

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

PRACOVNÍ TERAPIE V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ PÉČE PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Vedoucí práce: Mgr. Radka Prázdňá

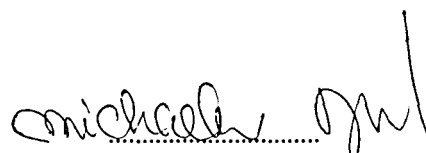
Autor práce: Michaela Rybová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce, prezenční studium

Ročník: III.

2006

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.


.....
Michaela Rybová

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Radce Prázdne za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Také děkuji vedení, personálu a klientům Ústavu sociální péče ve Střelicích za poskytnutí informací a obecně příjemnou spolupráci.

OBSAH

ÚVOD.....	6
-----------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1	MENTÁLNÍ RETARDACE.....	7
1.1	Vymezení pojmu mentální retardace	7
1.2	Rozdělení podle doby vzniku	8
1.2.1	Mentální retardace.....	8
1.2.2	Demence.....	9
1.2.3	Pseudooligofrenie	10
1.3	Etiologie (příčiny) mentální retardace	10
1.4	Klasifikace mentální retardace.....	12
1.4.1	Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace.....	12
2	ÚSTAVY SOCIÁLNÍ PÉČE.....	16
2.1	Historie ústavní péče.....	16
2.2	Charakteristika ústavní péče.....	17
2.3	Klasifikace ústavů sociální péče pro mentálně retardované.....	19
2.4	Současné změny v systému sociálních služeb	21
3	PRACOVNÍ TERAPIE.....	24
3.1	Charakteristika.....	24
3.2	Cíle pracovní terapie.....	24
3.3	Specifika osobnosti člověka s mentální retardací důležitá pro pracovní terapii ...	25

PRAKTICKÁ ČÁST

4.	CÍL PRÁCE.....	28
5.	METODIKA.....	28
6.	ERGOTERAPEUTICKÉ DÍLNY V ÚSTAVU SOCIÁLNÍ PÉČE VE STŘELICÍCH.....	28
6.1	Historie Ústavu sociální péče pro mentálně postiženou mládež ve Střelicích.....	28
6.2	Charakteristika ústavu.....	30
6.3	Struktura ústavu sociální péče.....	31
6.4	Výchovná a vzdělávací činnost.....	31
6.4.1	Vzdělávací činnost.....	31
6.4.2	Výchovná činnost.....	32
6.4.2.1	Ergoterapeutické dílny.....	32
6.4.2.2	Pracovní terapie mimo ergoterapeutické dílny.....	34
6.4.3	Srovnání teorie a praxe práce v ergoterapeutických dílnách.....	34

6.4.4	Přínos ergoterapeutických dílen.....	37
	ZÁVĚR.....	39
	SEZNAM LITERATURY.....	40

ÚVOD

V průběhu svého studia na vysoké škole jsem absolvovala praxi v ergoterapeutických dílnách Ústavu sociální péče ve Střelicích a už na této praxi jsem se začala zabývat otázkou, jakou roli hraje práce v životě člověka s mentálním postižením. Tato otázka mě vedla k rozhodnutí zaměřit svou bakalářskou práci na toto téma.

Historická literatura nás informuje o tom, že pracovní činnosti byly považovány za jednu z nejdůležitějších součástí života mentálně postižených lidí už od počátků institucionalizované péče v naší zemi. Tento názor však nebyl všeobecně známý a ani sdílený ostatní společností. Proto musely osoby, které se věnovaly péči o mentálně postižené, toto stanovisko v průběhu historie opakovaně prezentovat a obhajovat. Také realizace těchto myšlenek nebyla vždy zcela jednoduchá a nikdy nenabyla takových rozměrů, aby umožnila pracovní realizaci všem mentálně postiženým, kteří jí byli schopni.

Po roce 1989 se natolik změnila podmínky, že bylo možno provést v realizaci pracovní terapie výrazné změny. Pracovní dílny se rozšířily, je snaha zapojit do pracovních činností všechny klienty kteří jsou toho schopni, také je požadováno, aby terapeutičtí pracovníci byli profesně vzděláni a soustavně školení.

Tato bakalářská práce má poskytnout pohled do problematiky lidí s mentální retardací, nastínit péči v ústavech sociální péče pro lidi s mentální retardací a představit teoretická východiska pracovní terapie i její realizaci v praxi ve zmíněném zařízení.

Při zpracovávání tohoto tématu jsem použila informace z dostupných monografií a dále z vnitřních materiálů, které jsem měla k dispozici v Ústavu sociální péče ve Střelicích. V tomto ústavu jsem také v průběhu praxe načerpala potřebné informace ke zpracování praktické části.

TEORETICKÁ ČÁST

1. MENTÁLNÍ RETARDACE

1.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Terminologii související s mentální retardací není zcela jednoduché pochopit a vymezit, neboť dochází k určitým nesrovnalostem a nejednotnostem. Domácí i zahraniční literatura uvádí poměrně širokou škálu termínů pro označení mentální retardace.

„Vymezení pojmu mentální retardace má svůj velký význam jak teoretický, který spočívá v přesné klasifikaci podstatných znaků stavu, tak praktický, neboť terminologická přesnost přispívá k rozhodování při stanovení odpovídajícího způsobu odborně speciálněpedagogické péče.“¹

Toto postižení bylo v minulosti označováno různými pojmenováními a termíny. Setkáváme se s názvy jako neplnomyslní, slabomyslní, duševně úchylní, mentálně zaostalí, nevychovatelní, nevzdělavatelni. V pozdější době se od těchto termínů upustilo, protože byly hodnoceny příliš jako stigmatizující a diagnosticky málo specifikované. Jednalo se například o rozdělení stupňů mentální retardace - označení idiot pro lidi s hlubokou mentální retardací, termín imbecil pro lidi se středně těžkou mentální retardací.²

Mezinárodní organizace pro pomoc osobám s mentálním postižením nedoporučuje užívat označení těchto jedinců jako „mentálně postižený/mentálně retardovaný člověk“. Toto označení považuje za neetické a propaguje užívání termínu **lidé s mentálním postižením** (s mentální retardací). Jedná se o vyjádření skutečnosti, že retardace není integrální součástí člověka, ale pouze jedním z mnoha jeho osobnostních rysů.³

Průlomové období ve vývoji zmiňovaného pojmu nastalo v roce 1959, kdy v Miláně proběhla konference Světové zdravotnické organizace (WHO), na které došlo k sjednocení pojmového a terminologického vymezení pro jedince s poruchami intelektu. Zastřešujícím označením pro toto postižení byl ustanoven termín mentální retardace.

¹ RENOTIEROVÁ, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, s. 161.

² Srov. ZVOLSKÝ, P. et al. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 1997, s.154.

³ Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vydání. Praha : Portál, 2000, s. 25

Defektologický slovník vysvětluje termín mentální retardace jako: „pojem, který charakterizuje skupinu jedinců s nerovnoměrným (zpomaleným) duševním vývojem. Je používán především v americké literatuře. U nás bývá ztotožňován s termíny oligofrenie, mentální postižení, mentální deficiencie, subnorma. To však není ve všech případech přesné.“⁴

Přesnější vymezení pojmu mentální retardace podává ve své definici Dolejší: „Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji především v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení.“⁵

1.2 Rozdělení podle doby vzniku

Podle vývojového období, ve kterém k mentálnímu postižení došlo, rozlišujeme dva pojmy **mentální retardaci** (dříve nazývanou jako oligofrenie nebo slabomyslnost), která se zpravidla pojímá jako opoždění duševního vývoje v důsledku dědičnosti a vrozenosti, a **demenci**, jež se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu v průběhu života jedince. Za mentálně postižené se nepovažují osoby, u nichž došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku, např.: děti výchovně zanedbané nebo děti se smyslovým postižením. Někteří autoři tyto stavy, napodobující duševní opoždění, nazývají jako Pseudooligofrenie.⁶

1.2.1 Mentální retardace (oligofrenie)

Mentální retardace může být buď vrozená, nebo získaná do druhého roku života. Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku. Matoušek ji definoval jako: „trvalé a vrozené postižení osobnosti projevující se nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace, nízkou schopností odhadovat vlastní možnosti, vysokou sugestibilitou, omezenou schopností rozumět řeči a řeč používat, tendenci ke stereotypnímu chování, konkrétním myšlením bez schopnosti zobecňovat a dalšími

⁴ SOVÁK, M. et al. *Defektologický slovník*. Jinočany : Nakladatelství H&H Vyšehradská, 2000, s.302.

⁵ PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vydání. Brno : Paido, 1998, s.171.

⁶ Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vydání. Praha : Portál, 2000, s. 24

příznaky.“⁷ Rozeznáváme mentální retardaci primární, která vzniká v důsledku dědičných činitelů, a sekundární, která souvisí s poškozením mozkové tkáně.⁸

Projevy chování podle Pipekové:⁹

- **eretický** - projevuje se neklidem, agresivitou a instabilním chováním
- **torpidní** - projevuje se netečností, nezájmem a strnulostí
- **nevyhraněný**

1.2.2 Demence

Demence bývá někdy označována jako **získaná mentální retardace**.

Jedná se o proces zastavení a rozpadu normálního mentálního vývoje po druhém roce života. Příčinou bývá nejčastěji pozdější porucha (např. poruchy metabolismu nebo duševní poruchy), nemoc (např. zánět mozku, zánět mozkových blan, nádory na mozku) nebo úraz mozku. Demence má progredující charakter s tendencí postupného zhoršování a prohlubování symptomů. Nepostihuje všechny složky osobnosti najednou, ale postupně, některé mechanismy mentálních funkcí jsou poškozeny, jiné zachovány. Nejčastějším projevem demence je porucha paměti, orientace, úsudku, schopnosti abstraktního myšlení, pozornosti, motivace, emotivity, chování a komunikace, dochází k celkové degradaci osobnosti.

