

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Osoby s mentálním postižením a jejich zabezpečení

People with Mental Disabilities and their Welfare

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Jana Mottlová, Ph.D.

Autor:

Denisa Sadová, DiS.

Praha 2021

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala paní PhDr. Janě Mottlové, Ph.D. za odborné, trpělivé a svědomité vedení mé bakalářské práce.

Další poděkování patří Domovu pro osoby se zdravotním postižením Leontýn. Děkuji za spolupráci a poskytnutí odborné praxe, od které se odvíjela bakalářská práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci na téma „*Osoby s mentálním postižením a jejich zabezpečení*“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 27.04.2021

.....

Denisa Sadová, DiS.

Anotace

Bakalářská práce s názvem „*Osoby s mentálním postižením a jejich zabezpečení*“ je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část poskytuje přiblížení problematiky mentálního postižení. Je zde uvedena definice, klasifikace, etiologie, diagnostika a specifika mentálního postižení. Nadále je věnována pozornost možnostem vzdělávání a následnému profesnímu uplatnění této cílové skupiny. Dále je zde zmíněno zabezpečení jedinců s mentálním postižením ve smyslu užívání sociálních služeb, příspěvku na péči, dávek pro osoby se zdravotním postižením a následné přiblížení ústavní péče.

Praktická část se zaměřuje na bližší charakteristiku konkrétního zařízení pro osoby s mentálním postižením, popis života klientů v něm a případovou studii klienta. Tím zařízením je Domov pro osoby se zdravotním postižením Leontýn.

Cílem mé bakalářské práce je tedy přiblížit a charakterizovat mentální postižení, včetně uvedení nabízejících se možností zabezpečení osob s mentálním postižením, představit konkrétní zařízení pobytové sociální služby a vypracovat případovou studii klienta s cílem zjistit, jak domov pro osoby se zdravotním postižením ovlivnil jeho život.

Klíčová slova: mentální postižení, mentální retardace, sociální zabezpečení, vzdělávání, inkluze, ústavní sociální péče, sociální služby

Annotation

The Bachelor Thesis with the title „*People with Mental Disabilities and their Welfare*“ is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part provides description of the issue of mental disabilities. It provides definition, classification, etiology, diagnostics and specifics of mental disabilities. Attention is paid to the possibilities of education and subsequent professional employment of this target group. The thesis deals with the welfare of people with mental disabilities in terms of use social services, care allowance, allowances for people with health disabilities and subsequent description of institutional care.

The practical part focuses on a closer description of a particular organization for people with mental disabilities, description of lives of the clients in this organization and subsequent case study of a client. The given facility is Residential home for physically disabled people Leontýn.

The aim of my Bachelor thesis is to describe and characterize mental disabilities, including the possibilities of their welfare and to introduce the specific facility providing residential social services and to elaborate the case study of a client of the given organization and find out how the given organization affects the client's life.

Keywords: mental disabilities, mental retardation, social welfare, education, inclusion, institutional social care, social services

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	11
1. Mentální postižení.....	11
1.1. Psychopedie.....	12
1.2. Diagnostika mentální retardace.....	13
1.3. Klasifikace mentální retardace	14
1.4. Etiologie mentální retardace	17
1.5. Sekundární mentální postižení	19
1.6. Specifika osob s mentálním postižením.....	20
1.7. Sexualita, partnerství, rodičovství.....	23
2. Vzdělávání osob s mentálním postižením	25
2.1. Inkluze.....	27
2.2. Profesní uplatnění osob s mentálním postižením.....	29
3. Sociální zabezpečení osob s mentálním postižením	32
3.1. Sociální služby	32
3.2. Příspěvek na péči.....	34
3.3. Dávky pro osoby se zdravotním postižením	35
3.4. Ústavy sociální péče pro osoby s postižením.....	36
Praktická část.....	38
4. Domov pro osoby se zdravotním postižením Leontýn.....	39
4.1. Charakteristika zařízení.....	39
4.2. Ubytování.....	40
4.3. Život v DOZP Leontýn	43
4.4. Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti	44
4.5. Pozice sociální pracovnice v organizaci	45
5. Kvalitativní výzkum	46
5.1. Cíl kvalitativního výzkumu.....	46
5.2. Výzkumné otázky.....	46
5.3. Metodologie	46
5.4. Techniky sběru dat	47
5.5. Výsledky a jejich interpretace	48
5.6. Analýza případu	57
5.7. Návrhy opatření.....	58
6. Diskuse	60

Závěr	63
Seznam použité literatury	65
Seznam příloh.....	67

Seznam zkratk

DOZP	domov pro osoby se zdravotním postižením
IQ	inteligenční kvocient
IVP	individuální vzdělávací plán
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí: desátá revize
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
RVP PV	rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
RVP SOV	rámcový vzdělávací program pro střední odborné vzdělávání
RVP ZŠS	rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální
RVP ZV	rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání
SVP	speciální vzdělávací potřeby

Úvod

Pro zpracování bakalářské práce jsem si zvolila téma „*Osoby s mentálním postižením a jejich zabezpečení*“. Pro výběr tématu mi byly nápomocné mé zkušenosti získané v průběhu absolvovaných praxí, ale i začínajícího profesního života.

