

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Karolína Hejtmánková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Oddělení praxe

Bakalářská práce

Vlivy ovlivňující začlenění mentálně postižených osob do společnosti s ohledem na sociální a společenskou úroveň jejich rodin

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová

Autor práce: Karolína Hejtmánková

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: 4.

2016

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1988 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedením ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponenta práce i záznam o průběhu a výsledky obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce, s databází kvalifikačních prací Theses.cz, provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

.....

Děkuji vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Heleně Machulové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Obsah

Obsah	4
Úvod.....	6
1 Mentální postižení a jeho znaky	8
1.1 Etiologie mentálního postižení.....	9
1.1.1 Genetická podmíněnost mentálního postižení	9
1.1.2 Teratogenní faktory	9
1.1.3 Postnatální poškození mozku.....	10
1.2 Klasifikace mentálního postižení	10
1.3 Charakteristika jedinců s mentálním postižením	11
1.3.1 Lehká mentální retardace (F 70).....	11
1.3.2 Středně těžká mentální retardace (F 71)	11
1.3.3 Těžká mentální retardace (F 72)	12
1.3.4 Hluboká mentální retardace (F 73)	12
1.3.5 Jiná mentální retardace (F78)	12
1.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79).....	13
1.3.7 Sociálně podmíněné mentální postižení	13
2 Rodina s mentálně postiženým dítětem	14
2.1 Postavení zdravých sourozenců postiženého jedince.....	16
3 Sociální služby pro mentálně postižené jedince	17
3.1 Další možnosti pomoci.....	19
3.2 Péče ve stacionářích	19
3.3 Ústavní péče	20
3.3.1 Týdenní zařízení	20
3.3.2 Celoroční ústavy	20
3.4 Sociální rehabilitace	21
4 Výchova a vzdělávání mentálně postižených jedinců	23
4.1 Předškolní a základní vzdělávání dětí s mentálním postižením.....	24
4.1.1 Základní škola praktická, speciální a rehabilitační vzdělávací program ..	25
4.2 Školní inkluze a integrace znevýhodněných dětí	26
4.3 Inkluze a integrace při volnočasových aktivitách	31
4.4 Následné vzdělávání lidí s mentální retardací.....	31
5 Socializace mentálně postižených	33
5.1 Vliv rodinného působení na začlenění mentálně postižené osoby do společnosti	34
6 Pracovní schopnosti mentálně postižených osob	36

6.1	Nedostatek pracovních příležitostí pro mentálně postižené osoby	37
6.2	Podporované zaměstnávání	38
6.3	Chráněné dílny	38
7	Vlivy, které působí na úspěšné zařazení mentálně postižených jedinců do společnosti.	40
8	Závěr	44
	Seznam použitých zdrojů.....	45
	Seznam zkratk	48
	Seznam příloh	49
	Abstrakt.....	62
	Abstract.....	63

Úvod

Ve své profesi vychovatelky v Denním stacionáři pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé se denně setkávám s lidmi s různým postižením a samozřejmě i s jejich rodinami. Během doby, kdy pracuji v tomto oboru, znám rodiny svých klientů, jejich trápení, starosti, rodinné a společenské poměry – zkrátka jejich osudy a životní příběhy. Naši klienti pocházejí z rodin z rozdílných sociálních a společenských prostředí.

Tématem mé bakalářské práce bude zabývat se vlivy na možné začlenění mentálně postižených lidí do společnosti v dospělosti. Problém se chystám zpracovat v předkládaném pořadí. Po vymezení příslušných souvisejících pojmů se zaměřím na osudy dvou různě mentálně postižených dětí a jejich rodin – rodiny sociálně slabší s nižší kulturní úrovní a rodiny dobře finančně zajištěné s dobrým postavením ve společnosti.

Cílem této práce je, na základě poznatků z odborné literatury doplněné o konkrétní kazuistiky sociálně, společensky a kulturně rozdílných rodin s postiženými dětmi, zmapovat vlivy působící na pozdější schopnost dobře se začlenit do společnosti.

Práce je rozdělena do 8 kapitol.

V první kapitole se zabývám vymezením mentálního postižení, jeho projevy, etiologií, klasifikací a problematikou narození mentálně postiženého dítěte do rodiny.

Druhá kapitola je věnována reakci rodičů a sourozenců na postižené dítě v rodině.

Ve třetí kapitole se práce soustředí na sociální služby pro mentálně postižené, ambulantní služby, péče v ústavech a stacionářích.

Ve čtvrté kapitole má práce za úkol popsat možnosti vzdělávání a výchovy mentálně postižených jedinců.

V rámci páté kapitoly je popsána socializace mentálně postižených, inkluze a integrace při volnočasových aktivitách a problematika pracovního uplatnění.

Šestá kapitola pojednává o pracovních schopnostech mentálně postižených jedinců.

V sedmé kapitole jsou shrnuty nejvýznamnější vlivy, které působí na zařazení mentálně postižených jedinců do společnosti.

Závěr je v osmé kapitole.

Přílohy obsahují dvě kazuistiky jako ilustrativní vzorek, na kterých dokládám závěry své práce.

Ke své práci jsem čerpala z literatury, která se zabývá sociologií, psychologií, pedagogikou, psychopatologií autorů např. Bazalová, Vágnerová, Švarcová, Matějček, Lednická, Matoušek apod. Téma a kazuistiky jsem čerpala ze své praxe.

1 Mentální postižení a jeho znaky

Cílem první kapitoly je charakteristika mentálního postižení.

Termín mentální retardace znamená opožděnost rozumového, mentálního vývoje. V poslední době se od termínu mentální retardace upouští. Více se hovoří o poruše intelektu, obecně „postižení“. Tento termín nahradil také dříve používané pojmenování handicap. V anglicky mluvících zemích je preferován termín porucha intelektu – intellectual disability nebo nový termín potíže v učení - learning disabilities.¹ Ve své práci budu používat termín mentální postižení.

Mentální postižení není časovým opožděním vývoje, ale jedná se o strukturální vývojové změny. Lze je charakterizovat jako snížení intelektu, které se projevuje v kognitivní, řečové, motorické a sociální složce osobnosti. Jedná se o trvalé postižení, které nelze vyléčit, ale vhodnou podporou a stimulací může docházet k určitému zlepšení.²

Podle Švarcové, která termín mentální retardace používá, je základním znakem mentálního postižení trvalost porušení poznávací činnosti. *„Mentální postižení je trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo při poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku“.*³

Mentální postižení je označení vrozeného defektu rozumových schopností, který se projevuje neschopností porozumět okolí a přizpůsobit se mu. Intelektový vývoj jedince i toho, který byl dostatečně podporován, nepřesáhne 70 % normy.⁴

Mezi nejdůležitější znaky mentální retardace je nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, porozumění, omezená schopnost učení a zapamatování si. Tím pádem z toho vyplývá horší adaptace na životní podmínky. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením schopností a odlišnostmi v osobnosti. Důležité jsou dva body charakteristiky mentálního postižení - mentální postižení je vrozené dochází již od narození

¹Srov. BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*, s. 12-13.

²Srov. BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*, s. 15.

³ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 29.

⁴Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 28.

k nestandardnímu vývoji (na rozdíl od demence, která vzniká později a při níž dochází k úbytku již nabytých schopností). Mentální postižení je trvalé, i když vhodným působením a stimulací může docházet k určitému zlepšení.⁵

1.1 Etiologie mentálního postižení

Mentálně postižení lidé se vyskytují zhruba ve 3 % populace. Z nich je postiženo 70 % lehčí formou. Není zatím prokázáno, zda počet výskytů je u některého z pohlaví vyšší, i když někde se uvádí, že je častější u mužského pohlaví. Toto ale není nijak prokázáno. Příčinou vzniku je postižení CNS.⁶

1.1.1 Genetická podmíněnost mentálního postižení

Jedná se o poruchu struktury nebo funkce genetického aparátu. Těchto poruch je veliké množství, jde často o nějaký syndrom, jehož jedním příznakem je právě mentální postižení. Jedná se o tyto poruchy:

a) *poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury autonomů* – např. Trizomie 21. chromozomu (Downův syndrom), syndrom CAT-CRY- Syndrom kočičího mňoukání (delece 5. chromozomu)

b) *poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury pohlavních chromozomů* – např. syndrom lomivého X

c) *poruchy vzniklé na bázi onemocnění způsobeného genovou poruchou* – k poškození dochází většinou na bázi nějakého chorobného procesu např. neléčená fenylketonurie.

d) *poruchy vzniklé na bázi polygenně podmíněného omezení intelektového vývoje* – v tomto případě má jedinec malé množství genů pro rozvoj schopností a bývají takto postiženi i rodinní příslušníci.

1.1.2 Teratogenní faktory

Tyto faktory mohou negativně působit na prenatální vývoj jedince. Mohou být také příčinou vzniku mentálního postižení. Poškozují vývoj jedince v těle matky a jsou to:

a) *faktory fyzikální* – radioaktivní záření, nedostatek kyslíku, mechanické působení při porodu

⁵Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 289.

⁶Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 290.

- b) *faktory chemické* – léky, alkohol, drogy, cigarety a jiné návykové látky
- c) *faktory biologické* – virové a mikrobiální např. virus zarděnek

1.1.3 Postnatální poškození mozku

Toto poškození je dáno zánětlivým onemocněním, úrazem či otravou vzniklé do 2 let věku.

Příčinou vývojového opožďení může být i nedostatečná a zanedbávající výchova. Takový handicap není ale vrozený a ani trvalý – jedná se o sociální poškození, neboť stav takového jedince se dokáže zlepšit v rodině se správnou a podnětnou výchovou.⁷

1.2 Klasifikace mentálního postižení

Mentální postižení představuje snížení rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. Podle současného postoje psychologů je inteligence schopnost poučit se z minulosti, využívat zkušenosti a přizpůsobovat se životním podmínkám. Snížení těchto rozumových schopností je považováno za mentální postižení.

Tab. č. 1.: Klasifikace mentální retardace podle MKN10⁸ – Mezinárodní klasifikace nemocí - desáté revize⁹

Kódovaná čísla	Slovní označení	Pásmo IQ
F70	lehká MR	50 - 70
F71	středně těžká MR	35 - 49
F72	těžká MR	20 - 34
F73	hluboká MR	0 - 19

Závažnou okolností je kritérium úbytku rozumových schopností, přičemž za hranici postižení se považuje IQ 70, když průměrná hodnota IQ je 100.¹⁰

⁷Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 291- 292.

⁸Srov. MKN-10 - TABELÁRNÍ SEZNAM [online].

⁹Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 301.

¹⁰Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 301.

1.3 Charakteristika jedinců s mentálním postižením¹¹

1.3.1 Lehká mentální retardace (F 70)

Většina mentálně retardovaných jedinců se o sebe dokáže postarat, dokáže si osvojit řeč a v běžném životě jí používat. Získávání těchto dovedností je však zdlouhavé. Největší problémy mají tito jedinci se čtením a psaním, tedy ve škole. Jsou schopni vykonávat práci, která vyžaduje praktické schopnosti a pouze malou kvalifikovanost.

V sociokulturní oblasti bývají problémy, pokud postižený je také emočně a sociálně nezralý. Tehdy se špatně přizpůsobuje požadavkům zaměstnání, kulturním tradicím a normám. Nezvládá nároky manželství, finančního zabezpečení, zdravotní péče apod.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou vyskytovat přidružené chorobné stavy např. autismus, vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování či tělesné postižení.

Tato diagnóza zahrnuje slabomyslnost, lehkou mentální abnormalitu a lehkou oligofrenii.

1.3.2 Středně těžká mentální retardace (F 71)

U těchto jedinců je výrazně opožděn vývoj chápání, myšlení i řeči. Uvažování lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte. V jejich slovníku chybí konkrétní pojmy. Verbální projev bývá chudý a špatně artikulovaný. Některý jedinec je schopen jednoduché konverzace, jiný postižený se stěží domluví o svých základních potřebách a někdo se nenaučí mluvit vůbec, i když třeba dokáže porozumět verbálním pokynům. Některý jedinec se dorozumívá formou nonverbální komunikace, aby si vykompenzoval svůj nedostatek disponovat mluvenou řečí.

Podobně je to i se sebeobsluhou, většina z nich má značně omezenou praktičnost a zručnost a nedokáže se sama o sebe postarat. Pouze při kvalifikovaném pedagogickém vedení ve speciálně vzdělávacích programech k získání potřebných dovedností jsou postižení schopni si osvojit základy psaní, čtení a počítání.

V dospělém věku někteří z nich dokáží vykonávat jednoduchou, jasně strukturovanou manuální práci s odborným dohledem. Zřídka mohou vést samostatný život. Zpravidla bývají úplně mobilní, aktivní, dobře komunikují a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

¹¹Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 33-37.

Etiologie středně mentálně retardovaných bývá zjistitelná. Vyskytuje se zde dětský autismus nebo autistické rysy, jiné pervazivní vývojové poruchy a často i tělesná postižení, neurologická onemocnění např. epilepsie či psychiatrická onemocnění.

Tato diagnóza zahrnuje středně těžkou mentální abnormalitu a středně těžkou oligofrenii.

1.3.3 Těžká mentální retardace (F 72)

Postižení dovedou chápat základní souvislosti a vztahy na úrovni batolete. Jsou schopni si osvojit jen několik špatně artikulovaných výrazů, které používají nepřesně. Někdy se nenaučí mluvit vůbec.

Možnosti vzdělávání těchto jedinců jsou značně omezené, ale záleží na včasnosti, protože brzká kvalifikovaná péče může vést k zlepšení a rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikace, soběstačnosti a celkovému zlepšení psychického stavu jedince.

Tato diagnóza zahrnuje těžkou mentální abnormalitu a těžkou oligofrenii.

1.3.4 Hluboká mentální retardace (F 73)

Postižení jsou podstatně omezeni ve všech schopnostech. Neporozumí požadavkům, nedokážou jim proto ani vyhovět. Většina z nich je imobilní, inkontinentní a jsou schopni pouze neverbální komunikace. Jsou zcela odkázáni na péči druhé osoby.