Podle Pipekové rozlišujeme dva základní druhy demencí podle doby výskytu:¹⁰

- dětskou (deteriorace)
- stařeckou

Dále se demence dělí na :

- atrofickou – degenerativní
- ischemicko-vaskulární
- symptomickou

⁷ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vydání. Praha : Portál, 2003, s. 106.

⁸ Srov. SOVÁK, M. et al. *Defektologický slovník*. Jinočany : Nakladatelství H&H Vyšehradská, 2000, s. 220.

⁹ Srov. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.rozšířené a přepracované vydání. Brno : Paido, 2006, s. 272.

¹⁰ Srov. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.rozšířené a přepracované vydání. Brno : Paido, 2006, s. 270.

1.2.3 Pseudooligofrenie

Pseudooligofrenie (dříve sociální debilita) ve skutečnosti není mentální retardace. Někteří autoři ji označují termínem **zdánlivá mentální retardace**. Pseudooligofrenie je způsobena vlivem vnějšího prostředí v důsledku zanedbané výchovy, psychické deprivace nebo sociokulturně znevýhodněného prostředí. Na základě těchto skutečností dochází ke snížení inteligenčního kvocientu přibližně o 10 až 20 bodů. Pro tento podprůměr se v současné době používá pojem hraniční pásmo mentální retardace nebo mentální subnorma. Nejčastějšími projevy jsou opožděný vývoj řeči, schopnosti sociální adaptace a myšlení, dále infantilismus, hravost, může se objevit i negativismus a apatie. Osvojování učiva má delší trvání a je méně efektivní. Jelikož motorika není porušena, preferuje se u těchto dětí mechanická práce.

1.3 Etiologie (příčiny) mentální retardace

„Mentální opoždění může být způsobeno jak příčinami endogenními (vnitřními), tak příčinami exogenními (vnějšími).“¹¹

Příčiny mentální retardace v různých vývojových obdobích:

- v prenatálním (před narozením dítěte): vlivy hereditární (dítě dědí nemoc či nedostatek vloh) a genetické (mutace či aberace genů, chromozomů a genomu), příčiny enviromentální (intoxikace matky a plodu), nedostatek plodové vody, špatná výživa matky, úraz matky atd.
- v perinatálním (v období porodu a bezprostředně po něm): hypoxie plodu (nedostatek kyslíku), protahovaný porod¹²
- v postnatálním (po porodu do dvou let věku dítěte): infekční onemocnění mozku, traumata, nádory mozku, záněty mozku, špatná výživa, silná deprivace¹³

¹¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vydání. Praha : Portál, 2000, s. 51.

¹² Srov. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.rozšířené a přepracované vydání. Brno : Paido, 2006, str. 271.

Etiologie podle Zvolského:¹⁴

Dědičnost

Mentální retardace nemívá jednotnou příčinu, většinou vzniká součinností vrozených a enviromentálních faktorů. Intelektové schopnosti dítěte jsou orientačně výslednicí průměru intelektového nadání rodičů.

Sociální faktory

Mohou mít vliv na inteligenční kvocient v rozmezí 10 – 20 bodů. Nízké výsledky testů inteligence souvisí s výchovou v nižších sociálních vrstvách, nestabilními rodinnými vztahy, špatnými bytovými podmínkami nebo chudobou. Sociokulturní deprivace v rodinách, dětských domovech a jiných institucích způsobuje snížení intelektových schopností. Příčinou lehké mentální retardace většinou bývá kombinace dědičnosti a nepodnětné výchovy.

Další enviromentální faktory

Zahrnují nitroděložní infekce – např. zarděnky, toxoplazmózu.

K závažnému poškození duševního vývoje mnohdy vedou meningitidy a encefalitidy a jiné infekce v novorozeneckém období. Mezi příčiny lehké a těžší mentální retardace lze zahrnout otravu olovem, ozáření dělohy, alkoholismus matky (fetální alkoholový syndrom), porodní traumata.

Specifické genetické příčiny

- dominantně podmíněné – vyskytují se velmi ojediněle (fakomatóza, neurofibromatózy)
- recesivně podmíněné – sem se řadí převážná část dědičných metabolických onemocnění (fenyktonurie, galaktosemie)
- podmíněné poruchou sex chromozomů – dochází k nadbytečnému X chromozomu (trisomie) (Klinefelterův, Turnerův, Lesch-Nyhanův syndrom)
- podmíněné chromozomálními abnormalitami – příčinou je v 95 % trisomie chromozomu 21 (jeden z nejznámějších je Downův syndrom)

¹³ Srov. VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha : Parta, 2003, s. 54.

¹⁴ Srov. ZVOLSKÝ, P. et al. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 1997, s. 157-158.

Nespecificky podmíněné poruchy

Příčina mentální retardace je v 15 – 30 % neobjasněna. Chromozomální ani metabolická vada nebyla vysvětlena, nebylo zjištěno porodní trauma, ani jiné poškození plodu či novorozence.

1.4 Klasifikace mentální retardace

Klasifikace jednotlivých stupňů handicapu podle Světové zdravotnické organizace (WHO):

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

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace¹⁵

Výše zmíněné rozdělení se zaměřuje na fungování člověka v rámci kvality života a sociálního bytí.

1.4.1 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

F 70 Lehká mentální retardace IQ 69-50

V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že rozvoj sociálních dovedností lehce mentálně retardovaného je od dětství lehce zpomalen, nápadnější problémy nastávají mezi třetím až šestým rokem, kde dochází k opoždění používání řeči a porozuměnímluvenému slovu.

Nejvýraznější problémy se projevují zejména v prvních letech školní docházky (konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť atd.) a často je třeba speciální výukové zařazení nebo pomoc. Tito lidé se mohou vzdělávat podle odpovídajícího vzdělávacího programu v základní škole praktické, nebo mají možnost

¹⁵ PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vydání. Brno : Paido, 1998, s. 173.

integrace do běžné základní školy (při splnění stanovených podmínek integrace).¹⁶ Pokračovat ve studiu mohou v jednoduchých učebních oborech nebo se mohou zaškolit v jednoduchých manuálních činnostech.

Výchovné působení a rodinné prostředí mají u těchto jedinců velký význam pro socializaci. Většina jedinců dosáhne nezávislosti v osobní péči, je schopna vykonávat domácí práce, později i jednoduchá zaměstnání založená na manuální zručnosti a v sociálně nenáročném prostředí se pohybovat bez omezení a problémů.¹⁷

Organický původ mentální retardace se vyskytuje u menšiny jedinců, u většiny se uvažuje i o spodní variantě rozvrstvení intelektových schopností v populaci. Celkový výskyt lehké mentální retardace v počtu jedinců s mentální retardací je 80%, v populaci 2,6%.

F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49-35

Rozvoj myšlenkových schopností i řeči u jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn, následně i v dospělém věku dochází k výraznému omezení.

Vzdělávací proces se limituje na základ školského trivia, žáci si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Podobně je také opožděna a omezena schopnost sebeobsluhy a někteří jedinci potřebují pomoc a dohled po celý život (např. chráněné bydlení, chráněné zaměstnání). Hlavní důraz je kladen na zdokonalování sebeobsluhy a jednoduchých praktických činností. Úroveň rozvoje řeči je variabilní, jelikož někteří jedinci jsou schopni jednoduché konverzace, oproti tomu druzí dokážou stěží říci o svých základních potřebách. Retardace psychického vývoje je často v kombinaci s epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími poruchami.¹⁸

Etiologie je již většinou organická. Celkový výskyt středně těžké mentální retardace v počtu jedinců s mentální retardací je 12%, v populaci 0,4%.

¹⁶ Srov. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.rozšířené a přepracované vydání. Brno : Paido, 2006, str. 272.

¹⁷ Srov. ZVOLSKÝ, P. et al. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 1997, str.156.

¹⁸ Srov. VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha : Parta, 2003, s. 45.

F 72 Těžká mentální retardace IQ 34-20

Výrazné opožďení psychomotorického vývoje je patrné již v předškolním věku. Možnost sebeobsluhy je výrazně a trvale limitována (např. udržování čistoty). Přijímají speciálně upravenou potravu nebo jsou krmeni. Řeč bývá omezena na jednotlivá slova nebo skřeky. Omezené jsou i možnosti výchovy a vzdělávání, ale zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně napomoci k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.¹⁹

Etiologie je často organická, bývá v kombinaci s motorickými poruchami a s příznaky celkového poškození centrálního nervového systému. Velmi často se k tomuto postižení přidružují poruchy chování ve formě stereotypních pohybů, her s fekáliemi, sebepoškozování, afektů a agrese.²⁰ Celkový výskyt těžké mentální retardace v počtu jedinců s mentální retardací je 7%, v populaci 0,3%.

F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a níže

Zvolský uvádí ve své charakteristice hluboké mentální retardace, že: „téměř všichni takto postižení jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, vyžadují péči v nezákladnějších životních úkonech, často jsou těžce motoricky omezeni, mívají postižení sluchu, zraku, těžké neurologické poruchy.“²¹

Komunikační schopnosti jsou maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům, odpovědi bývají nonverbální, řeč není vytvořena. U většiny případů můžeme určit organickou etiologii, která bývá v kombinaci s nejtěžšími formami pervazivních poruch, zvláště s atypickým autismem. Celkový výskyt hluboké mentální retardace v počtu jedinců s mentální retardací je 1%, v populaci 0,2%.

¹⁹ Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vydání. Praha : Portál, 2000, s. 29.