Ve společnosti se dnes a denně setkáváme s lidmi s různým druhem postižení. Někdy je zřejmé na první pohled, že jedinec trpí nějakým postižením, ale někdy ho musíme poznat lépe, abychom to dokázali odhalit. Co se týče například sluchového, zrakového nebo pohybového postižení, společnost se už naučila tyto spoluobčany přijímat, spolupracovat s nimi a nepozastavovat se nad jejich postižením. To se ovšem bohužel nedá říci o jedincích s mentálním postižením. Doba, kdy byli lidé s mentálním postižením zcela izolováni od společnosti bez jakéhokoli kontaktu s okolním světem, naštěstí pominula. Myslím si ale, že mentální postižení je dnešní společností stále nejméně přijímaný handicap a lidé se stále nad osobami jím trpícími pozastavují, dívají nelibě, jelikož chování takových jedinců či jejich projevy k tomu někdy mohou vybízet. Zkušenost mám i s tím, že se za jedinci s mentálním postižením lidé na ulici otáčejí, ba dokonce mají i nemístné poznámky.

Mentálním postižením lidé trpěli kdysi, dnes, a i nadále se tací budou rodit. Bylo by proto žádoucí, kdyby společností byli přijímáni, své místo ve společnosti si našli a bylo jim umožněno žít život jako všem ostatním, i když s větší či menší mírou podpory. Nejdůležitější ovšem je, aby se společnost naučila, nebo alespoň pochopila, že i tací mezi námi žijí a přijímala tyto osoby s respektem, jako sobě rovné, a to především v lidské rovině. Bezspornu jsou mezi námi různé rozdíly. To je přirozené a zcela v pořádku, ale respektovat jeden druhého na úrovni lidskosti je z mého pohledu to nejdůležitější.

V bakalářské práci se tedy budu zabývat lidmi s mentálním postižením. Nejprve pozornost věnuji oblasti teoretické. Zmíním zde definici mentálního postižení, klasifikaci, etiologii, diagnostiku, specifika takových osob a také se zde zmíním o partnerství, manželství a rodičovství jedinců s mentálním postižením. Nadále se zaměřím na možnosti vzdělávání, které se jim nabízejí. Přiblížen bude i proces inkluze jedinců s mentálním postižením. Jedna z dalších kapitol bude o možnostech pracovního uplatnění a místu pro takové osoby na trhu práce. Dále se v několika kapitolách budu věnovat zabezpečení jedinců s mentálním postižením. Konkrétně zde také uvedu sociální služby, příspěvek na péči a dávky pro osoby se zdravotním postižením. Poslední kapitola přiblíží ústavní péči o osoby s postižením.

Následovat bude praktická část. Zde představím jedno konkrétní pobytové zařízení, ve kterém jsem získala nejvíce zkušeností s touto cílovou skupinou – Domov pro osoby se zdravotním postižením Leontýn. Výstupem praktické části bakalářské práce bude vypracování případové studie klienta domova pro osoby se zdravotním postižením.

Cílem bakalářské práce bude tedy charakterizovat a přiblížit jeden z nejméně přijímaných handicapů, tedy mentální postižení a shrnout nabízející se možnosti, které budou nápomocné jak samotným osobám s mentálním postižením, tak i jejich blízkým. Dále představím konkrétní pobytové zařízení sociálních služeb – Domov pro osoby se zdravotním postižením Leontýn. Prostřednictvím zpracování případové studie zjistím, jaký vliv na život klienta má pobyt v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Teoretická část

1. Mentální postižení

Mentální postižení, mentální retardace je „*souhrnné označení vrozeného deficitu rozumových schopností – inteligence*“ (Matoušek, 2013, s. 393).

Pojmy mentální retardace a mentální postižení jsou v současnosti chápány jako synonyma. Co se týče historie samotného pojmu „mentální postižení“, v literatuře lze nalézt různá označení, jako například slabomyslnost, mentální zaostalost, rozumová vada a další (Černá, 2015). Označení mentální postižení tzv. „změkčuje“ termín mentální retardace. Změny v názvosloví přirozeně souvisí s vývojem společnosti.

Pojem mentální retardace se skládá ze dvou slov – z latinského mens (mysl, rozum) a retardio (zdržení, opoždění). Mentální retardaci lze vymezit jako „*vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální či časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince*“ (Valenta aj., 2018, s. 34). Jak je uvedeno v definici, mentální postižení může vzniknout i v časně postnatálním období. Postižení, které vznikne po druhém roce věku dítěte se již neoznačuje jako mentální retardace, ale jako demence (Černá, 2015).

Definici mentální retardace nabízí desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10). Mentální retardaci MKN-10 definuje jako „*stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti*“ (MKN-10, 2021, s. 244).

Z etického hlediska je důležité, že v první řadě se vždy jedná o lidskou bytost a její postižení je až jejím sekundárním znakem. Nemluvíme tedy o mentálně postižených jedincích, nýbrž o jedincích s mentálním postižením (Valenta, 2007).

Lidé s mentálním postižením tvoří přibližně 2 % z celkové populace a jsou heterogenní skupinou (Shaw et al., 2018).

