů, k aberaci chromozomů či změnám v jejich počtu (genomové mutace). Např. Klinefelterův syndrom nebo Turnerův syndrom (5). Do této kategorie spadá velká skupina (21 % etiologií mentální retardace) recesivně podmíněných poruch, zahrnujících většinu dědičných metabolických onemocnění typu fenylketonurie, galaktosemie atd.

Největší počet mentálního postižení však zapříčiňují syndromy způsobené změnou počtu chromozomů, zvláště pak tzv. trizomie se svým nejznámějším a nejrozšířenějším reprezentantem - Downovým syndromem, způsobeným trizomií chromozomu 21 (příčina 23% mentálních retardací).

Další skupinu prenatálních vlivů tvoří environmentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství, kdy platí zákonitost, že čím dříve k patologii dojde, tím fatálnější to má následky na zdraví dítěte (34). Řadíme sem onemocnění matky rubeolou, kongenitální syfilis, toxoplazmózu, otravy olovem a přímou intoxikaci embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky (fetální alkoholový syndrom) a v současnosti nelze pominout nebezpečí HIV positivity (12). Některé další endogenní genetické poruchy nejsou dosud plně objasněné, např. tuberózní skleróza, kraniostenóza, hydrocefalus, makrocefalie, mikrocefalie, nedostatek plodové vody – oligohydromnion. Převážná většina neuropatologicky podmíněných mentálních

postižení z období perinatálního je podmíněna exogenně a to infekcí, toxickými vlivy a poruchami výživy (32, 12).

1.2.2 Perinatální příčiny

Perinatální encefalopatie (organické poškození mozku) bývá udávána jako příčina potíží, které se označují termínem lehká mozková dysfunkce (v případě drobného poškození mozku, kdy nedošlo k rozsáhlejší lézi jako např. u DMO – cerebrální infantilní parézy) a které asi způsobují i mentální postižení.

K dalším perinatálním faktorům patří mechanické poškození mozku při porodu, hypoxie či asfyxie, předčasný porod a nízká porodní váha dítěte, též nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka – hyperbilirubinémie, při které bilirubin neodchází z těla a působí toxicky na nervovou soustavu (při nesouhlasu Rh faktorů) (34).

1.2.3 Postnatální příčiny

V době po narození může způsobit mentální postižení mnoho vlivů. Mezi ně patří: zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorových onemocnění, krvácení do mozku a zvláště v pozdějším období onemocnění typu Alzheimerovy choroby, Parkinsonovy choroby, alkoholové demence, schizofrenie, epileptické demence apod.

Snížení intelektových schopností může zapříčinit i senzorická, citová a sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném nebo nepodnětném rodinném prostředí a také děti umístěné do institucionální péče. Vliv takového prostředí se může podílet na poklesu inteligenčního kvocientu dítěte až o 20 bodů s tím, že pokud dojde včas k uspokojení těchto potřeb, intelektový deficit se může upravit. Problém je v tom, že sociokulturní deprivací trpí především děti rodičů s nižším intelektovým potenciálem, takže dochází ke kumulaci patologických faktorů způsobujících převážně lehké mentální postižení (34).

Pokud je příčinou vývojového opoždění nedostatečná a nepřiměřená výchova, nelze mluvit o mentálním postižení. Takový handicap není vrozený ani získaný. Definovat bychom ho mohli jako sociální poškození vývoje rozumových schopností

(dříve nazývaného pseudooligofrenie). Příčinou není poškození CNS, ale nedostatek přiměřených podmětů (35).

1.3 Klasifikace mentálního postižení

Hloubku mentálního postižení je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. V naší zemi se ke klasifikaci mentálního postižení používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10, ICN-10), vydaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v Ženevě, která vstoupila v platnost roku 1992 (20, 5).

Dle ní rozlišujeme:

A) Druh postižení

F 70-79 Mentální retardace

B) Stupeň postižení

F 70 Lehká mentální retardace IQ 69-50

F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49-35

F 72 Těžká mentální retardace IQ 34-20

F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a níže

F 78 Jiná mentální retardace

Stanovení stupně mentální retardace je nesnadné kvůli přidruženému senzoričkému a somatickému postižení např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autizmem či u těžce tělesně postižených osob.

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

C) Typ postižení

- Eretické (nepokojný, dráždivý, instabilní stav)
- Torpidní (apatický, netečný, strnulý stav)
- Nevyhraněný (20, 26)

1.4 Stupně mentálního postižení

Lehké mentální postižení

Tito jedinci jsou schopni v dospělém věku uvažovat v nejlepším případě na úrovni dětí středního školního věku (35). Tato porucha je způsobena vlivem dědičnosti, sociokulturní deprivací a nedostatkem stimulace.

Do 3 let je dítě lehce opožděné nebo je zpomalený jeho psychomotorický vývoj. Mezi třetím a šestým rokem se objevují nápadnější problémy: malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikativních dovedností, různé vady řeči, obsahová chudost řeči, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, či stereotyp ve hře (20).

V období školní docházky jsou nejvýraznější tyto problémy: konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť, vážne analýza a syntéza. Jsou schopné se učit, ale pokud jsou respektovány jejich možnosti (35). Často mají specifické problémy a to se čtením a psaním (5). Intelektové nedostatky se mohou srovnat díky životním zkušenostem, zejména mají-li dobré schopnosti paměťové (12).

Jemná a hrubá motorika bývá lehce opožděná. Je také vidět porucha pohybové koordinace. Rozvoj sociálních dovedností je zpomalen. V sociálně nenáročném prostředí nemusejí mít tito lidé žádný problém a většina není vůbec závislá na druhé osobě v oblasti sebeobsluhy (34). V oblasti emocionální se projevuje afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost či zvýšená sugestibilita. Výchovné působení a rodinné prostředí mají velký vliv pro socializaci.

Jedinci s lehkým mentálním postižením se vzdělávají podle odpovídajícího vzdělávacího programu. Nejčastěji v základní škole praktické. Mají také možnost se integrovat do běžné základní školy při splnění stanovených podmínek integrace.

Jedinci zvládají jednoduché učební obory nebo se zaškolují v jednoduchých manuálních činnostech. Nejčastěji navštěvují odborná učiliště a praktické školy (20).

Mnoho dospělých jedinců je pracovně začlenitelných, potřebují pouze dohled a oporu a úspěšně udržují sociální vztahy (35). Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentálním postižením je 80 %, v populaci 2,6 % (20).

Středně těžká mentální postižení

Uvažování jedinců se středně těžkým mentálním postižením lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte (35). Etiologie tohoto stupně mentálního postižení je většinou organická (34).

Rozvoj myšlení a řeči je výrazně opožděn, opoždění přetrvává do dospělosti.

Objevuje se častý výskyt epilepsie, autismu a dalších neurologických a tělesných potíží, zatímco somatické vady jsou méně časté.

Řeč je velmi jednoduchá a omezená, slovní zásoba obsahově chudá. Jedinci tvoří jednoduché věty i slovní spojení. Někdy používají pouze nonverbální komunikaci (20). Slabá schopnost kombinace a usuzování. Učení je limitováno na mechanické podmiňování a k zafixování čehokoli je třeba častého opakování (5).

Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen. Trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných motorických úkonů. Samostatnost v sebeobsluze je mnohdy jenom částečná.

U jedinců se objevuje emocionální labilita a časté nepřiměřené afektivní reakce. Neschopnost úspěšně a samostatně řešit náročnější situace. Někteří z nich si však dokáží osvojit určitou nezávislost a soběstačnost.

Lidé se středně těžkým mentálním postižením se vzdělávají podle odpovídajícího vzdělávacího programu. Nejčastěji v základní škole speciální. Dalšího vzdělání mohou dosáhnout v praktické škole (20). Mohou vykonávat jednoduché stereotypní pracovní úkony a to pokud se nevyžaduje přesnost a rychlost, nejčastěji pod dohledem nebo v chráněném prostředí po celý život (35).

Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentálním postižením je 12 % v populaci 0,4 % (20).

Těžké mentální postižení

Osoby s tímto stupněm postižení jsou v dospělosti schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy, uvažují na úrovni batolete (5).

Vzniká negenetickou (poškození zárodečné buňky, malformace CNS, infekce) a genetickou etiologií.

Jedinci mívají psychomotorický vývoj výrazně opožděný již v předškolním věku. Značná pohybová neobratnost a dlouhodobé osvojování koordinace pohybů (20). Často jde o kombinované postižení, mnoho z nich má postiženou i motoriku, trpí epilepsií apod. (35).

Možnosti naučení se základním hygienickým návykům a prvkům sebeobsluhy jsou trvale limitovány. Někteří jedinci však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti.

Značné omezení psychických procesů a také poruchy pozornosti. Objevují se poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, sebepoškozování, afektů a agrese (34). Děti s těžkým mentálním postižením zpravidla nemluví, vydávají jen zvuk, který modulují podle citového rozpoložení, zda mají zlost nebo jsou dobře naladěné. Také jsou schopné i některá slova opakovat, ale bez přílišného pochopení obsahu. U těchto dětí vycházíme z konceptu bazální stimulace, podporujeme u nich vnímání vlastního těla, orientaci v prostoru a čase a prostřednictvím stimulace umožňujeme navázání komunikace se svým okolím (24).

Výrazné narušení afektivní sféry, nestálost nálad a impulzivita. Jedinec rozpoznává blízké osoby. Potřeba celoživotní péče u osob takto postižených. Vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu a to v základní škole speciální.

Výskyt v celkovém počtu lidí s mentálním postižením 7 %, v populaci 0,3 % (20).

Hluboké mentální postižení

Vzniká většinou příčinnou organické etiologie. Jedinec má těžké omezení motoriky a používá stereotypní automatické pohyby. Hluboké mentální postižení se kombinuje s postižením sluchu, zraku a těžkými neurologickými poruchami. Je také poškozeno sluchové a zrakové vnímání.

Jedinec je ve většině případů neschopen sebeobsluhy. Nonverbální komunikace postrádá smysl, např. výkřiky, grimasy. Je častý atypický autismus (20).

Osoby s hlubokým mentálním postižením nejsou většinou schopni porozumět ani vyhovět požadavkům a instrukcím (29). Okolí nepoznávají a mají totální porušení

afektivní sféry se sklony k sebepoškození. Jsou ale schopni rozlišit známé a neznámé podněty a reagovat na ně s libostí či nelibostí (35).

Jedinci s hlubokým mentálním postižením se nedožívají vysokého věku a bývají většinou institucionalizováni (29).

Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentálním postižením je 1 %, v populaci 0,2 % (20).

1.5 Downův syndrom

Downův syndrom je nejrozšířenější forma mentálního postižení. Onemocnění bylo poprvé popsáno v roce 1866, anglickým pediatrem Johnem Downem. Jedná se o chromozomální onemocnění, trizonii 21. chromozomu (20).

Vznik tohoto onemocnění není závislý ani na zdravotním stavu matky, kvalitě její stravy, ani na způsobu života v těhotenství. Ani alkohol, nikotin a drogy, které mohou způsobit závažná a jiná poškození plodu, na vznik Downova syndromu nemá vliv. Určitá souvislost je prokázána pouze u faktoru věku rodičů. Bylo vyzkoumáno, že matky starší 35 let a otcové starší 50 let jsou narozením dítěte s Downovým syndromem ohroženi více než rodiče mladší.

Evidentní skutečnost je, že většina dětí s Downovým syndromem se nyní rodí matkám ve věku mezi 24-30 lety. Matky nad 35 let se v průběhu těhotenství většinou podrobují genetickému vyšetření, čímž se počet dětí s tímto onemocněním narozených starším matkám snižuje (31).

Lidé s tímto syndromem mají určité fyziognomické zvláštnosti. Hlava dítěte s Downovým syndromem je ve srovnání s ostatními dětmi menší. Její zadní část je zpravidla plošší, což způsobuje její kulatý vzhled. Obličej mívá ploché rysy, oční víčka jsou poněkud úzká a šikmá a ve vnitřním koutku oka je u většiny dětí výrazná kolmá kožní řasa (bilaterální epikantus), což dává jejich očím charakteristický tvar (právě díky očím se tomuto onemocnění dříve říkalo mongolizmus). Uši bývají menší, ústa jsou malá a pootevřená a z nich vyčnívá relativně velký jazyk. Může se objevit chybné postavení či opožděný růst zubů. Krk dětí bývá mohutnější. Asi u poloviny dětí s Downovým syndromem je pozorována jedna rýha přes dlaň (opičí rýha). Otisky prstů

bývají také oproti jiným dětem odlišné a mívají ploché nohy. Jedinci trpí celkovou hypotonií (snížený svalový tonus).

Tělesná odlišnost může zvýšit riziko sociálního odmítání, resp. vyhraněného přístupu ostatních lidí. Na druhou stranu bývají vzhledem ke své sociální adaptabilitě akceptováni spíše pozitivně.(35) Tělesná výška lidí s Downovým syndromem je malá, muži mívají kolem 147-162 cm a ženy asi 135-155 cm. Tělesná váha závisí na způsobu jejich výživy, ale většinou trpí obezitou.

Přibližně 40 % trpí srdečními vadami a časté jsou také smyslové vady. Intelektově se nacházejí většinou v pásmu lehčí až středně těžké mentální retardace, jejich schopnost socializace bývá dobrá (20). Jedinci se vzdělávají většinou v základní škole speciální. Učí se pomalu, ale dovedou své schopnosti využívat. Lze je přetížít nadměrnými požadavky, ale reagují na ně úzkostně. V dospělosti jsou obvykle schopni pracovat pod vedením a dohledem (35).

1.6 Dětská mozková obrna

Jednou z nejčastějších příčin vrozeného tělesného postižení je dětská mozková obrna (DMO). Medicína ji definuje jako neprogresivní neurologický syndrom, způsobený lézí nezralého mozku. Jde o poruchu s velmi pestrou etiologií a širokou škálou projevů. Přibližně ve dvou třetinách případů se u jedince s DMO vyskytuje také mentální postižení různého stupně, nežádka i další onemocnění a komplikace např. epilepsie, smyslové vady, vývojová dysartrie apod.

Příčiny dětské mozkové obrny jsou:

- *prenatální:* v prvních měsících těhotenství jsou to infekce těla matky, v pokročilých fázích těhotenství oběhové poruchy krve matky, které mají za následek nedostatečné okysličení plodu a to zejména jeho mozku (fetální hypoxie).
- *perinatální:* porodní asfyxie, přenošenost, nedonošenost a těžké komplikované protahované porody.

- *postnatální*: všechny infekce zejména do šestého měsíce věku dítěte, vždy se jedná o postižení nezralého mozku.

V průběhu prvního roku věku dítěte se klinický obraz DMO teprve utváří a neurologie se diagnostikuje jako centrální koordinační porucha (CKP) a centrální tonusová porucha (CTP).

Pro dětskou mozkovou obrnu je typické hybné postižení, tělesná neobratnost zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání okolí a nedostatečná představivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad, opožděný vývoj a vady řeči. Uvedené znaky se vyskytují i u jiného postižení, které není na pohled u dětí tak nápadné, jako DMO.

Dětská mozková obrna se rozděluje na spastickou a nespastickou formu. Těžší druh DMO má čtyři formy: disparetickou, hemiparetickou, kvadruparetickou a hypotenickou, někdy se uvádí ještě další forma dyskenetická.

Forma disparetická

- spastická obrna, kdy jsou postiženy zejména dolní končetiny. Chůze bývá nůžkovitá (kolena se o sebe třou), po špičkách, s pokrčenými koleny při spasticitě flexorů bérce. Vzhledem ke kongitivnímu vývoji je zde dobrá prognóza.

Forma hemiparetická

- spastická obrna horní i dolní končetiny jedné poloviny těla, s převážným postižením horní končetiny, která bývá ohnuta v lokti, zatímco dolní končetina je napjatá tak, že jedinec došlapuje na špičky.

V případě hemiparéz bývá při postižení pravé hemisféry kongitivní kapacita těchto dětí nejčastěji lehce subnormální (průměrné IQ 90), s převahou verbální složky. V případě postižení levé hemisféry asi polovina dětí v podstatě nejeví známky kongitivní poruchy, u druhé poloviny dětí bývá inteligence snížena a to nejčastěji do pásma lehké mentální retardace (průměrné IQ 65), bez rozdílu mezi verbální a názorovou složkou.

Forma kvadraparetická

- spastická obrna všech čtyř končetin, s převážným postižením dolních končetin. Ze spastických forem je zde vzhledem k dalšímu kongitivnímu vývoji prognóza nejméně příznivá.

Forma hypotonická

- slabá obrna, zpravidla výraznější na dolních končetinách. Vyskytuje se v kojeneckém věku. Později (asi kolem třetího roku života dítěte) se mění ve formu spastickou nebo dyskenetickou. Pokud setrvává, je doprovázena těžkým mentálním postižením. Vyznačuje se snížením svalového napětí.

Forma dyskenetická (dřívější název je forma extrapyramidová)

- vyznačuje se nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, které doprovázejí každý pokus o pohyb. Jsou to pohyby atetotické, balatické, choreatické nebo myoklonické.

Dětská mozková obrna je často kombinovaná se sníženým intelektem, poruchami duševního vývoje, s poruchami chování a s epileptickými záchvaty. Výjimkou nejsou ani smyslová postižení, ať už se jedná o vady zraku (např. šilhavost, tupozrakost, ale i slabozrakost různého stupně) nebo vady sluchu (různé stupně nedoslýchavosti) (20).

Nejtypičtější poruchou řeči při dětské mozkové obrně je dysartrie. Je to nejobtížnější a nejkomplicovanější korigované narušení komunikační schopnosti (36).

S ohledem na sociální důsledky je patrně nejzávažnější přidruženou poruchou u dětí s DMO mentální retardace. Ve vztahu k základnímu onemocnění DMO bývá často uváděn následující poměr stupňů mentální retardace. Přibližně třetina dětí s DMO má mentální dispozici odpovídající pásmu středního a těžkého mentálního postižení. Další třetina je pak v pásnu lehké mentální retardace a poslední třetina vykazuje intelekt v rámci variační šíře normy. Závažné mentální postižení se vyskytuje zejména u

kvadruparetické a hypotonické formě DMO. Nejmenší procento dětí s poškozeným intelektem je u dyskineticko-dystonické a hemiparetické formy (8).