Možnost výchovy je obtížná a omezená, hodnota IQ je odhadována pod 20. Někteří jedinci jsou schopni pochopit základní pokyny. V některých případech lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností. Další možné zdravotní problémy přidružené k mentálním postižením jsou většinou neurologické povahy, tělesné nedostatky, epilepsie, poškození zrakového a sluchového vnímání, pervazivní vývojové poruchy – zvláště atypický autismus.

Tato diagnóza zahrnuje – hlubokou mentální abnormalitu a hlubokou oligofrenii.

1.3.5 Jiná mentální retardace (F78)

Pokud došlo u jedince k přidruženému senzoričkému nebo somatickému poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích jedinců či u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených lidí, stanovuje se tato diagnóza. V tomto případě stupeň mentální retardace nelze stanovit obvyklým způsobem.

1.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Není-li dostatek informací pro přesné zařazení, je tato mentální retardace takto diagnostikována. K této retardaci může docházet z důvodu sociální zanedbanosti, nepodnětné výchovy nebo kvůli smyslovým vadám.

1.3.7 Sociálně podmíněné mentální postižení

Tuto formu mentálního postižení vymezuje M. Bazalová:

Jedná se o hraniční pásmo mentálního postižení označované jako zdánlivá mentální retardace nebo dříve pseudooligofrénie. Příčinou není poškození centrálně nervové soustavy, ale vliv vnějšího prostředí. Dítěti se nedostává dostatek podnětů. Potřebná stimulace může trpět psychickou a sociální deprivací. Většinou se jedná o dítě ze sociálně znevýhodněné rodiny. Projevy jsou: opožděný vývoj řeči, narušení logického myšlení, které je převážně konkrétní a mechanické, snížená schopnost sociální adaptace a negativismus.¹²

Následující oddíl bude zaměřen na rodinu s mentálně postiženým dítětem.

¹²Srov. BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*, s. 16.

2 Rodina s mentálně postiženým dítětem

Švarcová považuje za mentálně postižené takové jedince, u kterých dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k jinému vývoji psychických vlastností a poruchám v adaptaci. *„Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku“*.¹³

Když se narodí postižené dítě, mění se styl rodiny. Mění se chování, jak v rodině, tak ve vztahu k ostatním lidem i k celé majoritní společnosti. Dochází k různým reakcím, které mohou být pro ostatní lidi zcela nepochopitelné – zloba, nenávisť, úzkost, ale také izolace ze společnosti.

K prospěchu mentálně postiženého dítěte je třeba, aby jeho rodiče byli klidní a vyrovnaní, aby žili pokud možno normálním životem, uměli se s dítětem radovat a vzájemně si vytvářeli pěkné rodinné prostředí.¹⁴

Zdraví lidé se obvykle k postiženému člověku chovají ohleduplněji, ale zároveň mají tendenci jej podceňovat, protože od něj neočekávají totéž, co od zdravých jedinců.¹⁵

V každém případě přítomnost postiženého dítěte v rodině je náročná záležitost. Zajistit vhodnou rodinnou atmosféru je těžké, ale žádoucí, protože podceňování, lítost, nevraživost, žárlivost mezi sourozenci anebo nenávisť ostatních příbuzných je významným negativním faktorem pro vývoj postiženého dítěte. Postižené dítě má být členy rodiny bráno jako rovnocenný partner. V tom případě je dítěti rodinou umožněno vzdělávat se, komunikovat se svými vrstevníky, účastnit se společenských rodinných aktivit, navštěvovat veřejné produkce, ať kulturní nebo sportovní. (viz. příloha č. I. Kazuistika č.1).

¹³ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 28.

¹⁴Srov. MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*, s. 324.

¹⁵Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 189.

Rodina postiženého dítěte má úplně jinou sociální identitu, je něčím zvláštní a výjimečná. Výzkumy rodin s postiženým dítětem přinášejí zjištění, že rodina je pod neustálým stresem. U obou rodičů přetrvávají krize, úzkosti a deprese. Negativně bývají ovlivněny manželské vztahy.¹⁶

Po narození mentálně postiženého dítěte by rodiče měli již od raného dětství cíleně pracovat na tom, jak nejlépe dítě v budoucnosti začlenit do společnosti. Po narození dítěte rodiče prožívají psychické změny. Proto je dobré, pokud jsou rodiče seznámeni s fázemi vyrovnání. Pro rodinu těchto dětí je výchova velkou zátěží. Po sdělení této situace je dobré se zaměřit na co nejintenzivnější podporu vývoje dítěte – rodiny mohou využít nabídku asistenčních služeb a zahájit co nejdříve ranou intervenci. Rodič by měl být informován, jaké může zvolit přístupy, které vyhovují rodině a dítěti. Měl by myslet nad budoucností dítěte, vést je k rozvoji a samostatnosti a postupně řešit jeho život v dospělosti.¹⁷

První poznání, že dítě je postiženo, vyvolá obvykle velikou úzkost a pocit beznaděje. Stav beznaděje a psychického šoku může trvat různě dlouho. Kvůli rozdílné schopnosti přijmout zprávu o postižení dítěte mohou vznikat v rodině konflikty. Brzy nastupuje další období, kdy se v rodičích vzbouří obranné tendence. Nechtějí si tuto skutečnost připustit. Poznání odmítají a skutečnost by chtěli popřít. Tyto obranné mechanismy mají různé podoby. Opět mohou vytvářet vzájemné nepochopení. Teprve, když svou obrannou fázi překonají, začíná proces vyrovnávání a život s dítětem dostává nový smysl. Cílem celého snažení je práce rodičů na sobě samých a vůle přijmout dítě takové jaké je.¹⁸

Ve spoustě případů se tak však nestává a rodiče jsou postaveni před tuto bolestnou událost nepřijatelným způsobem – nevhodným jednáním zdravotnického personálu či neadekvátním chováním společnosti nebo odmítnutím ostatních členů rodiny. To vše přispívá velkým dílem k prohloubení krize celé rodiny a může velice negativně zapůsobit na psychiku rodičů a na jejich rozhodování – zda si dítě nechat, či ho svěřit nějakému vhodnému zařízení.¹⁹

Reakce rodičů na postižení jejich dítěte bývají odlišné. Někteří dokážou přijmout skutečnost, která nastala, ale jiní se dlouho traumatizují, mívají pocity selhání a viny.

¹⁶Srov. BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J. *Světy postižených*, s. 27.

¹⁷Srov. BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*, s. 172 - 173.

¹⁸Srov. MATĚJČEK, Z., *Výbor z díla*, s. 325.

¹⁹Srov. BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J. *Světy postižených*, s. 64.

Dochází ke ztrátám sebedůvěry. Často se obávají projevů okolí a negativního postoje společnosti, která někdy bývá necitlivá.

2.1 Postavení zdravých sourozenců postiženého jedince

Příchod postiženého sourozence vede rodiče k tomu, aby se zamýšleli nad vztahy dětí mezi sebou i nad vývojem těchto vztahů až do dospělosti. Musí přemýšlet také nad přechody mezi jednotlivými fázemi rodinného životního cyklu. Role sourozence postiženého dítěte představuje určitou celoživotní zátěž. Starší sourozenec může být pro postiženého stimulujícím faktorem a stává se jeho ochráncem a příležitostně i pečovatelem. Mladší sourozenci se zase stávají partnerem do té doby, než jej ve vývoji předstihnou. Mladší zdravý sourozenec přináší do rodiny pohodu a působí blahodárně na sebevědomí rodičů, je povzbuzením pro rodiče, kteří nejsou se svým postiženým dítětem osamoceni.

Rodina s postiženým dítětem může mít vliv na zdravé dítě v pozitivním i negativním směru. Zdravé dítě si brzy uvědomí rozdílné postoje rodičů. Někteří sourozenci mohou zaujmout nepřátelský postoj. Cítí, že postižený jedinec je nějakým způsobem privilegován. Je důležité zdravému sourozenci vysvětlit situaci, že postižené dítě potřebuje větší péči a rodina mu bude věnovat více času. Tehdy se u zdravého sourozence může vyvinout ohleduplnost a ochota pomoci. Na druhé straně může zdravý sourozenec cítit křivdu a odstrčení. Zdravý jedinec obvykle časem svého postiženého sourozence přijme a poskytuje mu ochrannou roli.²⁰

²⁰Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 156.

3 Sociální služby pro mentálně postižené jedince

Cílem práce je mapovat vlivy působící na začlenění postiženého člověka do společnosti. Již jsme popsali vliv samotného postižení, nyní se podíváme na to, jak se na budoucím začlenění mohou podílet sociální služby.

Poskytování sociálních služeb v České republice je vymezeno zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Zákon upravuje podmínky pomoci a podpory osobám v nepříznivé životní situaci prostřednictvím sociálních služeb.²¹

Sociální služby zahrnují tyto základní druhy – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby se poskytují formou služby pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantní služby jsou služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena či dopravována do sociálních zařízení. Ve službě není zajištěno ubytování. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí.

Sociální služby pro mentálně postižené jsou poskytovány např. v těchto zařízeních: v denních a týdenních stacionářích, v centrech denních služeb, v chráněném bydlení, v domech na půl cesty, sociální poradny, pracoviště rané péče a další. Služby pomáhají naplňovat možnost vstupu na volný trh práce, umožnění pobytu v samostatné domácnosti a profesní přípravu pro budoucí začlenění do společnosti.

Mezi základní činnosti při poskytování sociálních služeb patří: pomoc při zvládnání úkonů a péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, nácvik k soběstačnosti.²²

Všechny tyto pomoci mají napomáhat k sociálnímu začlenění, podpoře k vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností

²¹Srov. ZÁKONY PRO LIDI [online].

²²Srov. ZÁKONY PRO LIDI [online].

Osoby s mentálním postižením zůstávají i v období dospělosti závislé na své rodině a na společnosti, protože nedozrají psychosociálně, ale pouze biologicky.²³

Kromě rodinné péče, což znamená celodenní starost o postiženého jedince v domácím prostředí, je několik dalších možností, které může využít rodina pro své mentálně postižené dítě.

a) Osobní asistence – poskytuje služby osobám se sníženou soběstačností a je časově neomezená a zastává všechny činnosti, které postižená osoba potřebuje. Podstatou osobní asistence je pomoc klientovi na místě a v čase, který si klient vybere. Osobní asistence může pomoci s péčí o osobní hygienu, vařením, nákupy, doprovody k lékaři, za kulturou a podobně.²⁴

b) Pečovatelská služba – terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost. Poskytuje se ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb. Základní činnosti této služby jsou – pomoc při běžných úkonech o vlastní osobu, hygieně, poskytování stravy, pomoc v domácnosti, zajišťuje kontakt se sociálním prostředím a zároveň snižuje riziko sociálního vyloučení.

c) Tísňová péče – terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému riziku, ohrožení zdraví, zhoršení zdravotního stavu (např. epileptici).

d) Podpora samostatného bydlení – pomáhá lidem s mentálním postižením žít jako jeho vrstevníci v přirozeném prostředí a zvládat samostatný život. Sociální pracovník navštěvuje domácnost klienta podle domluvy a učí ho praktické dovednosti, dopomáhá mu udržet samostatné bydlení.

e) Chráněné bydlení – je umožněno lidem, kteří mají sníženou soběstačnost. Služba poskytuje stravování, ubytování, které má napodobit domácnost. Pomáhá při chodu domácnosti, osobní hygieně právní pomoci, doprovází do vzdělávacích zařízení a podporuje kontakt s přirozeným sociálním prostředím.²⁵

f) Odlehčovací služby – jejich cílem je poskytnout odpočinek pečující osobě. Jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a o které se jinak stará pečující osoba v jejich přirozeném prostředí.

²³Srov. BARTOŇOVÁ, B. BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., *Psychopedie, Texty k distančnímu vzdělávání*, s. 101.

²⁴Srov. OSOBNÍ ASISTENT [online].

²⁵Srov. ZÁKONY PRO LIDI [online].

3.1 Další možnosti pomoci

Na podporu rodinné péče mohou být využity tyto služby:

Speciálně-pedagogická centra a pedagogickopsychologické poradny – pomáhají rodičům dětí odhalit problémy s učením, dokážou pomocí speciálně pedagogických přístupů diagnostikovat různé poruchy, anomálie, změřit IQ, testovat, vyhodnocovat testované situace a doporučit rodičům možnosti adekvátní péče.

Díky těmto možnostem mentálně postižený člověk má větší možnost snáze se začleňovat do společnosti. Každá z těchto služeb nabízí jiné možnosti jak se lépe integrovat do společnosti, nabízí možnosti kontaktu s normálním prostředím většinové společnosti, umožňuje setkávat se s lidmi mimo rodinný okruh, podporuje možnosti samostatného bydlení, ukazuje na běžný život a bydlení a starosti s ním spojené. Díky sociálním pracovníkům, kteří radí, sledují a dopomáhají tam, kde ubytovaný nestačí, mají mentálně postižení další možnost se učit, jak pečovat o domácnost a sebe sama.

Existují rodiny, které z různých důvodů volí celodenní péči. Přestože rodina může poskytovat dítěti maximální množství příležitostí k rozvoji, je významné propojit rodinnou péči s dalšími sociálními službami. Jsou to denní stacionáře, týdenní stacionáře a celoroční ústavy.

Stává se však, že toto řešení je podmíněno materiálními důvody (využití příspěvku na péči) nebo nezájmem rodiny. Zde se projevuje souvislost mezi úrovní rodiny a možnostmi podpořit své dítě v jeho budoucím začlenění do společnosti.

3.2 Péče ve stacionářích

V dnešní době je pro mentálně postižené občany mnoho typů zařízení. Například centra denních služeb, denní nebo týdenní stacionáře.²⁶

Rodiny mohou volit možnosti péče z různých variant. Každé rodině vyhovuje jiná služba. Volba zařízení se odvíjí od hloubky postižení, možností rodiny pečovat o postiženého, zdravotní stav a věk pečovatele, finanční situace apod.