²⁰ Srov. VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha : Parta, 2003, s. 45.

²¹ ZVOLSKÝ, P. et al. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 1997, s. 157.

F 78 Jiná mentální retardace

Užití této kategorie nastává v okamžiku, kdy u jedince nelze stanovit stupeň intelektu pomocí obvyklých metod v důsledku přidružených senzorických nebo somatických poškození (např. u nevidomých, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či těžce tělesně postižených).²²

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se užívá v případech prokázání mentální retardace, ale je nedostatek informací pro zařazení jedince do jedné z dříve uvedených kategorií.²³

²² Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vydání. Praha : Portál, 2000, s. 29.

2. ÚSTAVY SOCIÁLNÍ PÉČE

2.1 Historie ústavní péče

Vývoj ústavní péče a jejího prostředí se v jednotlivých etapách vývoje společnosti několikrát změnil v návaznosti na ekonomické, politické a kulturní dění.²⁴ V průběhu historického vývoje byly lidé s mentálním postižením zahrnováni mezi duševně nemocné. V prvobytně pospolné společnosti byly duševní choroby vykládány z pohledu magie a jejich léčba spočívala v exorcizmu (vyhánění zlého ducha). Počátky institucionální péče jsou spojovány s obdobím prvních civilizací, kdy chrám plnil funkci léčebnou i trestní. Léčebné ústavy, tzv. asklepiony, byly zakládány Řecku, v nichž péči zajišťovali lékaři a kněží. Ve starověku převládala péče rodinná, nebo v opačném případě mohlo dojít až k vyobcování ze společnosti, což vedlo k jisté smrti postiženého.

V období středověku, ovlivněném křesťanstvím, vznikaly hospitaly, což byla nemocniční zařízení při kláštorech. Duševní choroby byly vysvětlovány jako trest boží. Zlomové období ve výkladu duševních chorob nastalo s příchodem renesance, kdy se objevují snahy objasňovat duševní choroby vědecky. Přesto však stále dochází k vyčleňování těchto lidí ze společnosti (např. loď bláznů, které měly izolovat a segregovat duševně postižené ze společnosti).

Období osvícenství přineslo vznik internačních budov a velkých špitálů, které jsou institucemi polosoudními a jejichž funkce není lékařská, ale vězeňská. Radikální změnu v pohledu na péči o mentálně postižené přinesl Philipp Pinel, který se snažil o humanizaci péče ve velkých špitálech.²⁵ Otevřel cestu k morální léčbě (hodnota řádu, organizovanost, kázeň) a nový pohled na nemocného člověka.²⁶

Na počátku 19. století se ústavní zařízení začínají specializovat na nemocnice, léčebny, trestnice, polepšovny a starobince. Pomocí lékařů, vědců a pedagogů dochází ke změně pohledu na handicapované jedince a vznikají první ústavy, které se zaměřují speciálně na péči o lidi s mentálním postižením. Vedle ošetrovatelské péče se začíná zavádět i výchovná a vzdělávací činnost.

²³ Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vydání. Praha : Portál, 2000, s.30.

²⁴ Srov. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vydání. Brno : Paido, 1998, s. 170.

²⁵ Srov. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vydání. Brno : Paido, 1998, s. 171.

²⁶ Srov. MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. Brno : Masarykova univerzita, 1999, s.15.

První ústav u nás zaměřený na péči o lidi s mentálním postižením založil roku 1871 Mudr. Karel Slavoj Amerling v Praze s názvem Ernestinum. Rozděлил ústav na tři oddělení. První oddělení bylo diagnostické, z toho dále klienti odcházeli buď do druhého oddělení, které mělo výchovný a vyučovací charakter, nebo do třetího, které bylo azylového typu. Posláním Ernestina byla ochrana mentálně retardovaných a jejich začlenění do společnosti, aby byli po odchodu z ústavu sami schopni výdělků. Dalším ředitelem Ernestina se stal profesor psychopatologie a ústavní lékař Mudr. Karel Herfort, který v ústavu zřídil dvě pomocné třídy a řemeslné dílny. K zakládání dalších ústavů a zlepšení kvality života mentálně retardovaných přispěly tzv. Čádovy sjezdy.²⁷

Postupně dochází k budování celé řady ústavů sociální péče, které jsou ve většině případů situovány do opuštěných zámeckých objektů mimo veřejnost. Klienti mohli být umístěni buď na zdravotní oddělení, kde byla péče především ošetrovatelská a rehabilitační, nebo na výchovné oddělení zaměřené na pracovní činnosti. O klienty pečovali zdravotní nebo řádové sestry, lékaři a instruktoři pracovní činnosti. Do ústavů byly umísťovány osoby s různým stupněm mentální retardace a jen ojediněle se o mentálně retardovaného starala rodina. Ústavy byly přeplněné, stávaly se z nich velkokapacitní zařízení, která omezovala klientovo soukromí a potlačovala osobnost jedince. Klienti byli hromadně zbavováni způsobilosti k právním úkonům a osvobozováni od povinné školní docházky. Často neměli žádnou možnost kontaktu s okolní společností, což vedlo k tomu, že se ze společnosti úplně vyčlenili.

Rok 1989 přinesl velké změny ve společnosti a také v ústavní péči. V péči o klienty se klade větší důraz na individuální přístup, do popředí se dostávají klientovy potřeby i zájmy, pomáhá se jim dosáhnout nejvyšší možné samostatnosti.

2.2 Charakteristika ústavní péče

Ústavní péče je jedna z nejzákladnějších forem sociálních služeb. Do ústavu sociální péče nastupuje mentálně postižený člověk tehdy, když rozsah a náročnost potřebné péče překročí možnosti rodiny. V některých případech ústav sociální péče rodině s péčí o mentálně postiženého člena rodiny pouze pomáhá, v jiných případech přebírá úlohu rodiny úplně.

²⁷ PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.rozšířené a přepracované vydání. Brno : Paido, 2006, s. 300.

Fungování těchto zařízení dosud upravuje vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 sb. ve znění pozdějších předpisů. Od 1.1. 2007 nabude účinnosti nový zákon o sociálních službách, který ústavní péči nově komplexně řeší.

Podle dosud platné vyhlášky se ústavy dělí podle zřizovatele na státní (zřizovatelem je ministerstvo, kraj nebo obec) a na nestátní (zřizovatelem jsou občanská sdružení nebo charity).

Konkrétní poslání a činnost ústavu sociální péče je z hlediska zákona definováno poměrně obecně a záleží na zřizovateli a samotném zařízení, jak se svým postavením naloží.²⁸

Do ústavu sociální péče jsou přijímáni ti klienti, jejichž zdravotní stav má takový charakter, že způsobuje omezení či ztrátu vzdělatelnosti, popř. vychovatelnosti a potřebují pomoc nebo dohled jiné osoby při některých hlavních nebo nezbytných životních úkonech. Občané jsou do ústavu přijímáni na základě žádosti (své vlastní, zákonného zástupce, obce, charitativní organizace atd.) nebo na základě požadavku orgánu sociálně právní ochrany dětí (soud nařídí ústavní péči).²⁹

„Podle zákona č. 100/1998 Sb. o sociálním zabezpečení se v ústavech sociální péče pro mentálně postižené zajišťuje zejména bydlení, zaopatření, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče a v případě potřeby osobní vybavení. S přihlédnutím ke stupni postižení se umožňuje také přiměřené pracovní uplatnění.“³⁰ „V ústavu sociální péče pro děti a mládež se má poskytovat též výchova a vzdělávání.“³¹

Výchova klientů ve věku do 16 let se vykonává zpravidla ve výchovných skupinách sestavených podle mentální úrovně s přihlédnutím k fyzické vyspělosti. V jedné skupině by mělo být maximálně 12 osob. Počet klientů ve skupině starších 16 let se pohybuje kolem 15 osob. Vyhláška č. 182/1991 Sb. dále stanovuje počty klientů zařazených do skupin na sport, kulturu, rekreaci a podobně.³² Valenta a Müller uvádí, že výchova v těchto zařízeních se zaměřuje na nejpotřebnější fyzické a psychické schopnosti (např. rozvoj pohybu, poznání a řeči), získávání elementárních hygienických, sebeobslužných a společenských návyků, budování pracovních dovedností a mnohé další. Výchova je zaměřena na rozvoj

²⁸ Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vydání. Praha : Portál, 2000, s. 138.

²⁹ Srov. §76 vyhláška č. 182/1991 Sb.

³⁰ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vydání. Praha : Portál, 2000, s. 138.

³¹ RENOTIEROVÁ, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. s. 170-171.

jednotlivých oblastí, důraz je kladen zejména na výchovu smyslovou, estetickou, řečovou, rozumovou, tělesnou a pracovní. Jak dále Valenta a Müller uvádí, plán výchovy a vzdělávání je připravován a realizován každému klientovi zvlášť, aby vyhovoval jeho specifickým potřebám. Vzdělávání probíhá většinou v různých speciálních zařízeních školského typu mimo ústav nebo i v rámci ústavu sociální péče. Dále může probíhat formou pracovní, a to zejména pomocnou prací v objektu ústavu, pěstitelskými pracemi, dílenskými pracemi, jako je třeba keramika nebo pletení košů. Další formy vzdělávání mohou probíhat pomocí sportu, kultury, umění nebo přes zájmové činnosti klientů.³³

2.3 Klasifikace ústavů sociální péče pro mentálně retardované

Dělení z hlediska délky pobytu:

- ústavy sociální péče s denním pobytem
- ústavy sociální péče s týdenním pobytem
- ústavy sociální péče s celoročním pobytem

Ústavy sociální péče s denním pobytem (tzv. stacionáře) zajišťují komplexní denní péči klientům zahrnující rehabilitační, zájmovou a kulturní složku. V některých případech dětem a mládeži s mentální retardací nahrazují výchovně-vzdělávací činnost speciálních škol a mateřských škol. V péči o dospělé nahrazují činnost chráněných pracovišť, kam by měli lidé s postižením docházet.³⁴

Ústavy sociální péče s týdenním pobytem zajišťují péči od pondělí do pátku a víkendy klienti tráví ve své rodině. Ústavní program zahrnuje rehabilitační a zdravotní péči, výchovně-vzdělávací činnost, zájmovou a kulturní oblast. Spolu s denními pobyty plní tak funkci respitní (odlehčovací) a tím umožňuje spokojenější život na obou stranách, jak u klienta, který má rodinu i přátele, tak i u rodiny, která tráví o víkendu čas se svým postiženým dítětem a v pracovních dnech může vykonávat své zaměstnání a věnovat se svým nepostiženým dětem.³⁵

³² Srov. KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Brno : Anag, 2005, s. 213.