1.1. Psychopedie

Psychopedie je speciálně-pedagogický obor (speciálně-pedagogická disciplína), zabývající se výchovou, vzděláváním a další prací s lidmi s mentálním postižením všech věkových kategorií (Potměšilová, 2013). Psychopedie pochází z řeckého psýché (duše) a paidea (výchova). Ovšem kromě výchovy a vzdělávání této cílové skupiny se psychopedie zabývá také poradenstvím, kompenzací, reedukací, diagnostikou, rehabilitací, integrací a v neposlední řadě také socializací osob s mentálním postižením. Pipeková (1998) uvádí, že cílem psychopedie je především dosažení integrace osob s mentálním postižením do společnosti a tím dosáhnout maximální úrovně jejich soběstačnosti. Vždy je ale nutné k jedinci přistupovat komplexně a nezanedbat žádnou oblast v jeho vývoji.

Stěžejním oborem, jak bylo vysvětleno v úvodu kapitoly, je pro osoby s mentálním postižením psychopedie. Psychopedii nelze od ostatních oborů speciální pedagogiky oddělit tak, že pouze ona se zabývá osobami s mentálním postižením. Je nutné si uvědomit, že jedinci s mentálním postižením nehledají pomoc pouze v psychopedii, ale jejich situace (stav) mnohdy vyžaduje i podporu jiných speciálně-pedagogických disciplín, jimiž je v první řadě somatopedie, etopedie, logopedie, surdopedie či tyflopédie. Tím bych chtěla zdůraznit, že jedinci s mentálním postižením mají často diagnostikována i jiná přidružená onemocnění (např. zraku, sluchu, tělesné postižení, poruchy chování a další), která vyžadují podporu dalších speciálně-pedagogických oborů.

Základy oboru psychopedie u nás byly položeny už v 19. století. Ovšem k posunutí psychopedie jako vědní disciplíny, jak uvádí Černá (2015), došlo až ve chvíli, kdy bylo zřejmé, že vzdělávání a výchova tzv. jedinců slabomyslných je záležitostí většího společenského dosahu. Z této doby zmíněná autorka uvádí jméno Josefa Zemana (1867–1961), který se zasloužil o přijetí právních norem, které se staly legislativním rámcem pro speciální pedagogiku (tzv. „lex Zeman“). Byl to právě Zeman, kdo přispěl k dotvoření speciálního školství v zemi. Další významnou osobností je František Štampach (1895–1976) a jeho sociální pedagogika, kterou pojímal jako samostatnou disciplínu. Podle Štampacha (1945, in Černá, 2015) je sociální pedagogika „*teorií zábranné, ochranné, nápravné, léčebné výchovy*“ a „*základem institucí pro mládež ohroženou, vadnou, porušenou čili zvláštní péči vyžadující*“ (Černá, 2015, s. 65). Základem Štampachovi sociální pedagogiky se stala tzv. reedukace (převýchova, náprava, úprava narušených funkcí). V této době se zavádí funkce psychopeda. Marie Černá (2015) uvádí, že zde nastává dilema, zda speciální pedagog Zeman a sociální pedagog Štampach mají ve svých oborech napravovat nebo také léčit. Štampach

vytvořil čtyři podobory sociální pedagogiky, mezi nimiž byla i psychopedie. Psychopedií se zde rozumí „*soubor vědecké evidence, revise a nápravné nebo léčebné výchovy poruch a vad duševních a mravních, případně nervových*“ (Černá, 2015, s. 65).

MUDr. et PhDr. Miloš Sovák (1905–1989) je další osobnost, která se zasloužila o rozvoj speciální pedagogiky. Podle Sováka je úkolem psychopedie propojit tři stránky péče o dítě s duševní poruchou – poznání medicínské podstaty vad, vlastní výchovné působení určené speciálně pedagogickými postupy a institucionální zabezpečení této péče ve speciálních školách a zařízeních. Co se týče Sovákovi defektologie, později psychopedie, jedná se o výchovu dětí s poruchou psychiky. V polovině 60. let 20. století dochází k vyčlenění etopedie z psychopedie. Psychopedie se tak stává samostatnou speciálně-pedagogickou disciplínou (Černá, 2015).

1.2. Diagnostika mentální retardace

Diagnostika mentálního postižení je dlouhý proces, který vychází z psychologického vyšetření kognitivních funkcí. Vyšetření v sobě zahrnuje i posouzení adaptivního chování, posouzení úrovně, do které je jedinec schopen zvládat kulturní a sociální nároky a následný neuropsychologický rozbor. Samozřejmou součástí tohoto procesu je i podrobná psychosociální a biologická anamnéza jedince (Valenta aj., 2018). Důležitým prvkem diagnostiky je pozorování jedince v běžných činnostech, nejlépe v jeho přirozeném prostředí.

Inteligenci lze měřit inteligenčními testy. Inteligenční kvocient (dále jen IQ) vyjadřuje úroveň inteligence. Hodnoty inteligence lze za pomoci inteligenčních testů dosáhnout tak, že mentální věk jedince (hodnota získaná v testu) se vydělí jeho chronologickým věkem (biologický věk jedince). Tento podíl se vynásobí stem (průměrná hodnota inteligence). Je nutno zmínit, že na základě jednoho provedeného testu nelze jedince s přesností diagnostikovat. K tomu je zapotřebí podrobnější vyšetření, podle kterého se určí přesná diagnostika. Obecně lze uvést, že za jedince s mentálním postižením se považuje ten, jehož IQ je nižší než 70 bodů. Právě hranice 70 bodů naznačuje obtíže v intelektuální oblasti jedince (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2021).