Denní stacionáře umožňují rodičům postižených dětí chodit do práce, odpočinout si a získat trochu volného času. Stacionáře pečují o děti, mládež i dospělé klienty, kteří nemají nejtěžší formy postižení. Jsou určeny pro mentálně postižené lidi, kteří nejsou agresivní, netrpí psychiatrickými onemocněními a většinou spadají do středního

²⁶Srov. BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*, s. 137.

a lehčího pásma mentálního postižení. V některých případech nahrazují péči speciálních škol. Nabízejí bohatý program. Celoživotní vzdělávání, sportovní aktivity, muzikoterapii, dramaterapii, práci ve výtvarných atelierech a keramických dílnách, turistiku a pracovní rehabilitaci. Jsou nabízeny i další fakultativní služby (individuální doprovody k lékaři či na úřady, kulturně poznávací výlety atd.)

3.3 Ústavní péče

Nejrozšířenější formou péče o mentálně postižené jedince, kromě rodinné péče, je péče ústavní. Postoje společnosti k umístování postižených do ústavů pro mentálně postižené se během posledních let značně mění. V minulosti byly postižené osoby ve většině případů odsouvány do ústavů. Dnes se společnost učí postižené občany přijímat a začleňovat je do společnosti. Pracovníci v sociálních službách vědí, že ústavní péče je i v dnešní společnosti nezbytná.

Těžce postižení s hlubokou mentální retardací a přidruženými vadami většinou jinou šanci, než žít v ústavní péči, nemají. V domácím prostředí by pravděpodobně nebyla možná soustavná komplexní celodenní péče.

3.3.1 Týdenní zařízení

Postižení jsou během pracovního týdne v zařízení a domů docházejí na víkendy. Je to určitý kompromis mezi domácí a ústavní péčí a pro rodiny s mentálně postiženými dětmi přináší velikou pomoc. Rodiče mohou chodit do práce, žít normálním životem a věnovat se svým nepostiženým dětem, O víkendu se rodiče o své postižené dítě starají a to pak neztrácí kontakt s domácím prostředím.

3.3.2 Celoroční ústavy

Celoroční zařízení má jiné podmínky a také jinou náplň. Všeobecně v těchto ústavech je poskytována systematická péče. Jsou nezbytné pro jedince s hlubokou mentální retardací. V dnešní době se začíná zavádět nový a humánnější trend pro ty uživatele, kteří jsou více soběstační – zařízení rodinného typu, chráněné byty, což jsou byty pro několik uživatelů, kde s pomocí osobních asistentů vedou aspoň z části plnohodnotný život.²⁷

²⁷Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 163.

Určitá rizika mohou nastat při dlouhodobém pobytu v ústavu, nastává riziko „hospitalismu“, stav dobré adaptace na ústavní život, ale doprovázený snižující se schopností adaptace na civilní život mimo ústav. V ústavu má uživatel plné zabezpečení, někdo se o něj stará. Například o jeho finance, vaření, někdo mu organizuje práci, aktivity, obstarává předměty k běžnému životu. Klient se stýká s omezeným počtem spolubydlících a zaměstnanců, pohybuje se v omezeném prostoru. Může se zdát, že žít v ústavu je lehčí, než žít ve vnějším světě. Toto omezení má své následky. Lidé ztrácejí zájem a přehled o běžném světě, zhoršuje se komunikace, mohou nastávat automatizované pohyby, hledání náhradního uspokojení v jídle a mnoho dalších.²⁸

V následující kapitole nastíním možnost mentálně postižených, jak mohou zvyšovat svou soběstačnost a fungovat v přirozeném prostředí v rámci sociální rehabilitace.

3.4 Sociální rehabilitace

Mentálně postižení lidé, kteří nevyužívají celoroční ústavy, mohou nalézt v různých institucích podporu sociální rehabilitace, která je vhodná pro úspěšnou integraci. V rámci sociální rehabilitace se mohou naučit zvyšovat soběstačnost, posilovat osobní kompetence, využívat společenské zdroje, samostatnost v oblasti ekonomické, sociální i kulturní. Jejich schopnosti jsou posilovány nácvikem činností, které mohou použít pro běžný samostatný život a fungovat v přirozeném prostředí.

Mezi základní činnosti při poskytování sociální rehabilitace patří nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti, sociálnímu začleňování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí. Sociální rehabilitace podporuje schopnosti a znalosti postiženého, tak aby mohl dosáhnout normální sociální funkce.²⁹

Cílem sociální rehabilitace je rozvoj dovedností k nalezení vhodného pracovního uplatnění, zvýšení samostatnosti, posílení pracovních návyků a rozšíření zájmů o pracovní poměr.³⁰

²⁸Srov. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*, s. 107.

²⁹Srov. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*, s. 39.

³⁰Srov. VOSMÍK, M., BĚLOHLÁVKOVÁ, L., *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*, s. 142.

Sociální rehabilitace působí na zrovnoprávnění příležitostí. Postiženému jsou poskytnuty takové služby, kterými bude začleněn do společnosti. Pečovatelé postižených mají možnost vybrat rehabilitační programy. Někdy také mají možnost výběr v otázkách bydlení. Tímto způsobem se napomáhá k životní pohodě postižených lidí a k integraci do běžné společnosti. Sociální rehabilitace má humanitární význam. Podporuje všestranný rozvoj, seberealizaci, růst sebevědomí, socializaci a také pohodu postiženého. Dále má ekonomický význam. Umožňuje snižování počtu neaktivních postižených občanů, uvolňuje pečovatelské kapacity, snižuje nároky na služby a umožňuje pracovní začleňování postižených. Další důležitý význam je společenský. Stabilizuje sociální jistoty, využívá společenského potenciálu postiženého ke svému vlastnímu životu a obohacuje hodnoty minoritní společnosti postižených.

Podstatou sociální rehabilitace je, že se postižený naučí žít s vadou, poruchou, defektem a naučí se překonávat nedostatky a neschopnosti a dokáže si uchovat alespoň z části získané dovednosti. Na sociální rehabilitaci se musí podílet i samotný postižený. Je také samozřejmě podmíněna prostředím.³¹

Sociální rehabilitace má několik metod. Rozvíjí uchované schopnosti poškozené funkce i používáním reedukačních pomůcek (sluchadla, inzulinové pumpy, vozíky, tricykly). Využívá kompenzaci, kdy se zaměřuje na náhradní nepostižené funkce (znaková řeč, počítačová a zvuková technika, kompenzační pomůcky atd). Dopomáhá k přehodnocení životních hodnot, k vyrovnávání se s vadou, rozvoj osobnosti, aby postižený akceptoval svoji vadu s pomocí psychologických léčebných a speciálně-pedagogických prostředků.³²

Aby sociální rehabilitace mohla dobře probíhat, je nutné získávat podněty již v rodinném výchovném prostředí a vzděláváním. Tomuto tématu se bude věnovat následující kapitola.

³¹Srov. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*, s. 41.

³²Srov. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*, s. 71.

4 Výchova a vzdělávání mentálně postižených jedinců

Základem úspěšné integrace do společnosti je včasná výchova, soustavnost, vytrvalost, trpělivost a pevné vedení rodičů mentálně postižených dětí. Součástí výchovy je vzdělávání, které je náročné a zdlouhavé. Záleží na rodičích, jak se později rozhodnou, jakou cestou povedou své dítě. Zdali jsou ochotni přijmout své dítě i s postižením a nestydí za něj, nebo ho umístí do ústavu, či se budou snažit mu být nápomocni za jakýchkoliv okolností (viz. přílohy č. I, II). V přílohách ilustruji rozdílné postoje rodin ke svému postiženému dítěti. Františkova rodina se dokázala vyrovnat s faktem, že mají postižené dítě a nestydí se za něj. Naopak ho vedou do společnosti, kulturních zařízení a přirozeného sociálního prostředí. Díky podnětům a vlivům běžné společnosti se František dokáže přirozeněji pohybovat ve společnosti. Druhá rodina se za svou postiženou dceru stydí. Zamezuje jí kontakt se společností, zavírá jí doma. Ivana není vystavena těm vlivům společnosti, které by jí dopomohly s lepší integrací do majoritní společnosti.

Výchova je celoživotní proces. Zásadní je postupovat soustavně a systematicky. To je stálým opakováním, postupným rozvíjením a prohlubováním znalostí a dovedností. Výchova a vzdělání postiženého dítěte v rodině i ve škole je mnohem náročnější než výchova dítěte zdravého. Vyžaduje veliké pedagogické dovednosti a dosažené výsledky se projevují pomalu a nebývají trvalé.

Rodina obvykle potřebuje pedagogickou a psychologickou podporu. Je také přínosné, když rodiče mají možnost se setkávat s dalšími rodinami a mentálně postiženými dětmi. Mohou si předávat zkušenosti, rady a nejsou se svými problémy osamoceni. K tomuto účelu slouží rodičovské organizace a sdružení, pedagogickopsychologické poradny, ale především speciálně pedagogická centra pro lidi s mentálním postižením.

Podle novely školského zákona č. 472/2011 sb.³³, kterým se mění zákon 561/2004 o předškolním, základním, středním vyšším vzdělávání /školského zákona/ je vzdělávání v České republice založeno na zásadách:

a) rovný přístup každého občana České republiky nebo jiného členského státu Evropské unie bez diskriminace z důvodu – rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, víry, národnosti, etnického nebo sociálního původu, majetku, rodu, zdravotního stavu či jiného postavení

b) zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce

c) vzájemné úcty, respektu, názorové snášenlivosti, solidarity a důstojnosti všech účastníků vzdělávání

d) bezplatného základního a středního vzdělávání občanů České republiky nebo jiného členského státu Evropské unie ve školách, které zřizuje stát, kraj, obec nebo svazek obcí

e) svobodné šíření poznatků, které vyplývají z výsledků soudobého stavu poznání světa a jsou v souladu s cíli vzdělávání

f) zdokonalování vzdělávání na základě výsledků dosažených ve vědě, výzkumu a vývoji, uplatňování moderních pedagogických metod

g) hodnocení výsledků vzdělávání vzhledem k dosahování cílů vzdělávání stanovených zákonem vzdělávacími programy

h) možnosti vzdělávat každého po dobu celého života, spoluodpovědnosti za své vzdělání.³⁴

4.1 Předškolní a základní vzdělávání dětí s mentálním postižením

Pro utváření a formování osobnosti každého člověka a rozvoj jeho psychických i fyzických schopností je důležitá včasnost a rozsah výchovy, vzdělávání a předkládání podnětů. Podle výše uvedeného zákona (o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání) se předškolní vzdělávání stalo součástí systému vzdělávání. Předškolní výchova a vzdělávání mentálně postižených dětí zajišťují mateřské školy a speciální mateřské školy. Ve speciálních školách se berou v úvahu rozdílné možnosti a individuality dětí. S každým dítětem se pracuje individuálně dle

³³Srov. NOVELA ŠKOLSKÉHO ZÁKONA, č. 472/2011sb. [online].

³⁴Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 66.

jeho schopností a možností. Tím lze dosáhnout určitého vyrovnání jejich vzdělávacích šancí³⁵

Děti ve věku 3-6 let mohou navštěvovat mateřskou školu speciální, přípravný stupeň základní školy speciální nebo přípravnou třídu. Vzdělávání probíhá podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání.³⁶

Přípravný stupeň je určen pro děti s těžkým stupněm mentálního postižení, souběžným postižením s více vadami nebo autismem. Do přípravného stupně je možno dítě zařadit, pokud došlo k odkladu školní docházky a se souhlasem zákonného zástupce a na základě doporučení školského poradenského zařízení a odborného lékaře. Přípravný stupeň umožňuje školní vzdělávání žákům s mentálním postižením, kteří by vzhledem k těžšímu stupni mentálního postižení nebo dalším důvodům (zdravotním, případně i sociálním) nebyli schopni školního vzdělávání, ale u nichž jsou určité předpoklady rozvoje rozumových schopností.³⁷

Základní vzdělávání znevýhodněných a mentálně postižených probíhá několika způsoby. Jedná se o vzdělávání v běžné škole s individuální integrací nebo ve třídě speciálně pro žáky s postižením, v ZŠ praktické a ZŠ speciální pro žáky se zdravotním postižením.

4.1.1 Základní škola praktická, speciální a rehabilitační vzdělávací program

Základní škola praktická

V základní škole praktické jsou vzdělávání žáci s lehkou mentální retardací, popřípadě s jinou úrovní snížených rozumových schopností. Úkolem základní školy praktické je umožnit všem žákům, aby dosáhli co nejvyšší možné úrovně znalostí, dovedností, přičemž je nutné při těchto procesech dbát na jejich individuality a možnosti.³⁸

Základní škola speciální

Základní škola speciální vzdělává žáky s nedostatky rozumového vývoje, které jim brání ve vzdělávání v běžné základní škole i v základní škole praktické. Jsou to většinou žáci s mentálním postižením středního až těžkého stupně. Dovedou si však osvojit různé poznatky a dovednosti. Výchova a vzdělávání se zaměřuje spíše na pracovní

³⁵Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 68.

³⁶Srov. BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*, s. 149.

³⁷Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 84.