³³ Srov. VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha : Parta, 2003, s. 263.

³⁴ Srov. VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha : Parta, 2003, s. 260.

³⁵ Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vydání. Praha : Portál, 2000, s. 137.

Ústavy sociální péče s celoročním pobytem zajišťují komplexní péči klientům po celý rok. K využití této možnosti ústavní péče dochází často z důvodu selhání nebo absence rodiny, kdy se ústav snaží o kompenzaci rodinné péče.

Klasifikace ústavní sociální péče pro mentálně postižené dle Vyhlášky č. 182 / 1991 Sb., § 61:

- ústavy pro mentálně postiženou mládež (§ 65 vyhlášky č. 182/1991 Sb.),
- ústavy pro mentálně postižené dospělé občany (§71 vyhlášky č. 182/1991 Sb.).³⁶

Ústavy pro mládež s mentálním postižením jsou určeny pro děti a mládež od 3 let do 26 let. Horní věková hranice 26 let je stanovena pouze orientačně, v těchto typech ústavů mohou být zřizována i oddělení pro věkově starší klienty. Většinou však těchto zařízeních žijí jak mladí lidé, tak i ti, kteří přesáhli hranici 26 let, ale ve svém domovském ústavu zůstali. Do ústavu pro mládež s mentálním postižením se přijímají i klienti, kteří mají rovněž postižení tělesné nebo smyslové. V těchto ústavech se také vykonává ústavní nebo ochranná výchova mládeže s mentálním postižením. Nepřijímají se však děti a mládež, jejichž opožděný rozumový vývoj je následkem výchovné zanedbanosti nebo kteří svým chováním mohou ohrožovat okolí.

Před přijetím do ústavu klient absolvuje pobyt v diagnostickém oddělení ústavu za účelem posouzení možností jeho individuálního vývoje. V tomto oddělení se zabezpečuje speciálně pedagogická, psychologická, lékařská a sociální diagnostika. Celkový pobyt na tomto oddělení trvá zpravidla 3 měsíce.

Ústavy pro dospělé občany s mentálním postižením jsou určeny pro klienty s těžším stupněm mentálního postižení a pro klienty, kteří mají kromě mentálního postižení i tělesnou nebo smyslovou vadu, a to ve věku od 26 let. Občané s lehčím stupněm mentálního postižení mohou být přijati do těchto ústavů jen tehdy, jestliže potřebují nutně ústavní péči.

Klasifikace z hlediska pohlaví:

- ústavy sociální péče pro dívky a ženy
- ústavy sociální péče pro chlapce a muže
- ústavy sociální péče smíšené (koedukované)³⁷

³⁶ Srov. KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Brno : Anag, 2005, s. 38.

V současné době většina ústavů sociální péče přechází na koedukovaná zařízení, aby vytvářela přirozené skupiny přibližující se běžné populaci.

Dělení z hlediska kapacity (velikosti):

- malé (rodinné)
- velké

V současnosti se propagují zařízení malá, přibližující se rodinnému životu, která tvoří kvalitnější podmínky pro poskytování komplexní péče a klade důraz na udržování vztahů mezi klienty navzájem a mezi klienty a personálem. Velké ústavy sociální péče se rovněž mění a to v organizaci práce a v poskytování komplexnosti péče o klienty. Hledají se cesty praktického uplatnění a zapojení klientů do běžného života, důraz se klade na celoživotní vzdělávání a změny se týkají též celkové struktury a vedení ústavu.

2.4 Současné změny v systému sociálních služeb

V rámci sociálních služeb dochází za poslední dobu k mnoha změnám a to jak v oblasti politiky, tak i oblasti individuální práce s handicapovanými.

Soudobé chápání pozice osob se zdravotním postižením v Evropě vychází ze zcela odlišného principu. Vychází z občanského práva na nediskriminaci, na stejné zacházení, rehabilitaci, bezbariérovost, zaměstnání, na ochranu před sociálním vyloučením, na sociální službu apod.³⁷

Vstupem naší země do Evropské unie nastaly změny v systému sociálních služeb. Tyto změny jsou ovlivněny strategií Evropské unie, která se snaží podporovat vyloučené skupiny obyvatel tak, aby se předcházelo sociálnímu vyloučení.

V současné době jsou stávající právní normy, které upravují sociální oblast již zastaralé a nevyhovující. Chybí v nich ucelený systém sociálních služeb, který by pružně reagoval

³⁷ PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.rozšířené a přepracované vydání. Brno : Paido, 2006, s. 304.

³⁸ Srov. KREBS, V. Hledání nového přístupu k problematice zdravotně postižených. *Sociální politika*, 2002, roč. 28, č. 2, s. 4

na veškeré změny ve společnosti. Na základě těchto skutečností Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR vytvořilo nový zákon o sociálních službách, který nabude účinnosti 1.1. 2007. Jeho vytvoření podnítily změny ve společnosti, jako jsou např. politické změny po roce 1989, změna související s reformou územní správy, povinnost státu vytvořit ucelený systém služeb, zajistit kvalitu a dostupnost služeb, vznik nestátních a neziskových organizací.³⁹

Nový zákon zejména staví na první místo kvalitu služeb a péče o klienta – uživatele, pomáhá zmírňovat a odstraňovat znevýhodnění. Dostupnost služeb by měla být k dispozici všem uživatelům a měla by směřovat k jejich potřebám. Vyzdvihuje se integrace (začlenění handicapovaných jedinců do společnosti), podpora nezávislosti (možnost volby, svobodné rozhodování), ochrana znevýhodněných osob (uplatňování práv, potřeb a zájmů).

Ústav sociální péče v roli poskytovatele bude zapsán do registru poskytovatelů služeb pouze na základě získaného osvědčení.

Změní se systém poskytování služeb v ústavu (uzavírání smluv a dohod, sestavování plánů služeb a jejich financování). S kvalitou služeb je úzce spojena kvalita odborného personálu, kterou podporuje nový zákon tím, že stanovuje podmínky pro výkon práce v sociálních službách.

O kvalitě v sociálních službách pojednávají Standardy sociálních služeb, které shrnují to, co se očekává od dobré sociální služby. Považují se za všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba, jsou politikou sociálního začlenění a vyplývají z platných právních norem.

Standardy jsou rozděleny do třech základních částí:

- **Procedurální standardy** jsou považovány za nejdůležitější. Definují, jak má poskytování služby vypadat, a to např. na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o služby nebo jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého jedince. Procedurální standardy se dále věnují ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod.

³⁹ Srov. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.rozšířené a přepracované vydání. Brno : Paido, 2006, s. 304.

- **Personální standardy** se věnují personálnímu zajištění služeb, jelikož kvalita služby je přímo závislá na personálu a vyplývá z jeho dovedností, vzdělání, vedení a podpory a dále závisí na podmínkách, které pro práci mají.
- **Provozní standardy** stanovují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Zaměřují se na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality.⁴⁰

Standardy, vycházející z potřeb moderní společnosti, jednotlivce (uživatele) a organizace (poskytovatele), se zaměřují na kvalitu péče o klienta. Tato kvalita v sociálních službách je těžko měřitelná a definovatelná. Organizace a každý, kdo je poskytovatelem sociální služby, si musí stanovit její účel a cíl. Celý personál by se měl podílet na poskytování kvalitních služeb, a to vyjadřováním vlastních názorů a návrhů, hodnocením momentální situace atd. Toto zapojení by mělo posilovat jejich vlastní zájem na kvalitě práce. Velkou úlohu dále hraje personál při změně přístupu společnosti ke klientům ústavních zařízení, který bývá ve většině případů negativní. Personál musí být mezi prvními, kteří dokážou veřejnosti svým pozitivním přístupem představit své klienty a pomoci jim se začlenit do společnosti zdravých lidí. Poskytovatel má vnímat uživatele jako zákazníky a přitom respektovat jejich práva, soukromí, svobodné rozhodování, osobní názor, volbu či individualitu, má pomáhat klientům, aby mohli být sami sebou. Rozhodnutí musí vycházet ze vzájemného porozumění, ale přitom se musí dodržovat Etické principy a Listina základních práv a svobod.

„Cílem sociálních služeb je umožnit lidem v nepříznivé sociální situaci využívat místní instituce, které poskytují služby veřejnosti i přirozené vztahové sítě, zůstat součástí přirozeného místního společenství, žít běžným způsobem. Poskytované služby zachovávají a rozvíjí důstojný život těch, kteří je využívají, jsou bezpečné a odborné.“⁴¹ Snahou je, aby zaměstnanci sociálních služeb standardy přijali a dokázali s nimi pracovat v každodenním životě.⁴²

⁴⁰ Srov. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha : MPSV ČR, 2002. s.6.