Podle Švarcové (2011) mohou být inteligenční testy funkční pouze za respektování následujících podmínek: testování prováděné zkušeným psychologem, používání standardizovaných individuálních testů a skutečnost, že dítě nemá závažnou emocionální nebo smyslovou poruchu. Dalším důležitým faktorem je prostředí, ve kterém se test provádí. Prostor

by mělo dítěti vyhovovat. Jak už jsem zmiňovala, mělo by to být prostředí dítěti přirozené. Přirozeným prostředím se zajistí zejména spontánnost činností dítěte, která může vést k přesnější diagnostice, jelikož má kvalitnější vypovídající charakter.

„Při provádění diagnostického šetření nesmíme ztrácet ze zřetele, že jednou z podstatných charakteristik mentální retardace je snížení úrovně adaptačních schopností dítěte“ (Švarcová, 2011, s. 34). Znamená to tedy, že dítě se obtížně přizpůsobuje novým podmínkám. To se poté může odrážet na jeho výkonu, který podává při různých zkouškách a testech potřebných ke zjištění jeho mentální úrovně. Z toho vyplývá, že výsledky udávající míru jeho mentální úrovně z prováděných testů mohou být zkreslené.

Při zjišťování mentálních schopností a jejich úrovně se pozornost zaměřuje zejména na zkoumání v oblasti percepce, orientace v prostoru, laterality, vizuomotoriky, slovně pojmového myšlení, paměti, pozornosti a řešení problémů a dále na oblast verbálních a neverbálních složek. To slouží k tzv. diferenciální diagnostice mentální retardace. Smyslem diferenciální diagnostiky je odlišení mentální retardace od jiných příčin, které by mohly mít za následek opoždění vývoje (např. poruchy chování, autismus, psychiatrické onemocnění, sluchové či jiné smyslové postižení). Při diferenciální diagnostice hraje velkou roli anamnéza jedince (Švarcová, 2011).

Valenta (2018) nabízí výčet informačních zdrojů, kterých diferenciální diagnostika využívá. Mezi zmiňované informační zdroje se řadí informace od rodičů, školy, lékařské zprávy, anamnéza (osobní, školní), psychologická vyšetření, speciálně-pedagogická vyšetření, didaktické testy, pozorování a rozhovor. Z toho je zřejmé, že diagnostika vyžaduje multidisciplinárnost a týmovou spolupráci.

V současnosti se zjišťování úrovně rozumových schopností dětí provádí v pedagogicko-psychologické poradně (PPP) a ve speciálně pedagogickém centru (SPC).

1.3. Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace představuje širokou škálu poškození, od lehké mentální retardace, kdy jsou tací jedinci schopni vést zcela „běžný“ život, až po hlubokou mentální retardaci, kdy nejsou samostatně schopni téměř ničeho. *„Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností, které se v psychologii obvykle označují jako inteligence“ (Švarcová, 2011, s. 36).* Inteligence (její hodnota) je tedy určujícím faktorem pro jednotlivé stupně mentální retardace.

„Stupeň mentální retardace je určen na základě posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptability (adaptačního chování), orientačně taktéž inteligenčním kvocientem a mírou zvládnání obvyklých sociálně-kulturních nároků na jedince“ (Valenta aj., 2018, s. 35). MKN-10 označuje diagnózu mentální retardace pod zkratkami F 70-F 79. V uvedeném rozmezí se skrývají následující stupně mentální retardace:

F 70 – Lehká mentální retardace

Dříve se stupeň lehké mentální retardace označoval jako „debilita“. IQ u zmíněného stupně mentální retardace se pohybuje v rozmezí mezi 69-50 body. To odpovídá věku přibližně dvanáctiletého až devítiletého dítěte. Taci jedinci dokáží žít zcela běžný život. Jsou schopni užívat řeč v každodenním životě a bez potíží se dorozumět. Většina se sama o sebe dokáže postarat v oblasti stravování, osobní hygieny, oblékání. Vývoj ve všech zmíněných oblastech je však značně zpomalený. Ve vzdělávání mají potíže zejména v teoretické rovině a rámcový vzdělávací program (dále jen RVP) pro základní školy nejsou schopni zvládat v plné míře. Na základě speciálního vzdělávacího programu jsou vzdělavatelni (Švarcová, 2011).

Co se týče zaměstnávání, osoby, jejichž IQ se pohybuje u horní hranice tohoto stupně mentální retardace, jsou schopny vykonávat jednoduché pomocné práce (kuchyně, úklid...).

V emocionální rovině se projevují afektivní labilitou, úzkostí či impulzivností. K jejich úrovni mentálního postižení se mohou přidružit i další onemocnění, například epilepsie, tělesné postižení, autismus nebo poruchy chování (Švarcová, 2011).

MKN-10 (2021) uvádí, že pod diagnózu F 70 lze zařadit ještě lehkou oligofrenii a lehkou mentální subnormalitu.

F 71 – Střední mentální retardace

IQ osob se střední mentální retardací se pohybuje v rozmezí od 49 do 35 bodů a odpovídá mentálnímu věku přibližně devítiletého až šestiletého dítěte. Tento stupeň byl dříve označován jako „imbecilita“.