³⁸Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 73.

dovednosti, komunikační schopnosti, motorické schopnosti, samoobsluhu, samostatnost v běžném životě.³⁹

Rehabilitační vzdělávací program

V Rehabilitačním vzdělávacím programu jsou zařazeni žáci, kteří jsou handicapováni závažným mentálním postižením. Nemohou se vzdělávat v základních školách praktických ani v základních školách speciálních. Je jim umožněno s pomocí speciálněpedagogického vedení osvojit si některé vědomosti, dovednosti a návyky a tak dosáhnout určité míry soběstačnosti a integrace do společnosti.⁴⁰

Vzdělávání není členěno věkově, ale podle individuálních schopností žáka. Hlavní vzdělávací okruhy v těchto třídách jsou – komunikační dovednosti, rozvíjení hybnosti, sebeobsluha a kultivace osobnosti.⁴¹

4.2 Školní inkluze a integrace znevýhodněných dětí

Inkluze je vyšší stupeň integrace ve vzdělávání. Znamená větší přizpůsobení integrovaného jedince. Žáci mají být vychováváni ke vzájemné pomoci, pochopení a respektování.⁴²

Zastánci společného vzdělávání dětí se zdravotním postižením s vrstevníky bez postižení požadovali pro děti s postižením a jejich rodiče právo svobodné volby s možností navštěvovat běžnou školu v místě bydliště. Pak mluvíme o integraci a máme na mysli společné vzdělávání žáků se zdravotním postižením a dětí zdravých. Častější a přesnější je pojem inkluze jako vyšší stupeň integrace. Inkluze se týká všech účastníků vzdělávacího procesu, to je včetně těch, kteří mají speciální vzdělávací potřeby i jejich rodičů, učitelů, asistentů. Při integraci se zaměřujeme na potřeby jedince se znevýhodněním, ale pro inkluzi je charakteristické zaměření na potřeby všech vzdělávaných. Podstatou inkluzivního vzdělávání je snaha poskytnout všem dětem kvalitní vzdělání nezávisle na jejich schopnostech. Důraz je kladen na širokou dostupnost vzdělání pro každého. Důležitá je vstřícnost a otevřenost školy ke všem dětem, odborná vybavenost a pozitivní přístup pedagogických pracovníků zkoušet nové věci.⁴³

³⁹Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 84.

⁴⁰Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 87.

⁴¹Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 88.

⁴²Srov. BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*, s. 160.

⁴³Srov. UZLOVÁ, I. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*, s. 18.

V inkluzivní škole je víc než na výkon kladen důraz na proces učení, při kterém je různorodost kolektivu výhodou. Žáci se doplňují a inspirují a za to dostávají náležité ocenění. Integrovaní žáci mají úpravu učebních témat. Úpravou učební látky jsou sledovány dva cíle. To je zjednodušit učivo, aby bylo pro začleněného žáka srozumitelné a skloubit činnost třídy s činností žáka se znevýhodněním. Začleněný žák je, stejně jako spolužáci, zkoušen, vyvoláván a odevzdává úkoly společně s ostatními. Za práci je hodnocen, pouze rozsah učiva je jiný. Výuka však probíhá odlišně od vyučování nepostižených žáků, proto vyžaduje speciální učební metody, redukci učiva, individuální přístup a plán. Je vhodné, aby žák mohl mít k dispozici osobního asistenta, který ho provází školní docházkou. V České republice se proces integrace začal rozvíjet na začátku devadesátých let, ale není zcela dokončen. Mnohdy se projevují jednak materiální nedostatky (technické, finanční), jednak i bariery psychologické a sociální.⁴⁴

Někteří rodiče postiženého žáka se snaží prosadit možnost vzdělávat své dítě na normální škole, což je v souladu se současným trendem. Neuvědomují si leckdy tlak na dítě, které bude vzděláváno na horní hranici svých možností a schopností. Jiná skupina rodičů se této skutečnosti brání. Proto nejdůležitějším ukazatelem pro začlenění by měla být hloubka a míra postižení. Čím je však postižení závažnější tím, je celá situace složitější. U velmi závažných postižení není vhodné pokoušet se o integraci. Integrace žáků s mentálním postižením je vždy problematická, protože mají vzdělávací potřeby odlišné od svých nepostižených spolužáků. Postižení žáci by měli být vyučováni dle speciálních vzdělávacích programů za soustavného dohledu a pomoci asistenta také proto, aby nebyla rušena kvalita vyučování celé třídy.⁴⁵

V současné době je problematika integrace mentálně postižených žáků ve společnosti diskutována.

Samozřejmě, že jakákoliv snaha o integraci např. do běžné školy nemůže zabezpečit, že nedojde k segregaci, protože ta se v běžné třídě může rozvinout odlišností postiženého žáka, špatným přístupem učitele atd. Role učitele je proto v tomto procesu velice důležitá, musí se přizpůsobit novým podmínkám, změnit postoj a také přípravu, aby mohl správně reagovat na individualitu žáka. Učitel by měl ve své třídě udržet klidnou a vstřícnou atmosféru, aby nedocházelo právě k vyloučení postiženého žáka a motivovat zdravé spolužáky k toleranci, pochopení a přátelství.

⁴⁴Srov. UZLOVÁ, I. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*, s. 18.

⁴⁵Srov. tamtéž, s. 19.

Velice důležitá je role rodičů např. právě v integraci ve vzdělávání. Mnoho rodičů odmítá vzdělávání svého postiženého dítěte v běžné škole. Přestože chtějí, aby se dítě stýkalo s nepostiženými kamarády, mají veliké obavy z negativního přijetí, z kvality služeb, z izolace a zesměšňování. Přesto podle posledních studií bylo prokázáno velice málo případů negativního chování vůči postiženým spolužákům a většina rodičů se shoduje na tom, že integrovaná forma vzdělávání nabízí sociální kontakt všem – zdravým i postiženým.⁴⁶

Základní faktory ovlivňující úspěšnost školské integrace:

Mezi základní vlivy, které působí na školskou integraci, patří zejména: rodiče a rodina, škola, učitelé, poradenství a diagnostika, forma integrace, prostředky speciálně pedagogické podpory a zásady komunikace.⁴⁷

a) Rodiče a rodina - rodiče a rodina mají výsadní postavení v péči o dítě, což je také uzákoněno i v ustanoveních mnoha norem základních práv a svobod. Úspěšnou budoucí integraci dítěte do společnosti musí rodina sledovat od raného dětství, podnětným prostředím, volbou předškolního zařízení, výběrem školy a volnočasových aktivit. Nejistota rodiny způsobená obavami o zdraví dítěte vedoucí k větší opatrnosti, zvýšená citlivost vůči institucím, ekonomická a sociální nejistota, zvýšená psychická unavitelnost, nepřispívá k dobré atmosféře rodiny a tedy i k budoucí úspěšné integraci. Zcela zásadním negativním vlivem je nezájem rodiny o svého mentálně postiženého člena.

S integrací dítěte do běžné školy souvisí požadavky rodičů. Některé vyplývají z nesouhlasu s umístěním dítěte do speciální školy z důvodu zdánlivého sníženého sociálního statusu rodiny. Rodiče se rozhodují ze svého přesvědčení či po konzultaci s odborníky. Rodiče musí počítat s daleko větší angažovaností než v případě umístění ve speciální škole.

b) Škola přijímající dítě s postižením – měla by splňovat nejen náležitosti správního řízení, architektonické a speciální pomůcky, ale důležitá je celková výchovná atmosféra ve škole, kterou ovlivňuje úroveň pedagogického sboru. Pro bezproblémový pobyt dítěte s postižením ve škole je také rozhodující motivace spolužáků a jejich vztah ke vzdělání. Rodičům vyhovuje běžná škola, protože zapadá do každodenního rodinného života a vytváří větší společenské kontakty. Naopak rizikem školy s integrovanými dětmi je větší možnost šikany a záškoláctví.

⁴⁶Srov. BAZALOVÁ, B. Problematika integrace osob s postižením v současné době, s. 92.

⁴⁷Srov. MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*, s. 105.

c) Učitelé – mohou u nich převládat altruistické postoje a porozumění, profesionální zájem o nové pedagogické situace, ale i neschopnost odmítnout postižené dítě. Nepříznivým znamením by bylo, kdyby integrační úsilí bylo pro učitele spojeno s nepřiměřeně velkým úsilím, které by směřovalo k vytvoření syndromu „vyhoření“ a s tím spojený problematický výchovný proces. Především v integrovaných školách z důvodu náročnosti výuky je toto riziko pravděpodobnější. Rodiny postižených žáků mají zájem o výuku v běžných školách, ale na integraci jsou nejméně připraveni rodiče zdravých dětí, kteří zde vidí zhoršení podmínek pro jejich zdravé děti. Nejlepší možnost, jak se zbavit těchto obav, je pozitivní zkušenost soužití zdravých a postižených dětí. Tu mohou získat jen dobrým vedením připravených učitelů. Děti s postižením cítí spojenectví se svými vrstevníky a vytvářejí si zkušenost, že patří do běžné společnosti. To je výlučný příspěvek k budoucí integraci. Zdravé děti se učí vnímat děti s postižením docela přirozeně, bez nadměrné zvědavosti. Zdraví vrstevníci se mohou naučit pomáhat svým postiženým spolužákům.

d) Poradenská pracoviště – jejich cílem je co nejdokonalejší poznání člověka s postižením. Získávají informace o dotyčném jedinci a jeho možnostech zařazení do společnosti. Samotná diagnóza není cílem, ale objevování možností a schopností mentálně postiženého. Důraz je kladen na naplňování individuálních specifických potřeb. Poradenský pracovník na základě lékařské zprávy, rozhovoru s rodiči a vlastní speciální pedagogické diagnostiky vysloví svá doporučení. Rodiče by měli být seznámeni s cíli v individuální zprávě z vyšetření.

Speciálně pedagogická centra pro mentálně postižené - SPC jsou součástí mateřské školy speciální, základní školy praktické nebo speciální. Mohou existovat jako samotná školská zařízení. Činnost centra se uskutečňuje ambulantně na pracovišti centra a návštěvami pedagogických pracovníků centra ve školách a školských zařízeních nebo v rodinách a v zařízeních pečujících o žáky. SPC se především zabývá depistáží, vede evidenci žáků, zabývá se logopedickou péčí, přípravou na zařazení do vzdělávacího procesu. Mezi úkoly SPC také patří zpracování podkladů k rozhodnutí o zařazení žáka do integrovaného nebo speciálního zařízení, vypracování návrhu způsobu vzdělávání a výchovy postižených dětí.

Speciálně pedagogická diagnostika – jejím úkolem je také včasné zachycení poruchy již v raném a předškolním věku dítěte a zahájení speciálně výchovné péče, která zmenšuje negativní důsledky základního typu poškození.

Pedagogicko psychologické poradny (PPP) jsou poradenská zařízení, která se zaměřují na problematiku výchovy i školního vzdělávání dětí.

e) Forma integrace - jedná se o dvě formy – zařazení do běžné třídy základní nebo do speciální třídy téže školy. Obě formy mají své výhody a nevýhody. Plné začlenění dítěte s postižením do přirozeného sociálního prostředí se skupinou zdravých žáků je náročné na odborné vedení prostředky speciálně pedagogické podpory. Ve speciálních třídách základních škol vyučuje speciální pedagog. Kontakt žáků s přirozeným prostředím není tak omezen jako ve speciálních školách či ústavech. V praxi jsou speciální třídy zřizovány tam, kde není speciální škola.

f) Prostředky speciálně pedagogické podpory – Pro úspěšnou školní integraci je třeba kvalitní personální zabezpečení. To se týká metodické speciálněpedagogické a proinkluzivní vybavenosti učitelů základních škol. Do té patří znalosti z oboru speciální pedagogiky, didaktiky a metodiky. Kromě učitelů jsou dalšími členy týmu asistenti pedagoga, osobní asistenti, výchovní poradci, školní speciální pedagogové, podpůrní učitelé. Podpůrný učitel ulehčuje situaci druhému učiteli, přináší nové vyučovací metody a klade důraz na profesionální týmovou práci. Osobní asistent bývá nápomocen dětem s těžším tělesným či mentálním postižením.⁴⁸

g) Zásady pro komunikaci – s mentálně postiženými dětmi v základní škole je třeba se individuálně přizpůsobovat potřebám a možnostem těchto žáků. Přistupujeme empaticky, respektujeme delší čas na otázku a odpověď, zejména při snížené schopnosti jedince porozumět otázce. Zohledňujeme sníženou kvalitu vyjadřování a omezenou slovní zásobu, respektujeme pomalejší mluvní tempo, problémy s výslovností a artikulací. Vyhýbáme se používání abstraktních pojmů a cizích slov. Myšlenky vyjadřujeme jasně a srozumitelně. Ověřujeme si, zda nám dítě rozumělo.⁴⁹

Pro žáka se zdravotním postižením mohou být jeho zdraví spolužáci zdrojem určité motivace k různým činnostem, aktivitám, a to nejen ve škole, nýbrž i ve volném čase. Obě skupiny žáků mají možnost blíže se seznámit, uvědomit si, že nejsme všichni stejní. Opět je možný předpoklad kladně ovlivnit budoucnost žáků, omezením segregační tendence a navazováním kamarádských vztahů mezi zdravými vrstevníky. Je předpoklad, že žák se zdravotním postižením bude i v dospělosti zachovávat vztahy se spolužáky a nejen s osobami se stejným postižením. Výhodou je, že žák s mentálním postižením není segregován mezi stejně postižené žáky. Tak nedochází ke vzájemnému

⁴⁸Srov. MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*, s. 107-121

⁴⁹Srov. BENDOVIÁ, P. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*, s. 73-74.

utvrzování obdobných životních zkušeností, postojů a názorů separovaných spolužáků. Silným faktorem je i každodenní pobyt mentálně postiženého žáka v přirozeném prostředí, který má možnost poznávat svět v reálných podmínkách. Tím se připravuje na budoucí život v běžné společnosti. Toto jsou základní výhody školské integrace.

4.3 Inkluze a integrace při volnočasových aktivitách

Smysluplné využití volného času je zásadní také pro tyto děti. Aktivitu, kterým se dítě se zdravotním postižením věnuje a cítí se v něm dobře, jsou zdrojem k jeho učení a důležitým bodem k jeho vývoji.