⁴¹ *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha : MPSV ČR, 2002, s.7.

⁴² Srov. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.rozšířené a přepracované vydání. Brno : Paido, 2006, s. 306.

3. PRACOVNÍ TERAPIE

3.1 Charakteristika

„Pojem pracovní terapie Matoušek definoval jako práci, která je součástí léčebného, výchovného nebo podpůrného programu. Jejím cílem může být smysluplné trávení času klientů, výkon činností nutných pro provoz zařízení, v němž klienti žijí, případně do něhož docházejí, a také nácvik pracovních dovedností. V ideálním případě by měla být plánována podle potřeb klienta, měla by podporovat jeho schopnost komunikovat, spolupracovat s jinými lidmi a měla by pozitivně ovlivňovat klientovo sebehodnocení.“⁴³

Pracovní terapie souvisí s ergoterapií (ergo – práce, terapie – léčba), kterou lze charakterizovat jako jakoukoliv vhodně zvolenou tělesnou nebo duševní činnost pro postiženého, která má léčebnou hodnotu, napomáhá návratu nebo náhradě ztracených funkcí, zabraňuje zhoršení a umožňuje zlepšení místního i celkového stavu klienta.⁴⁴

Pracovní terapie může být provozována formou dílenských prací nebo pomocnými pracemi v objektu ústavu. Podle vyhlášky č. 182/1991 Sb. §86 mohou klienti ústavu sociální péče vykonávat pracovní činnost při provozu ústavu, v jeho pomocném hospodářství nebo ústavní výrobě. Za práci vykonanou v rámci výchovně-pracovní činnosti klientům nepřísluší peněžitá odměna.⁴⁵

3.2 Cíle pracovní terapie

Práce je schopna plnit terapeutické, psychologické a socializační úkoly. Tato terapie má ve výchovně-vzdělávacím procesu u lidí s mentálním postižením výsostné postavení. V rámci jejího působení se ukazuje, že je cenným zdrojem poznání, vědomostí a dovedností, které mají trvalejší povahu, snadněji se fixují a jejich vybavování je usnadněno emoční vazbou, která je nejobecnější metodou nácviku dovedností a návyků. Smyslové vnímání rozvíjí a diferencuje, a také napomáhá schopnosti pojmenovávat objekty. Valenta a Krejčířová dále uvádí, že práce svou podstatou prorůstá všechny základní speciální pedagogické

⁴³ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vydání. Praha : Portál, 2003, S. 160.

⁴⁴ Srov. MÜLLER, O. et al. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 253.

metody – reedukuje (zkvalitňuje postižené funkce), kompenzuje (zaměřuje osobnost retardovaného na rozvoj převážně mimointelektových oblastí) a rehabilituje (sociální dimenzi pracovní činnosti).⁴⁶ Prostřednictvím praktických činností se zdokonalují kognitivní funkce, stimuluje řeč i myšlení, jemná i hrubá motorika a snižují nedostatky prostorové orientace. Může mít také relaxační vliv, aktivovat zájem lidí s mentální retardací o specifickou oblast lidské činnosti, tím ho profesionálně směřovat a budovat kladnou životní motivaci. Práce v neposlední řadě formuje postoje i charakter člověka. Konkrétní cíle a z nich vyplývající úkoly se liší podle hloubky postižení a podle věku.

Pracovní terapie má pozitivní vliv na celkový rozvoj osobnosti klientů, dochází u nich nejen k seberealizaci, sociálnímu růstu a motivaci, ale zlepšuje se také koordinace pohybů, jemná a hrubá motorika či smyslové vnímání. V programu pracovní terapie mohou klienti uplatnit svoji tvořivost.

Terapeuti působí na vytváření, prohlubování a upevňování základních pracovních návyků a dovedností klientů, rozvíjí jejich individuální manuální zručnosti. Pracovní činnosti zaměřují na práce s různými materiály, které klienti s dopomocí dobře zvládají. Pro tuto práci je důležité, aby zaměstnanci znali specifika práce s lidmi s mentální retardací. Zvláště při volbě metod a organizace pracovní činnosti i materiálních prostředků.

3.3 Specifika osobnosti člověka s mentální retardací důležitá pro pracovní terapii

Každý jedinec je individuální osobností, která je uvnitř skupiny odpovídající jeho postižení jedinečným představitelem svého typu se vztahy k prostředí odlišujícími se do každého druhého jedince.⁴⁷ I přesto můžeme pro osoby s mentálním postižením vymezit některé společné zvláštnosti, které závisí na hloubce mentální retardace, etiologii, věku a na geneticky i společensky podmíněných vlastnostech konkrétní osoby.

Vnímání lidí s mentální retardací

Člověk s mentální retardací se nedokáže samostatně orientovat v postupu práce, analyzovat podmínky pro pracovní činnost a nacházet vhodná řešení, jelikož jeho vnímání

⁴⁵ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Brno : Anag, 2005, str. 219 – 220.

⁴⁶ VALENTA, M.; KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie*. Olomouc : Netopejr, 1997, s. 48

je zpomalené, omezené a nedostatečně diferencované. Omezenost pozorovací schopnosti a myšlenkové činnosti znemožňuje zobecňovat dílčí zkušenosti a následně z ní vycházet při řešení konkrétních situací. Velké problémy jim činí, když mají při srovnání různých objektů a hledání shody a rozdílu, nedokáží samostatně odlišit podstatné a nepodstatné znaky pozorovaných objektů.

Paměť a logické zapamatování

S mentální retardací souvisí porucha ve vývoji paměti a zvláštnosti logického zapamatování. U těchto lidí převládá mechanická paměť. Při práci je ztíženo využití minulé zkušenosti pro racionalizaci práce, volbu vhodných postupů, náradí, materiálu i pro předcházení úrazům, proto je nutné mnohonásobné opakování postupů práce a základních informací, soustavná kontrola a maximální pozornost.

Citová a volní oblast lidí s mentální retardací

U lidí s mentální retardací city nebo častěji afekty převládají nad rozumovým řešením. Narušený vztah k potížím a těžkostem spojený s průběhem práce znesnadňuje jejich plnění zadaných úkolů. Problémy nepřekonávají zvýšeným úsilím, ale od rozdělané činnosti snadno odcházejí, přestávají pracovat, nebo si hledají jinou činnost. Může dojít až k poklesu pracovního výkonu nebo nechuti k práci. Tomuto problému se může dobrou organizací práce předejít. Postupem věku a vhodným speciálním působením se může zlepšit narušení volní stránky jedince.

Reakce lidí mentálně retardovaných na podněty a chování

Jednou ze zvláštností mentální retardace je trvalý neklid, těkavost, dráždivost, hyperaktivita, která se označují jako erotismus. Pro erotiky se nedoporučují práce s nástroji, mohli by ublížit jak sobě, tak také ostatním, proto se doporučuje stálá kontrola těchto jedinců při práci. V opačném případě u jedinců torpidních, kteří nejsou schopni se ničím zaujmout, je důležitá vhodná motivace a aktivace.

Zvláštnosti tělesného vývoje lidí s mentální retardací

Děti i mladiství s mentální retardací bývají opožděni v růstu, i ve hmotnosti těla, mívají menší objem hrudníku, slaběji vyvinuté svalstvo a zhoršenou motoriku rukou. Projevem tohoto nedostatku je rychlejší unavitelnost při práci. V této souvislosti je důležité zařazování

⁴⁷ Srov. ČERNÁ, M.; NOVOTNÝ, J.; STEJSKAL, B. et al. *Kapitoly z psychopedie*. Přeprac. vydání. Praha : UK – Karolinum, 1995, s. 13.

přestávek během práce, úprava pracovního prostředí a výběr vhodných činností podle individuálních zvláštností. V této souvislosti je práce spojována s tělesným cvičením, které nedostatky koriguje, zvyšuje pracovní schopnost a celkovou tělesnou obratnost.

Motorika lidí s mentální retardací

Poruchy pohybového rozvoje (např. motorická neobratnost, zaostávání v motorickém vývoji, nesprávné držení těla, tzv. pohybová chudost, pohybové stereotypy atd.) vyplívají ze stupně postižení, etiologických faktorů i sociálního vlivu. Zásadní význam pro vytváření pracovních dovedností je nejdůležitější rozvoj jemné motoriky rukou. Při opakovaném procvičování dochází ke zlepšení především v oblasti elementárních pohybů, u složitějších pohybů a pohybových návyků je proces zkvalitňování značně pomalý.

PRAKTICKÁ ČÁST

4. CÍL PRÁCE

Pro praktickou část jsem si stanovila dva cíle. Prvním cílem je charakterizovat, jak probíhá pracovní terapie v konkrétním zařízení. Druhým cílem této práce je srovnání teoretických doporučení pro pracovní terapii s konkrétní realizací této terapie v Ústavu sociální péče ve Střelicích.

5. METODIKA

Podklady pro praktickou část jsem získala z více zdrojů. Informace jsem čerpala z literatury, z tiskových materiálů ústavu a dále jsem zpracovala vlastní zkušenosti z praxe v tomto zařízení. Použila jsem metodu pozorování a rozhovoru s klienty.

Na začátku práce jsem se zaměřila na historický vývoj tohoto zařízení, dále na stručnou charakteristiku a strukturu jednotlivých oddělení. Největší pozornost jsem věnovala výchovně-vzdělávací činnosti, hlavně oblasti pracovní terapie. Výše uvedenou metodu jsem uplatnila při tří týdenním pozorování práce s klienty v ergoterapeutických dílnách. Zde jsem měla možnost také vést rozhovory s odbornými pracovníky a klienty v rámci uvedeného tématu.