K pozitivnímu ovlivnění motorického vývoje se používá především Vojtova metoda (reflexní lokomoce) nebo přístup manželů Bobathových. Je však nutno rozvíjet nejen motoriku, ale i řeč, hru, soběstačnost a rozvoj společenských vztahů. Proto je u řady dětí s dětskou mozkovou obrnou důležitá i cílená péče logopeda, ergoterapeuta a speciálních pedagogů (38).

Děti s DMO se vzdělávají buď v běžných mateřských školách a základních školách a nebo ve speciálních mateřských školách, v základních školách praktických a základních školách speciálních (20).

1.7 Specifika života lidí s mentálním postižením

Dospělý člověk s mentálním postižením může u lidí snadno vyvolat rozpaky svým poněkud zvláštním chováním. Častokrát jsou tyto jedinci považováni za jakési přerostlé děti a s touto představou k nim někteří nepostižení i přistupují.

Mentálně postižený dospělý je ale skutečně dospělý. Jakkoliv může být jeho chování dětské a k fyzickému věku neadekvátní, přece jenom i takový člověk má za sebou životní zkušenosti. Přestože o tom řada lidí pochybuje, i jedinci s mentálním postižením jsou osobnostmi, které mají kromě jiného své kulturní, duchovní a sexuální potřeby, jež jim nikdo nemá právo upírat, naopak jim musíme pomáhat v hledání vhodných a přiměřených cest k jejich uspokojování.

Přes všechna omezení a různé zvláštnosti jsou jedinci s mentálním postižením především lidmi, kteří mají prakticky stejné potřeby a také právo na jejich adekvátní saturaci jako všichni ostatní.

Mnozí z nich mohou žít relativně samostatným a nezávislým způsobem života, mohou cestovat, navazovat partnerské vztahy, pracovat, sportovat a věnovat se dalším zájmovým činnostem. Najdeme mezi nimi také výtvarníky, hudebníky a sportovní talenty, jejichž výkon je někdy až překvapivě srovnatelný s výkonem nadaných nepostižených jedinců (26).

1.7.1 Psychologické zvláštnosti osob s mentálním postižením

Celkové poškození neuropsychického vývoje osob s mentálním postižením přináší s sebou řadu zvláštností v jednotlivých stránkách jejich osobnosti. Poškození se dotýká procesů poznávacích, ovlivňuje adaptabilitu i chování jedince ve společnosti, zasahuje sféru emocionální a projevuje se i ve zvláštnostech motoriky (37).

Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují určité společné znaky, jejichž individuální přizpůsobení závisí na druhu mentálního postižení. Dále na jeho hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný (31).

Myšlení

Myšlení je vyšší forma odrazu okolní skutečnosti a slovem zprostředkované poznávání skutečnosti.

V definici o mentálním postižení se poukazuje na to, že jejím prvním znakem je porušení poznávací činnosti. Myšlení dětí s mentálním postižením se utváří v podmínkách neplnohodnotného smyslového poznávání, nedostatečného rozvoje řeči a omezení praktické činnosti. Mentálně postižené dítě má velmi omezenou schopnost abstrakce a zobecňování ale u dětí s lehčí formou mentálního postižení se myšlení může dostat až na hranici konkrétnosti (37).

Také jim výrazně chybí kvalita myšlení, kterou někteří psychologové označují jako tzv. sekvenční myšlení. Znamená to: chápání sledu vjemů a věcí, správné vnímání jejich logických souvislostí a časové následnosti (14). Myšlení mentálně postižených jedinců je charakteristické značnou stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení (35). Dalším vážným nedostatkem je slabá řídicí schopnost myšlení, jedinci zpravidla nepromýšlí své jednání a nepředvídají jeho důsledek (31).

Pro mentálně postiženého jedince je důležité, jak se mu situace jeví, o její podstatě však není schopen uvažovat. Nedokáže se odpoutat od vlastního pohledu, od vlastních potřeb a pocitů, které jeho poznávání zkreslují. Neschopnost nadhledu se projevuje vyšší sugestibilitou a sníženou kritičností (35). Z podstaty mentálního postižení

samozřejmě plyne defekt obsahu sdělení a to nedostatečná schopnost rozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči (34).

Rozvoj řeči

Obecná psychologie považuje řeč za prostředek vzájemného styku a nástroj myšlení. U dětí s mentálním postižením se sluchové rozlišování i vyslovování slov a vět vytváří později, než u zdravých dětí. Typickým znakem aktivního řečového projevu u mentálně postižených jedinců jsou nápadná jednoduchá vyjádření velmi krátkých vět a jednoznačných konkrétních pojmů (35).

Slovní zásoba u dětí s tímto postižením v mladším školním věku je mnohem menší, než u jejich zdravých vrstevníků. Rozdíly jsou také mezi aktivní a pasivní slovní zásobou. Aktivní slovní zásoba je neobyčejně chudá, velmi málo používají slovesa, přídavná jména a spojky. Mluvená stavba řeči je nedokonalá, jedinci používají hojně zájmen, místo aby jmenovaly jednající osoby, a také jsou nápadně porušeny gramatické shody ve větách (37).

Je pro ně obtížné porozumět i běžnému verbálnímu sdělení, protože mají větší potíže v pochopení celkového kontextu a omezenější slovní zásobu. Jednoduše a stručně formulovaná konkrétní informace je nejvhodnější variantou (35).

Školní integrace dětí a žáků s mentálním postižením se jeví jako jedna z nejobtížnějších, neboť mentální postižení se výrazně projevuje symptomatickými poruchami řeči, přičemž platí vztah přímé úměry: čím hlubší postižení, tím těžší porucha řeči (41). Speciální péčí lze dosáhnout určitých pokroků, posun ve vývoji vpřed, ale nikdy mentálně postižený člověk nedosáhne takového stupně vývoje, aby řeč odpovídala obsahové, gramatické i artikulační jazykové normě (10).

Paměť

Také paměť mentálně postižených osob vykazuje určitá specifika. Jedinci si vše nové osvojují pomalu a až po mnohačetném opakování. Naučené věci rychle zapomínají, vědomosti neumí včas uplatnit v praxi a paměťové stopy si vybavují nepřesně. Proto je na speciálních školách věnována velká pozornost opakování, při kterém je potřeba dodržovat požadavek na relaxace a rozmanitosti.

K zvláštnostem paměti mentálně postižených jedinců náleží také nekvalitní třídění pamětních stop, jedinci mají spíše mechanickou paměť (34). Vybavování představ probíhá u dětí s mentálním postižením dlouho a často chybně, jejich paměť je jen pasivní schopností, míchají se v nich představy a skutečné zážitky bez logického výběru, neutříděné podle významu, důležitosti či potřeby (37). Tyto děti si zpravidla zapamatují lépe vnější znaky předmětů a jevů v jejich náhodných spojeních a nepamatují si vnitřní logické souvislosti, které často ani nepostihují (31).

Emocionální sféra

Jednou z nejvýznamnějších oblastí osobnosti, ovlivňujících výrazným způsobem chování člověka a jeho prožívání, je emocionalita.

Většinou jsou lidé s mentálním postižením emočně nevyspělí a chovají se jako jedinci nižší věkové úrovně. Navazování kontaktu s touto osobou proto musí vycházet ze správného odhadu jeho emoční zralosti a znalosti mechanismů, jimž se řídí jeho chování (31).

Objevuje se menší schopnost ovládat se. Citová otevřenost souvisí s malou řídicí funkcí rozumu, kterou lze prožitky tlumit či dokonce přehodnocovat. Jedinec automaticky přenáší kladné emoce na situace, které umí zvládnout a v případě, kdy se situaci zvládnout nenaučil, mohou se u něj objevit neurotické (např. enuréza) či psychopatické (např. krádeže) symptomy poruchy citového vývoje (34).

Je důležité zmínit ještě problematiku emoční deprivace, která je velmi častá u jedinců s mentálním postižením umístěných v ústavní výchově. Emoční deprivace také velmi úzce souvisí se senzoričnou deprivací, se sociální a kulturní deprivací, se zanedbaností a s nakupením frustračních a stresových situací v rodině (37).

Všichni tito jedinci ve zvýšené míře potřebují, aby se mohly vyvíjet v láskyplném, podněcujícím a celkově příznivém prostředí (31).

1.7.2 Přístupy v péči o jedince s mentálním postižením

Péče o jedince s mentálním postižením vyžaduje znalost problematiky a chuť proniknout do světa těchto lidí. Tento svět je pro nás málo srozumitelný a obtížně dostupný, přesto se můžeme pokusit do něj nahlédnout (15).

Humanistický pohled na člověka spatřuje v každém člověku svébytnou osobnost se sobě vlastní hodnotou a respektuje vzájemnou odlišnost jedinců. Každého člověka musíme brát „vážně“ s jeho zcela vlastním charakterem a způsobem projevu, i když nám může být zpočátku nesrozumitelný. Zkusme se vcítit do člověka s mentálním postižením, do jeho vnímání a cítění, přestože je těžké tomu porozumět. Už sám pokus o porozumění však mění celou kvalitu vztahu (22).

Jedním z hlavních problémů osob s mentálním postižením je v různé míře omezená schopnost samostatně a bez cizí pomoci zvládnout řešení běžných životních situací. V závislosti na hloubce postižení, ale i na kvalitě výchovně vzdělávací péče, na náročnosti životního stylu a míře vstřícnosti okolní společnosti, potřebuje člověk s mentálním postižením určitou míru pomoci, podpory i péče, pramenící z porozumění jeho potřebám (26).

V péči o osoby s mentálním postižením je třeba vzít v úvahu určité specifické aspekty. Jedinci s mentálním postižením se také více než jiní učí potlačovat své pocity, nebo je dokonce vůbec nevnímat. Protože je to možné jen do určitého stupně, propukají nahromaděné emoce čas od času tím prudčeji a tím méně adekvátně.

Postiženého člověka samotného tyto výbuchy překvapují, neumí s nimi zacházet a má z nich strach. Spíše lidé s těžkým mentálním postižením obecně dokážou projevovat své emoce, byť v podivných podobách. Rozhodujícím faktorem je, jak pečující osoby samy zacházejí se svými pocity. Jejich způsob je pro jedince s postižením vzorem a může jim pomoci, aby své pocity lépe vnímali a vyjadřovali. Pečující osoba nesmí v žádném případě využívat svých projevů pocitů k nátlaku, vyvolávání pocitu viny apod. Pečovatel má jedinci s postižením svým vlastním příkladem názorně ukazovat, že všechny pocity patří k životu, že je člověk smí projevovat a že je s nimi možné žít a nenechat se jimi bezmocně ovládnout (22).

Při komunikaci s jedincem s mentálním postižením můžeme mít obavy, zda nám dobře rozuměl, zda chápe, co mu chceme sdělit. Zde existují neverbální techniky či formy alternativní komunikace, které lze využít, ať už se jedná o dorozumívání stisknutím ruky, či prostřednictvím různých tabulek s obrázky základních činností a věcí. Rozhovor s člověkem s mentálním postižením má svá specifika zejména v tom, že

je třeba se neustále ujistovat, zda jedinec rozumí tomu, co říkáme. V případě, že klient nerozumí, musíme se pokusit vysvětlit vše znovu a jednoduše. Neustále bychom měli mít na mysli, že nepochopení toho, co sdělujeme, může vést k budoucímu zklamání jedince ve vztahu k profesionálovi (15).

Vzhledem k omezené schopnosti komunikace u těchto osob je právě porozumění jejich potřebám a přáním někdy velice složité. Existuje vysoké riziko manipulace ze strany „nepostižených“ lidí, kteří tak jednají buď záměrně anebo neúmyslně (26). Jedinci s mentálním postižením jsou z hlediska možného zneužití (např. fyzické, psychické, hmotné, finanční a sexuální) extrémně riziková skupina. Toto riziko je dáno povahou jejich postižení, nedokážou totiž vyhodnotit situaci a různým druhům zneužívání se těžko brání. Často jsou zvyklí se podřídít a nemají dovednost hájit své zájmy. Rovněž také problémy v oblasti komunikace přispívají k snadnější zneužitelnosti. Avšak stejně jako se jedinec s mentálním postižením může naučit přecházet rušnou ulici, může se také naučit, jak má reagovat např. v situaci, kdy od něj někdo žádá peníze (27).

Při praktické práci s osobami s mentálním postižením však nesmíme zapomínat, že se jedná především o lidi, kteří mají naprosto stejná práva a povinnosti jako kdokoli z nás (15). Valné shromáždění OSN přijala v roce 1971 Deklaraci práv mentálně postižených osob respektující požadavky Deklarace o všeobecných a speciálních právech mentálně retardovaných publikovaných o tři roky dříve. Vydala je Mezinárodní liga pro osoby s mentálním postižením, která sdružuje národní společnosti, zabývající se péčí o jedince s mentálním postižením, včetně našeho Sdružení pro pomoc mentálně postižených (34). Je důležité si uvědomit, že můžeme mít sebelepší zákonnou úpravu práv lidí s mentálním postižením, ale nejdůležitější je, aby tato práva byla v praxi pečlivě uplatňována a také publikována pro širokou veřejnost.

Naším úkolem je pomáhat lidem s mentálním postižením na jejich cestě k tak běžnému způsobu života, jak je to jen vzhledem k jejich individuálním schopnostem možné. To jak přistupujeme a vnímáme jedince s mentálním postižením, ovlivňuje také jejich představy o sobě samém a svém místě ve společnosti (15).

1.8 Péče o osoby s mentálním postižením

1.8.1 Historie péče o lidi s mentálním postižením

Koncepce ústavní péče se v jednotlivých etapách vývoje společnosti několikrát změnila v návaznosti na ekonomické, politické a kulturní dění. Péče o osoby s mentální retardací měla během vývoje společnosti nejrůznější podoby. V průběhu historie byli lidé s mentálním postižením zahrnováni mezi duševně nemocné (11). Vývoj byl ovlivněn zejména náboženským a politickým myšlením, ekonomickou a kulturní vyspělostí dané společnosti.

V prvobytně pospolné společnosti byly duševní choroby vykládány z pohledu magie. V období středověku se mentálně retardovaní umísťovali do klášterů, kde byly zřizovány hospitály, což byla nemocniční zařízení (20). V tomto období byly duševní nemoci vykládány z pohledu náboženství jako trest boží. Již v této době ve Švýcarsku zaznamenáváme vznik prvních azylových zařízení pro mentálně retardované (34). Období renesance se snaží o výklad duševních chorob pomocí vědy, zejména filozofické a lékařské. Pohled na mentálně postižené se nezměnil, byli vyčleňováni ze společnosti (20). Ovšem renesance je spojena se jménem jednoho z našich největších humanistů J.A. Komenského, který ve svých dílech hájil nutnost vzdělávat děti bez ohledu na typ a stupeň jejich postižení. Komenský aplikoval na edukaci žáků s mentálním postižením pedagogické principy, které jsou funkční i v dnešní době (zejména princip individuálního přístupu, názornosti, přiměřenosti a konkrétnosti) (34). Počátkem 18. století se zřizují velké ústavy, kde jsou umístěni mentálně retardovaní společně s vojáky, žebravými, duševně chorými a kriminálníky.

V průběhu 19. století dochází ke změně pohledů na handicapované jedince. O tento posun vpřed se zasloužila řada vědců, lékařů a pedagogů (20). Lékaře E. Sequina můžeme považovat za jakéhosi „otce zakladatele“ psychopedie a systematické péče o slabomyslné v Evropě i ve Spojených státech. Kromě výchovy mentálně retardovaných jedinců se Sequin věnoval také diagnostice (34).

Nový pohled na mentální retardaci dává vznik organizované péči ústavů pro mentálně retardované, které vznikají v Rakousku, Francii, Velké Británii a Čechách. Vedle ošetrovatelské péče zde zaujímá své postavení i vzdělávací a výchovná činnost.

Organizování ústavní péče u nás vzniká roku 1871. Je spojena se založením Ernestina v Praze, což bylo první zařízení pro mentálně postižené u nás. Zakladatelem a ředitelem byl MUDr. Karel Slavoj Amerling. Posláním Ernestina byla ochrana mentálně postižených a jejich začlenění do společnosti (20). Emerling prosazoval pro své klienty základní vzdělání, ruční a zemědělské práce, dále pevný režim dne a nácvik sebeobslužných prací a hygieny (34). V roce 1902 se stává ředitelem Ernestina profesor a lékař MUDr. Karel Herfort, který v ústavu zřídil dvě pomocné třídy.

Cílem jeho výchovy bylo naučit mentálně retardované řemeslným dovednostem (20). Jeho zásluhou bylo v ústavu dosahováno vynikajících výchovných výsledků, bylo provedeno přesnější třídění klientů, velká péče byla věnována odstraňování řečových vad, zvláštní důraz byl kladen na rozvíjení motoriky, na tělesnou výchovu a ruční práce (25).

K zakládání dalších ústavů a zlepšení kvality života mentálně retardovaných přispěly tzv. Čádovy sjezdy (20). Ty zdůraznily nutnost těsné spolupráce učitelů, rodičů a lékařů, měli velký propagační význam a přispěly k seznámení veřejnosti s důležitostí budování pomocného školství u nás (25).

Z osobností určujících vývoj psychopedie je nutno jmenovat také oba naše profesory speciální pedagogiky, a to Miloše Sováka a Františka Kábeleho (34). Miloš Sovák v roce 1972 definitivně přešel k pojmu speciální pedagogika. Speciální školství tehdy označil jako „Školy pro mládež vyžadující zvláštní péči“, vytvořil základní rámec oboru a východiska speciálně pedagogické teorie a praxe u nás. Rozlišoval pojmy mezi speciální pedagogikou a defektologií. Současně chápaná strukturace speciální pedagogiky má své kořeny v pojetí Sováka. Podal definici defektivy (3).

Významným průkopníkem výchovy a vzdělávání slabomyslných byl také Josef Zeman. Byla mu svěřena agenda speciální péče o úchylné děti. Vyvrcholením jeho působení je zákon o pomocných školách z roku 1929.

Mezi první propagátory pomocného školství patří Konrád Sedláček. Publikoval první samostatný spis u nás o pomocném školství. V roce 1919 byla otevřena pomocná škola v Brně, v roce 1920 v Olomouci a Sedláček byl pověřen jejím vedením (25).