Národní institut dětí a mládeže společně s MŠMT uskutečnil v roce 2009 průzkum v rámci projektu Klíče pro život, kterým zjišťoval, jaké mají možnosti děti se speciálními vzdělávacími potřebami v oblasti volnočasových aktivit. Výzkum prokázal, že zapojení dětí se znevýhodněním do zájmového vzdělávání a kroužků je nízké. Ukázalo se, že zájmová činnost v běžném prostředí není vždy přístupná všem dětem bez rozdílu. Chtějí-li se zapojit děti se specifickými potřebami, naráží na spoustu bariér a odmítnutí. Dalším problémem byla malá informovanost rodičů, kteří nezkusí ani běžný zájmový kroužek a rovnou vyhledávají specializované zařízení.⁵⁰

Někteří rodiče nejsou ochotni poskytnout zájmovému zařízení honorář, protože nepovažují zájmový kroužek pro své postižené dítě za důležitý. Zde se ukazuje i sociální a společenská úroveň rodiny, jak hodnotí důležitost vzdělávání dítěte v běžných zájmových kroužcích.

Přínos integrace a inkluze ve volnočasových aktivitách pro dítě s postižením spočívá v tom, že jsou konfrontovány s realitou každodenního života, mohou se učit od svých vrstevníků nápodobou, mají dostatek příležitostí k nácvičce sociálních dovedností, mohou se srovnávat s vrstevníky bez postižení, mohou rozvíjet svoji samostatnost a posilují si sebevědomí.

4.4 Následné vzdělávání lidí s mentální retardací

Po ukončení základní školní docházky ve výše uvedených typech škol mají mentálně postižení žáci možnost pokračovat ve svém vzdělání mnoha způsoby.

⁵⁰Srov. UZLOVÁ, I. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*, s. 94.

Mohou nastoupit na odborná učiliště, kde doplňují učivo ze základní školy. Žáci mohou nastoupit do praktické školy, kde probíhá střední vzdělávání mentálně postižené mládeže. Praktická škola může být dvouletá po ukončení základní školy praktické nebo jednoletá pro žáky s těžkým zdravotním postižením.⁵¹

V této kapitole jsem zmínila vzdělávání, výchovu, základní faktory ovlivňující úspěšnost školní integrace a možnosti volnočasové integrace. Podívejme se, jak probíhá socializační proces mentálně postižených občanů.

⁵¹Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 95-110.

5 Socializace mentálně postižených

Socializace je proces začlenění jedince do společnosti. Probíhá celý život, ale nejdůležitější je v dětství a mládí. Záleží zejména na postoji rodiny, jaké dává dítěti podněty a tím umožňuje jeho včlenění do společnosti (viz. příloha č. IV)

Společnost je jeden z faktorů, který ovlivňuje vývoj jedince. Socializačním působením mu umožňuje postupné začleňování do společnosti. Prostřednictvím sociálního učení si jedinec osvojuje žádoucí normy a role, případně získává nové. Socializace je proces, který se uskutečňuje na základě vzájemného působení mezi jedincem a společností. Přispívá k rozvoji osobnosti prostřednictvím získávání různých variant lidského chování a prožívání. Jedná se o získání jistého systému hodnot, norem a rolí, o schopnost komunikace a autoregulaci vlastního chování. Socializací se vytvářejí vztahy k jednotlivcům, skupinám i celé společnosti. Pokud některá složka socializačního procesu je podstatně změněna nebo je hodně odlišná, výsledek není v normě. Odlišnost očekávaného chování působí na reakce laické veřejnosti.⁵²

Socializace mentálně postižených osob je opožděna. Jedinec nemá rozvinuté všechny kompetence, které jsou potřeba k osamostatnění. Často může mít problémy v základním porozumění řeči a hůře se samostatně vyjadřuje. Bývá velice obtížné se v některých případech s mentálně postiženými domluvit, odhadovat jejich reakce, protože jedním ze znaků mentálního postižení je snížená schopnost sebeovládání. Jejich nestandardní reakce způsobují to, že jsou společností negativně hodnoceni. Mentální postižení je chápáno společností jako stigmatizující postižení. Sociální status mentálně retardovaných je velice nízký. Protože péče a zátěž rodičů o dítě a přizpůsobení se situace vyvolává změnu hierarchii hodnot, může docházet k sociální stigmatizaci rodiny a izolaci, což leckdy způsobí ztrátu pozice ve společnosti.⁵³

Sociální stigmatizace bývá přímo úměrná nápadnosti vzhledu i chování postižených a odlišnosti od očekávaného standardu. V průběhu dětství spíše zvyšuje, u malých dětí, kojenců a batolat nejsou rozdíly tak zřejmé. Mentální postižení je spojeno

⁵²Srov. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J.: *Pedagogický slovník*, s. 322.

⁵³Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 307.

s opožďováním v oblasti socializace. To se projeví především zvýšenou závislostí se všemi důsledky. V raném věku přetrvává vazba na matku ve své původní symbiotické podobě. Mentálně retardované děti obvykle nemají rozvinuty všechny kompetence, které jsou k postupnému osamostatňování potřebné a nemají ani potřebu seberozvoje“.⁵⁴

5.1 Vliv rodinného působení na začlenění mentálně postiženého osoby do společnosti

Rodina je pro mentálně postižené základním činitelem socializace. Vliv rodinného působení má zásadní význam v budoucím začlenění mentálně postiženého jedince do společnosti. Někteří rodiče již od útlého dětství se maximálně snaží podpořit vlohly a schopnosti, které postižený má.

Rodiče potřebují vědět, jak ke svému dítěti přistupovat. Záleží na stylu výchovy, který uplatňují. Příliš úzkostná péče dětem neprospívá, nenaučí je překonávat překážky. Důležité je zaměření na správný vývoj dítěte, rozvoj poznání, vytvoření základních dovedností a návyků, rozšíření slovní zásoby, sebeobslužných návyků, samostatnosti v rozhodování a zapojení do praktických činností. Důležité je jednat s dítětem s ohledem k jeho vývojovému stupni a nezahlcovat ho přespříliš podněty.⁵⁵

Již od útlého dětství je třeba nacvičovat sociální dovednosti. Jsou to dovednosti, které jsou používány v mezilidských vztazích, umožňují vyjadřovat své potřeby, mluvit o svých pocitech a zároveň brát ohledy na potřeby druhých lidí. Vedou k posílení sebedůvěry. Sociální dovednosti mají tři složky. Dovednost správně vnímat, správně chápat a správně sdělovat a reagovat.⁵⁶

Rodina poskytuje několik příkladů sociálního chování na verbální i neverbální úrovni. Pro úspěšný rozvoj dítěte a k pochopení příkladů musí dítě disponovat dostatečnými schopnostmi. Mentálně postižené dítě může pozorovat, ale obtížně porozumí principům. Proto výchovné vedení má vycházet z jednoduchých, srozumitelných a často opakovaných variant chování.

Proces osvojování rolí si rodina kontroluje i modifikuje. Dítě tím získává zkušenosti, že chování má svá pravidla, normy a ty je třeba dodržovat. U mentálně

⁵⁴Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 307.

⁵⁵Srov. BARTOŇOVÁ, B. BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., *Psychopedie, Texty k distančnímu vzdělávání*, s. 51-53.

⁵⁶Srov. VOSMÍK, M., BĚLOHLÁVKOVÁ, L., *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*, s. 116-117.

postižených dětí bývá vývoj v oblasti sociální regulace zpomalený z důvodu nedostatečného rozvoje myšlení, pomalejšího učení, stereotypnější a nesamostatné strategie adaptačního chování. Přetrvává zde infantilní závislost na autoritě a malá potřeba samostatnosti. Autoregulace se vyvíjí mnohem pomaleji. Obtíže v rozvoji nastávají, pokud jsou rodičovské postoje deformovány a rodiče nemají stimulační požadavky nebo jsou jejich příkazy a zákazy ambivalentní a nedůsledně hodnoceny. U rodin postižených dětí je tendence k extrémním výchovným praktikám větší než u zdravých. Pro socializační vývoj postiženého dítěte je důležitý model sociálního chování rodiny, později chování učitele ve třídě a vrstevníků. Někteří rodiče postiženého dítěte mívají menší tendenci dítě adekvátně stimulovat, což vede k vývojové stagnaci. V tomto případě může pomoci včasné, speciálně pedagogické vedení a propojení s jinými sociálními strukturami.⁵⁷

Existence mentálně postiženého jedince je kritickou událostí, která působí v rodině jako systému interaktivní vztahů. Jedná se o poruchu jednoho z jejích subsystémů. Toto je jedna stránka věci. Rodina jako mikrosystém funguje zároveň v interakci se svým okolím blízkým tzv. mezosystémem i v širším, tedy makrosystémem a v neposlední řadě i se společenskými institucemi pro ni důležitými – exosystémy. Tyto vzájemné vazby formují schopnost rodiny svého postiženého začlenit do společnosti.⁵⁸

Vrcholem začlenění mentálně postižených lidí do společnosti je schopnost si najít a udržet práci. O této problematice budu pojednávat v následující kapitole.

⁵⁷Srov. BARTOŇOVÁ, B. BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., *Psychopedie, Texty k distančnímu vzdělávání*, s. 52.

⁵⁸Srov. MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*, s. 359.

6 Pracovní schopnosti mentálně postižených osob

Rodiče si častou kladou otázku týkající se uplatnění jejich mentálně postižených dětí na trhu práce. Uvědomují si, že se jedná nejen o ekonomickou situaci, ale i o sociální status, ale také o vlastní seberealizaci.

Pracovní potenciál člověka se skládá z:

a) Intelektuálních předpokladů – intelekt, vnímavost, pozorovací schopnost, postřeh, všímavost, pozornost, soustředěnost, vytrvalost, senzomotorická koordinace, dovednosti, návyky, emocionální stabilita, vůle a schopnost nepodléhat únavě.

b) Manuálních předpokladů – pracovní pohybové návyky, zručnosti a používaná fyzická síla. Předpokladem pracovní činnosti jsou psychofyziologické, motorické a manuální schopnosti. Mentálně postižení jedinci mívají těchto schopností nedostatek a v určitém věku dokonce úbytek. Z tohoto důvodu nejsou schopni samostatně pracovat v běžném pracovním procesu.⁵⁹

U postižených jedinců při volbě budoucího povolání, působí několik faktorů, které se vzájemně ovlivňují nebo vylučují. Jsou to často nereálné představy o profesi s nepřiměřeným očekáváním, bez konkrétní znalosti, co jednotlivá zaměstnání vyžadují. Toto by mohly umožnit praxe, které však, na rozdíl od zahraničí v Rakousku a Německu, u nás pro žáky ZŠS možné nejsou. V České republice jsou individuální praxe umožňovány jen v rámci tranzitních programů. Cílem je vyzkoušet si práci, získat sociální a pracovní dovednosti a zvýšit svoji samostatnost.⁶⁰

I na tak jednoduché práci, jako je přebírání brambor, můžeme pozorovat rozdílný přístup mentálně postižených jedinců a jejich schopnost se vyrovnat s požadavky práce. Je také poznat, jak je dítě z domova vedeno k pracovním povinnostem (viz. příloha IV).

⁵⁹Srov. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*, s. 115.

⁶⁰Srov. PROCHÁZKOVÁ, L., Podpora mladých lidí při volbě povolání, *Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2015, roč. 25, č. 1, s. 84.

6.1 Nedostatek pracovních příležitostí pro mentálně postižené osoby

Práce je důležitá pro vrůstání člověka do společnosti, díky ní přebíráme sociální role. Problémy vznikají při jejím hledání, zvláště u člověka s postižením, který může uplatnit pouze zbytkové pracovní schopnosti, proto nedosahuje stejných pracovních výkonů, jako lidé bez postižení. Vytváří se tak závažný sociální problém - nízká zaměstnanost lidí s postižením.⁶¹

Osoby s postižením jsou na trhu práce znevýhodněnou skupinou, ubývá pracovních míst, která nevyžadují žádné předchozí dovednosti a zkušenosti. Lidé s postižením se ocitají na trhu práce vedle veliké konkurence a v nerovném postavení. I člověk s postižením vnímá absenci práce negativně. Poskytnout osobám s mentálním postižením možnost zaměstnání neznamena jen poskytnout jim výdělek, ale přiznat jim sociální postavení ve společnosti. Pracující začíná být soběstačnejším a více nezávislým. Osoby se středním postižením mentální retardace se realizují prostřednictvím práce v chráněných dílnách nebo v podporovaném zaměstnávání. Jedná se o profese, které pro jednodušnost nejsou příliš vyhledávány. Například pomocník v kuchyni, pomocný zahradník atd. Jedná se o zaměstnání přidělované určitým skupinám postižených a tato pracoviště musí zohledňovat specifické podmínky práce, jako jsou protetické, kompenzační pomůcky, bezbariérové úpravy pracoviště a přesná specifikace přidělené činnosti. V daném prostředí musí být zajištěny podmínky zácvičku a přiměřený dohled odpovědné osoby.⁶²

S organizací práce souvisí i mezilidské vztahy na pracovišti. Důležité je, aby postižený dokázal chápat postoje zdravých kolegů a vyrovnávat se s nimi a na druhé straně zase schopnost a vůli zdravých spolupracovníků pochopit postiženého – rozumět mu, tolerovat a vcítit se do něj.⁶³

⁶¹Srov. HUBLAR, J. Pracovní uplatnění lidí se zdravotním postižením jako nedílná součást jejich integrace, *Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2013, roč. 23, č. 2, s. 143.

⁶²Srov. BARTOŇOVÁ, B. BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., *Psychopedie, Texty k distančnímu vzdělávání*, s. 88.

⁶³Srov. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*, s. 129.