6. ERGOTERAPEUTICKÉ DÍLNY V ÚSTAVU SOCIÁLNÍ PÉČE VE STŘELICÍCH

6.1 Historie Ústavu sociální péče pro mentálně postiženou mládež ve Střelicích

První ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež ve Střelicích založila kongregace sester dominikánek v roce 1919. Pro tyto účely zakoupily sestry budovu zámku od hraběte Alberta Herbersteina. Prvních 50 klientů sem přešlo v roce 1919 z ústavu v Brně. Provoz byl hrazen příspěvkem rodičů - pokud byli schopni přispívat, za nemajetné přispívala příslušná obec nebo zemský úřad. Sestry společně s klienty obdělávaly zahradu i pole a chovaly domácí zvířata. Zřídily v ústavu pomocnou školu pro vzdělávání hochů a samy si vymýšlely a zhotovovaly pomůcky. Školu i ústav navštěvovali učitelé defektologie, aby poznali výchovné metody a používané pomůcky.

Během 2. světové války byl ústav z budovy vystěhován a budova sloužila jako nemocnice. Po válce se sestry s klienty vrátily zpět a pokračovaly dál ve svém díle.

21. dubna 1948 vyšel nový školský zákon o jednotném školství. Pomocná škola byla zestátněna. Sestry byly přijaty do státní služby a byl jim vymezen plat. Ve třídě nesmělo být víc jak 15 žáků. Přestal se používat název pomocná škola, začal se používat název zvláštní škola.

Zdejší ústav byl v roce 1950 převzat do státní správy s tím, že se o veškeré potřeby a úhrady provozu ústavu bude starat KNV. Dostal název Zvláštní dětský domov. Koncem roku 1951 bylo v ústavu 22 sester, ale jen 14 dostávalo plat. Klientů bylo celkem 64, z toho 49 navštěvovalo zvláštní školu a bylo 10 v přípravce. 5 větších chlapců vypomáhalo s údržbou.

Dne 1. října 1957 byly sestry zaměstnané v ústavu propuštěny na příkaz ministerstva školství. Opět došlo k přejmenování na Ústav sociální péče pro děti duševně vadné. Později byl název změněn na Ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež. Ústav ve Střelicích byl určen pro děti nevzdělavatelné.

V letech 1964-68 ve střelickém ústavu vzniklo metodické a konzultační středisko, pro které byla přijata psycholožka a sociální pracovnice. Zřídilo se tu také jedno oddělení pro dívky. Některé dívky docházely na dopolední výchovnou práci do skupiny hochů, ostatní byly těžce postižené a zůstávaly na oddělení.

Začátkem roku 1965 předává krajský úřad dle usnesení rady Jihomoravského kraje Ústav sociální péče ve Střelicích Okresnímu úřadu sociálního zabezpečení pro Brno - venkov.

Po roce 1989 se ústav začal otevírat, rozšířily se možnosti pracovních terapií, při různých příležitostech jsou zváni na návštěvu ústavu i střeličtí občané. Navrácením kongregace sester dominikánek do vedlejší budovy byla navázána spolupráce, kdy klienti mohou využít nabídky výuky náboženství nebo navštěvovat bohoslužby ve zdejší kapli. Velké změny nastaly také s nástupem současné paní ředitelky, která klade velký důraz na humanizaci zařízení a integraci klientů do společnosti.

6.2 Charakteristika ústavu

Ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež ve Střelcích byl založen v roce 1919 kongregací sester dominikánek. Současným zřizovatelem je Jihomoravský kraj. Ústav je vystavěn na okraji obce Střelice a přírodního parku Bobrava, v klidném prostředí obklopeném přírodou.

Tento ústav je zařízení pro děti a mládež od 3 do 26 let, ve výjimečných případech i osob starších. Ústav poskytuje klientům bydlení, zaopatření, zdravotní péči, rehabilitaci, výchovu zaměřenou k pracovní činnosti, kulturní a rekreační péči. Do ústavu se přijímají i občané, kteří jsou postiženi též tělesnou nebo smyslovou vadou. Ti jsou do ústavu zařazováni na úrovni střední, těžké a hluboké mentální retardace. Jsou to takové osoby, které pro svůj mentální deficit nejsou schopny výchovy a vzdělání ve zvláštních a pomocných školách. Nepřijímají se ti, jejichž rozumový vývoj je opožděný následkem výchovné zanedbanosti nebo u nichž se projevují psychické poruchy ohrožující okolí.

I když jsou možnosti osobnostního rozvoje těchto postižených omezené, nelze je odsoudit k celoživotní nečinnosti a izolaci od společnosti. Soustavnou a cílevědomou výchovnou prací, soustavným cvičením je možno dosáhnout toho, že většina klientů se rozvine nejen v sebeobsluze, ale osvojí si i základní hygienické, kulturní a pracovní návyky.

V současné době je v ústavu 104 klientů, z toho 89 mužů a 15 dívek. Klienti jsou zde přijímáni na týdenní nebo celoroční pobyt. Malá skupinka 8 klientů je zde přijata na předprofesní přípravu, která trvá dva roky.

Tento ústav sociální péče nabízí klasický pobyt pro klienty, ale i alternativní program, který se nazývá předprofesní příprava. Tento program má připravit mladé lidi s mentálním postižením na pracovní činnosti, které budou moci uplatnit ve svých rodinách nebo v malých provozovnách. Podmínkou pro přijetí je úspěšné absolvování pomocné nebo zvláštní školy a příprava je plánována na dva roky. Klienti předprofesní přípravy mohou získat zkušenosti ve všech terapeutických dílnách i v provozech ústavu (např. výroba košíkářského zboží, keramiky, tkaní koberců, výroba gobelínů, zpracování ovčího rouna, výroba svíček, úklidové práce, mandlování prádla, práce na zahradě).

6.3 Struktura ústavu sociální péče

V ústavu sociální péče je 83 zaměstnanců, kteří se o klienty starají různou formou. Zdravotních pracovníků je zde 20, výchovných 37 (3 kvalifikovaní vychovatelé s vysokoškolským a 17 se středoškolským vzděláním), na provozním úseku je 21 pracovníků, o ekonomický úsek se starají 4 pracovnice a celý ústav spravuje 1 ředitelka.

Klienti jsou rozděleni do tří velkých skupin:

- **První skupinu** tvoří těžce mentálně postižení na zdravotním oddělení. Většinou se jedná o kombinované postižení, a proto je zde na prvním místě péče ošetrovatelská, kterou doplňuje péče výchovná. Ta se zaměřuje převážně na sebeobsahu, zejména na hygienické a společenské návyky.
- **Druhou skupinu** tvoří hoši a dívky na výchovných odděleních. Hlavní důraz je zde kladen na tělesnou, hudební, výtvarnou a pracovní výchovu. Vedle výchovného působení se zde také zaměřují na vzdělávací činnost. Klienti mají možnost navštěvovat tzv. školičku, kde se klade především důraz na rozumovou a smyslovou výchovu. V rámci školy se realizuje i práce na PC s využitím speciálních programů pro lidi s mentální retardací.
- **Třetí skupinu** představují klienti, kteří se účastní různých pracovních činností. Především v dílnách (např. keramické, košíkářské, tkalcovské atd.), ale někteří vypomáhají také v kuchyni, v prádelně, na zdravotních odděleních a na zahradě. Klienti mají také možnost zapojit se do práce v terapeutických aktivitách - v kroužku arteterapie, hipoterapie, muzikoterapie a canisterapie.

6.4 Výchovná a vzdělávací činnost

6.4.1 Vzdělávací činnost

Vzdělávání klientů, na úrovni smyslové a rozumové výchovy, probíhá v první řadě v ústavní škole, která se nazývá školička a probíhá podle rozvrhu v dopoledních hodinách. Výuka probíhá pod vedením speciálně vzdělaného pedagoga. Plán výuky není obecně stanoven, jelikož každý klient má specifické schopnosti pro vzdělávání, tudíž vzniká

individuální plán zaměřený na každého klienta zvlášť. Největší část výuky je věnovaná klientům, kteří se učí číst, psát a počítat. Za úspěch je považováno, když se klient naučí například jenom počítat, nebo číst. Většinou ale bohužel nerozumí obsahu přečteného. Další část výuky je věnována rozvoji myšlení, kterému napomáhají předem připravená natištěná cvičení nebo podobné pomůcky. Značná část ve vzdělávacím procesu je zaměřena také na rozvoj řeči a slovní zásoby, probíhající za pomoci různých logopedických pomůcek. Klienti mají možnost se zde také setkat s moderní technikou a to v rámci speciálně upravených programů na počítačích pro osoby s mentálním postižením.

Dále je neopomenutelná součást vzdělávání provozována na odděleních příslušnými vychovatelkami, kde je realizovaná různými programy a cvičeními na prohlubování a nácvik sebeobsluhy. Klienti jsou zde také obohacováni ve smyslu rozvoje v oblastech rozumové výchovy, smyslové výchovy, hudební výchovy, výtvarné výchovy a tělesné výchovy.