V Čechách se postupně buduje celá řada ústavů sociální péče. Péče v zařízeních byla převážně zdravotnická a sociální. Do ústavní sociální péče byly umíst'ovány osoby s různým stupněm mentální retardace a to i jedinci s lehkým stupněm mentální retardace. Jen zřídka se stávalo, že se o mentálně postiženého starala rodina.

Ústavy byly plně obsazeny, někdy i přeplněny. Velká a přeplněná zařízení omezovala klientovo soukromí, byla zde kolektivní péče, a tím byla potlačována osobnost jedince. Klienti byli hromadně zbaveni způsobilosti k právním úkonům a osvobozeni od povinné školní docházky. Výchovná a vzdělávací činnost se realizovala pouze v ústavním prostředí. Tímto způsobem byli postižení postupně vyčleňováni z běžného života. Situace se mění až po roce 1989, kdy dochází ke změně ve společnosti a také v ústavní sociální péči (20). Vzniklo množství nestátních neziskových organizací a občanských sdružení, které podporují zkvalitnění života osob s mentálním postižením (podporované bydlení, či zaměstnání, chráněné dílny atd.), nastal značný rozvoj speciálních škol a inkluze mentálně postižených se stala realitou (34).

1.8.2 Zařízení sociálních služeb

Okruh možností v péči o jedince s mentálním postižením je v našich podmínkách stále poměrně omezený (31). Avšak osoby s mentálním postižením mají možnost využívat všechny dostupné služby, které odpovídají jejich potřebám. Tyto služby se poskytují buď formou ambulantní nebo pobytovou či terénní.

Zákon dále stanovuje, jaké sociální služby jsou poskytovány bez úhrady a jaké za úhradu a umožňuje lidem s mentálním postižením vybrat si z nabídky služeb.

O jedinci s mentálním postižením také není rozhodnuto „někým“, ale on sám je účastníkem sjednávání podmínek poskytování sociální služby. Zákon o sociálních službách (108/2006) stanovuje, které činnosti jsou poskytovatelé při poskytování této služby povinni zajistit.

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich psychickou a fyzickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života ve společnosti a v případě, kdy toto jejich stav vylučuje, jim zajistit důstojné prostředí a zacházení (31). Osoby s mentálním postižením mohou využívat např. některé z následujících služeb (15):

Osobní asistence

- umožňuje jedinci s mentálním postižením žít ve svém přirozeném prostředí a s podporou osobního asistenta zvládat všechny běžné denní činnosti. Míra pomoci a podpory je velice individuální a tato služba by měla být „ušitá“ na míru klientovi (15). Specifická role osobního asistenta mentálně postižených jedinců spočívá v tom, že svojí činností nesupluje roli některého z fyzických orgánů postiženého člověka nebo funkce některého z jeho smyslů, nýbrž pomáhá kompenzovat závažné nedostatky jeho psychiky (31). U lidí s těžkým mentálním postižením musí asistent převzít roly manažera péče, udržovat podpůrné vztahy klienta, případně mu zprostředkovat další služby (16).

Pečovatelská služba

- může být poskytována v domácnosti klienta nebo v domovech s pečovatelskou službou. V praxi se setkáváme s tím, že rodiny s mentálně postiženým členem tuto službu začínají využívat častěji než dříve. Tento fakt může souviset s tím, že lidé s mentálním postižením, kteří doposud žili v domácnosti se svojí rodinou a nikoliv v ústavním zařízení, potřebují službu tohoto charakteru např. z důvodu nemoci či úmrtí člověka, jenž jejich péči v rodině zajišťoval (15). Tento druh služby je také například využíván a usnadňuje rodinám náročnou péči o člověka s těžkým mentálním postižením spojeným se závažným omezením mobility (31).

Denní stacionář

- je určen především pro osoby s mentálním postižením, které potřebují větší míru podpory a pomoci. Do denního stacionáře klienti docházejí z rodinného prostředí a zpět se do něj vracejí (15). Některé stacionáře zajišťují i dopravu klientům z domova do zařízení a zpět (16). Podle zákona č. 108/2006 o sociálních službách a vyhlášce č. 504/2006 denní stacionář poskytuje činnosti typu: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné,

vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a sociálně terapeutickou činností (39). Cílem této služby je rozvíjet osobnost, schopnosti a dovednosti osob s mentálním postižením s ohledem na jejich specifické potřeby. Dále upevňovat jejich hygienické návyky, zvyšovat jejich sociální adaptabilitu, zlepšovat prvky komunikace a nabídnout smysluplné trávení volného času v kruhu přátel a vrstevníků s podobným typem postižení. Služba je u nás poměrně velice využívána a vítána (31).

Týdenní stacionáře

- představují určitý kompromis mezi ústavní a domácí péčí a pro rodiny jedinců s mentálním postižením jsou velkou podporou. O víkendu se rodina může starat o svého mentálně postiženého příbuzného, který tak neztrácí kontakt s domácím prostředím a blízkými lidmi. Týdenní stacionář může poskytnout svým klientům velmi zajímavý program a různé druhy činností, které by jim rodina těžko dokázala zprostředkovat. Toto pobytové zařízení může být propojeno i se sociálně terapeutickou dílnou (16). Dny strávené s rodiči zase zajišťují emocionální stabilitu člověka a jeho společenskou integraci (31).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

- jsou službou, která je poskytována v ústavech sociální péče. Jedná se tedy o službu pobytovou. Při veškeré snaze personálu však nelze nikdy zajistit zcela individuální přístup ke každému klientovi. V České republice, poněkud opožděně za ostatními evropskými zeměmi, probíhá diskuze o deinstitutionalizaci těchto velkých pobytových zařízení. Na základě ustanovení vlády České republiky v roce 2007 byl přijat materiál, jehož hlavním cílem je podpořit a usnadnit cestu poskytovatelům i zřizovatelům pobytových služeb v přirozeném procesu humanizace sociálních služeb (15). Posláním ústavní sociální péče pro osoby s mentálním postižením je pomoc rodinám s výchovou a péčí o děti, mládež a dospělé s mentálním postižením. Novým trendem v těchto zařízeních je zavádění aktivizačních programů, které by na rozdíl od minulosti

neměly být organizováním aktivit pro klienty jen podle představ personálu, ale měly by být propojeny s individuálními plány péče (16). Ústavní péče přichází v úvahu, pokud rozsah a náročnost potřebné péče překročí možnosti rodiny a je nutno zajistit přechodně či trvale komplexní péči člověku, který jí potřebuje (20).

Chráněné bydlení

- umožňuje lidem s mentálním postižením podporu a pomoc na cestě k nezávislému způsobu života. Klienti většinou bydlí v bytě s dalším klientem či klienty, nebo je chráněné bydlení poskytováno v domě rodinného typu, kdy má každý klient svůj pokoj a využívá společné prostory. Úkolem asistenta je provádět s klientem nácvik sociálních a praktických dovedností, které k samostatnému bydlení potřebuje (15). Chráněné bydlení má velký význam zejména pro dospělé lidi s mentálním postižením, kteří jsou zaměstnáni v chráněných pracovištích a navštěvují různá centra pro zaměstnání a volný čas (31).

Raná péče

- je služba určena pro děti s mentálním postižením a jejich rodiče. Poskytuje speciální poradenství rodičům a nabízí jim různé vzdělávací aktivity, půjčování odborné literatury a zaměřuje se na posilování rodičovských kompetencí. Cílem této služby je poskytovat dítěti s mentálním postižením a jeho rodině takovou podporu, aby se předešlo svěřování dítěte s mentálním postižením do péče ústavního zařízení (15).

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

- by měli pomoci člověku s mentálním postižením navázat nové kontakty s lidmi s podobným postižením, ale také rozšířit možnosti jeho každodenní aktivity o smysluplnou náplň v podobě různých kulturních a volnočasových akcí, atd. Zde má jedinec možnost rozvíjet své zájmy a také se zapojovat do společnosti (15).

Sociálně terapeutické dílny

- jsou určeny pro osoby s mentálním postižením, kterým se nedaří získat zaměstnání na volném trhu práce a ani v chráněné dílně (15). Jsou zřizovány zejména při denních a týdenních stacionářích. Je zde zvýšená ochrana a režim práce je přizpůsoben celkovému zdravotnímu stavu pracujícího jedince (20). Těmto lidem je v terapeutických dílnách poskytována dlouhodobá a pravidelná podpora v oblasti nácviku praktických pracovních činností, v oblasti sociálních dovedností - komunikace s ostatními klienty, pracovní návyky, ale i zdokonalování sebeobsluhy a soběstačnosti (15). Dále je tu poskytnuta pomoc při osobní hygieně a stravování (16).

Každé zařízení (denní, týdenní i celoroční) by se mělo snažit o zlepšování kvality života jednotlivého klienta. Především je zapotřebí rozvíjet možnosti a schopnosti klienta a posilovat jeho sebevědomí. Snažit se o co nejnormálnější přístup ke klientům a jejich integraci (23)..

1.9 Poslání Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež dospělé ve Strakonících

Denní stacionář pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících poskytuje ambulantní služby klientům s mentálním postižením a i s více vadami. Usiluje o včasnou, nenásilnou a přirozenou integraci dětí, mládeže a dospělých do komplexní péče v duchu ucelené rehabilitace.

Posláním je tedy výchova a vzdělání s dosažením základních, sociálních, zdravotních, kulturních a společenských návyků, které vedou k soběstačnosti a seberealizaci v pracovním a sociálním začlenění.

Posláním stacionáře je vytvářet příležitosti k uplatňování vlastní vůle klienta na základě vlastního rozhodování, podporovat vytváření jistoty sebe sama a umožnit klientům prožít důstojný a aktivní život (18).

1.9.1 Poskytované činnosti v Denním stacionáři

Kapacita Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících je 30 klientů. V současné době denní stacionář navštěvuje 27 klientů. Stacionář je v provozu od 5.30 do 16.00 hod., od pondělí do pátku, po celý kalendářní rok. Do věkové struktury lidí, kteří mohou denní stacionář navštěvovat jsou zahrnuté děti od 7 let věku, mládež a dospělí do 64 let. Klienti jsou rozděleni do 3 výchovných skupin.

Denní stacionář se nachází v bývalé mateřské škole, která prošla rekonstrukcí. V přízemí budovy se nachází šatny pro ženy i muže, cvičná kuchyňka, umývárna nádobí, jídelna, společenská místnost a toalety se dvěma sprchami. Dále se zde nachází ateliér, dílna pro muže, keramická dílna a toaleta. V prvním patře zařízení najdeme šatnu pro zaměstnance, toaleta a sprcha pro zaměstnance, kancelář vedoucího stacionáře, vychovatelná /pro jednání se zájemcem o sociální službu/, tělocvična pro kondiční posilování a ZTV, místnost s tabulí a počítačovým koutkem, toalety se dvěma sprchami (18).

Denní stacionář nabízí tyto aktivity:

- celoživotní vzdělávání
- zdravotní a kondiční plavání
- hudebně-pohybová reedukace s prvky muzikoterapie
- sportovní, kondiční, rehabilitační a relaxační aktivity
- pohybově-dramatická výchova
- práce v ateliéru s prvky arteterapie
- pracovní rehabilitaci v provozu Prácheňských cukráren a zemědělského družstva
- kulturní, společenské a sportovní pobyty mimo zařízení

Cílové skupiny osob, které můžou navštěvovat Denní stacionář:

- osoby s mentálním postižením od 7 let věku do 64 let
- osoby se sníženou schopností v základních životních dovednostech
- osoby s nutnou podporou pro zabezpečení životních a osobních potřeb
- osoby s přidruženou smyslovou vadou
- osoby s přidruženou tělesnou vadou (částečně mobilní, imobilní), pohybující se pomocí kompenzačních pomůcek včetně invalidních vozíků
- osoby zbavené, částečně zbavené i nezbavené odpovědnosti k právním úkonům, které vyžadují péči a asistenci druhé osoby

Vymezení cílových skupin, pro které nejsou činnosti poskytovány:

- žadatelé s těžkým zrakovým postižením od narození
- žadatelé, kteří výrazně narušují soužití druhých
- žadatelé s poruchou chování a s agresivními projevy
- žadatelé s psychotickou poruchou, při níž mohou ohrozit sebe i druhé, respektive jeho chování znemožňuje soužití s kolektivem
- žadatelé s psychiatrickou diagnózou (alkoholici, drogově závislí) (19)

1.9.2 Jednotlivé aktivizační činnosti v Denním stacionáři

Každá činnost je vyvolána nějakým konkrétním podnětem, který jí dává směr.

Ve struktuře osobnosti řadíme zájmy mezi vlastnosti motivačně-aktivační. Zájmy nás aktivují k činnosti zaměřené na uspokojení předmětu zájmu. Pokud čas jedince není naplňován žádoucími aktivitami, má jedinec sklon k např. destrukci, agresi apod. (13).

Aktivizační činnosti v Denním stacionáři umožňují zejména smysluplné trávení volného času a umožňují udržení nebo rozvoj základních dovedností a schopností. Jejich cílem je stabilizace, aktivizace a osobní rozvoj jednotlivých uživatelů (6).

V Denním stacionáři pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících si každý klient vybírá individuálně činnosti, které ho zajímají a baví (19).

Kondiční plavání

Plavání a ostatní vodní aktivity jsou velmi vhodnou a účelnou součástí pohybového režimu zdravotně postižených, účinným prostředkem jejich celkového fyzického rozvoje a často se stávají i přímou součástí jejich terapie. Plavání je velmi přínosný sport pro všechny typy postižení.

Přínos plavání pro osoby s mentálním postižením tkví v rozšíření jejich intelektových a motorických zkušeností a to ve zcela novém prostředí. Cenný je sociální dopad této činnosti, neboť si při této příležitosti vzájemně pomáhají, předvádějí své úspěchy, ale cvičí se i v nezbytných denních úkonech jako je: oblékání, svlékání, sprchování apod. Upevňují si hygienické návyky.

Podobně jako v jiných případech zdravotního postižení dochází k pozitivní odezvě ve fyzické kondici. Pomocí plavání se otužují, zvyšuje se velmi nízká úroveň jejich svalové síly, koordinace a motorika. Drobné úspěchy povzbuzují jejich sebevědomí, snahu něco dokázat, pohyb ve vodě jim přináší evidentně radost a tak plavání v mnoha směrech obohacuje jejich život (21).

Klienti Denního stacionáře docházejí 2x v týdnu (středa, pátek). V daných dnech dochází vždy na 1,5 hodinu do krytého 25 m bazénu. Zde klienti plavou plaveckým způsobem, který jim vyhovuje a který zvládají. Někteří s plaveckými pomůckami (vesta, plavecké desky, apod.). Kondičního plavání se také zúčastňují mentálně postižení klienti s přidruženou vadou – epilepsií (plavou vždy se stálým dohledem).

V období od června do srpna navštěvují klienti Denního stacionáře venkovní bazén, kde jim je k dispozici 50 m bazén, mělký bazén pro neplavce a tobogán.

Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé pořádá každoročně v prosinci plavecké závody, kterých se zúčastňují 8 až 13 zařízení z celé ČR (závody pro cca 90 závodníků) (19).

(příloha 3, foto č. 1 a č. 2)

Cyklistika

Je určena pro ty, kteří jsou schopni udržet rovnováhu na kole, nebo na tricyklu (tříkolce) (32).

Klienti Denního stacionáře vyjíždějí na kolech do okolí Strakonice. Klienti zvládnou ujet vzdálenost až do 50 km. Jsou schopni dodržovat a respektovat základní pravidla silničního provozu. Jsou schopni jízdy po hlavních silnicích (v řadě za sebou). Vzdálenost záleží na cyklistických dovednostech a fyzické zdatnosti každého z nich. Cyklistické aktivity probíhá ve stacionáři od jara do podzimu a je časově omezena (maximálně 5 hodin z jednoho dne).

Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež dospělé pořádá každoročně pětidenní cykloturistický pobyt pro své klienty. Cykloturistický pobyt v roce 2009 se uskutečnil ve Staré Hlíně u Třeboně, kde byl díky dobré geografické poloze vhodný terén i pro turistiku pro ostatní. (19).

(příloha 3, foto č. 3)

Kondiční cvičení

Pohybově silové schopnosti se projevují v překonávání vnějšího odporu svalovou kontrakcí. V oblasti koordinačních schopností existuje u jedinců s mentálním postižením nejvyšší deficit, a proto je nutné věnovat pozornost jejich rozvoji. Cviky, zaměřené na rozvoj koordinačních schopností přinášejí optimální efekt i při malém zatížení. Ale pokud naopak nejsou koordinační schopnosti záměrně rozvíjeny, dochází u jedinců s postižením k prohloubení deficitu.

Příklady kondičního cvičení: cviky s jednoručními činkami, cvičení na posilovacích strojích- rotopedy, stahování kladky, přednožování, bensch-press, běžecký pás, posilování vlastním tělem, s využitím expanderů /gumový pás/, s využitím náradí (9).

Klienti Denního stacionáře 1x týdně 1,5 hodiny posilují na strojích a praktikují kondiční cvičení. Druhý týden docházejí do fitness centra. Kondiční cvičení se skládá z protahování, kondičního cvičení nebo posilování na strojích a na závěr cvičící

relaxují. Kondiční posilování je dobré na rozvoj nebo udržování hrubé motoriky a rovnováhy (19).

Pracovní výchova

Klienti v pracovní činnosti získávají mnoho dovedností, návyků a poznatků. Tento druh činnosti působí na intelekt, fyzické a morální schopnosti, vyplňuje čas hodnotným a zdravým způsobem a klient tak odreagovává přebytečnou energii (5).

V Denním stacionáři mají klienti k dispozici dílnu. Dílna je vybavena nástroji, svěrákem, vrtačkou, kterou klienti využívají pouze pod dohledem vychovatele.

Dále se klienti zapojují do sezónních prací na zahradě kolem stacionáře. Jedná se o pracovní činnosti typu hrabání listí, sázení a zalévání rostlin, pletí záhonů, sbírání ořechů, uklízení sněhu a odpadků kolem stacionáře.