6.2 Podporované zaměstnávání

Smyslem podporovaného zaměstnávání je vyrovnávání příležitostí pracovního uplatnění lidí, kteří jsou znevýhodněni na trhu práce, pomoci těmto lidem získat zaměstnání, které odpovídá jejich zájmu, schopnostem a možnostem. Cílem je zvýšit samostatnost a dovednosti, které jsou třeba k získání zaměstnání a přivyknout si na pracovní činnost a zároveň si rozšířit zájem o profesní rozvoj.⁶⁴

„Program podporovaného zaměstnávání usiluje o plnohodnotnou integraci člověka s mentálním postižením na trhu práce, která zahrnuje pracovní i společenské začlenění.“⁶⁵

Práce je smysluplná a placená, je vykonávána na obvyklém pracovišti mezi zdravými spolupracovníky a je realizována jenom pomocnými a nekvalifikovanými činnostmi. Podpora pracovníka je zajištěna sledováním práce pracovními asistenty a je prováděna zaměstnavatelem pomocí vlastního zaměstnance, nebo dobrovolníka.⁶⁶

Cílem asistence je začlenit klienta podle jeho pracovních schopností do vhodného pracovního procesu a prostředí. Asistence má podporovat vzájemné vazby mezi pracovníkem a spolupracovníky. Po dosažení úspěšného nácviku se upouští od podpory. Pracovní uplatnění zamezuje vzniku sociálního vyloučení.⁶⁷

6.3 Chráněné dílny

Chráněné dílny jsou pracoviště pro občany, kteří mají sníženou schopnost pracovat a sníženou možnost se uplatnit na trhu práce. Poskytují jim pracovní a společenské uplatnění. Chráněná dílna je pracoviště zaměstnavatele, které je na základě dohody s úřadem práce a je přizpůsobeno pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Pro každého se z nabízených možností hledá nejvhodnější místo podle jeho dovedností. Pracuje se podle individuálních plánů, které vyhodnocují sociální pracovníci spolu s terapeuty a supervizorem. Společně hodnotí dosahování cílů a individuální pracovní

⁶⁴Srov. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost – edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*, s. 53.

⁶⁵BARTOŇOVÁ, B. BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., *Psychopedie, Texty k distančnímu vzdělávání*, s. 91.

⁶⁶Srov. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost – edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*, s. 54.

⁶⁷Srov. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost – edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*, s. 54.

plán. Smyslem pracovní rehabilitace v chráněných dílnách je průprava pro práci v nechráněných podmínkách.⁶⁸

⁶⁸Srov. BARTOŇOVÁ, B. BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., *Psychopedie, Texty k distančnímu vzdělávání*, s. 89-90.

7 Vlivy, které působí na úspěšné zařazení mentálně postižených jedinců do společnosti.

V této kapitole jsou shrnuty vlivy, které pomáhají mentálně postiženým jedincům se začlenit do společnosti.

Mezi základní faktory, které ovlivňují úroveň zařazení mentálně postiženého jedince do společnosti, patří zejména:

a) Rozsah a hloubka postižení - Úspěch osob s mentálním postižením v zařazení se do společnosti závisí na mnoha faktorech, především je to hloubka postižení, prostředí, ve kterém postižený žije a možnosti k jeho úspěšnému začlenění. Je zcela zřejmé, že čím je menší postižení, tím je lepší předpoklad dobré integrace do společnosti. (viz. příloha č. I, č. II, č. IV)

b) Míra socializace - Základní podmínka úspěšného zařazení do společnosti je socializace. V tomto procesu jde především o zvládnutí uznávaných způsobů chování a jednání, dodržování určitých hodnot platných v dané společnosti. K úspěšné socializaci mentálně postižených přispívají edukativní postupy jak výchovné, tak vzdělávací nebo např. i komplexní příprava formou ucelené rehabilitace.

Nejdůležitější roli v socializaci dítěte sehrává rodina. Je to první sociální prostředí, s nímž se dítě setkává a nejvíce je ovlivňuje. Přístup rodičů k dítěti je hlavním faktorem výchovy v rodině.⁶⁹

Rodina, která svému postiženému dítěti předkládá nové podněty, aktivně ho vede k účasti na chodu rodiny, umožňuje mu účastnit se kulturního a společenského života, je důležitým faktorem při začleňování do společnosti (viz. příloha č. III).

Rozhodnutí, kde bude postižený žít, by mělo zohledňovat přání mentálně postiženého člověka a jeho rodiny. Také tím se prokazuje společenský status rodiny (materiální důvody, sociokulturní prostředí). Při plné rodinné péči mentálně postižený jedinec žije jen v rodině a na té záleží, jak s ním bude nakládáno, zda mu bude pouze

⁶⁹Srov. VÁGNEROVÁ, M., HADJMOUSSOVÁ, Z. *Psychologie handicapu*, s. 14.

poskytnuto zabezpečení materiální, nebo bude stimulován ke svému prospěchu a veden k získání soběstačnosti a postupné integraci

c) Působení institucí – V současné době je možné, aby se na péči o mentálně postižené podílely, vedle státních institucí i občanská sdružení a společenské organizace. Tyto organizace mají velký význam v oblasti volnočasových aktivit lidí s mentálním postižením. V ČR je nejznámější Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. Toto zařízení pořádá různé rehabilitační rekreační akce, různé formy turistiky, prázdninové letní i zimní rekreační pobyty s vhodnou pohybovou náplní i jiné jednorázové či celoročně probíhající akce. To jsou všechny aktivity kladně ovlivňující zapojení do společnosti.

d) Poradenství a diagnostika – Systém pedagogicko - psychologického poradenství představuje komplex poradenských služeb určených žákům, jejich učitelům, ostatním pedagogickým pracovníkům a rodičům a je podpůrnou součástí úspěšné integrace. Cílem je poskytování podpory a odborné pomoci při řešení osobních problémů žáků, řešení obtíží a problémů psychického a sociálního vývoje v průběhu vzdělávacího procesu. Napomáhá při začleňování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol běžného typu. Systém pedagogicko-psychologického poradenství tvoří síť poradenských služeb určených dětem, mládeži a jejich rodičům, učitelům a dalším pedagogickým pracovníkům. Speciálně pedagogická centra jsou důležitá v integračním procesu postiženého jedince. Bez jejich diagnostiky, doporučení a návrhu na individuální vzdělávací program, by integrace ani nemohla proběhnout.

e) Školní výchova a vzdělávání – Dalším výsadním rozhodnutím rodiny je volba druhu mateřské školy a školy běžné nebo speciální. Souhlas nebo nesouhlas integrací a inkluzí je také projevem názoru rodiny.

Zařazení do školního vzdělávání podle postižení, doporučení poradenského zařízení a rozhodnutí rodiny (ZŠ nebo integrace do normální školy) podmiňuje integraci do společnosti tím, že vzděláním se rozšíří samostatnost a sebedůvěra.

f) Následná péče - (ústavní nebo domácí) - Rodiny neschopné postarat se o své postižené a rodiny, které nemají zájem, volí ústavní celoroční péči. Toto řešení bývá pravidlem v případech těžšího postižení. Využití služeb stacionářů denních nebo týdenních se jeví jako příznivé řešení. Mentálně postižený jedinec žije ve své rodině, ať je jakákoliv, ale její působení je doplňováno činnostmi stacionáře. Může tak být potlačena skutečnost případného nepodnětného vlivu rodiny (viz. příloha č. II).

g) Sociální rehabilitace - V rámci sociální rehabilitace se mohou postižení naučit se zvládat péči o vlastní osobu, tím zvyšovat soběstačnost, samostatnost v oblasti ekonomické, sociální i kulturní. Vlivem sociální rehabilitace mentálně postižení dosáhnou větší nezávislosti. Vůle rodiny, která je podmíněná její sociální a kulturní úrovní, je také významná při výběru rehabilitačních procesů. Jedním z nich je také návštěva kulturních programů (viz. příloha I).

h) Individuálně zacílená pracovní rekvalifikace - Produktivní práce je podstatnou formou životní seberealizace každého člověka. Lidé se zdravotním postižením však hledají zaměstnání, ve kterém by mohli uplatnit své pracovní schopnosti, mnohem obtížněji než ostatní lidé. Jednou z forem pomoci lidem s postižením je pracovní rehabilitace zaměřená na získání specifické odbornosti a určité zaměstnanecké pozice. Při jejím organizování je třeba vycházet z potřeb, přání a reálných možností těchto lidí. Prostý fakt účasti na pracovním procesu je forma začlenění do společnosti.

Všechny tyto vlivy jsou podmíněny rodinou, která je pro mentálně postižené základním činitelem socializace. Materiální, společenská a kulturní úroveň rodiny zásadně ovlivňuje kvalitu integrace jejího postiženého člena do společnosti (viz. příloha č. III).

Aby se dítě mohlo v budoucnu úspěšně zařadit do společnosti, musí rodina mít na něj podnětný vliv. Dítě s mentálním postižením znamená pro rodinu mnoho změn a určitou zátěž. Ideální adaptace rodiny na tuto situaci znamená uspořádání rodinného života tak, aby splňovala potřeby dítěte s postižením, ale i ostatních členů rodiny. Již od útlého dětství by měla rodina pomoci svému dítěti najít cestu ke komunikaci s okolím, seznamovat ho s různými životními situacemi, nenechávat dítě v izolaci a včas mu dávat podněty v rozvoji a výchově.⁷⁰

Ne každá rodina je sociokulturně zdatná. Může mít finanční, společenské potíže vzniklé v důsledku nedbalosti, příslušnosti k problémovým rodinám, malé vzdělanosti nebo patologické odchylky. Tam se často ukazuje negativní vývoj dítěte. Může být způsoben nejen nedostatkem financí, kulturních hodnot, ale i zanedbáváním výchovy (viz. příloha č. II, kazuistika č. 2).

Rodina, která usiluje o plnohodnotnou integraci postiženého dítěte, snaží se o společenské a pracovní uplatnění, o zvýšení míry samostatnosti a kulturně dítě

⁷⁰Srov. BARTOŇOVÁ, B. BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., *Psychopedie, Texty k distančnímu vzdělávání*, s. 48.

vzdělává, má lepší šanci své dítě integrovat do společnosti (viz. příloha č. I., kazuistika č. 1).

Stává se, že rodina vyvíjí maximální úsilí o rozvoj všech schopností, ale v důsledku rozsahu postižení, není dotyčný člověk schopen ve společnosti přiměřeně fungovat (viz. příloha III, ilustrativní vzorky). Testy obou sledovaných osob jsou porovnány v příloze č. IV.

Také s ohledem na přiložené kazuistiky můžeme v předložených případech konstatovat, že při zhruba podobném postižení, je schopnost fungovat ve společnosti samostatně a přiměřeně zvyklostem vypěstována u Františka. Je to dáno laskavým a poučeným přístupem rodiny ke svému synovi, její snahou pomoci mu být dostatečně soběstačný. Na rozdíl od Ivanky, která jako byla rodinou (kromě milujícího bratra) spíše trpěna, než všestranně podporována.

8 Závěr

Na ilustrativním vzorku jsem ukázala, že na míře schopnosti včlenění mentálně postižených jedinců do společnosti majoritní i ústavní, má, samozřejmě kromě hloubky postižení, také vliv sociálního původu. Tato okolnost se konečně projevuje i u zdravých lidí, kteří bývají schopni se ve svém životě s touto situací vyrovnat. U postižených lidí je schopnost vlastním úsilím vymanit se z nepříznivé situace potlačena.

Děti, pocházející z rodiny nejenom dobře finančně zavedené, ale i sociokulturně na výši, jsou lépe vybaveny pro život ve společnosti. To platí především pro mentálně postižené, kteří potřebují důslednější vedení.

Problematika integrace je proměnlivá s ohledem na vstupní parametry zúčastněných stran. Integrace do společnosti je dána také osobnostními vlastnostmi jedince a přístupem společnosti, ve které jedinec žije a samozřejmě vlivem jeho rodiny, jejím materiálním zabezpečením a hlavně kulturní úrovní. V té chápou dobrou znalost problematiky výchovy postižených dětí a především vůli zajistit svému dítěti nejlepší možné. Předpokládáme-li, že výška sociální a společenské úrovně je určena kromě dostatečného materiálního zabezpečení také jistou kulturní a vzdělanostní saturací, pak z mého šetření vyplývá, že se zdá být lepší postavení postiženého jedince z bohatší rodiny, která v tomto případě má dobrou kulturní úroveň. Ze své denní praxe v denním stacionáři usuzuji, že rozhodným činitelem postavení mentálně postižených lidí ve společnosti není úroveň materiální, ale spíše kulturní. Nejzásadnější vliv však má hloubka postižení jedince.

Seznam použitých zdrojů

BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. 1.vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

BARTOŇOVÁ, B. BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie, Texty k distančnímu vzdělávání*, 2.vyd. Brno: Paido, 2007, ISBN 978-80-7315-161-4.

BENDOVÁ, P. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3853-6.

BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J. *Světy postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988. ISBN 08-083-88.

JANDOUREK, J. *Úvod do sociologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-749-3.

JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*, 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005, ISBN 80-246-1056-6.

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

MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*, 1. vyd. Olomouc 2001, ISBN 80-244-0077-4.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J.: *Pedagogický slovník*, Praha: Portál 2003, ISBN 80-7178-7728.

ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost – edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 80-246-0992-4.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

UZLOVÁ, I. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-764-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-488-8.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M., HADJMOUSSOVÁ, Z. *Psychologie handicapu*. Liberec: TU, 2003. ISBN 80-7083-764-0.

VOSMÍK, M., BĚLOHLÁVKOVÁ, L., *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-687-2.

Články

BAZALOVÁ, B. Problematika integrace osob s postižením v současné době. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. 2004, roč. 14, č. 2, ISSN 1211-2720.

HUBLAR, J. Pracovní uplatnění lidí se zdravotním postižením jako nedílná součást jejich integrace, *Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2013, roč. 23, č. 2, Praha: Univerzita Karlova, 2013. ISSN 1211-2720.

PROCHÁZKOVÁ, L., Podpora mladých lidí při volbě povolání, *Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2015, roč. 25, č. 1, Praha: Univerzita Karlova, 2015. ISSN 1211-2720.

LEDNICKÁ, I. Zamyšlení nad problémem mentálního postižení. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. 2004, roč. 14, č. 1, ISSN 1211-2720.

Internetové zdroje

MKN-10 - TABELÁRNÍ SEZNAM [online]. [cit 23. 12. 2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/mkn-tabelarni-cast>>.

NOVELA ŠKOLSKÉHO ZÁKONA č. 472/2011sb. [online]. [cit 27. 12. 2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/skolsky-zakon>>.