Je zde přítomno opoždění ve vývoji, užívání a chápání řeči (úroveň řeči je ale variabilní), stejně tak jako opoždění ve schopnosti postarat se sám o sebe. Jedinci patřící do pásma středně těžkého mentálního postižení se vzdělávají na základě odpovídajícího vzdělávacího programu. Nejčastěji jsou vzděláváni v základní škole speciální. Mají možnost i integrace do hlavního vzdělávacího proudu škol, ovšem za předpokladu, že jsou splněny stanovené

podmínky integrace. Na základě vhodného vzdělávacího programu jsou schopni osvojit si základy trivia, tedy čtení, psaní a počítání (Pipeková, 2006).

V oblasti zaměstnávání a profesního uplatnění takových osob je nutný dohled. Za takových podmínek dokáží vykonávat i jednoduché manuální práce, ale jen zřídka jsou schopni v dospělosti vést samostatný život.

Jejich zdravotní stav, kromě střední mentální retardace, je ještě zkomplikován například tělesným postižením nebo epilepsií (Švarcová, 2011).

F 72 – Těžká mentální retardace

IQ se pohybuje v rozmezí mezi 34 až 20 body (tato úroveň odpovídá mentálnímu věku přibližně šestiletého až tříletého dítěte). Dříve byla těžká mentální retardace označována jako „idioimbecilita“. Neuropsychický vývoj takových osob je celkově omezený a jejich stav vyžaduje trvalou potřebu podpory. Švarcová (2011) uvádí, že v klinickém obraze se diagnóza podobá diagnóze F 71, ale snížená úroveň schopností je v tomto případě mnohem výraznější. Od předchozího stupně se liší ještě tím, že zde se objevují značné poruchy motoriky. Vzdělávání je pro takové osoby výrazně omezené. Za včasné odborné podpory, vedení a rehabilitace může dojít ke zlepšení jejich motoriky, komunikačních schopností, samostatnosti a celkově se tak může zlepšit kvalita jejich života.

F 73 – Hluboká mentální retardace

IQ u hluboké mentální retardace, dříve „idiocie“, dosahuje nejvýše 20 bodů a odpovídá tak mentálnímu věku tříletého dítěte. Tento stav způsobuje celkovou nesoběstačnost a celodenní péči jiné osoby. Jsou těžce omezeni v porozumění řeči a jakýmkoli instrukcím. Často komunikují pouze neverbálně. Je zde výrazné omezení pohybu a v mnoha případech se vyskytuje celková imobilita a inkontinence. Je potřeba stálá pomoc, podpora a dohled ve všech oblastech nebo činnostech. Možnost výchovy a vzdělávání je značně omezená. Výjimkou zde nejsou těžké neurologické nedostatky, epilepsie nebo sluchové či zrakové poruchy (Švarcová, 2011).

F 78 – Jiná mentální retardace

„Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených“ (Švarcová, 2011, s. 40). Stupeň mentálního postižení tedy nelze stanovit obvyklým způsobem a za použití obvyklých metod.

F 79 – Neurčená mentální retardace

V tomto případě byla mentální retardace diagnostikována, ale chybí dostatek informací na to, aby byl jedinec zařazen do pásma lehkého, středního, těžkého nebo hlubokého mentálního postižení (Švarcová, 2011).

Tabulka č. 1 – Klasifikace mentální retardace

Diagnóza	Mentální postižení	IQ
F 70	Lehká mentální retardace	69-50
F 71	Střední mentální retardace	49-35
F 72	Těžká mentální retardace	34-20
F 73	Hluboká mentální retardace	Méně než 20
F 78	Jiná mentální retardace	
F 79	Neurčená mentální retardace	

Zdroj: MKN-10, 2021

1.4. Etiologie mentální retardace

Na základě etiologie lze mentální retardaci dělit podle několika hledisek. Jedná se zde o příčiny endogenní (vznik na základě vnitřních podnětů) nebo exogenní (vznik na základě vnějších podnětů). Dále se v rámci etiologie setkáváme s dělením prenatálním, perinatálním a postnatálním. Nutno také zmínit sekundární mentální retardaci.

Klasifikace etiologie mentální retardace podle AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2021) uvádí příčiny vzniku mentální retardace na základě toho, kdy ke vzniku došlo – prenatální, perinatální a postnatální příčiny (Černá, 2015):

Prenatální

Do této kategorie se řadí vlivy, které na plod působily během těhotenství a podílely se tak na vzniku mentální retardace. Řadí se sem například chromozomální aberace. „*Chromozomální aberace jsou mutace na chromozomální úrovni. U osob s mentální retardací patří k nejznámějším chromozomálním aberacím tzv. aberace numerické (trizomie, monozomie)*“ (Valenta aj., 2018, s. 65). Jako typické příklady chromozomální aberace uvádí zmíněný autor, např. Downův syndrom (trizomie 21. chromozomu), Angelmanův syndrom (abnormalita 15. chromozomu) nebo Syndrom fragilního X chromozomu (křehkost a snadné zlomení chromozomu X).