V rámci pracovní výchovy se všechny výchovné skupiny zabývají činnostmi spojenými s chodem domácnosti např.: umýváním a utíráním nádobí, vytíráním podlahy, věšením prádla, vysáváním vysavačem, apod. V současné době muži natírají drátěné přepravky pro pečovatelskou službu (19). (příloha 3, foto č. 4)

Pohybově-dramatická výchova

Dramatická výchova je činnost vycházející z obsahu dramatického umění a využívá prostředky (např. improvizace, interpretace, vstupování do rolí, simulace), která směřuje k člověku a jeho obohacování, také schopnost prožívání, sdílení a sdělování. Hlavním cílem je rozvoj empatie, fantazie a kreativity, odblokování komunikačního kanálu, integrace osobnosti a získání schopnosti uvolnit se (33).

Do pohybově-dramatické výchovy se ve stacionáři zapojuje 9 klientů a to 1x týdně na 1,5 hodiny. Jedinci s mentálním postižením totiž po delší době nezvládnou udržet rytmus hudby a jsou schopni si zapamatovat jen jednoduché prvky. Při nácviu scénického tance, proto vychovatelé volí dynamickou hudbu.

Klienti jsou schopni se naučit, na jaký tón v hudbě se mají pohybovat, zvednout ruce, soustředěně se pohybovat apod. Učí se také spolupracovat s ostatními účastníky. Nácviu scénického tance trvá 10 minut a konečné představení je výsledkem dlouhodobé práce (19).

Klienti Denního stacionáře se také zúčastňují festivalů jako je například Slunce svítí všem, který se koná v Mladé Boleslavi nebo Salve Caritas – Salve Vita, který se odehrává ve Strakoncích (19, 2).

Salve Caritas – Salve Vita je mezinárodní hudební festival mentálně handicapovaných interpretů. Skupiny i jednotlivci koncertují pro školy a veřejnost a to i v okolních městech. Pokaždé se tyto koncerty setkávají s velkým zájmem publika (26).

Klienti vystoupili na festivalech zájmových uměleckých činností např. s tanci Kvaska, Elixír, Nikdo do nás nevidí nebo Válka barev (19, 2). (příloha 3, foto č. 5)

Celoživotní vzdělávání

Vzdělávání je proces záměrného organizovaného osvojení poznatků, dovedností a postojů, realizovaný prostřednictvím školního vyučování. Výchova a vzdělávání zabezpečují osvojování vědomostních návyků a dovedností, rozvoj schopností a nadání, vytváření postojů a zájmů, formování jednání a chování.

Základním cílem edukačního působení na jedince s mentálním postižením je ovlivňovat edukační proces tak, aby se tito jedinci mohli v maximální míře integrovat nebo alespoň adaptovat v podmínkách společnosti. Navázání možných myšlenkových spojů u jedinců s mentálním postižením vyžaduje plánované vedení k porozumění pojmů a pravidel (1).

Celoživotní vzdělávání v Denním stacionáři probíhá 1x týdně ve 2 blocích aktivizačních činností tj. 3 hodiny. Klienti procvičují čtení, psaní počítání (základy trivia), pomocí např. skládání nastříhaných písmenek. Dále pak hlasité čtení, opisování textu z učebnice, trénink vlastního podpisu, nebo rozpoznávání fyzikálně/matematických pojmů (jak je dlouhý metr, centimetr apod.). Učí se zde i věci potřebné v běžném životě např. orientace v jízdním řádě, ve městě, nakupování, rozpoznání hodnoty a zacházení s penězi, odesílání dopisu na poště apod. (19).

(příloha 3, foto č. 6)

Práce v ateliéru s prvky arteterapie

Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním zahrnujícím poezii, hudbu, prózu, tanec, divadlo a výtvarné umění. Arteterapie je efektivní léčbou u jedinců s tělesnou, vývojovou, mentální a sociální disabilitou nebo duševní nemocí.

Cíle arteterapie jsou: integrace, rekonstrukce, konstituování tvořivých cílů, budování odpovědnosti za vytváření vlastního života nebo životních plánů. U všech věkových i specifických skupin je pak cílem arteterapie znovuvybudování z různých důvodů narušené přirozené dispozice člověka, např. spontánnost, kreativitu, schopnost komunikace se sebou samým nebo s druhým, s prostředím v němž žije, chápání života v jeho souvislostech a jeho smysluplné prožívání (30).

Práce v ateliéru s prvky arteterapie je v Denním stacionáři provozována každý den 2 hodiny. Klientela je rozdělena do 3 výchovných skupin a tyto skupiny se v ateliéru střídají.

Klienti zde používají k tvorbě díla např. vodové barvy, prstové barvy, tempery, voskovky, pastelky či modelínu. Vytvářejí např. společnou koláž, vánoční přání, diplomy na plavecké a atletické závody, masky na masopust, postavy a zvířátka z modelíny, společné obrazy, ozdoby, dekorace či pletené výrobky. Během tvoření si mezi sebou povídají a poslouchají muziku. Každý výrobek od klienta je originální a jeho dílo se neupravuje ani nepředělává.

Díky ateliéru ve stacionáři se čtyři klientky naučily plést a tak podle chuti a nálady „štrikují“. Klienti si také v rámci práce v ateliéru opravují pracovní oblečení do pekáren (19). (příloha 3, foto č. 7)

Práce v keramické dílně

Hlína jako arteterapeutický materiál a aktivity s ní spojené jako např. házení, tvarování, mačkání, ruční modelování a otiskování, jsou vhodné jako materiál nahrazující verbální komunikaci, pro prolomení bariéry strachu a pro vytváření prostoru pro nadhled jako možnost pro změnu postojů k sobě i k ostatním.

Práce s hlínou působí na lidi s narušenou jemnou motorikou relaxačně a rehabilitačně a také posiluje jejich sebevědomí. Mentálně postiženým jedincům dává

možnost konkrétního tělesného vnímání a tím pochopení mnohých souvislostí, které jsou pro ně v grafické nebo verbální formě složitou abstrakcí (30).

Klienti Denního stacionáře jsou při práci v keramické dílně rozděleni na dvě skupiny po 5 klientech. Každý z klientů pracuje v keramické dílně 1x týdně 2 hodiny.

Zde si zdokonalují jemnou motoriku a učí se, jak výrobky zdobit pomocí glazur. Vyrábí zde např. medaile, hrníčky, talířky, srdíčka na Valentýna, žabičky, kachničky, kuřátka, vajíčka na Velikonoce, hvězdičky, zvonečky, stromečky na Vánoce, měsíce, sluníčka, paprsky na motivy nebe atd. (19).

(příloha 3, foto č. 8)

Zdravotně tělesná výchova (ZTV)

Zdravotně tělesná výchova je forma vzdělávání jedinců s trvale či přechodně změněným zdravotním stavem. Cílem ZTV je odstranit, či alespoň zmírnit následující typy zdravotního oslabení: oslabení podpůrně pohybového systému, oslabení vnitřních orgánů a oslabení smyslových a nervových funkcí (34).

Díky zdravotně tělesné výchově se zvyšuje tělesná zdatnost jedinců, osvojují si širokou škálu pohybových dovedností a zdokonalují se v životně nutných základních lokomocích (9).

Každý klient v Denním stacionáři 1 hodinu týdně cvičí prvky zdravotní tělesné výchovy. Cvičení je rozděleno pro ženy a muže. Pro klienty, kteří mají velký zájem je možné v týdnu docházet častěji.

U cviků se klienti učí správně dýchat a jak držet správnou polohu těla. Cvičení se skládá z protažení, rozcvičení, uvolnění a relaxace. Klienti používají pomůcky typu např.: míče, gumy, karimatky, relaxační hudby, masážní kuličky a míčky (19).

(příloha 3, foto č. 9)

Turistika

Turistika má v porovnání s vycházkou časově i prostorově širší záběr. Obsahem je samozřejmě chůze, dále kulturně poznávací činnost a pohybové aktivity v přírodě. Současně si jedinec s mentálním postižením osvojuje i další důležité dovednosti jako je:

zachování bezpečnosti v dopravním prostředku, manipulace s penězi, ohleduplné chování k přírodě, sebeobsluhu apod. (9).

Klienti Denního stacionáře vycházejí na turistiku 1x týdně na 1,5 hodiny za příznivého počasí a ujdou cca. 3-5 km. Vychovatelé vždy klientům připraví zajímavý cíl turistického výletu. Například hru petanque, sbírání kamínků u řeky, krmení kachen u řeky, piknik v přírodě, trhání lučního kvítí atd. (19)

(příloha 3, foto č. 10)

Pracovní rehabilitace v provozu Prácheňských cukráren

Pracovní rehabilitace se zaměřuje na rozvoj člověka s mentálním postižením pomocí pracovní činnosti. Vychází z toho, že jedinci se rozvíjejí tím, že dělají nějakou smysluplnou činnost. Spočívá především v provádění pracovních úkonů, v nichž se uživatelé postupně zlepšují.

Důraz přitom bývá kladen na určitý řád a odpovědnost, který pracující musejí dodržovat. Význam pracovní rehabilitace je viděn i v tom, že si uživatel může připadat užitečný (17).

Na pracovní rehabilitaci do cukráren docházejí klienti Denního stacionáře 1-3x týdně od 8 hod. do 12.15 hod. Každý klient si může zvolit sám, zda se zúčastní či nikoliv.

V provozu cukráren klienti skládají cukroví do krabiček, plní je marmeládou, zdobí čokoládou a cukrem. Pomáhají také sázet plechy do pece. Během práce v cukrárnách mají klienti 30 min. pauzu na svačinu a odpočinek.

Klienti si zde procvičují komunikaci s okolím: např. jak si říci o pomoc, když si s něčím neví rady, dodržování bezpečnosti práce či hygienických předpisů. Docházení do cukráren chápou klienti jako „chození do práce“.

Pracovní rehabilitace v Prácheňských cukrárnách je vynikající možnost integrace jedinců s mentálním postižením do běžného pracovního provozu a kolektivu (19).

(příloha 3, foto č. 11 a č. 12)

Hudebně pohybová reedukace s prvky muzikoterapie

Muzikoterapie je lékařsko-klinická forma léčení, která svou podstatou patří do oblasti psychoterapie. Díky silnému pocitů skrze médium hudby se s její pomocí řeší a aktivují emocionální procesy. Když se zlepší vnímání sebe samého a vnitřní vzhled, je jedinec následně schopen zvládnout i překážky ve vztazích k ostatním a postupně také své deficity, nejdříve v neverbální rovině, později i v rovině verbální (28).

Prostřednictvím muzikoterapie se dosahuje mnoha cílů: např. aktivace a stimulace emocionálních procesů, stimulace sociálně komunikační interakce na neverbální úrovni, schopnost prožitku a vychutnání si estetické zkušenosti (40).

Hudebně pohybová reedukace s prvky muzikoterapie se koná v Denním stacionáři 1x týdně a to po dobu 1,5 hodiny. Této činnosti se zúčastňuje malá skupinka 4 až 5 klientů a záleží na každém z nich, v jaké náladě se zrovna nacházejí.

Klienti si zkouší práci s hlasem (zdravení se navzájem), dechové cvičení, cvičení pozornosti, oční kontakt a práce s rytmem (lidé s mentálním postižením obtížně udržují oční kontakt a rytmus hudby).

Dále pracují s orfově hudebními nástroji: např. triangel, rolničky, tamburína, bubínek a činely, a dále s muzikomalbou. Klienti mají nejraději hudebně pohybové cvičení (19).

(příloha 3, foto č. 13)

1.9.3 Rozvoj dovedností u jedince s mentálním postižením

Vývoj každého člověka je ovlivňován dědičností, prostředím, výchovou a uvědomělou činností, kterou se neustále přetváří a zdokonaluje. Každý z těchto činitelů může ovlivňovat vývoj příznivě či nepříznivě.

U jedinců s mentálním postižením je důležité, aby prostředí příznivě podporovalo jejich vývoj tak, aby se mohly zapojit do výchovně-vzdělávacího procesu, pracovního procesu i do společenského života.

Samostatnost při oblékání a svlékání, u jídla a pití, při hygieně, při orientaci v prostředí dává jedinci s mentálním postižením jistotu, nezávislost a sebedůvěru. Díky zručnosti při úklidu, práci v kuchyni, při nákupu a jiných drobných pracích všedního

dne se otevírá jedinci s mentálním postižením zdůvodněný pocit vlastní hodnoty a pomáhá mu k integraci do společnosti.

Tělesnou pohyblivost, zručnost a vytrvalost je dobré u jedinců podporovat (1). Zlepšuje se tak tělesná zdatnost, obratnost a koordinace pohybů, rozvíjí se jejich ukázněnost a samostatnost (5).

Zručnost se podporuje prostřednictvím tvarování, modelování, malování, stříhání, šití a jinými činnostmi. Hry, zpívání a jednoduché prvky tance podporují další rozvoj dovedností v oblasti citové a estetické a umožňují seberealizaci jedinců (1).

Podpora porozumění řečových schopností a řeči jako takové má pro rozvoj komunikace velký význam. Jednoduchý hovor s jedincem s mentálním postižením a neúnavné podněcování k řeči je právě tak důležité, jako cvičení s jazykem, rty a hlasem (1). Také jsou to všechny výchovné vlivy na klienta, které mu umožňují jeho komunikaci s prostředím, ať pasivním příjmem mluvené řeči, nebo aktivním osobním slovním vyjádřením (5).

Procvičování se ve čtení, psaní a počítání (trivium) je smysluplným upevňováním rozumových vlastností. Hlavním cílem rozumové výchovy je rozvíjet poznání a myšlení bezprostředním vnímáním živé skutečnosti. Patří sem i výchova mravní a společenská (5).

Systematický rozvoj funkce všech smyslových analyzátorů tříbí pozornost, orientaci v prostoru, směru a času a je základem k vytváření představ a porozumění pojmům (5).

Cílem práce s jedincem s mentálním postižením je i směřování k postupnému zmenšování podpory, tedy k tomu, aby jedinec byl co nejvíce soběstačný. Každý jedinec se může zlepšovat a následně zvládnout některé činnosti nebo jejich část sám. Zároveň se nesmí zapomínat na to, že jedinec s mentálním postižením stejně jako ostatní lidé má právo říci, že se už zlepšovat nechce (17).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je zjistit vliv aktivizační činnosti Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících na klientovu osobnost. Dále zmapovat potřebnost služeb v Denním stacionáři, jak z pohledu klienta, tak z pohledu rodiče.

2.2 Hypotézy

Pro dosažení vytyčeného cíle byly stanoveny následující hypotézy:

- H1: Poptávka aktivizačních činností, kterou vyžadují klienti neodpovídá nabídce.
- H2: Rodiče jsou spokojeni s nabídkou aktivit v Denním stacionáři.
- H3: Nabídka činností v Denním stacionáři napomáhá rozvoji jedince s mentálním postižením.

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Provedený výzkum je ze sociologického hlediska výzkumem kvantitativním. Ke sběru dat do bakalářské práce byla jako první použita metoda dotazování. Pro zjištění odpovídajících informací bylo použito techniky dotazníku. Sběr dat probíhal v měsících leden až březen roku 2010.

Byl sestaven anonymní dotazník zkoumající potřebnost služeb a rozvoj klienta v Denním stacionáři z pohledu rodiče. Dotazník obsahoval 7 otázek. Otázky byly buď uzavřené, kdy nabízeli respondentovi soubor možných variant nebo otevřené, na něž respondent odpovídal vlastními slovy.

Dotazník byl určen rodičům klientů Denního stacionáře. Všechny dotazníky byly osobně distribuovány a sbírány, čímž byla zaručena vyšší pravděpodobnost návratnosti (4). Ke zpracování dat byly použity grafy. Výsledky uvádím v procentech a absolutních číslech.

Další metodou bylo použito dotazování technikou polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovor je taková technika sběru informací, při které jsou potřebné informace o zkoumaných osobách získávány prostřednictvím záměrně kladených otázek respondentům v rozhovoru vedeném tváří v tvář (4).

Pro polostandardizovaný rozhovor byl vytvořen seznam předem stanovených tématických otázek. Rozhovory se odehrály se 6 klienty z Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé, byly nahrány na diktafon a poté přepsány do záznamového archu.

Rozhovory byly realizovány na pětidenním běžkařsko – turistickém pobytu v březnu 2010, kterého jsem se zúčastnila jako dobrovolnice. Hlavním úkolem rozhovorů bylo získat informace o vybraných klientech, ve vztahu k aktivizačním činnostem, které jsou dostupné v Denním stacionáři. V rozhovoru byly použity otevřené otázky, u kterých je zcela na klientovi, jaká bude jeho odpověď. Klient na ni odpovídal vlastními slovy a v případě že nerozuměl, mu byla otázka upřesněna nebo byl naveden

na více možností odpovědí. Otázky k polostandardizovanému rozhovoru a dotazník jsou uvedeny v kapitole „Přílohy“.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Cílovým souborem pro ověření hypotéz byli klienti Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících a jejich rodiče.

Pro účely dotazníkového šetření byli určeni jako výběrový soubor rodiče klientů Denního stacionáře. Celkem bylo rozdáno 26 dotazníků, ze kterých se vrátilo 23 dotazníků tj. 90 %. Denní stacionář navštěvuje 26 klientů, proto 26 dotazníků. Návratnost dotazníků je promítnuta v grafu č.1.

Polostandardizovaný rozhovor proběhl se 3 ženami a 3 muži z Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících. Zúčastněných 6 klientů bylo vybráno podle věku a to v rozmezí 20 až 30 let věku. Klientela v Denním stacionáři je nejvíce zastoupena právě v tomto věku.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Vyhodnocení otázek z polostandardizovaných rozhovorů.

Polostandardizovaný rozhovor obsahoval celkem 7 otázek, na které odpovídalo 6 vybraných klientů z Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících. Všechny rozhovory probíhaly na pětidenním běžkařsko-turistickém pobytu bez přítomnosti dalších osob. Konkrétní informace týkající se klientů byly získávány formou rozhovoru s vedoucím vychovatelem Denního stacionáře.

Rozhovory:

Klientka č. 1, 29 let.

Kazuistika

Klientka s kombinovanou vadou (lehké mentální postižení, spastická dětská mozková obrna, epilepsie, strabismus). Denní stacionář navštěvuje 11 let.