OSOBNÍ ASISTENT [online]. [cit 12. 3. 2016]. Dostupné na WWW: <<http://www.osobniasistent.cz/osobni-asistence/>>.

ZÁKONY PRO LIDI [online]. [cit 12. 3. 2016]. Dostupné na WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108www>>.

Seznam zkratk

CAT-CRY	Syndrom kočičího mňoukání (delece 5. chromozomu)
CNS	Centrální nervová soustava
F 70	Lehká mentální retardace
F 71	Střední mentální retardace
F 72	Těžká mentální retardace
F 73	Hluboká mentální retardace
F 78	Jiná mentální retardace
IQ	Intelligenční kvocient
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MR	Mentální retardace
WAIS-R	Wechslerova revidovaná intelektová škála
ZŠ praktická	Základní škola praktická
ZŠ speciální	Základní škola speciální

Seznam příloh

Příloha I.	Kazuistika č. 1
Příloha II.	Kazuistika č. 2
Příloha III.	Ilustrativní vzorky
Příloha IV.	Porovnání a zhodnocení vzorků

Příloha I.

Kazuistika č. 1

Rodinná anamnéza

Klient žije v úplné a harmonické rodině s výborným sociálním a hmotným zajištěním. Oba rodiče pracují. Otec je zaměstnán ve filharmonii a matka je zdravotní sestra, ale v současné době pracuje jako sociální pracovnice. Klient má bratra, který má stejné mentální postižení. Má s ním upřímný vztah. Rodina je velmi dobře sociálně a finančně zabezpečena. Klient udržuje dobrý vztah s babičkou, která žije ve společné domácnosti. Oba rodiče věnují maximální úsilí o rozvoj svých postižených dětí.

Osobní anamnéza

Jméno: František

Datum narození: 10. 10. 1979

Zdravotní omezení: lehká mentální retardace, organicita CNS, postižena jemná motorika ruky

Průběh těhotenství a porodu:

matčino druhé těhotenství, nekomplikované, zakalena plodová voda, porod v termínu, 3800g a 52cm, nekříšen, poporodní adaptace dobrá.

Vývoj:

Byl velice zdatného vzrůstu, dobře jedl. Samostatná chůze až po 17 měsíci. Řeč opožděná. Před třetím rokem hospitalizace pro podezření na postižení CNS. Stanovena diagnóza – mentální retardace středního stupně na genetickém podkladu, fragilní chromozom X, není schopen samostatné orientace.

Nastoupil do MŠ speciální, po odkladu zařazen rovnou do ZŠ praktické, od 4. třídy pak do ZŠ speciální. Po absolvování – nástup do Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé, kam dochází neustále.

Psychologická vyšetření

František byl vyšetřen k testovému zjištění úrovně inteligence. Byl aplikován test inteligence **WAIS-R = 68 /68,70/** inteligenční schopnosti jsou sníženy do pásma střední mentálního postižení. Rozvoj dílčích schopností je nerovnoměrný, představa počtu je až na úrovni dolního pásma střední mentálního postižení. Úroveň postižení nerovnoměrná, zcela odkázán na péči druhé osoby. Dobré úrovně je obecná informovanost, je patrný trénink a pečlivé výchovné vedení. Je držitelem průkazky ZTP/P. Ke všem právním úkonům je zcela způsobilý.

Současný stav

KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI

František má problém hovořit před cizí osobou. Mluví potichu, řeč je jednoduchá, ale srozumitelná, odpovídá jednoslovně. Jednoduše, ale víceslovně se dokáže domluvit s kamarády. Doma není schopen převyprávět denní program ve stacionáři. Umí dát najevo, co se mu líbí či ne. Pocity nelibosti a nesouhlasu vyjadřuje krčením ramen a zamračeným výrazem. Své nadšení jasně sdělí souhlasem „ano“ a hezky se usměje.

POČTY

Logická úvaha se opírá o názornost a zafixované praktické poznatky. V matematice sčítá a odčítá do 10. Počty dokáže graficky znázornit pouze do deseti. Jakákoliv další orientace v číslech a množství úplně chybí. Nemá představu množství, ceny a neorientuje se v penězích. Časoprostorová orientace je celkem na dobré úrovni.

PSANÍ

Nenaučil se držet správně psací náčiní. Má dominantní levou ruku. Není schopný samostatně napsat souvislou větu, píše podle předlohy. Samostatně dokáže napsat své jméno, táta a máma. Jeho ostatní písemný projev je nesrozumitelný. Většinou používá velká tiskací písmena, ale tvary písmen během psaní značně kolísají. Psaní číslic zvládá dobře do deseti. Používá velké tvary.

ČTENÍ

Nedokáže samostatně přečíst celé slovo. Čte po písmenkách, ale písmena a slabiky nespojuje. Nerozumí čtenému slovu. Při poslechu textu, nedokáže dát fakta do souvislosti.

VÝTVARNÉ ČINNOSTI

Ve výtvarných činnostech je patrná menší obratnost jemné motoriky ruky daná orgánovým poškozením. V malbě se soustřeďuje na velké postavy, syté barvy a maluje velkým tlakem štětce. Při libovolném výběru kresby maluje svoji rodinu- mámu, tátu, svoje vysněné děti a přítelkyni Alenku (bývalou paní vychovatelku) a velký dům s autem. Všechny své obrazy má stejné. Maluje velice rád.

ROZUMOVÉ ÚLOHY

V rozumových úlohách mu pomáhá známost situace, opora o to, co již zná a co má zažité. V některých úlohách vázne adaptivita, nastupuje snaha řešit je některým ze známých způsobů, objevují se přitom pohybové automatismy (rytmické pohyby tělem, v řeči opakování výroků). V uvolněné atmosféře rád opakuje poznatky, které se naučil

a dobře zvládl. Při navození situace a ujištění o správnosti řeší úkoly vyžadující jednoduchou logickou soudnost.

PRACOVNÍ ČINNOSTI

V pracovních činnostech je František zbrklý a snaží se být co nejdříve hotov. Při všech činnostech je patrná síla a tlak. Narušení percepčně-motorických funkcí se projevuje „těžkou rukou“ při neautomatizovaných pohybech a nedostatečnou analýzou a syntézou při reprodukci předloh. Jemná motorika je neobratná a nejistá.

TĚLESNÁ VÝCHOVA

František vyniká v běžeckém lyžování, cyklistice a plavání. V lehkootletických disciplínách má spíše průměrné výsledky. Hraje fotbal, ale není týmový hráč. Při hodinách zdravotně tělesné výchovy nezvládá plynulost cviku – patrná motorická neobratnost.

HUDEBNÍ VÝCHOVA

František velice rád poslouchá hudbu všech žánrů, rád zpívá. V tomto směru je vidět podpora jeho rodiny v hudebním směru. Jeho projev je hlasitý. Velmi dobře si pamatuje texty všech písní včetně melodie, přestože správně neintonuje.

SMYSLOVÁ VÝCHOVA

Zrakové vnímání a optická paměť je na velice dobré úrovni, má menší potíže se zrakovou diferenciací. Sluchová diferenciacie také na dobré úrovni.

CHARAKTEROVÉ VLASTNOSTI

František je uzavřený. V kontaktu s ostatními je velice slušný, ale nezapojuje se do konverzace, spíše postává stranou. Pracuje zbrkle, ale nemá problém spolupracovat. Pokud se ujistí, že je přijímán, spolupracuje s přirozenou iniciativou. Je velice snaživý, využívá přímou pomoc a zorientování v úlohách. Pozornost se snaží soustředit na činnosti, které zná dobře, jimž rozumí. Práce se skládá z rychlých úkonů, které přecházejí místy v pohybové automatismy, ale v zátěži /ke konci činnosti/ vzniká tenze a neklid. Projevy organicity nedovolují větší přesnost jemně koordinovaných pohybů a při toleranci této nepřesnosti je patrná schopnost poradit si.

František je bezprostřední a citlivý a velice důležité je pro něj prostředí, ve kterém cítí jistotu a bezpečí. Důležitá je pro něj kladná odezva okolí. Má dobře vytvořené návyky, jak v činnostech, tak i v meziosobním kontaktu u osob, které dobře zná. V jeho celkovém chování je velice patrný vliv rodiny – dobré sociální postavení, přesná a důsledná výchova. V rodině převažuje klidná atmosféra, spisovná mluva, kterou František také používá, protože je tak naučen. František je i přesto, že příliš

nekomunikuje, v kolektivu oblíben, protože se snaží každému „hodnému“ kamarádovi vyhovět. Klienti, kteří s ním žijí ve stacionáři, jsou pro něj velcí kamarádi a je schopen za ně „bojovat“.

Jméno a příjmení bylo zaměněné z důvodu neporušení mlčenlivosti o uživateli DST.

Příloha II.

Kazuistika č. 2

Rodinná anamnéza

Klientka žije v úplné rodině. Matka je v důchodu, ale přivydělává si prodejem knih. Dříve pracovala manuálně ve strojírenských dílnách. Otec je též v důchodu. Pracoval jako dělník v nástrojárně. Vztah s otcem je vyostřený. Jsou patrné známky strachu. Zdá se, že otec na Ivanu klade nepřiměřené nároky, které není schopná zvládnout. Za špatně splněný úkol je trestána. S matkou má vřelejší vztah. Matka působí na veřejnosti klidně, ale Ivana při odchodu ze stacionáře, když jí vyzvedává matka, značně znervózní. Matka vyžaduje od Ivany drobné úkoly a pomocné práce v domácnosti, které kontroluje a přísně hodnotí. Rodiče svou postiženou dceru do společnosti nevodí, protože se za ní stydí. Dostane se ven pouze při převozu autem do stacionáře a vyzvednutí důchodu na poštu. Většina sousedů netuší, že Ivana je mentálně postižené dítě. Klientka má staršího bratra, který je zaměstnán jako technik na letišti. Bratr je zcela zdravý. Má ke své sestře hezký vztah. Umožňuje jí navštěvovat jeho rodinu a občas jí vezme na společnou dovolenou. Klientka žije se svými rodiči ve Strakonících, v panelovém domě. Bratr žije se svou rodinou v Praze. Díky vřelému vztahu se svým bratrem a jeho rodinou, se klientka naučila mnoho dovedností a poznatků. Vzhledem k tomu, že rodiče jsou v důchodu, žije celá rodina mnohdy až na pokraji chudoby a ve špatných sociálních podmínkách. Je patrné, že rodiče využívají sociálních dávek ve svůj prospěch na úkor dcery, která vypadá velmi zanedbaně a ošuměle.

Osobní anamnéza

Jméno: Ivana

Datum narození: 6. 6. 1970

Zdravotní omezení, střední mentální retardace

Průběh těhotenství a porodu:

Těhotenství bez závažných komplikací, porod v termínu, bez komplikací, nekříšena, porodní váha 3000g, porodní délka 42cm.

Vývoj:

Dobře jedla a rostla, byla klidná. První genetické vyšetření ve čtyřech měsících – doporučena individuální, trpělivá péče a rehabilitační cvičení. V 9 měsících sedí a říká první slabiky. V roce a půl se postaví na nohy a ve dvou letech začíná chodit bez opory. Řeč je chudá. Nastoupila do speciální mateřské školky, po odkladu zařazena rovnou

do ZŠ praktické a pak přeřazena do ZŠ speciální. Po absolvování – nástup do týdenního ÚSP, ale pobyt jí neprospíval. Byla přeřazena do Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé, kam dochází dodnes.

Psychologická vyšetření

Podle psychologického vyšetření a dané diagnózy jsou inteligenční schopnosti sníženy do pásma *střední mentální retardace*. Dokáže ihned navázat jednoduchý kontakt, ochotně spolupracuje. Emotivita při vyšetření je bez nápadností, reaguje emočně přiměřeně, i úsměvem, bez tenze či úzkosti. Není psychomotoricky neklidná, u činnosti vydrží. V řeči perseveruje slůvko „to“, slovník je chudý. Aplikován test inteligence **TM - IQ = 32**; podává mentální výkon na úrovni **MV5 - 6**.

Praktické sociální porozumění nedosahuje úrovně školního začátečníka. Představa počtu téměř chybí - orientuje se s chybami v první desítce čísel, spoje jsou naučené spíše z paměti, přechod přes desítku nezvládla. Kreslí pravou rukou, v zaměřených zkouškách jsou výrazné projevy organického postižení CNS. Zvládání trivia na nízké úrovni. Jemná motorika je nepostižena. Samostatně pohyblivá, dobře se adaptuje v prostředí, kde se cítí bezpečně. Nutnost péče druhé osoby a neustálý dohled. Je držitelkou průkazu ZTP/P a je zbavena způsobilosti k právním úkonům.

Současný stav

KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI

Úroveň komunikačních schopností je nízká – slovní zásoba chudá. Snaží se komunikovat, když něco vyžaduje. Velice ráda zpívá.

PSANÍ A KRESLENÍ

Správně drží psací náčiní, pro kresbu dominantní pravá ruka, zápěstí uvolněné. Dobře zvládá čmárání, kroužení, horní a dolní oblouky, čáry, ovály a vlnky. Psaní číslic a písmen zvládá. Umí se podepsat velkými písmeny. Při samostatném psaní - písemný projev začmárá svou specifickou kresbou v podobě spirály s čarou. Kresba osoby je na nízké úrovni ve stadiu „hlavonožce“. Výtvarný projev je spíše abstraktní, zaměřený na svou kresbu. Dokáže pomalovat mnoho papírů na stejné téma různobarevnými pastelkami.

POČTY

Rozezná číslice pouze od 0 do 10, sčítání a odčítání zvládá do deseti. Čísla v tomto rozsahu dokáže graficky znázornit. Představa množství a ceny úplně chybí.

HUDEBNÍ VÝCHOVA

Ráda poslouchá hudbu, vyniká v oblasti hudebně pohybové výchovy – zvláště ve vyjádření hudby pohybem. Má smysl pro rytmus a melodii, umí intonovat. Ráda zpívá, zapamatuje si i složitou melodii a část nenáročného textu.