Mezi další prenatální příčiny uvádí Černá (2015) metabolické a výživové poruchy, např. fenylketonurii. Do příčin způsobujících mentální retardaci v tomto období se dále řadí infekce nebo onemocnění matky v průběhu těhotenství (HIV, toxoplazmóza, zarděnky, syfilis aj.). Důležitým faktorem je životospráva matky v průběhu těhotenství. Za riziko se považuje užívání alkoholu, návykových látek, špatná strava, rentgenové záření, nevhodné (znečištěné) prostředí aj.

Valenta (2018) zdůrazňuje, že mezi prenatální příčiny se řadí také dědičné vlivy. Rizikovým faktorem může být i vyšší věk matky.

Perinatální

Faktory, které na plod působily v období kolem porodu či v krátkém čase po něm. Valenta (2018) uvádí, že zde se může jednat o zátěž, která na plod v průběhu porodu působí. Řadí sem mechanické poškození hlavičky (zejména tehdy, kdy je potřeba dítěti na svět pomoci porodními kleštěmi. Ovšem v současné době je tento způsob velmi šetrný a k poškození tak dochází ve zcela výjimečných případech), nedostatek kyslíku, nízká porodní hmotnost, novorozenecká žloutenka. Další autoři do perinatálních příčin řadí hypoxii, porodní úraz nebo překotný či protražovaný porod (Černá, 2015).

Postnatální

Do této kategorie se řadí příčiny, které na jedince působily v období po porodu a nadále v průběhu celého života. Černá (2015) do této oblasti vzniku postižení zařazuje infekce, otravy a intoxikace (encefalitida, meningitida aj.), dále faktory prostředí (špatné zacházení, zanedbávání, úrazy hlavy, deprivace, podvýživa aj.). Mezi další faktory patří, např. krvácení do mozku nebo nádorová onemocnění.

Na základě myšlenky prevence bylo vytvořeno desatero zásad, při jejichž dodržování by se mělo snížit riziko vzniku mentálního postižení. Zásady byly vytvořeny v rámci Mezinárodní ligy společnosti pro mentálně postižené. Řadí se sem: návštěva lékaře 3 měsíce před plánovaným početím, správná strava v průběhu těhotenství, neužívat alkohol v průběhu těhotenství, chránit se očkovaním, nekouřit, navštívit genetickou poradnu, neužívat nadbytek léků (užívat pouze léky předepsané lékařem), vyvarovat se RTG záření, chránit se před infekčním onemocněním, pravidelné lékařské kontroly (Černá, 2015).

Narození dítěte s mentálním postižením je bezesporu velký zásah do fungování rodiny. Péče o dítě s handicapem je náročná. Někdy taková situace rodinu stmelí a neohrozí ji. Často se ale stává, že rodiče začínají hledat viníka jeden v druhém nebo v rodině. Tím mezi nimi dochází k hádkám a napětí. Bohužel to většinou končí tím, že jeden z rodičů z rodiny odchází (obvykle otec) a osamocený rodič (obvykle matka) se o dítě s postižením stará sám.

1.5. Sekundární mentální postižení

Mentální retardace je postižení, které je vrozené nebo získané časně, nanejvýše do dvou let věku dítěte. Dříve se toto postižení označovalo jako oligofrenie. Pokud dojde k poškození rozumových schopností po 2. roce života jedince, jedná se o demenci. Uvádí se, že ve společnosti je jedinců s demencí podstatně méně, než jedinců s mentální retardací (Valenta aj., 2018).

Valenta (2018) dále uvádí, že mentální retardace se od demence liší tím, že demence má sklon k postupnému zhoršování, zatímco u mentální retardace je postižení intelektu rozloženo rovnoměrně.

Sekundární mentální postižení lze tedy definovat tak, že je následkem jiného onemocnění, popřípadě úrazu.

1.6. Specifika osob s mentálním postižením

Paměť

Paměť představuje jednu ze základních složek psychického vývoje. „*Paměť je funkce, která umožňuje uchování zkušeností, informací o okolním světě i o sobě samém ve vztahu k tomuto světu*“ (Vágnerová, 2002, s. 119).

Typické pro osoby s mentální retardací je to, že jim činí velké potíže osvojit si nové poznatky a cíleně se učit. Pokud se jim to podaří, získané poznatky následně rychle zapomínají nebo je nedokáží využít v praxi. To může být způsobeno vyhasínáním podmíněných spojů, ale i nízkou úrovní myšlení. Obecně se takovým lidem lépe pamatují vnější znaky než logické souvislosti (Švarcová, 2011).

Proto, aby si něco zapamatovali, je nutné intenzivní opakování nebo názorné vyučování. Osoby s mentální retardací využívají zejména mechanickou paměť.

Percepce

Vnímání je jedním ze základních psychických procesů. Pomáhá poznávat známé a neznámé podněty, které slouží k orientaci v prostředí. „*Vnímání je nejjednodušší, lze říci primární poznávací schopností, jež je založena na smyslovém zobrazení reality*“ (Vágnerová, 2002, s. 94). Vnímání je ovlivněno úrovní mentálních schopností. Aby došlo k rozeznávání jednotlivých podnětů, je nutné, aby se v mozkové kůře vytvořily diferenční podmíněné spoje a následně jejich soustava. Ovšem u mentálně postižených jedinců je tento proces značně pomalý a mohou se v něm objevovat odchylky (Valenta aj., 2018). Odchylky se mohou týkat všech druhů vnímání, tedy zrakového, sluchového, dotykového, čichového i chuťového.