Ve venkovním prostoru se pohybuje pomocí cyklistické upravené tříkolky. V místnosti není schopná sama chůze, chodí jen s dopomocí druhé osoby, po schodech s dopomocí dvou osob. V současné době se učí ve stacionáři používat pro lepší mobilitu rehabilitační chodítko.

Je absolventkou základní školy praktické. Mezi její osobní cíle patří: zvládnout počítačovou gramotnost a komunikaci s přáteli přes e-mail, naučit se používat notebook. Díky této činnosti si klientka zdokonaluje jemnou motoriku.

Rozhovor č. 1

Při položení otázky č.1, klientka začala povídat o činnostech, které každý týden ve stacionáři dělají. Otázku jsem proto zformulovala jinak. Poté klientka dotaz pochopila a začala sama povídat.

Nejvíce klientku z činností ve stacionáři baví počítač a čtení. Opisuje z knížky text do počítače. Dále umí odesílat e-mail a prohlížet si webové stránky na internetu. Také ráda zpívá u kytary. Ve stacionáři pomáhá s vytíráním podlahy a to jí také baví.

Vychovatelé se ke klientce chovají dobře, říká. Na otázku č. 3 odpověděla, že se ráda kamarádí a má ve stacionáři 4 dobré kamarádky. Zlobí jí jedna holka a to jí mrzí.

Při otázce č. 4, klientka nevěděla, jak odpovědět, proto jí byly mnou pokládány možnosti odpovědí. Po delší odmlce, klientka odpověděla, že nestíhá doma přepalovat filmy a muziku na CD. Buď ve stacionáři maluje, nebo píše, ale nestíhá vypalovat.

Malování v ateliéru a práce s hlínou v keramické dílně, to klientu nebaví. Nebaví jí to proto, že nemá zručnost v rukách. Jedničku nebo dvojku, která se dává na medaile z hlíny nevymodeluje, říká.

Klientka se chce zdokonalit v počítačové gramotnosti. Vzpomíná, že docházela na kurzy počítače, které vedl sympatický mladý muž. Tam se převážně naučila pracovat s počítačem. Říká, že instruktor na kurzu byl ochotný vše vysvětlit a hlavně byl trpělivý. Ona prý tak trpělivá není, říká.

Aktivita, která jí jde nejlépe je hra „Člověče nezlob se“ a karty, kde často vyhrává, odpovídá. Myslí si, že umí trochu víc pracovat s počítačem, než ostatní.

Klient č. 2, 30 let

Kazuistika

Do Denního stacionáře dochází 9 let. Klient s kombinovanou vadou (lehké mentální postižení a epilepsie). Postupem času se vlivem epileptických záchvatů zhoršila úroveň rozumových schopností. Klient absolvoval základní školu praktickou a nedokončil dvouletý učební obor. Mezi jeho osobní cíle patří touha být úspěšný sportovec, atlet a kulturista. Také rád plave s doprovodem a zpívá s kytarou. Vyhledává činnosti, při kterých využívá manuální sílu a to např.: práce v dílně, v provozu cukrárny, na zahradě nebo konkrétně sběr brambor.

Rozhovor č. 2

Klientovi se ve stacionáři nejvíce líbí kulturistika, box, zvedání činek a posilování. Říká o sobě, že je všestranný sportovec. Rád plave, ale na kole nesmí jezdit. Pracuje v dílně se dřevem a to ho také baví.

Vychovatelé se ke klientovi chovají dobře a nejsou přísní. Tvrdí, že ve stacionáři nemá žádné kamarády, ale jeho nejlepší kamarád je V. Kamarádí se jenom s klukama a to jen s některýma. Pak má za kamaráda M., ale to je spíš vedlejší kamarád, říká.

Klient by se chtěl více věnovat manuální práci, říká. Chtěl by mít možnost pracovního uplatnění, jako ostatní lidé. Rád chodí do cukrárny pracovat. Klient byl dříve zaměstnán v cukrárnách a říká, že dostával plat jako ostatní a kolektiv zaměstnanců ho bral jako sobě rovného. To prý bylo fajn. Poté byl propuštěn, říká, že mu skončila pracovní lhůta.

Na otázku: co tě ve stacionáři nebaví, klient dlouze mlčel. Poté, jsem klientovi položila otázku jinak. Tvrdí, že se chce věnovat „všední práci“, nechce být vázán na někoho a chce být stranou. Ve stacionáři nerad uklízí a umývá nádobí, protože mu to připadá jako ženská práce. Dále se nerad učí, připadá si na to starý.

Klient chce vynikat ve sportu a to: v posilování, boxu, plavání a v běžkách. Na fotbal v televizi nekouká, ale sám hraje fotbal a v tom chce být také dobrý. Ve sportu chce být nejlepší proto, že na to má, říká.

Nejvíce se klientovi daří právě ve sportu. V atletice dokonce zastupuje čtyřboj. Položila jsem klientovi otázku : „Co to je čtyřboj?“ „Neznám to.“ „To je vrhání koulí, skákání, běhání na 100 m a na 400 m“, odpověděl.

Klientka č. 3, 28 let

Kazuistika

Denní stacionář navštěvuje již 10 let. Klientka se středně těžkým mentálním postižením. Absolventka základní školy speciální. Komunikační obtíže typu balbuties. Vyznačuje se sportovním talentem jak v plavání, tak v cyklistice i v běhu na běžkách. Její fyzická zdatnost je na dobré úrovni, proto se zapojuje do sportovních aktivit společně s muži. Má estetické cítění a také má ráda hudební aktivity. Baví jí i celoživotní vzdělávání. V Denním stacionáři se pečlivě stará o květiny.

Rozhovor č. 3

Klientka nejraději ve stacionáři uklízí, umývá nádobí a utírá stoly. Také ráda vytírá, zalívá kytky a plave.

Vychovatelé se k ní chovají hezky a nejsou na ní přísní. Ve stacionáři má kamarádku S. a kamaráda D.

Na otázku, jestli klientce chybí některá činnost, kterou by chtěla ve stacionáři dělat, dlouze přemýšlí. Pokládám proto otázku jinak a zkouším dávat možnosti odpovědi. Poté klientka odpovídá, že má ve stacionáři všechno a že jí nic nechybí.

Klientka na otázku, jaká činnost jí ve stacionáři nebaví, dlouze mlčí. Pak odpověděla, že neví, co jí nebaví.

Chce být dobrá v plavání, protože to chce umět dobře uplavat a „pak můžu uplavat co největší vzdálenost“, říká. Také se zmínila, že vyhrála na plaveckých závodech 3. místo a obdržela pohár.

Na otázku co se jí nejvíce daří ve stacionáři, klientka opět dlouze mlčela. Proto jsem jí dala možnosti odpovědi. Poté odpověděla, že se jí daří zpívání s kytarou.

Klient č. 4, 24 let

Kazuistika

Do Denního stacionáře dochází čtvrtým rokem. Klient s kombinovanou vadou (středně těžké mentální postižení a epilepsie). Navštěvoval základní školu speciální. Komunikační obtíže typu dyslalie. Patří mezi zdatné sportovce v Denním stacionáři. Mezi jeho osobní cíle patří být úspěšný ve fotbale a založení partnerského nebo kamarádského vztahu s dívkou.

Rozhovor č. 4

Tento klient hůře komunikuje, zhoršená artikulace. Při rozhovoru jsem nerozuměla některým slovům. Proto byl mnou doptáván na určitá slova, pro lepší pochopení. Jelikož klienta znám delší dobu a jeho způsob vyjadřování také, tak rozhovor proběhnul za krátkou dobu a z mé strany došlo k pochopení všech informací co mi klient sdělil.

Po položení první otázky, klient mlčel a proto jsem dávala možnosti odpovědi. Klienta baví plavání a rád hraje fotbal. Dále rád vyrábí výrobky s hlíny a také rád zpívá s kytarou. U jiné otázky si klient vzpomněl, že ho také baví práce na zahradě a v pekárně.

Vychovatelé se ke klientovi chovají dobře a přísní nejsou. Ve stacionáři se kamarádí s M., V. a S. a také se všemi holkami.

Na otázku, jestli klientovi chybí některá činnost, do které by se rád zapojil, odpovídá, že žádnou činnost nepostrádá.

Aktivita, které klienta ve stacionáři nebaví jsou umývání, utírání nádobí a vytírání podlahy. Uvědomuje si ale, že v těchto aktivitách musí pomáhat. Nerad také maluje v ateliéru, protože nerad pracuje s vodovými barvami a pastelkami. Nemusí se také zúčastňovat stolního tenisu.

Chce být nejlepší hráč ve fotbale a také dobrý plavec. Rád se zúčastňuje jak tréninků, tak i zápasů ve fotbale. Dále tvrdí, že uplave hodně bazénů. S vychovatelem chodí každý týden plavat a vždy se na plavání těší, říká.

Na otázku, jaká činnost klientovi jde nejlépe, je odpověď nevím. Proto klienta navádím na odpověď. Poté odpovídá, že je dobrý v tom jak dává góly. Zeptala jsem se klienta na doplňující otázku : „, Jaké je tvé postavení ve hře?“, útočník, odpověděl.

Klientka č. 5, 30 let

Kazuistika

Denní stacionář navštěvuje 8 let. Klientka s lehkým mentálním postižením. Docházela do základní školy praktické. Je velice společenská a dokáže se orientovat v běžném životě. Umí také vyhledávat informace v novinách a v televizi o dění např. ve městě. Nerada se zapojuje do sportovních aktivit. Má estetické cítění a spolupodílí se na výzdobě Denního stacionáře. Mezi její osobní cíle patří zdokonalit se v tancování scénických tanců.

Rozhovor č. 5

Při položení první otázky, klientka mlčela, proto jsem jí musela otázku přeformulovat.

Aktivita, která nejraději dělá ve stacionáři jsou malování a tvorba výrobků v ateliéru a práce s hlínou v keramické dílně. Teď právě vyrábíme z hlíny medaile na závody. Zmiňuje se, že také ráda navléká korálky a tancuje. Říká, že tancuje a vystupuje

na festivalech. Také se ráda zapojuje do drobných úklidových a pracovních činností např.: vaření.

Vychovatelé se k ní dobře chovají a nejsou přísní. Ve stacionáři má kamarády i kamarádky a říká, že tu kamarádí se všema.

Na otázku, jestli klientce chybí některá činnost, odpověděla, že nechybí. Otázku, co klientku ve stacionáři nebaví, jsem musela formulovat jinak, pro lepší pochopení. Do cukrárny pracovat a na sběr brambor nechodí, protože jí to nebaví, odpovídá. Nechodí také plavat, říká že se bojí vody a hloubky. Lyžovat na běžkách chce jen na malém úseku a krátkou dobu. Vyžaduje jízdu na kole také na malou vzdálenost a krátkou dobu.

Chtěla by být dobrá v práci v keramické dílně a vyrobit pěkný hrníček. Říká, že vyrábí krásné medaile, to jí jde nejlépe. Také dobře maluje v ateliéru a tancuje.

Klient č. 6, 26 let

Kazuistika

Absolvent základní školy praktické. Klient s lehkým mentálním postižením. Je společenský, samostatný a má dobrou komunikační schopnost. Žije ve výborném rodinném prostředí. Mezi jeho osobní cíle patří: recitovat básně na veřejnosti a vyniknout v lyžování, cyklistice a plavání.

Rozhovor č. 6

Klient velice přesně a jasně odpovídal na otázky.

Aktivity, které rád provozuje ve stacionáři jsou: sport a to hlavně cyklistika a běžkování. Zvládá v obou činnostech ujet větší vzdálenosti. Dále plavání, kdysi zvítězil v plaveckých závodech, říká. Také rád vyrábí s hlíny výrobky. Doma má k dispozici saunu a posilovnu ale keramickou dílnu ne. Proto je rád, že keramickou dílnu může využívat ve stacionáři. Také říká, že je dobré, že díky stacionáři chodí pracovat do cukráren a na podzim na sběr brambor.

Vychovatelé se ke klientovi chovají dobře a nejsou přísní. Klient se kamarádí ve stacionáři se všemi. Odpovídá, že nerozlišuje nejlepšího kamaráda nebo kamarádku.

Činnost, která klientovi ve stacionáři chybí je recitování básní. Říká, že rád recituje básně a že je zkoušel také psát. Recitování básní by se chtěl ve stacionáři věnovat, tvrdí.

Aktivita, do kterých se nemusí zapojovat jsou stolní tenis a fotbal. Nemá rád činnosti ve kterých je zapotřebí rychlost.

Klient chce vyniknout v malování, protože chce zvládnout namalovat krásný obraz. Odpovídá, že obraz by maloval tuší nebo temperami.

Tvrdí, že se mu daří ve sportu a vydrží větší zátěž na tělo. Také říká, že umí správně vyslovovat slova a tím pádem i recitovat básně. Doplnuje, že básně se učí nazpaměť.

4.2 Vyhodnocení otázek z dotazníků

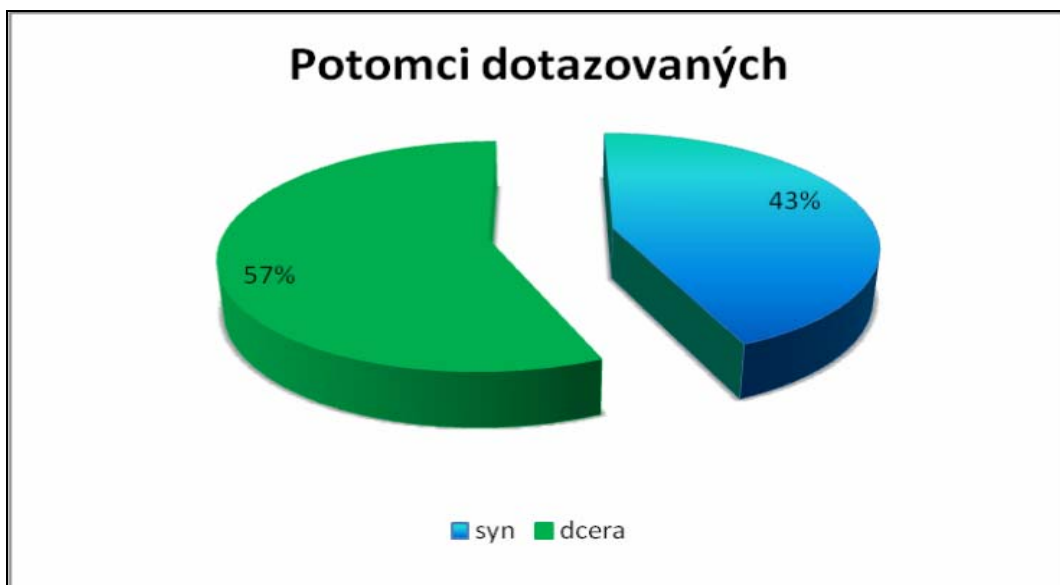
Graf č. 1: Procentuální vyjádření návratnosti dotazníků



Zdroj: Vlastní výzkum.

Celkem bylo rozdáno 26 dotazníků rodičům klientů z Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících. Návratnost je 90 %. U návratnosti je vysoké procentuální číslo z důvodu osobního distribuování a zpětného vybírání. Určitý vliv na návratnost má podle mého názoru také dlouhodobé dobrovolnictví.

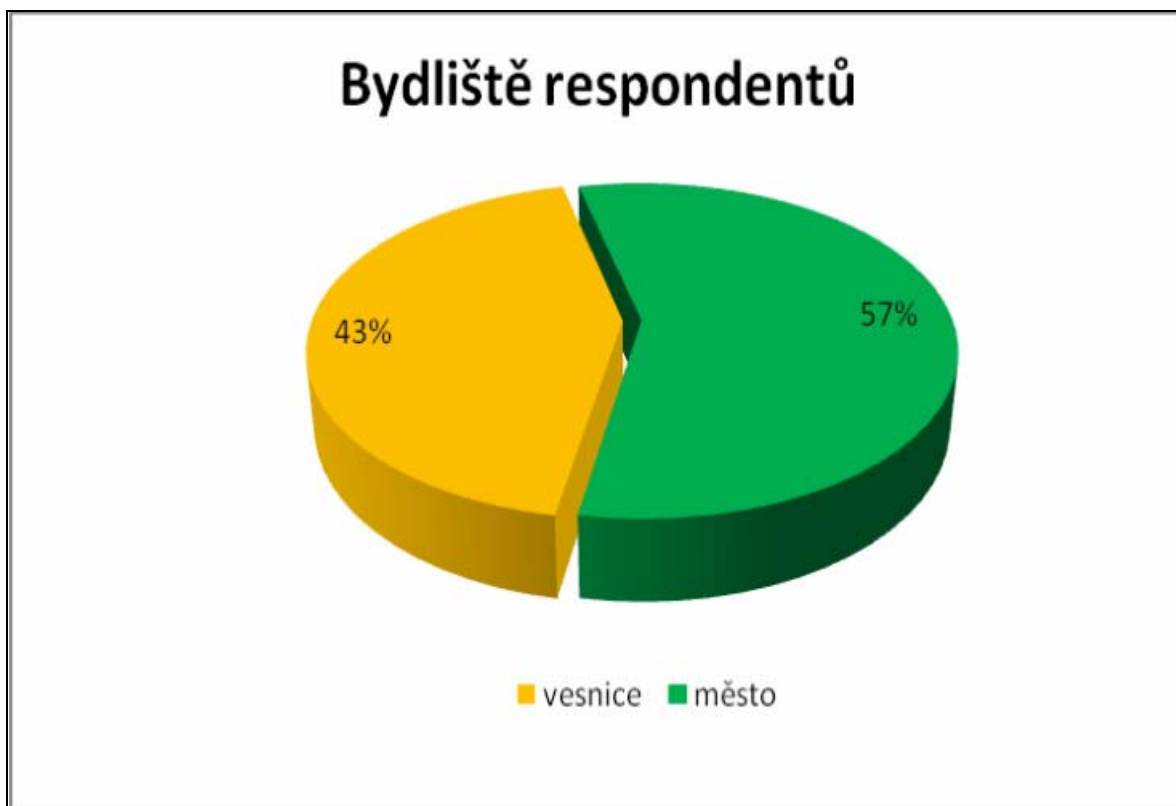
Graf č. 2: Procentuální vyjádření pohlaví potomků rodičů klientů



Zdroj: Vlastní výzkum.