6.4.2 Výchovná činnost

6.4.2.1 Ergoterapeutické dílny

Denní režim dílen

7:45 – příchod klientů do dílen

8:00 – začátek zaměstnání

10:00 – přestávka na svačinu

10:30 – pokračování v zaměstnání

11:45 – úklid

12:00 – odchod na oběd

13:30 – příchod do dílen

14:45- úklid

15:00, 15:30- odchod na oddělení

Ergoterapeutické dílny byly vybudovány v roce 1994 z dříve používané hospodářské budovy. V objektu jsou umístěny jednotlivé dílny, které spojuje prosklená chodba. Chodba dodává objektu hodně světla a v kombinaci s barevnými výrobky klientů působí prostory na klienty optimistickým dojmem. Pracovní terapie se v tomto ústavu realizuje v těchto dílnách: tkalcovská, košíkářská, keramická a svíčkařská dílna. Terapie je provozovaná

odbornými pracovníky, kteří mají jak vzdělání pedagogické, tak i další kurzy v tom oboru, který souvisí s činností v jejich dílně. Klienti si mohou vybrat v jaké dílně se budou pracovně zapojovat, popřípadě mohou pracovat střídavě v různých dílnách, aby byla jejich pracovní náplň pestřejší. Tato možnost je individuální a odvíjí se od jejich dovedností a schopností. Časový provoz dílen je uzpůsoben tak, aby co nejvíce připomínal klasické zaměstnání. Tomu odpovídá i pracovní doba od pondělí do pátku. Jelikož toto zařízení není vedené jako chráněné dílny, nemohou dostávat klienti plat, ale docházejí do dílen z terapeutických důvodů. Díla klientů jsou použita především k vybavování interiéru ústavu, mohou sloužit k drobnému prodeji při různých akcích či oslavách ústavu, nebo jako dárek klientů. Za utržené peníze je kupován materiál do dílen, popřípadě mohou jet klienti na výlet.

Organizace pracovních činností

Každý klient je veden k samostatnosti, aby si byl schopen svou práci udělat až do konce. Dílny je vybavena speciálními pomůckami, které jim usnadňují jejich práci. Terapeutka je systematicky vede a pomáhá jim s jejich prací.

Šicí a tkalcovská dílna

Tato dílna spojuje dohromady dvě pracovny. V jedné pracovně se šije domácí obuv a druhá je zaměřena na výrobu prostírání a tkaní koberců a gobelínů. Ve druhé pracovně mají klienti také možnost sprádat ovčí vlnu na kolovrátku. V prostoru dílny jsou rozmístěny čtyři stavy různých rozměrů. Klienti, kteří netkají na stavu, mohou stříhat látku na různé šité výrobky, chystat materiál na tkaní atd.

Košikářská dílna

Náplní této dílny je práce s proutěným materiálem. Klienti mají možnost naučit se zde plést různé nádoby, nebo se podílet na jejich přípravě. Většina klientů je po delší době schopna zvládat pracovní proces samostatně. Každý klient má svůj stůl a své nářadí. Při této činnosti si klienti procvičují jemnou motoriku.

Keramická dílna

V keramické dílně mají klienti možnost širokého vyžití. Práce s keramikou je zřejmě nejkreativnější ze všech dílen v tomto ústavu. I přesto má i zde každý klient naučený svůj způsob práce. Někteří klienti glazují předem nachystané výrobky, vyrývají různé ornamenty, nebo vytváří nádoby pomocí forem. Zdatnější klienti zvládají i práci na plátovacím stojí

a hrnčířském kruhu. Během této práce si rovněž procvičují jemnou motoriku a zdokonalují estetické citění při výběru barev.

Svíčkařská dílna

Zde se mají klienti možnost naučit práci spojenou s výrobou svíček. Nejčastějším úkolem klientů je příprava vosku, který je následně zaléván. Klienti se zde podílí na značné části výrobku, ale při práci s horkým voskem je musí zastoupit terapeutka.

6.4.2.2 Pracovní terapie mimo ergoterapeutické dílny

V rámci pracovní terapie mají klienti možnost pomáhat také při práci v prádelně, při úklidu areálu nebo v budovách, v kuchyni, na vrátnici a také na lůžkových odděleních. Mezi nejrozšířenější formu pracovní terapie mimo dílny lze zařadit práci na zahradě. Na tuto pracovní terapii dochází stále stejní klienti, kteří jsou již za delší dobu v této oblasti značně proškoleni. Klienti pomáhají s údržbou rozsáhlé zahrady, pěstují rostliny ve skleníku a starají se o zvířata, jako jsou želvy, morčata a slepice.

Nejzdatnější klienti chodí pracovat na oddělení k ležícím klientům, kde vypomáhají s krmením a sebeobslužnými činnostmi.

6.4.3 Srovnání teorie a praxe práce v ergoterapeutických dílnách

V této kapitole bych chtěla srovnávat uváděná teoretická doporučení a zásady pro výchovnou práci⁴⁸ podle Vodákové a praktické provedení v ergoterapeutických dílnách v Ústavu sociální péče ve Střelcích.

Teoretická doporučení a zásady pro výchovnou práci:	Praktické provedení v ergoterapeutických dílnách v Ústavu sociální péče ve Střelcích:
--	--

⁴⁸ Srov. VODÁKOVÁ, J., DYTROVÁ, R., CETTLOVÁ, M. et al. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. Praha : UK- Pedagogická fakulta, 2003, s. 22 - 23.

<p>1. Přesné vymezení cíle a prostředků:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nutnost promyšleného plánování veškeré činnosti - rozčlenění činnosti do přiměřeně dlouhých etap s jasně stanovenými úkoly a cíli - nedá se předpokládat spontánní a adekvátní řešení úkolů 	<p>Stanovení cíle: výroba košíků</p> <ul style="list-style-type: none"> • příprava materiálu – terapeut připraví materiál, který budou klienti k dané činnosti potřebovat • rozčlenění činnosti – určí si malé cíle pro každého klienta zvlášť a hlavní cíl celé dílny
<p>2. Maximální názornost: by se měla užívat při předvádění činností</p> <ul style="list-style-type: none"> - zdůvodňování postupů - výběru materiálu a náradí <p>pozn. nepředpokládat abstraktní myšlení, větší míru představivosti a využívání předchozí zkušenosti.</p>	<p>(jedno s nejdůležitějších doporučení pro praktickou činnost)</p> <ul style="list-style-type: none"> • terapeut vysvětlí klientovi, proč má dodržovat postup práce a celý postup mu po malých částech názorně předvede • vybere klientovi příhodný materiál, který je pro klienta vhodný a ukáže mu práci s náradím, které odpovídá klientovým schopnostem. <p>pozn. důležitým požadavkem je zde trpělivost terapeuta.</p>
<p>3. Přiměřenost</p> <ul style="list-style-type: none"> - věkovým zvláštnostem klientů - hloubce mentální retardace, snaha o využití horní hranice možností jedince - tzv. funkčnímu věku - přihlídnutí ke zvláštnostem tělesného vývoje 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeut si před začátkem práce zjišťuje o klientovi všechny podstatné informace, aby mohl zvolit práci i metody úměrné jeho možnostem, nejlépe horní hranici jeho možností. • Klienti dělají takovou práci, která odpovídá jejich schopnostem. Je to přirozeně regulováno, neboť kdyby klient dělal lehčí práci, než která mu odpovídá, začne se nudit a tím na sebe upozorní. To je přirozený signál pro terapeuta, aby změnil jeho činnost.
<p>2. Postup od jednodušší činnosti ke</p>	<ul style="list-style-type: none"> • při práci např. v košíkářské dílně terapeut

<p>složitější</p> <ul style="list-style-type: none"> - počátek zaměstnání souvisí s banálními úkoly (podle posouzení zdatnosti jedinců) - postupné navyšování nároků na jedince - vedení jedince k co největší samostatnosti <p>pozn. problém pro terapeuta, přílišné přizpůsobení mentální úrovni dětí, ztráta snahy motivovat k vyšším možnostem.</p>	<p>nejprve začínajícím klientům dává za úkol stříhání opletky (seznámení se z materiálem), tvoření základu pro košík, teprve později se klient naučí plést celý košík</p> <ul style="list-style-type: none"> • Někteří klienti ztrácejí chuť učit se náročnější činnosti a terapeut musí použít různé formy motivace, aby klienti neustrnuli na jedné činnosti.
<p>3. Soustavné opakování základních pracovních úkonů</p> <ul style="list-style-type: none"> - vytváření dovedností mnohonásobným procvičováním určitých prací za stejných i změněných podmínek. 	<ul style="list-style-type: none"> • V každé z pracovních dílen v tomto zařízení jsou dvě terapeutky, které se věnují maximálně 10 klientům. Proto je možné toto soustavné opakování a individuální vedení uplatňovat. • Pokud se stane, že pomoc terapeutky potřebuje více klientů současně, jsou klienti vedeni k trpělivosti, dokud na ně nedojde řada. Ovšem tato časová prodleva je obvykle odvede od práce a k opětovnému návratu k práci je třeba klienty velmi motivovat.
<p>4. Individuální přístup: (důležitý aspekt ve výchovné práci)</p> <ul style="list-style-type: none"> - nalezení klientovy individuality a její následný rozvoj - vedení ke spolupráci v kolektivu 	<ul style="list-style-type: none"> • Pokud má klient např. výtvarné nadání, terapeut se zaměřuje především na rozvoj tohoto nadání. • Terapeut vede klienty ke spolupráci a pocitu sounáležitosti ve skupině. Klienti se učí navzájem si pomáhat a dělit se o úkoly. • Může docházet k situacím, že terapeut ve větším pracovním vypětí přestane chápat jedince jako individuální bytosti a sklouzne k chápání kolektivnímu. V tomto případě dochází k újmě slabších klientů, která se odráží na jejich přístupu i

	výsledku práce.
<p>5. Zásada aktivity</p> <ul style="list-style-type: none"> - úsilí o radostné a aktivní zapojení do práce - vhodná motivace klienta (získání ke spolupráci a snaha o překonání vlastní pohodlnosti) <p>pozn. přihlídnutí k současnému zdravotnímu stavu, nebo negativní zkušenosti z předchozích zaměstnání, nelze navodit strachem ani trestem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Práce klientů je ovlivněna přístupem terapeuta a vlivem jeho osobnosti. • Klienti, kteří chodili do dílen k terapeutce, která k nim měla velmi pozitivní přístup a plně se jim věnovala, pracovali s mnohem větším nadšením než klienti, kteří chodili do dílny, kde se jim terapeutka příliš mnoho nevěnovala.
<p>6. Zajištění bezpečnosti práce a hygienické nezávadnosti prostředí, materiálů, pomůcek i pracovních postupů</p> <p>je dáno zákony a vyhláškami, které by měl každý pracovník znát a respektovat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeuti v tomto zařízení velmi důsledně dbají na všechny bezpečnostní předpisy. • O každé nové změně v zákonech a vyhláškách týkajících se bezpečnosti práce jsou terapeuti včas informováni a ihned tyto změny uvádějí do praxe.
<p>7. Zařazování hudby do pracovní činnosti⁴⁹:</p> <ul style="list-style-type: none"> - správný výběr hudby (doporučená je povzbuzující hudba např. dechová, taneční nebo lidová hudba) - přiměřená hlasitost hudby - hudba by neměla být pouštěna nepřetržitě, nejvhodnější je před začátkem pracovní činnosti a v přestávkách - hudba může navodit příjemnou atmosféru a napomoci lepším výkonům při práci 	<ul style="list-style-type: none"> • Toto doporučení je ve výše zmíněných dílnách naplňováno pouze zčásti. Hudba je zde užita jako kulisa a není vybírána se záměrem aktivovat klienty. Bývá pouštěna z rádia, které hraje celou dobu pracovní činnosti.