Valenta (2018) uvádí hlavní čtyři problémové oblasti vnímání, jimiž jsou zpomalenost tempa vnímání a zúžení jeho rozsahu (omezení schopnosti globálního vidění), nedostatečná diferenciacie detailů a celků (např. za stejné považují zcela odlišné tvary nebo předměty), nedostatečné vnímání prostoru a času (např. neschopnost odhadnout hloubku, vzdálenost, velikost) a jako poslední uvádí inaktivitu vnímání, kterou považuje za nejzávažnější problém osob s mentální retardací. Autor zde inaktivitu zjednodušeně vysvětluje tak, že osoby s mentálním postižením vnímají povrchně, zjednodušeně.

Myšlení

Vágnerová (2002) definuje myšlení jako proces řešení problémů. Myšlení je více vázáno na individuální aktivitu vědomí a je jednou z nejvyšších forem poznávání. U osob s mentální retardací je myšlení značně omezeno. Tací jedinci mají omezené zásoby představ, komunikace, řeči (řeč je považována za základní nástroj myšlení). Z toho lze odvodit, že osoba s mentální retardací bude mít proces samotného myšlení značně narušen už jen proto, že jsou přítomny deficity v dalších oblastech, ze kterých samotné myšlení vychází (Valenta aj., 2018).

Oblasti v procesu myšlení, u kterých se můžeme setkat s omezením, je například omezená schopnost abstrakce a zobecnění, tj. jedinci s mentální retardací jsou schopni jen myšlení konkrétního. Jednou z abstrakcí, kde se s touto situací lze setkat, je abstrakce barvy. *„Některé děti s mentální retardací se i v této jednoduché abstrakci nedokážou zcela oprostit od určité úrovně konkretizace a při rozlišování barev vždy uvádějí „žlutá jako sluníčko, zelená jako tráva“ apod.“ (Švarcová, 2011, s. 52).*

Mezi další specifika myšlení, které uvádí Švarcová (2011) nebo Valenta (2018), se řadí omezení myšlení na konkrétní situační souvislosti mezi předměty a jevy (např. nejsou schopni určit, v čem se předměty odlišují), omezení schopnosti generalizace (zobecnování) a používání spíše mechanického učení bez pochopení významu. Dále je pro ně typická nesoustavnost a nezaměřenost myšlení, slabá řídicí úloha myšlení, nekritické nebo sekvenční myšlení. Sekvenční myšlení znamená *„chápaní sledu věcí a jevů, správné vnímání jejich logických souvislostí a časové návaznosti“ (Švarcová, 2011, s. 53).*

Pozornost

Funkce pozornosti je typická tím, že chrání člověka před vyčerpáním, které vyplývá z přemíry podnětů. *„Pozornost lze tedy v obecné úrovni charakterizovat jako soustředění vědomí na určitý obsah, kdy jako základní výběrový činitel se uplatňuje aktivita subjektu“ (Valenta aj., 2018, s. 260).* Autor zde poukazuje také na to, že deficit pozornosti je závislý na etiologii mentální retardace. Jiné poškození pozornosti bude u osoby s organickou etiologií poškození cévní nervové soustavy a jiné u osoby s genetickou etiologií mentální retardace.

Osoby s mentálním postižením mají problém s eliminací rušivých vlivů. Tím dochází ke snadnému odvedení pozornosti. Nadále se objevuje problém se zaměřením pozornosti na více podnětů zároveň (Valenta aj., 2018).

Emoce

Emocemi lidé vyjadřují své vztahy k okolí, druhým lidem, ale i k sobě samým. Emoce se projevují subjektivním hodnocením reality. „*Emoce jsou subjektivní prožitky, ve kterých je obsaženo hodnocení prožívané skutečnosti*“ (Vágnerová, 2002, s. 44).

Osoby s mentální retardací jsou emočně nevyspělé. To může způsobovat, že se chovají jako děti nižšího věku – chování tedy neodpovídá jejich biologickému věku. Mezi základní emoce se řadí hněv, smutek, strach, radost, překvapení a odpor. „*Jedná se o komplexní psychické pochody, navenek se projevující fyziologickými reakcemi, motorickými a mimickými projevy a vnitřně se projevující subjektivními prožitky*“ (Valenta aj., 2018, s. 300).

Pro osoby s mentální retardací jsou v oblasti emocí typické poruchy přizpůsobení, emoční poruchy, úzkost, emoční labilita, deprese. Jsou velmi citliví na emoční podněty a mají sníženou frustrační toleranci. Tyto skutečnosti mohou způsobit jejich panické, agresivní chování nebo silnou úzkost. Často jim chybí empatie a mohou mít potíže s vytvořením pouta k blízkým osobám, dokonce i k rodičům (Valenta aj., 2018).

Typická je také neadekvátnost k podnětům, zejména vnějším, která se může projevovat například povrchním prožíváním vážných situací. Často také dochází k tomu, že nejsou schopni ovládat své city intelektem. Tento deficit způsobuje jejich obtíž při vytváření morálních citů. Švarcová (2011) dále uvádí, že u osob s mentální retardací se mohou vyskytovat patologické stavy, projevující se například neúměrným podrážděním na podnět.