- rodiče, kteří dotazníky vyplňovali a mají v Denním stacionáři dcery je 57 %, tj. 13 dcer
- rodiče, kteří dotazníky vyplňovali a mají v Denním stacionáři syny je 43 %, tj. 10 synů

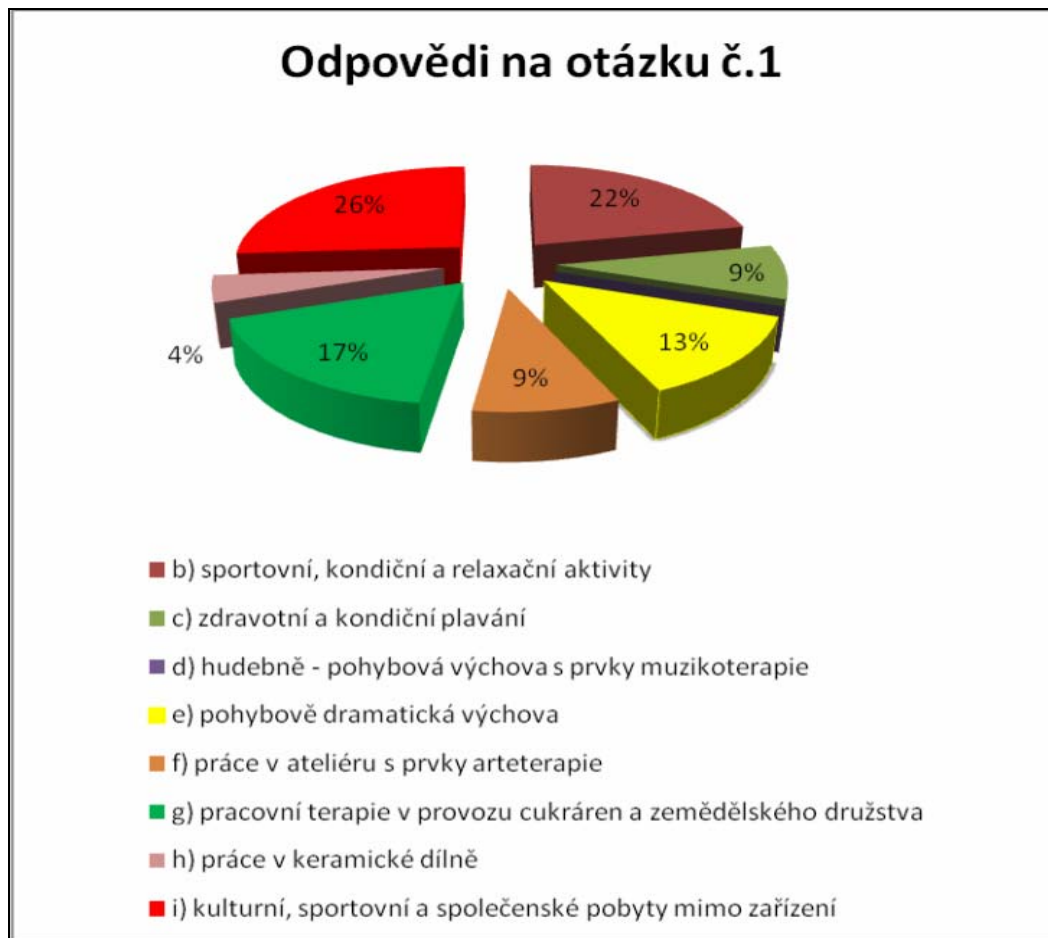
Graf č. 3: Bydliště rodičů klientů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum.

- 43 %, tj. 10 rodičů klientů z Denního stacionáře bydlí na vesnici
- 57 %, tj. 13 rodičů klientů z Denního stacionáře bydlí ve městě

Graf č. 4: Odpovědi rodičů klientů na otázku č. 1 (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum.

Rodiče klientů z Denního stacionáře odpovídali na otázku č.1, která zněla :
„Jaká činnost Vašeho syna/Vaší dceru ve stacionáři nejvíce baví?“

Odpovědi rodičů klientů:

- a) vzdělávání pro „život“ - neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)
- b) sportovní, kondiční a relaxační aktivity – 22 %, tj. 5 rodičů takto odpovědělo
- c) zdravotní a kondiční plavání – 9 %, tj. 2 rodiče takto odpověděli
- d) hudebně-pohybová výchova s prvky muzikoterapie - neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)
- e) pohybově-dramatická výchova – 13 %, tj. 3 rodiče takto odpověděli

- f) práce v ateliéru s prvky arteterapie – 9 %, tj. 2 rodiče takto odpověděli
- g) pracovní terapie v provozu cukráren a zemědělského družstva – 17 %, tj. 4 rodiče takto odpověděli
- h) práce v keramické dílně – 4 %, tj. 1 rodič takto odpověděl
- i) kulturní, sportovní a společenské pobyty mimo zařízení – 26 %, tj. 6 rodičů takto odpovědělo

Graf č. 5: Odpovědi rodičů klientů na otázku č. 2 (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum.

Rodiče klientů z Denního stacionáře odpovídali na otázku č. 2, která zněla :
„Myslíte si, že některé aktivity v Denním stacionáři chybí ?“

Odpovědi rodičů klientů:

- a) ano chybí – 22 %, tj. 5 rodičů odpovědělo, že některé aktivity v Denním stacionáři chybí. Rodiče klientů vypsali, že ve stacionáři není dostatek času na aktivity typu: nakupování, rozeznávání dopravních značek, získávání dovedností na počítači, vycházky do přírody, jízda na kole, služby typu chráněná dílna nebo chráněné bydlení a sexuální výchova.
- b) ne nechybí – 69 %, tj. 16 rodičů odpovědělo, že žádné aktivity v Denním stacionáři nepostrádají
- c) nevím – 9%, tj. 2 rodiče odpověděli, že neví, jaká služba ve stacionáři chybí

Graf č. 6: Odpovědi rodičů klientů na otázku č. 3 (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum.

Rodiče klientů z Denního stacionáře odpovídali na otázku č. 3, která zněla :
„Jste jako rodič spokojen s pracovním týmem, který se stará o Vašeho syna/Vaší dceru v Denním stacionáři?“

Odpovědi rodičů klientů:

- d) ano, jsem spokojen/a – 100 %, tj. 23 rodičů odpovědělo, že je spokojeno s pracovním týmem v Denním stacionáři
- e) ne, nejsem spokojen/a - neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)
- f) nevím - neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)

Graf č. 7: Odpovědi rodičů klientů na otázku č. 4 (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum.

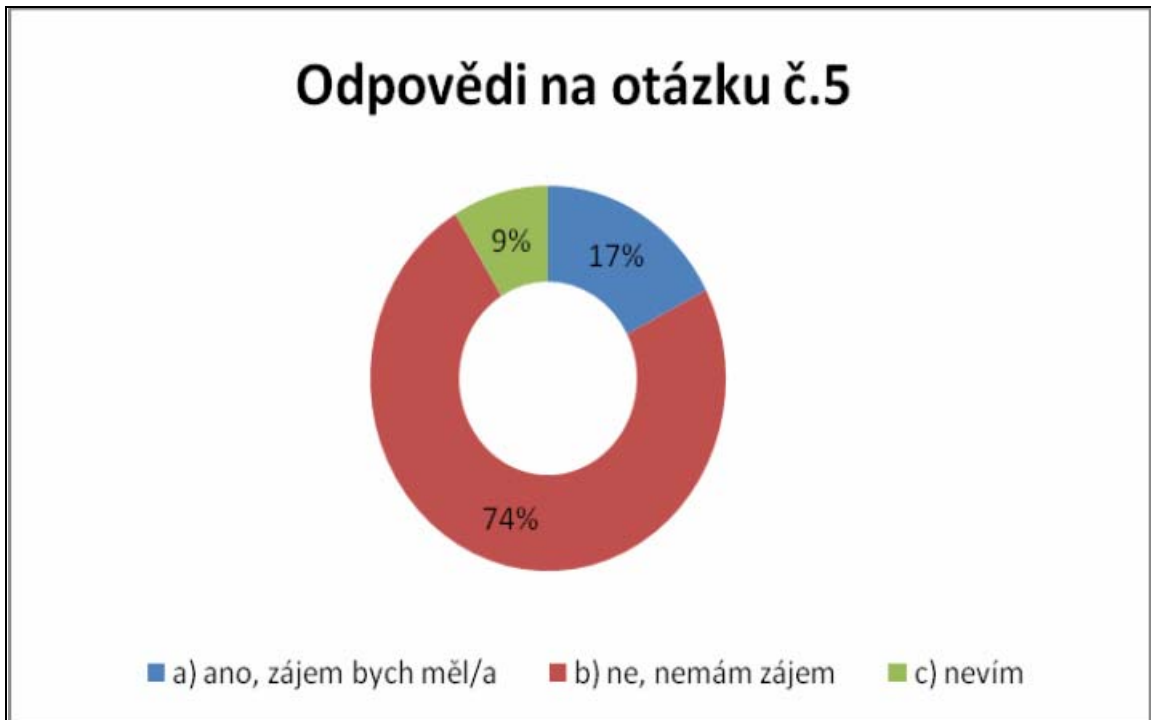
Rodiče klientů z Denního stacionáře odpovídali na otázku č. 4, která zněla : „Pozorujete rozdíl u svého syna/své dcery při pravidelném navštěvování Denního stacionáře a trávením času doma?“

Odpovědi rodičů klientů:

- a) ano, pozoruji rozdíl – 65 %, tj. 15 rodičů odpovědělo, že pozoruje rozdíl u svého syna nebo u své dcery při pravidelném navštěvování Denního stacionáře a trávením času doma. Rodiče klientů vypsali, že pozorují rozdíly a to: zdokonalení v komunikaci, ve zlepšení fyzické kondice, v pracovitosti, v soustředění, ve smyslu pro povinnost, v dobré náladě. Nejvíce rodiče uváděli (a to v 6 případech) větší samostatnost a jeden rodič uvedl: „Do stacionáře se těší a doma se nudí“.
- b) ne, nepozoruji rozdíl – 31 %, tj. 7 rodičů odpovědělo, že nepozoruje rozdíl u svého syna nebo u své dcery při pravidelném navštěvování Denního stacionáře a trávením času doma.

c) nevím – 4 %, tj. 1 rodič odpověděl, že neví

Graf č. 8: Odpovědi rodičů klientů na otázku č. 5 (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum.

Rodiče klientů z Denního stacionáře odpovídali na otázku č. 5, která zněla :
„Měl/a byste zájem o sjednanou každodenní dopravu do Denního stacionáře a zpět pro
Vašeho syna/Vaší dceru?“

Odpovědi rodičů klientů:

- a) ano, zájem bych měl/a – 17 %, tj. 4 rodiče odpověděli, že by měli zájem o dopravu pro svého syna/svoji dceru do Denního stacionáře
- b) ne, nemám zájem – 74 %, tj. 17 rodičů odpovědělo, že by zájem o dopravu neměli
- c) nevím – 9 %, tj. 2 rodiče odpověděli, že neví

Graf č. 9: Odpovědi rodičů klientů na otázku č. 6 (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum.

Rodiče klientů z Denního stacionáře odpovídali na otázku č. 6, která zněla :
„Navštěvuje Váš syn/Vaše dcera rád/a Denní stacionář a je tam spokojený/á?“

Odpovědi rodičů klientů:

- a) ano, rád/a navštěvuje – 100 %, tj. 23 rodičů odpovědělo, že jejich syn nebo jejich dcera rádi navštěvují Denní stacionář a jsou zde spokojeni
- b) ne, nerad/a navštěvuje - neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)
- c) nevím - neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)

Graf č. 10: Odpovědi rodičů klientů na otázku č. 7 (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum.

Rodiče klientů z Denního stacionáře odpovídali na otázku č. 7, která zněla : „Postřehli jste nějaké zlepšení nebo pokrok ve vývoji svého syna/své dcery díky docházení do Denního stacionáře?“

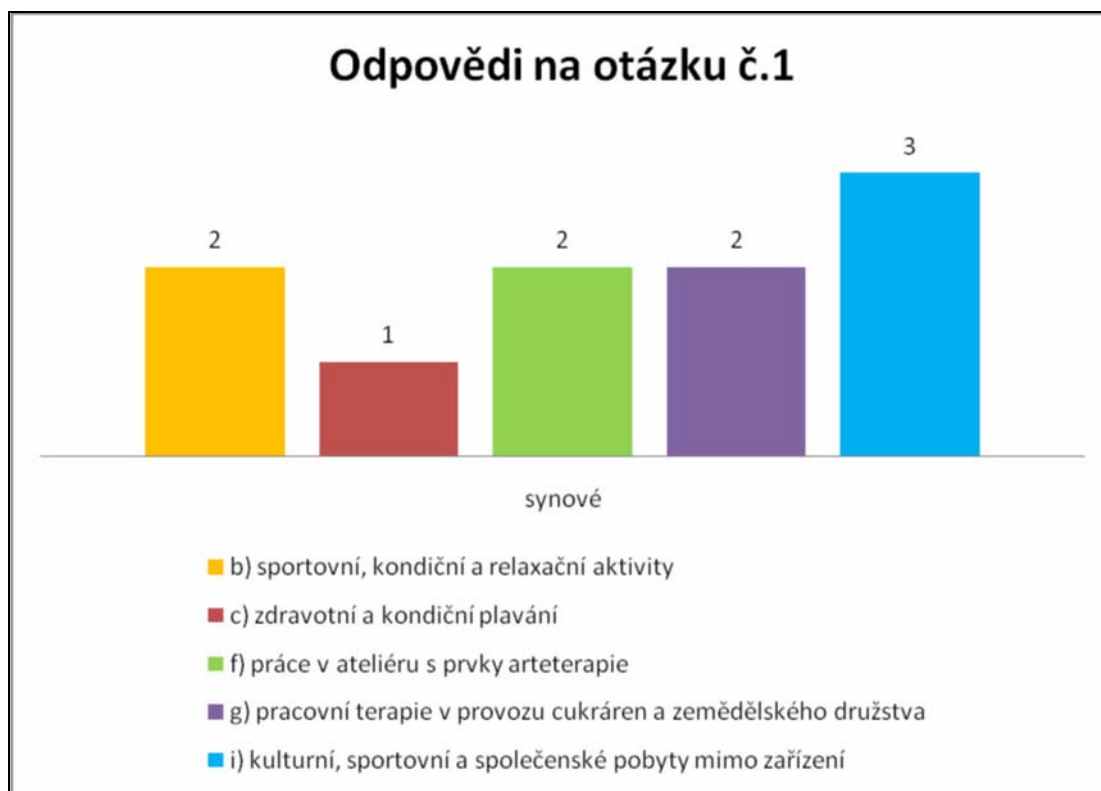
Odpovědi rodičů klientů:

- a) ano, zlepšilo se a pokroky jsou – 65 %, tj. 15 rodičů odpovědělo, že vidí u svého syna nebo své dcery zlepšení nebo pokrok ve vývoji díky docházení do Denního stacionáře. Rodiče klientů vypsali, že pokroky a zlepšení vidí, a to ve větší samostatnosti, ve zlepšení chování, v pracovitosti, zlepšení celkové motoriky (zejména jemné motoriky) a fyzické zdatnosti, samostatnost v osobní hygieně, v bohatší slovní zásobě, v pořádnosti, ve zdokonalení v sociálních dovednostech, ve vylepšení nálady, v sebeobsluze, naučení se základním dovednostem na počítači. Jedny ze zajímavých odpovědí rodičů : „syn je spokojený a vypráví

spoustu zážitků z různých akcí“, „dcera se učí novým činnostem, pro které doma nejsou podmínky“.

- b) ne, nic se nezlepšilo a pokroky nejsou – 22 %, tj. 5 rodičů odpovědělo, že nepostřehli žádné zlepšení ani pokroky u svého syna nebo své dcery
- c) nevím – 13 %, tj. 3 rodiče odpověděli, že neví, jestli jsou nějaké pokroky nebo zlepšení

**Graf č. 11: Odpovědi rodičů, kteří v Denním stacionáři mají syna na otázku č. 1
(v absolutních číslech)**



Zdroj: Vlastní výzkum.