6.4.4 Přínos ergoterapeutických dílen

Zpočátku jsem se domnívala, že pracovní terapie souvisí pouze s rozvojem tělesné stránky osobnosti, ale po pozorování práce s klienty v ergoterapeutických dílnách v Ústavu sociální

péče ve Střelcích a po nastudování příslušné literatury jsem své stanovisko změnila. Pracovní terapie poskytuje klientům mnohem více přínosů a rozvíjí různé stránky osobnosti.

Pracovní terapie pozitivně působí na:

- **rozvoj pohybového ústrojí** – práce v dílnách vede klienty k pravidelnému pohybu; klient každý pracovní den do dílen sám dochází, přestávky jsou věnované pohybu a také samotná práce je prokládána cvičením a protahováním těla
- **rozvoj jemné motoriky** – je realizován činnostmi spojenými přímo s výrobou předmětů, které se v dané dílně vyrábí, např. v košíkářské dílně se rozvíjí koordinace pohybů prstů a citlivost prstů, v keramické dílně se rozvíjí hmat a jemná práce rukou
- **rozvoj sociálních vztahů** – propojení práce a sociálních vztahů je velice úzké; klienti v dílnách navazují přátelství a rozvíjí mezilidské vztahy
- **rozvoj schopnosti spolupráce** – většina prací v těchto dílnách vyžaduje, aby byli klienti schopni alespoň v malé míře spolupracovat; klienti se učí pomáhat si navzájem, dělit se o práci, popřípadě se při práci vystřídat
- **rozvoj komunikačních dovedností** – klienti rozvíjí také své komunikační dovednosti, učí se přesněji formulovat problémy a nejasnosti, se kterými se potýkají při své práci, učí se také výstižně poradit ostatním klientům, kteří se na ně obrátí s prosbou o pomoc, a osvojují si také další pravidla komunikace (např. počkat, až druhý domluví, a potom teprve vyjádřit svůj požadavek)
- **rozvoj sebeuvědomění:**
 - **naplnění potřeby sebeuplatnění** – klient tím, že vytváří konkrétní výrobky, které může někomu ukázat, pochlubit se s nimi, popřípadě je darovat, rozvíjí vědomí své vlastní hodnoty a získává pocit užitečnosti
 - **naplnění potřeby někam patřit** – klient tím, že dochází do dílny, kde má svůj stálý kolektiv, zažívá pocit, že někam patří
 - **rozvoj samostatnosti** – klienti jsou vedeni postupně k samostatnosti při práci a také k samostatnosti při rozhodování, do které dílny se zařadí a jakou činnost budou ten den vytvářet
- **smysluplné trávení času** – práce v dílnách umožňuje klientům trávit denní čas aktivně a smysluplně a poskytuje jejich životu určitý řád; klienti tak mají možnost prožívat podobný denní rytmus jako ostatní lidé

⁴⁹ Srov. KLIVAR, M. *Ergoterapie mladistvých*. Praha : Balt-East, 2003, s. 16.

ZÁVĚR

Práce je nedílnou součástí života člověka. Potřeba práce, činnosti, je jednou z nejdůležitějších potřeb člověka, které musí být naplněny, aby nedošlo k poškození jeho osobnosti. Pokud tato potřeba není uspokojována, může dojít u člověka k frustraci, popř. ke vzniku onemocnění.

Také lidé s mentálním postižením mají stejnou potřebu práce jako všichni ostatní lidé. Naplnění této potřeby si však pro své funkční nebo orgánové poškození nebo pro nízkou mentální úroveň nemohou zajišťovat sami. Proto jsou odkázáni v těchto situacích na určitou pomoc či kompenzaci, která by měla být zprostředkována ostatními lidmi.

Cílem této práce bylo poukázat na to, jak důležitý význam má práce v životě mentálně postižených lidí. Práce v ergoterapeutických dílnách naplňuje klientům potřebu konání smysluplné práce, jakou mají všichni lidé. Každý pracovní den vstávají do nového dne s pocitem, že jsou někde potřební, a že dokáží něco hmatatelného vykonat. Jelikož většina klientů s mentální retardací není sama schopna se nějakým způsobem sama aktivovat k nějaké činnosti, slouží tedy dílny i jako smysluplné trávení času. Protože zaměstnání v dílně mají většinou hodně podobný charakter, má klient možnost si způsob práce osvojit a získat k tomu kladný vztah. Na počátku se klienti učí jednodušší činnosti a až se je naučí věnují se těžším. Záměrem práce v terapeutických dílnách je naučit klienta co největší samostatnosti, radosti z dobře vykonané práce a najít vztah k práci. Při práci s materiálem si klienti zlepšují jemnou a hrubou motoriku. Učí se také trpělivosti a vytrvalosti, kterých je zapotřebí k dodělání výrobku.

Na závěr můžeme shrnout, že práce plní v životě mentálně postižených lidí tyto důležité funkce: společenskou, ekonomickou, léčebnou, výchovnou a morální, psychosociální a práci jako podporu rozvoje kognitivních funkcí a dovedností a zručnosti.

SEZNAM LITERATURY

ČERNÁ, M.; NOVOTNÝ, J.; STEJSKAL, B. et al. *Kapitoly z psychopedie*. Přeprac. vydání. Praha : UK – Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

KLIVAR, M. *Ergoterapie mladistvých*. Praha : Balt-East, 2003. ISBN 80-86383-17-2.

KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Brno : Anag, 2005. ISBN 80-7263-275-2.

KREBS, V. Hledání nového přístupu k problematice zdravotně postižených. *Sociální politika*. 2002, roč. 28, č. 2, s. 4-6. ISBN 80-86395-33-2.

LUDVÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vydání. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vydání. Praha : Slon, 1995. ISBN 80-85850-08-7.

MÜLLER, O. et al. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. Brno : Masarykova univerzita, 1999. ISBN 80-210-2512-3.

PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vydání. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno : Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno : MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.

SOVÁK, M. et al. *Defektologický slovník*. Jinočany : Nakladatelství H&H Vyšehradská, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vydání. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

VALENTA, M.; KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie*. Olomouc : Netopejr, 1997. ISBN 80-902057-9-8.

VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha : Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

VODÁKOVÁ, J., DYTROVÁ, R., CETTLOVÁ, M. et al. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. Praha : UK- Podagogická fakulta, 2003. ISBN 80-7290-113-3.

RENOTIEROVÁ, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0646-2.

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Praha : MPSV ČR, 2002. ISBN 80-86552-45-4.

ZVOLSKÝ, P. et al. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-203-6.

Elektronické dokumenty:

Ústav sociální péče Střelice: Dostupné na <http://web.telecom.cz/uspstrelice.iol.cz/>

Nepublikované texty:

ÚSTAV SOCIÁLNÍ PÉČE STŘELICE U BRNA: *Výroční zpráva*. Střelice 2006. Předkládá Mgr. Jiřinka Kubalčíková, ředitelka ÚSP Střelice.

ABSTRAKT

RYBOVÁ, M. Pracovní terapie v ústavech sociální péče pro mentálně postižené. České Budějovice, 2006. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Radka Prázdňá.

Klíčové pojmy: demence, ergoterapie, ergoterapeutická dílna, mentální retardace, oligofrenie, pracovní terapie, pseudooligofrenie, terapeut, ústav sociální péče.

Bakalářská práce pojednává o pracovní terapii pro lidi s mentální retardací v ústavech sociální péče. Je rozdělena na dvě části. První část je teoretická a poskytuje pohled do problematiky lidí s mentální retardací, nastiňuje péči v ústavech sociální péče pro lidi s mentální retardací a představuje teoretická východiska pracovní terapii. Druhá část je zaměřená na praktické provedení pracovní terapie ve vybraném zařízení.

ABSTRACT

Working therapy in social institution for mentally affected.

Key terms: aphrenia, ergotherapy, ergotherapy workshop, cephalonia, oligophrenia, working therapy, pseudo-oligophrenia, therapist, institution of social-service.

This Bachelor thesis speaks about working therapy in institutions of social services, appointed for clients with cephalonia. It is separated in two parts. First one is mostly theoretical introduction in to the problematic of people with cephalonia, it shows ways of care in institutions of social services, and it is showing where are the possibilities for application of working therapy. Second one is orientated on practical use and problematic of working therapy in these institutions.