TĚLESNÁ VÝCHOVA

Zvládá sezónní aktivity – běžecké lyžování, jízdu na kole, turistiku. Zvládá lehkootletické disciplíny a tanec. Zapojuje je při kondičním cvičení a při hodinách zdravotně tělesné výchovy je obratná, ohebná a mrštná.

PRACOVNÍ VÝCHOVA

Základem pracovní výchovy je sebeobsluha. Ivana většinu sebeobslužných činností provádí samostatně. Při hygieně je třeba dohled. Umí jednoduché domácí a úklidové práce, při pracovní rehabilitaci je nutné dobře strukturovat práci.

SMYSLOVÁ VÝCHOVA

Zrakové vnímání je na dobré úrovni, daří se jí cvičení na rozvoj optické paměti (pexesa, puzzle, mozaiky...). Potíže má se zrakovou pozorností a diferenciací (dokreslování obrázků). Má potíže při sluchové diferenciaci a sluchových cvičeních. Vnímání vlastních pohybů a koordinaci zvládá bez obtíží.

CHARAKTEROVÉ VLASTNOSTI

Ivana je velice citlivá vůči svému okolí – pečlivě vnímá, co se kolem ní děje. Je velmi uzavřená. Ve stacionáři vyhledává svoji oblíbenou vychovatelku a vyjadřuje jí své emoční rozpoložení, jinak se s nikým nebaví, vyhledává klid a nerada je rušena. V případě rozrušení, dokáže být i agresivní, slovně i fyzicky. Pak dost zřetelně vyjadřuje své emoce. Někdy i nadávkami. S touto povahou se velmi špatně začleňuje, jak mezi zdravé, tak i mezi postižené lidi. Často mívá sklon k lítostivým náladám a občas vypráví, že plakala, ale důvod nesdělí. Tyto nálady většinou nastávají při příchodu z domova, nebo když někdo po ní něco tvrdošíjně požaduje. Během dne se vždy uklidní.

Ivana není naivně důvěřivá, musí mít ráda, aby mohla věřit. V prostředí, kde se cítí bezpečně a spokojeně je bezprostřední, pokud někomu nevěří a cítí se být v nebezpečí, dokáže se bránit (slovně i fyzicky). V jejím chování se odráží strach z otce a někdy z nehostinných rodinných poměrů. Je zde patrná i určitá skromnost – Ivana je šetřivá. Přes svůj handicap je Ivana pozorná ke svým osobním věcem.

Jméno a příjmení bylo zaměněné z důvodu neporušení mlčenlivosti o uživatelce DST.

Příloha III.

Ilustrativní vzorky

Ke svému záměru jsem zvolila dva klienty z rodin, které jsou rozdílné ve svém postavení sociálním a kulturním a také v životních postojích. Zkoumaní klienti žijí ve svých rodinách a každý den docházejí do Denního stacionáře pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé. Zde se podle svých možností účastní aktivizačních činností.

Klient František

Test č. 1: Vzhled

František nevyvolává dojem mentálně postižené osoby. Pouze když se soustředí, má zvláštní výraz. Neprovádí žádné rytmické pohyby. Je z dobře situované rodiny. Chodí oblečen ve značkových sportovních oděvech, vždy čistých a upravených. Svému oděvu však nepřikládá žádný význam.

Test č. 2: Komunikace

František je mlčenlivý, zejména před neznámou osobou. Pokud přeci jenom hovoří, pak tiše, jednoduše, ale srozumitelně, a jenom se svými kamarády a příbuznými, kterým nedokáže sdělit ani důležité informace. Negativní pocity slovně neprojevuje, ale souhlas umí dát najevo pokynem hlavy i verbálně.

Je přátelský a s ostatními uživateli stacionáře si dobře rozumí. Není konfliktní, je v kolektivu oblíben. Zvláště pro ty, které má rád, by položil život. František není mnohmluvný, ale při výjimečných událostech reaguje slovně docela příhodně, nechá se unést a bezprostředně se rozhovoří.

Test č. 3: Grafický projev

Hlavním problémem Františka je neschopnost správně držet psací náčiní, což je důvodem jeho špatného grafického vyjádření. Psaní i kresba jsou ve velkých tvarech. V písmu používá velká tiskací písmena nepravidelných tvarů, ve kterých se dokáže podepsat. Kromě pár jmen jeho blízkých neumí psát bez předlohy. Nemá-li určené konkrétní téma, maluje pouze svoji rodinu. Obrázky, které jsou velkého rozměru, jsou vždy naprosto stejné. Je-li mu zadáno téma, zpracuje ho s fantazií. To, že neobratně drží malířské náčiní, způsobuje tendenci malovat velké rozměry.

Test č. 4: Chování v majoritní společnosti

Je vidět, že František má pečlivé vedení v rodině, která s ním jedná jako s rovnocenným partnerem, což se odráží v jeho schopnosti se chovat mezi lidmi celkem normálně a tak ani nevzbuzuje nevhodnou pozornost.

Při nákupech ve známém prostředí je schopen nakoupit podle pokynů. Má i hrubou představu o částce, která je na něm požadována. Nabídne bankovku přiměřené hodnoty. V neznámém obchodě se cítí dezorientován a nejistě, nenajde zboží a chová se nedůvěřivě.

Při návštěvě aquaparku se v klidu zařadil do fronty, u pokladny předložil svou kartu ZTP/P bez nápovědy a samostatně zaplatil.

Na kulturní akce chodí vhodně oblečen, chová se přiměřeně a nenuceně. Je viditelné, že toto prostředí mu není cizí, se zaujetím sleduje dění na jevišti a dokonce umí naslouchat vážné hudbě.

Test č. 5: Pracovní uplatnění

Přístup Františka k práci je příkladný, ale jeho snaha nemůže kompenzovat neschopnost jemnější práce. Druh činnosti, jako je vybírání a přebírání brambor, je pro něj vhodná. Dokáže rozpoznat odpad od brambor, je poměrně rychlý a vytrvalý. František se domnívá, že by mohl pracovat v zemědělství a pekárnách, kde pracoval v rámci pracovní rehabilitace. Získal sice představu o konkrétní práci, ale jeho očekávání, jsou nereálná. Není schopen zcela samostatně pracovat.

Klientka Ivana

Test č. 1: Vzhled

Z vzhledu Ivany je zřejmé, že je nějakým způsobem postižená. K tomu se přidává ta skutečnost, že je absolutně netečná ke svému zevnějšku. Je to v tomto ohledu důsledek určitého rodinného nezájmu.

Test č. 2: Komunikace

Ivana je nekomunikativní, své potřeby sděluje šeptem a ustrašeně. Mluví výjimečně, pouze při své nějaké potřebě a spíše v afektu. Někdy se stává, že postává a vyčkává, zdali si jí někdo všimne a vyhoví jí. Při vyhocených negativních emocích používá

vulgárních výrazů a jedná agresivně. Svoji nejistotu a strach vyjadřuje stejnými posunky a stejnými otázkami: „*Co se stalo, co stalo?*“.

Jinak je samotářská a nepouští se do rozhovorů, nikoho neoslovuje. Ve stacionáři s klienty nehovoří. Oslovuje v nouzi pouze vychovatelky. Je vděčná za zadaný úkol, ale není schopná ho ani pořádně začít.

Test č. 3: Grafický projev

Ivana dokáže psát podle diktátu, ale velmi krátkou dobu. Zná všechna písmena, která jsou nevhledná. Ráda píše svoje jméno a adresu.

Velmi ráda maluje abstraktní tvary jakoukoliv technikou, nekoordinovaným tlakem. Vypadá to, že maluje v transu a dlouho. Všechny obrázky jsou stejné. Mají tvar řeckého písmena „fi“. Vybarví-li někdy obrázek, vždy ho přechmárá svými hieroglyfy. Často vybírá černou barvu.

Test č. 4: Chování v majoritní společnosti

Ivana je spokojená, když s turisty v denním stacionáři má možnost jít ven. Má ve zvyku běžet před skupinou, nevydrží však se silami a začne být nervózní a nezvladatelná. Zdá se, že je to pro ni jediná příležitost, jak se dostat mezi lidi a jak si venku počínat. Možnost, kdy se dostane ven, ovšem v doprovodu rodičů, je cesta na poštu pro důchod. Na druhou stranu se umí uvolněně a přirozeně pohybovat na diskotékách pořádané zařízeními a stacionářem, kde jsou klienti, které zná. Právě tak se chová při společných návštěvách klientů v restauraci. I s ohledem na situaci rodiny, Ivana nemá možnost chodit nakupovat.

Test č. 5: Pracovní uplatnění

Ivana zadaný úkol ráda začíná, ale nevytrvá. Je rychle a často unavená. Nedokáže se dlouho soustředit, což souvisí s mírou jejího postižení. Při třídění brambor, ačkoliv rozezná kámen od bramboru, je jí lhostejné, jak je třídí. Je vidět, že nepracuje mnoho ani doma, chybí jí proto pracovní návyky. Práce jí nemotivuje ani nezajímá. V rodině nemá příkladné vedení a motivaci.

Příloha IV.

Porovnání a zhodnocení vzorku

Test č. 1: Vzhled

Z porovnání obou klientů je evidentní, z jakých poměrů pocházejí. Dobře zajištěný František, na rozdíl od Ivany, působí příjemně a nevybočuje z obvyklých zvyklostí. Naproti tomu Ivančin zjev demonstruje mentální postižení.

Test č. 2: Komunikace

Přestože je František málomluvný, je rodinou naučen v nouzi se projevit a domluvit se a také se chovat přátelsky ke svému okolí a zvláště ke svým kamarádům, kteří jeho chování rádi opětvují.

Ivančino postižení je rozsáhlejší, což se projevuje v její komunikaci s klienty ve stacionáři, a také v ostatní populaci. Nejedná se jen o verbální komunikaci, ale i o mimiku. Její ustrašený výraz je střídán projevem vzteku. Rodina není schopna regulovat její chování a spíše přispívá k jeho nevhodným projevům. Toto její vystupování se odráží v negativních postojích okolí.

Test č. 3: Grafický projev

Františkův písemný projev je na horší úrovni než Ivančin, je však ve psaní vytrvalejší, během činnosti je klidný. Ale nedokáže text ani dobře opsat. Toho je Ivana schopna, ale jen po velmi krátkou dobu.

Na Františkovi je vidět fixaci na rodinu, kterou vytrvale a s pečlivostí maluje, Má radost z pochvaly a rád své dílo komentuje. Ivanin výtvarný projev je bez řádu a spíše abstraktní a bývá završen jeho vlastnoruční zkázkou. Neočekává hodnocení ostatních, ale při případné pochvale projeví radost.

Test č. 4: Chování v majoritní společnosti

Atmosféra Ivančiny rodiny se odráží na jejím chování ve společnosti majoritní i ve stacionáři. V kolektivu uživatelů stacionáře je uvolněná a samostatná. Naopak mimo stacionář je bezradná, což je kromě jiného důsledek rodinné výchovy.

František, který je rodinou často brán do společnosti, je schopen se v ní dobře pohybovat. Ve stacionáři se projevuje jistě. Odezva společnosti je vůči němu kladná.

Test č. 5: Pracovní uplatnění

Dá se usuzovat, že uživit se prací by nekázal ani jeden z nich, i když František má lepší předpoklady než Ivana. Jednalo by se však jenom o hrubou práci pod dohledem, nejlépe v chráněných dílnách. František má uspokojení z odvedené práce a dovede projevit zájem, ačkoliv případná odměna ho nezajímá. Hodnotu peněz příliš nevnímá. Totéž platí o Ivaně, s tím rozdílem, že z práce nemá žádný dojem, kromě pocitu dřiny.

Abstrakt

HEJTMÁNKOVÁ, K. *Vlivy ovlivňující začlenění mentálně postižených osob do společnosti s ohledem na sociální a společenskou úroveň jejich rodin*. České Budějovice 2016. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra oddělení praxe. Vedoucí práce: paní Mgr. Helena Machulová.

Klíčová slova: mentální retardace, integrace, inkluze, postižení, rodina, sociální, společenská úroveň, vzdělání

Práce se zabývá problematikou postavení a integraci mentálně postiženého dítěte s ohledem na sociální a společenskou úroveň jeho rodiny. Cílem bakalářské práce je na základě studia odborných dokumentů a porovnání dvou mentálně postižených dětí z rodin z rozdílných sociálních poměrů vypořádat, jak je jedinec schopen se zapojit do většinové společnosti. Byly vypracovány dvě kazuistiky mentálně postižených jedinců a jejich rodin rozdílné kulturní a materiální úrovně. Zhodnocení možnosti zařazení jedince do společnosti byly popsány ve čtyřech ilustrativních vzorcích. V rámci své práce jsem došla k závěru, že rozhodným činitelem postavení mentálně postižených lidí ve společnosti není úroveň materiální, ale především kulturní. Toto tvrzení mohu podpořit i ze zkušeností z denní praxe. Míra postižení jedince, přes veškeré snahy rodiny udává největší vliv na integraci ve společnosti.

Abstract

HEJTMÁNKOVÁ, K. Effects influencing integration of mentally disabled people into society with respect to social status and educational background of the family. České Budějovice 2016. Bachelor thesis. University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Theology. Department of Practical Theology. Supervisor: Mgr. Helena Machulová.

Keywords: mentally disabled, integration, family, social level, education

This assignment is concentrating on social status and integration of a mentally disabled child with respect to social and society level of the family.

The outcome of this assignment is on the basis of inspection of professional documents and comparison of two children from two families with different social background, to recognize how is the individual able to integrate into general population. Two case interpretations of mentally disabled children were developed from two different culture and wealth level of families.

The assessment of possible integrations of the individual into the society were described in four illustrative formulas.

As a result of my assignment I have come into the conclusion that the major aspect for this integration is not the wealth of the family, but rather their culture comprehension. However the level of disability of the individual has the biggest impact for the integration overall.