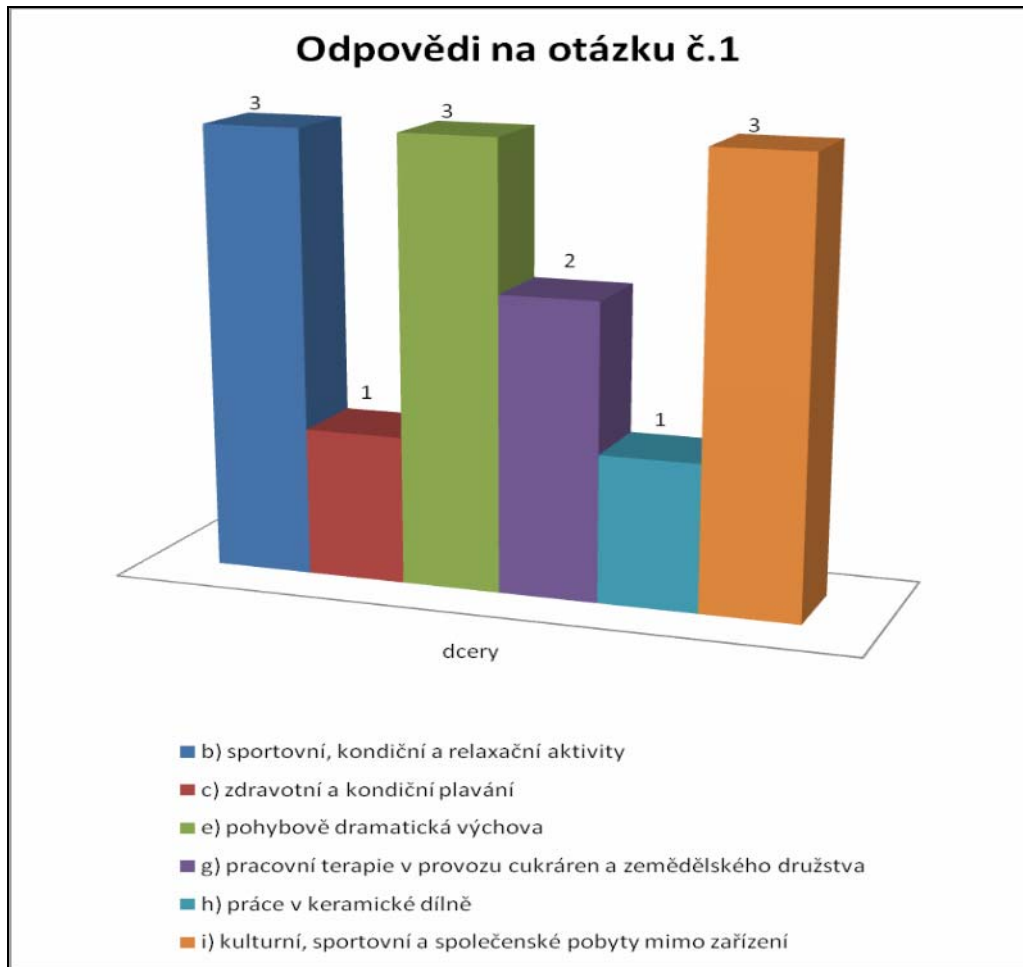
Rodiče klientů, kteří mají v Denním stacionáři syna odpovídali na otázku č.1, která zněla : „*Jaká činnost Vašeho syna ve stacionáři nejvíce baví?*“

Odpovědi rodičů klientů:

- a) vzdělávání pro „život“ - neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)
- b) sportovní, kondiční a relaxační aktivity – 2 rodiče, kteří mají ve stacionáři syna takto odpověděli
- c) zdravotní a kondiční plavání – 1 rodič, který má ve stacionáři syna odpověděl takto
- d) hudebně-pohybová výchova s prvky muzikoterapie - neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)

- e) pohybově-dramatická výchova – neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)
- f) práce v ateliéru s prvky arteterapie – 2 rodiče, kteří mají ve stacionáři syna takto odpověděli
- g) pracovní terapie v provozu cukráren a zemědělského družstva – 2 rodiče, kteří mají ve stacionáři syna takto odpověděli
- h) práce v keramické dílně – neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)
- i) kulturní, sportovní a společenské pobyty mimo zařízení – 3 rodiče, kteří mají ve stacionáři syna takto odpověděli

Graf č. 12: Odpovědi rodičů, kteří v Denním stacionáři mají dceru na otázku č. 1 (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum.

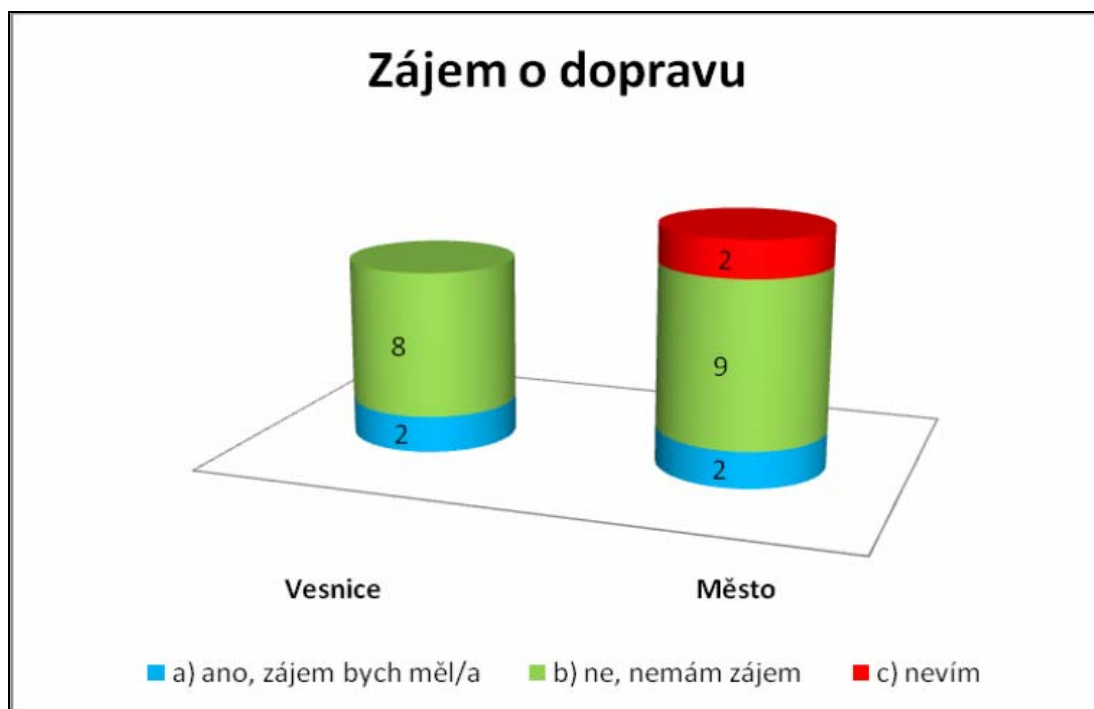
Rodiče klientů, kteří mají v Denního stacionáře dceru odpovídali na otázku č.1, která zněla : „ *Jaká činnost Vaší dceru ve stacionáři nejvíce baví?*“

Odpovědi rodičů klientů:

- a) vzdělávání pro „život“- neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)
- b) sportovní, kondiční a relaxační aktivity – 3 rodiče, kteří mají ve stacionáři dceru takto odpověděli
- c) zdravotní a kondiční plavání – 1 rodič, který má ve stacionáři dceru odpověděl takto

- d) hudebně-pohybová výchova s prvky muzikoterapie - neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)
- e) pohybově-dramatická výchova – 3 rodiče, kteří mají ve stacionáři dceru takto odpověděli
- f) práce v ateliéru s prvky arteterapie - neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)
- g) pracovní terapie v provozu cukráren a zemědělského družstva – 2 rodiče, kteří mají ve stacionáři dceru takto odpověděli
- h) práce v keramické dílně – 1 rodič, který má ve stacionáři dceru odpověděl takto
- i) kulturní, sportovní a společenské pobyty mimo zařízení – 3 rodiče, kteří mají ve stacionáři dceru takto odpověděli

Graf č. 13: Odpovědi rodičů klientů podle místa bydliště na otázku č. 5 (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum.

Odpovědi rodičů klientů podle místa bydliště na otázku č. 5, která zněla : „Měl/a byste zájem o sjednanou každodenní dopravu do Denního stacionáře a zpět pro Vašeho syna/Vaší dceru?“

Odpovědi rodičů klientů, kteří bydlí na vesnici:

- a) ano, zájem bych měl/a – 2 rodiče odpověděli, že by měli zájem o dopravu pro svého syna nebo svojí dceru do stacionáře
- b) ne, nemám zájem – 8 rodičů odpovědělo, že by zájem o dopravu neměli
- c) nevím – neodpověděl nikdo z rodičů (v grafu neuvedeno)

Odpovědi rodičů klientů, kteří bydlí ve městě:

- a) ano, zájem bych měl/a – 2 rodiče odpověděli, že by měli zájem o dopravu pro svého syna nebo svojí dceru do stacionáře
- b) ne, nemám zájem – 9 rodičů odpovědělo, že by zájem o dopravu neměli

c) nevím – 2 rodiče odpověděli, že neví

5 Diskuze

Cílem této bakalářské práce je zjistit vliv aktivizačních činností Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících na klientovu osobnost z pohledu rodiče. Dále zmapovat potřebnost služeb v Denním stacionáři, jak z pohledu klienta, tak z pohledu rodiče.

Podle autorek Mahrové a Venglářové je denní stacionář určen především pro osoby s mentálním postižením, které potřebují větší míru podpory a pomoci. Do denního stacionáře klienti docházejí z rodinného prostředí a zpět se do něj vrací (15).

Aktivizačních činností, které Denní stacionář pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících nabízí je velká řada a je jen na klientovi a na jeho individuálních potřebách a přáních, do kterých aktivit se zapojí. Během mého dobrovolnictví v Denním stacionáři jsem se několikrát zamyslela nad tím, zda aktivit pro klienty není příliš, zda přesto klientům nechybí některá činnost, zda Denní stacionář vnímají pozitivně nebo jako místo kam je „někdo posílá a kde musí vydržet“. Zajímá mě také názor rodičů klientů na fungování zařízení, na různorodost aktivit a hlavně jestli oni jako rodiče, kteří své děti znají nejlépe, vidí zlepšení nebo pokroky díky docházení do Denního stacionáře.

Tato fakta jsem zkoumala kvantitativně pomocí rozhovorů s 6 klienty a pomocí dotazníků, které byly určeny rodičům klientů. Klienti odpovídali na předem připravených 7 otázek. Před každým rozhovorem byl klient dotázán, jestli souhlasí s rozhovorem a informován za jakým účelem rozhovor poskytuje. Jak uvádí autorka Vágnerová, pro jedince s mentálním postižením je obtížné porozumět i běžnému verbálnímu sdělení, protože mají větší potíže s pochopením celkového kontextu a omezenější slovní zásobu. Jednoduše a stručně formulovaná konkrétní informace je nejvhodnější variantou (35). Proto byly otázky dotazníků formulovány jednoduše a v případech, kdy klienti neporozuměli otázce, byly dávány možnosti odpovědí. Myslím si, že díky zkušenostem s komunikací s jedinci s mentálním postižením a tím, že se s lidmi z Denního stacionáře navzájem známe, byl výsledek rozhovorů velmi kvalitní.

První klientka s kombinovanou vadou (lehké mentální postižení, spastická dětská mozková obrna, epilepsie, strabismus). Zmínila se, že jí baví práce na počítači a

také by se chtěla v této činnosti dále zdokonalovat. Střídavě používá jak počítač, tak notebook. Práce na počítači zdokonaluje u klientky jemnou motoriku. Je to způsob aktivizace, kdy klientku činnost baví a zajímá se o ni a také způsob rozvoje jemné motoriky. Ráda je v kolektivu a vyhledává zde kamarádství. Sama uvedla, že nerada pracuje s hlínou v keramické dílně a také nerada maluje v ateliéru z důvodu spascitidy rukou. Klientka se i přes kombinovanou vadu zapojuje s chutí a zájmem do různých aktivit v Denním stacionáři. Zdatně pod dohledem plave s korkovou vestou, účastní se cyklistických pobytů, kde používá cyklisticky upravenou tříkolku. Také zimních pobytů, kde zvládne s pomocí asistenta ujet pár metrů na běžkách. Je vidět kladný vliv aktivizačních činností na rozvoj celkové osobnosti.

Druhý klient s kombinovanou vadou (lehké mentální postižení a epilepsie). Jej nejvíce baví sport a je také manuálně zručný. Z rozhovoru s ním bylo patrné, že by chtěl mít možnost pracovního uplatnění jako ostatní lidé. Klient byl dříve zaměstnán v cukrárnách, kde dostával plat a byl velice dobře začleněn do pracovního kolektivu. Matoušek a kolektiv uvádí, že význam pracovní rehabilitace je viděn i v tom, že si uživatel může připadat užitečný (17). I zde je prokázána možnost a příležitost, jak člověka s mentálním postižením zapojit do pracovního procesu díky Dennímu stacionáři.

Třetí klientka se středně těžkým mentálním postižením. Nejrady ve stacionáři uklízí, umývá nádobí a utírá stoly. Také ráda vytírá, zalívá kytky a plave. A právě v plavání chce být dobrá. Bartoňová poukazuje, že díky zručnosti při úklidu, práci v kuchyni, při nákupu a jiných drobných pracích všedního dne se otevírá jedinci s mentálním postižením zdůvodněný pocit vlastní hodnoty a pomáhá mu v integraci do společnosti (1).

Čtvrtý klient s kombinovanou vadou (středně těžké mentální postižení a epilepsie). Baví ho plavání a rád hraje fotbal. Vyrábí výrobky s hlíny a také rád zpívá za doprovodu kytary. Mezi jeho osobní cíle mimo jiné patří být úspěšným hráčem fotbalu. Fischer a Škoda ve své literatuře píše, že tělesnou pohyblivostí se zlepšuje tělesná zdatnost, obratnost a koordinace pohybů, u jedinců se rozvíjí jejich ukázněnost a samostatnost (5).

Klientka číslo 5 s lehkým mentálním postižením. Je velice společenská a dokáže se orientovat v běžném životě. Umí také vyhledávat informace z novin nebo z televize o dění např. ve městě. Nerada se zapojuje do sportovních aktivit. Aktivitu, které nejraději dělá ve stacionáři jsou malování, vyrábění výrobků v ateliéru a práce s hlínou v keramické dílně. Jak uvádí Šicková-Fabricsi, práce s hlínou dává možnost mentálně postiženým jedincům konkrétního tělesného vnímání a tím pochopení mnohých souvislostí, které jsou pro ně v grafické nebo verbální formě složitou abstrakcí (30).

Šestý klient s lehkým mentálním postižením je společenský, samostatný a má dobrou komunikační schopnost. Aktivitami, které rád provozuje ve stacionáři jsou sport a to hlavně cyklistika a běžkování. Říká, že díky stacionáři chodí rád pracovat do cukráren a na podzim na sběr brambor. Myslí si o sobě, že umí správně vyslovovat slova a tím pádem i recitovat básně. Doplňuje, že básně se učí nazpaměť. Bartoňová se ve své literatuře zmiňuje, že podpora porozumění řečových schopností a řeči jako takové má pro rozvoj komunikace velký význam (1).

Pojďme si tedy rozhovory s klienty shrnout. Na první otázku: co rádi ve stacionáři dělají za činnost, klienti odpovídali: práce na počítači, zpívání u kytary uvedli 2 klienti, 4 klienti uvedli sport např. posilování, fotbal, cyklistika a běžkování, práce s hlínou, malování, tancování. O plavání se zmínili 4 klienti, jedna klientka uvedla, že se bojí vody a hloubky. Muži se shodli na tom, že rádi chodí do cukráren pracovat. U žen zase převažovala pracovní činnost typu úklidových činností. Z první otázky vyplynulo, že všechny aktivizační činnosti, které jsou k dispozici v Denním stacionáři klienti hojně využívají. Záleží ovšem na individuálním zájmu každého z klientů. Všech 6 klientů uvedlo v odpovědi na druhou otázku, že se k nim vychovatelé chovají dobře. Z pohledu klientů z toho plyne, že v Denním stacionáři funguje profesionální pedagogicko-sociální tým. Dále na třetí otázku každý klient uvedl, že má ve stacionáři kamaráda či kamarádku. Denní stacionář slouží jako zprostředkovatel, kde má své velké místo přátelství, kamarádství a vzájemná pomoc. V Denním stacionáři jsem viděla, jak si klienti bezprostředně pomáhají mezi sebou. Přirovnala bych to, že to je takové pomáhání jako když „člověk sluchově postižený pomáhá nevidomému“. My lidé bez „handicapu“ bychom se nad tím měli pozastavit a zamyslet.

Na čtvrtou otázku 3 klienti odpověděli, že ve stacionáři žádnou činnost nepostrádají. Nicméně jedna klientka uvedla přepalování filmů a muziky na CD, jeden klient by chtěl více manuálně pracovat a druhý recitovat básně. Jsou to specifická přání klientů, nejedná se o kolektivní pocit nedostatku určité činnosti. V rámci celotýdenních činností by se mohla tato přání přidat do programu, avšak záleží na časovém rozvržení každé aktivity. **Vyplývá, že první hypotéza se nepotvrdila.**

Na pátou otázku: co je ve stacionáři nebaví a proč, odpovídali klienti takto: práce s hlínou v keramické dílně a malování v ateliéru z důvodu spascitidy rukou, procvičování trivia z důvodu věku, malování proto, že klient nerad pracuje s vodovými barvami a pastelkami, pracovní rehabilitace typu sběr brambor a práce v cukrárnách. Dále 2 muži uvedli, že nemají rádi pracovní výchovu typu úklidových činností, tenis a fotbal z důvodu nezvládnání rychlosti daného sportu a plavání z důvodu strachu z vody a hloubky. Tyto odpovědi opět zdůrazňují skutečnost, že v Denním stacionáři si každý klient vybírá individuálně činnosti, které ho zajímají a baví. A zároveň jak publikuje Matoušek s kolektivem autorů nesmí se zapomínat na to, že jedinec s mentálním postižením, stejně jako ostatní lidé, má právo říci, že se už zlepšovat nechce (17).

Když byla položena otázka číslo šest, která zněla: v jaké činnosti chceš být dobrý?, klienti na ní odpovídali: chci se zdokonalit v počítačové gramotnosti, vyniknout v posilování, běžkování, 2 klienti uvedli plavání, ve fotbale, v práci s hlínou a chci vyrobit krásný výrobek, v malování, abych zvládnul namalovat obraz. Někteří uvedli, proč chtějí být v aktivitě dobří, jiní ne. Z rozhovorů bylo patrné, že i člověk s mentálním postižením si uvědomuje svůj cíl, v čem chce vyniknout.

Odpovědi na sedmou otázku: v jaké činnosti se jim daří nejlépe, klienti odpovídali: ve hře „Člověče nezlob se“ a v kartách, v práci na počítači (je lepší než ostatní), ve sportu a to v atletice, kde zastupuje čtyřboj na závodech, ve zpívání u kytary, ve vyrábění krásných medailí a v tancování, ve fotbale, kde dává góly, ve sportu a v recitování básní nazpaměť. Lečbych poukazuje, že cílem aktivit je stabilizace, aktivizace a osobní rozvoj jednotlivých uživatelů (13).

Ve svém výzkumu jsem také použila metodu dotazování pomocí dotazníků. Dotazníky vyplňovali rodiče klientů a návratnost dotazníků je znázorněna v grafu č. 1.

Návratnost dotazníků byla vysoká (90 %) a to proto, že jsem dotazníky osobně rozdávala i vybírala zpět. Určitý vliv má na návratnost také dlouhodobé dobrovolnictví. U grafu č. 2 byly znázorněny identifikační údaje, týkající se počtu synů a dcer, kteří navštěvují Denní stacionář a respondentů - tedy rodičů klientů, kteří dotazníky vyplňovali. Další identifikační otázka byla zaměřena na bydliště rodičů klientů. To je znázorněno v grafu č. 3. Údaje o bydlišti jsou pak propojeny s otázkou č. 5 (uvedeno níže). Graf č. 4 ukazuje, že 6 rodičů odpovědělo, že jejich syna nebo dceru nejvíce baví kulturní, sportovní a společenské pobyty mimo zařízení a 5 rodičů odpovědělo sportovní, kondiční a relaxační aktivity. Souhlasím s rodiči, že klienti rádi vyjíždějí na různé akce mimo zařízení. I když jsem tuto otázku nepoložila v rozhovorech s klienty, tak díky dobrovolnictví a tomu, že jsem se zúčastnila několika akcí mimo zařízení vím, že klienti rádi a s velkou chutí vyjíždějí na různé akce. Rodiče se také shodují s klienty v oblíbenosti sportovních aktivit. V Denním stacionáři je opravdu vidět, že sportovní, kondiční a relaxační aktivity jsou velice oblíbené u klientů. Sport je způsob, jak jedinci s mentálním postižením rozvíjejí své vnímání, prožívání, paměť, pozornost i psychickou odolnost. Je také zajímavé, že nikdo z rodičů neuvědomil, že by dceru nebo syna bavilo vzdělávání. I v tom se shodují s názory klientů.

U grafu č. 5 se prokázalo, že 16-ti rodičům nechybí ve stacionáři žádné aktivity. Pouze 5 rodičů odpovědělo, že podle jejich názoru některé aktivity v zařízení chybí. Domnívám se, že činnosti jako jsou: nakupování, rozeznávání dopravních značek, získávání dovedností na počítači, vycházky do přírody a jízda na kole jsou ve stacionáři zastoupeny, ač byly v dotaznících uvedeny jako chybějící. Dále služby typu: chráněná dílna nebo chráněné bydlení nejsou ve stacionáři možné realizovat, z důvodu omezeného prostoru a malého personálního zajištění. **Myslím si, že druhá hypotéza byla potvrzena.**

Graf č. 6 potvrzuje, že v Denním stacionáři funguje profesionální pedagogicko-sociální tým, který zajišťuje správný chod stacionáře a hlavně působí pozitivně na klientovu osobnost. Jestli je u klienta vidět rozdíl v pravidelné návštěvě stacionáře a trávením času doma nám znárodňuje graf č. 7. Bylo zjištěno, že 15 rodičů pozoruje rozdíl u svého syna nebo své dcery a to ve: zdokonalení v komunikaci, ve zlepšení

fyzické kondice, v pracovitosti, v soustředěnosti, ve smyslu pro povinnost, v dobré náladě. Nejvíce rodiče uváděli (v 6 případech) větší samostatnost a jeden rodič uvedl: „do stacionáře se těší a doma se nudí“. 7 rodičů z 23 odpovědělo, že nepozorují rozdíly. 7 rodičů z 23 odpovědělo, že nepozorují rozdílí. Graf č. 8 znázorňuje potřebnost dopravy do stacionáře a zpět. Je zde patrné, že 17 rodičů by nemělo zájem o dopravu pro svého syna nebo svou dceru a jen 4 rodiče ano. Otázku na dopravu jsem položila proto, že Denní stacionář neposkytuje dopravu do stacionáře a zpět a zajímalo mě, jestli o tuto službu budou mít rodiče zájem. Graf č. 9 nám jasně ukazuje, že 23 rodičů se shodlo na tom, že jejich syn nebo dcera se těší do stacionáře a také sem rádi chodí. Z toho vyplývá, že klienti rádi a s pocitem „dobře“ stráveného dne navštěvují stacionář. U grafu č. 10 můžeme zaznamenat, jestli rodiče postřehli zlepšení nebo pokrok ve vývoji svého dítěte díky docházení do Denního stacionáře. 15 rodičů vidí pokrok a to například ve: větší samostatnosti, ve zlepšení chování, v pracovitosti, zlepšení celkové motoriky (zejména jemné motoriky) a fyzické zdatnosti, samostatnost v osobní hygieně, v bohatší slovní zásobě, v pořádnosti, ve zdokonalení v sociálních dovednostech, ve vylepšení nálady, v sebeobsluze, naučení se základních dovedností na počítači. Jedny ze zajímavých odpovědí rodičů : „syn je spokojený a vypráví spoustu zážitků z různých akcí“, „dcera se učí novým činnostem, na které doma nejsou podmínky“. Potvrzuje se nám se srovnáním s otázkou č. 4, že aktivizační činnosti v Denním stacionáři mají určitý vliv na rozvoj celé osobnosti. Aktivizační činnosti tedy určitým způsobem na jedince s mentálním nebo kombinovaným postižením působí. Vždy však záleží na specifických potřebách a zájmech jednotlivce, na pracovním týmu ve stacionáři a také na rodinném prostředí. **Mohu konstatovat, že třetí hypotéza se potvrdila.** Graf č. 11 ukazuje, co podle rodičů nejvíce baví jejich syny. 3 rodiče odpověděli, že kulturní, sportovní a společenské pobyty mimo zařízení a dále vždy 2 rodiče odpověděli, že na sportovní, kondiční a relaxační aktivity, na práci v ateliéru s prvky arteterapie a na pracovní terapie v provozu cukráren a zemědělského družstva. Graf č. 12 znázorňuje, co podle rodičů nejvíce baví jejich dcery. Vždy 3 rodiče odpověděli, že činnosti typu: sportovní, kondiční a relaxační aktivity, pohybově dramatická výchova, kulturní,

sportovní a společenské pobyty mimo zařízení. Graf č. 13 ukazuje, že 2 rodiče z města a 2 rodiče z vesnice by měli zájem o dopravu do stacionáře a zpět.

Během zpracování mé bakalářské práce jsem zjistila fakt, že je stále málo publikací o mentálně postižených jedincích. V publikaci o mentálně postižených jedincích se velice málo či vůbec autoři zabývají jak konkrétně pracovat s těmito lidmi (např.: jaká oblast se bude zlepšovat, když se jedinec správně namotivuje např. do pracovních činností, do sportu atd.) Bylo by přínosné vytvořit publikaci, kde budou popsány jednotlivě buď aktivizační činnosti nebo služby, a jakým způsobem tyto činnosti nebo služby ovlivňují klientovu celkovou osobnost.

Terminologie v psychopédii je stále ještě nejednotná. Proto v mé práci používám pojem jedinec, osoba, člověk nebo lidé s mentálním postižením.

Dále se chci zmínit o tom, že jsem spoluautorkou některých textů na internetových stránkách Městského ústavu sociálních služeb ve Strakonících a to konkrétně textů o Denním stacionáři pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé.

6 Závěr

Záměrem bakalářské práce je představit různorodost aktivizačních činností, které dávají možnost člověku s mentálním postižením žít plnohodnotný život. Aktivizační činnosti jsou zde chápány jako způsob začleňování jedince s mentálním postižením do společnosti.

Cílem práce je zjistit vliv aktivizační činnosti Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé ve Strakonících na klientovu osobnost. Dále zmapovat potřebnost služeb v Denním stacionáři, jak z pohledu klienta, tak z pohledu rodiče.

Pro splnění cílů byl zvolen kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika dotazníku a polostandardizovaný rozhovor. Domnívám se, že cíle práce byly splněny.

Stanovená hypotéza H1 (*Poptávka aktivizačních činností, kterou vyžadují klienti neodpovídá nabídce.*) byla vyvrácena.

Stanovená hypotéza H2 (*Rodiče jsou spokojeni s nabídkou aktivit v Denním stacionáři.*) se potvrdila.

Stanovená hypotéza H3 (*Nabídka činností v Denním stacionáři napomáhá rozvoji jedince s mentálním postižením.*) se potvrdila.

Poznatky získané při výzkumu prokázaly, že při navštěvování Denního stacionáře a aktivizačních činností, které nabízí, dochází k rozvoji osobnosti klientů z pohledu integrace v oblasti motoriky, rozumových schopností a dovedností, zlepšení komunikace a osobnostního rozvoje.

Bylo by přínosné a myslím si i zajímavé zjistit, jaký je pohled speciálních pedagogů na rozvoj celé osobnosti u jedinců s mentálním postižením v denních stacionářích.

Doufám, že moje práce přispěje k větší informovanosti o aktivizačních činnostech v Denním stacionáři a to především u rodin vychovávajících svoje potomky pouze v domácím prostředí. Mohou ji využít pracovníci uvedeného stacionáře a dalších obdobných zařízení ke zlepšení kvality aktivizačních činností.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BARTOŇOVÁ (ed.), M. *Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami : Zaměřené na edukaci žáků se specifickými poruchami učení*. 1. vydání. Brno : MSD, 2005. 267 s. ISBN 80-86633-38-1.
2. *Centrum 83* [online]. 25.1.2010 [cit. 2010-03-29]. Slunce svítí všem. Dostupné z [www: <http://www.centrum83.cz/slunce1.htm>](http://www.centrum83.cz/slunce1.htm).
3. ČERNÁ , M. a kol. *Česká psychopedie : Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
4. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 376 s. ISBN 80-246-0139-7.
5. FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. 1. vydání. Praha : Trinitron, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
6. HÁJEK, B.; HOFBAUER, B.; PÁVKOVÁ, J. *Pedagogické ovlivňování volného času: trendy*. 1. vydání. Praha : Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-437-1.
7. HORT, Vl., et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vydání. Praha : Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
8. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vydání. Praha : Trinitron, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
9. KARÁSKOVÁ, V. *Úvod do didaktiky tělesné výchovy žáků s mentálním postižením*. 1. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 109 s. ISBN 80-244-1024-9.
10. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2006. 228 s. ISBN 80-247-11109.
11. KRAHULCOVÁ, B. *Postižený člověk v procesu senescence*. 1. vydání. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2002. 107 s. ISBN 80-7290-094-3.

12. KŘÍŽ, J. Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých. 2. vydání. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, 2004. 75 s. ISBN 80-7040-724-7.
13. LEČBYCH, M. *Mentální retrdace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Oloumouci, 2008. 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.
14. LEVINE, M.P. *The analytic Freud:philosoply and psychoanalysis*. London : Routlege, 2000. 320 s. ISBN 0-203-00648-8.
15. MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
16. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby : Legislativa, ekonimika, plánování, hodnocení*. 1. vydání. Praha : Porál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
17. MATOUŠEK, O.; KOLÁČOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi : Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-x.
18. *Městský ústav sociálních služeb* [online]. 12.1.2010 [cit. 2010-03-20]. Cíle a poslání. Dostupné z: <<http://www.muss.strakonice.eu/cil-poslani-1>>.
19. *Městský ústav sociálních služeb* [online]. 12.1.2010 [cit. 2010-03-20]. Sociální služby. Dostupné z : <<http://www.muss.strakonice.eu/sociální-sluzby-1>>.
20. PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. rozšířené a přepracované vydání., Brno : Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
21. *Plavání* [online]. 1.2.2005 [cit. 2010-03-21]. Přínos plavání pro osoby s mentálním postižením. Dostupné z : <<http://www.skplavci.wz.cz/plavci.html>>.
22. PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup:v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vydání. Praha : Portál, 2009. 176 s. ISBN 978-80-7367-582-0.

23. RYBOVÁ, M. *Ergoterapie jako prostředek seberealizace klientů s mentálním postižením*. České Budějovice, 2008. 93 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
24. PRCHALOVÁ, M. Dítě s narušenou komunikační schopností ve speciální škole. *Sociální péče : odborný časopis pracovníků sociálních služeb*. 2008, 5, s. 44-47. ISSN 1213-2330.
25. RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
26. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
27. SOBEK, J. a kol. *Práva lidí s mentálním postižením : Příručka pro poskytovatele sociálních služeb*. 1. vydání. Praha : Portus, 2007. 99 s. ISBN 978-80-239-9399-8.
28. STUMM, G.; WIRTH, B. *Psychotherapie : Schulen und Methoden*. 2. überarb. Wien : Falter Verlag, 1994. 391 s. ISBN 3-85439-085-8.
29. SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha : Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
30. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vydání. Praha : Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.
31. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. přepracované vydání. Praha : Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.
32. *TJ zdravotně postižených Nola, Teplice* [online]. 26.1.2010 [cit. 2010-03-21]. Cyklistika. Dostupné z : <<http://www.volny.cz/tjnola>
33. VALENTA, M. *Dramaterapie*. 2. vydání. Praha : Portál, 2001. 152 s. ISBN 80-7178-586-5.
34. VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie*. 2. vydání. Praha : Parta, 2004. 443 s. ISBN 80-7320-063-5.

35. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. přepracované vydání. Praha : Portál, 2004 . 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
36. VEJSADOVÁ, K. Dětská mozková obrna. *Sociální péče : Odborný časopis pracovníků sociálních služeb*. 2008, 3, s. 42-45. ISSN 1213-2330.
37. VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika : Integrace školní a sociální*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno : Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
38. VOTAVA, J. a kol. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
39. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online].[cit. 2010-03-07] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz>
40. ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie : východiska, koncepty, principy a praktická aplikace*. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 256 s. ISBN 978-80-7367-237-9.
41. ZEZULKOVÁ, E. Komunikativní kompetence dětí a žáků s mentálním postižením. *Speciální pedagogika, časopis pro teorii a praxi*. 2009, 19, 2, s. 112-119. ISSN 1211-2720.

8 Klíčová slova

Aktivizační činnosti

Denní stacionář pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé

Mentální postižení

9 Přílohy

Přílohy 1 : Dotazník pro rodiče klientů

Příloha 2 : Otázky k rozhovorům s klienty

Příloha 3 : Fotodokumentace aktivizačních činností

Příloha 1:

Vážení rodiče,

jmenuji se Veronika Dejmková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento dotazník mi poslouží k vypracování mé bakalářské práce. Obracím se tedy na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré údaje, které zde uvedete, použiji pouze pro svou práci.

Předem děkuji za Vaši pomoc.

Veronika Dejmková

Označte pouze jednu odpověď.

Jste: otec

matka

Bydlíte: vesnice

město

Denní stacionář navštěvuje: Váš syn

Vaše dcera

1. Jaká činnost Vašeho syna/Vaší dceru ve stacionáři nejvíce baví?

- a) vzdělávání „pro život“
- b) sportovní, kondiční a relaxační aktivity
- c) zdravotní a kondiční plavání
- d) hudebně-pohybová výchova s prvky muzikoterapie
- e) pohybově dramatická výchova
- f) práce v ateliéru s prvky arteterapie
- g) pracovní terapie v provozu cukráren, zemědělského družstva
- h) práce v keramické dílně
- i) kulturní, sportovní a společenské pobyty mimo zařízení

2. *Myslíte si, že některé aktivity v Denním stacionáři chybí?*
- a) ano chybí (vypište jaké)
 - b) ne nechybí
 - c) nevím
3. *Jste jako rodič spokojen s pracovním týmem, který se stará o Vašeho syna/Vaši dceru v Denním stacionáři?*
- a) ano, jsem spokojen/a
 - b) ne, nejsem spokojen/a
 - c) nevím
4. *Pozorujete rozdíl u svého syna/své dcery při pravidelném navštěvování Denního stacionáře a trávením času doma?*
- a) ano, pozoruji rozdíl (popište jaký).....
 - b) ne, nepozoruji rozdíl
 - c) nevím
5. *Měl/a byste zájem o sjednanou každodenní dopravu do Denního stacionáře a zpět pro Vašeho syna/Vaši dceru?*
- a) ano, zájem bych měl/a
 - b) ne, nemám zájem
 - c) nevím
6. *Navštěvuje Váš syna/Vaše dceru rád/a Denní stacionář a je tam spokojený/á?*
- a) ano, rád/a navštěvuje
 - b) ne, nerad/a navštěvuje (napište proč)
 - c) nevím
7. *Postřehli jste nějaké zlepšení nebo pokrok ve vývoji svého syna/své dcery díky docházení do Denního stacionáře?*
- a) ano, zlepšilo se a pokroky jsou (vypište konkrétně co)
.....
 - b) ne, nic se nezlepšilo a pokroky nejsou

c) nevím

Děkuji za Váš čas při vyplňování dotazníku.

Případné připomínky napište zde.

Příloha 2:

Otázky k rozhovorům s klienty

1. Co tě se ti nejvíce líbí z toho, co děláš ve stacionáři?
2. Jak se k tobě vychovatelé chovají?
3. Máš v zařízení kamaráda/kamarádku?
4. Chybí tě nějaká činnost ve stacionáři, do které by jsi se rád/a zapojil/a?
5. Co tě ve stacionáři nebaví? A proč?
6. V jaké činnosti chceš být dobrý? A proč?
7. Co se ti nejvíce daří z činnosti, kterou zde děláš?

Příloha 3:

Kondiční plavání v letním areálu



Zdroj: vlastní fotodokumentace (foto č. 1)

Kondiční plavání v letním areálu



Zdroj: vlastní fotodokumentace (foto č. 2)

Cyklistický pobyt Stará Hlína u Třeboně



Zdroj: vlastní fotodokumentace (foto č. 3)

Pracovní výchova před Denním stacionářem



Zdroj: vlastní fotodokumentace (foto č. 4)

Scénický tanec na festivalu Slunce svítí všem v Mladé Boleslavi



Zdroj: vlastní fotodokumentace Denního stacionáře (foto č. 5)

Celoživotní vzdělávání



Zdroj: vlastní fotodokumentace (foto č. 6)

Masopustní maska, výtvary klientů



Zdroj: vlastní fotodokumentace (foto č. 7)

Keramické výrobky klientů



Zdroj: vlastní fotodokumentace (foto č. 8)

Zdravotně tělesná výchova



Zdroj: vlastní fotodokumentace (foto č. 9)

Zimní turistika na Kvildě



Zdroj: vlastní fotodokumentace (foto č. 10)

Pracovní rehabilitace v provozu Prácheňských cukráren



Zdroj: vlastní fotodokumentace (foto č. 11)

Pracovní rehabilitace v provozu Prácheňských cukráren



Zdroj: vlastní fotodokumentace (foto č. 12)

Hudebně pohybová reedukace s prvky muzikoterapie



Zdroj: vlastní fotodokumentace (foto č. 13)

Běžkařsko-turistický pobyt na Kvildě



Zdroj: vlastní fotodokumentace (foto č. 14)