Apatie je dalším projevem v oblasti emocí. Projevuje se nezájmem, lhostejností. „*Důsledné výchovné vedení a zejména kultivace vnějších projevů může v mnohém napomoci integraci dítěte s mentálním postižením do světa nepostižených*“ (Švarcová, 2011, s. 59).

Volní jednání

Vůle se řadí mezi nejdůležitější rysy osobnosti. Vágnerová vůli ve stručnosti charakterizuje jako „*schopnost chtění a z něho vyplývajícího jednání*“ (Vágnerová, 2002, s. 79). Pro osoby s mentálním postižením je právě nedostatek vůle typický. Všechny projevy

nedostatku vůle (tvrdohlavost, sugestibilita, neovladatelnost aj.) jsou projevy nezralé osobnosti, která plyne z nedostatečného rozvoje duchovních potřeb. „*Bez volního úsilí však nemůže dítě splnit ani ten nejjednodušší úkol a, vzato do důsledku, nemůže se dále rozvíjet*“ (Švarcová, 2011, s. 61).

1.7. Sexualita, partnerství, rodičovství

Sexualita

Téma sexuálního života osob s mentálním postižením bylo v minulosti spíše tabuizováno. Dnes se ale tomuto tématu věnují i autoři ve svých odborných publikacích, protože sexualita je přirozenou lidskou součástí a na její prožívání má nárok každý jedinec bez rozdílu.

Ústavní péče pro osoby s mentálním postižením byla organizována tak, že se zřizovaly ústavy pouze pro ženy, nebo pro muže. Muži a ženy byli od sebe separováni. Lidé nebrali na vědomí, že osoby s mentálním postižením by mohly mít potřeby sexuálního uspokojení. Přetrvával i názor, že osoby s mentální retardací jsou asexuální. Sexuální tužby se tak zmírňovaly různými metodami, např. ergoterapií nebo podáváním medikace (Švarcová, 2011).

Pravdou ale je, že i osoby s mentální retardací sexuální tužby přirozeně mají. Takové tužby se však mohou projevovat neobvyklým způsobem a být tak společensky nepřijatelné. Švarcová (2011) upozorňuje na to, že osoba s mentální retardací se snadno může stát obětí sexuálního zneužívání (vzhledem k její sociální nezralosti), ale zároveň se může stát i pachatelem sexuálního násilí. Zde vidím velký prostor pro prevenci. Je tedy žádoucí, aby dívky užívaly antikoncepci či využívaly jinou formu ochrany.

Jedinci s těžkou a hlubokou mentální retardací obvykle nemají potřebu sexuálního vztahu. Tací jedinci svoji sexualitu uspokojují zejména pudově (sebeuspokojováním).

Valenta (2018) se ve své aktualizované publikaci také věnuje sexualitě osob s mentálním postižením. Zmiňuje několik nejčastějších předsudků, které se dotýkají sexuality takových jedinců. Uvádí například předsudky: „*Lidé s mentálním postižením jsou bez jakýchkoliv sexuálních potřeb; Člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem; Sexuálními problémům se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví; Osoby s mentálním postižením mají problémy i v oblasti sexuality*“ (Valenta aj., 2018, s. 174-178).

Partnerství

Je zcela zřejmé, že i osoby s mentálním postižením touží zažívat lásku, milovat a být milováni. To je přirozená součást lidského života. Touha po partnerském vztahu se u takových lidí objevuje stejně tak, jako u lidí bez postižení. Valenta (2018) zmiňuje, že jednotlivé spolky či organizace konají různé společenské akce pro jedince s mentálním postižením, tzv. „seznamky“, aby se předešlo jejich sociální izolaci a měli možnost seznámení se s opačným pohlavím.

Problém s navázáním partnerského vztahu může mít za příčinu nízkou úroveň sebedůvěry, komunikační potíže, obavy z odmítnutí. To se promítá i do schopnosti partnerský vztah udržet. Potřeba partnerství se odvíjí od jednotlivých stupňů mentální retardace. Tedy jedinci s lehkou mentální retardací jsou schopni navázat partnerský vztah, uzavřít manželství a být rodiči. Osoby se střední mentální retardací jsou také schopni vytvářet partnerské vztahy, ovšem potřebují podporu okolí. Osoby s těžší formou mentální retardace mohou vyžadovat pouze blízkost druhého člověka, jeho přítomnost, vykonávání společných činností. U osob s hlubokou mentální retardací se potřeba partnerství nemusí vytvořit vůbec nebo si tuto potřebu kompenzují autostimulací (Valenta aj., 2018).

Rodičovství

Ani rodičovství osob s mentálním postižením není dnes už tolik tabuizované. Vystávají zde ale obavy. Jednou z nich je zdědění postižení po rodičích. Další obavou může být nedůvěra ve zvládnutí rodičovské role a poskytnutí kvalitní péče dítěti. Před plánovaným početím je v některých případech žádoucí navštívit pracoviště lékařské genetiky, využít konzultace s psychologem, sociálním pracovníkem, popřípadě sexuologem (Novosad, 2009).

V roce 2019 přijala Česká republika jako součást právního řádu Úmluvu o ochraně práv osob se zdravotním postižením. Z toho vyplývá, že osoby s mentálním postižením mají právo svobodně rozhodnout o počtu svých dětí. Dokument jim dále zajišťuje odstranění diskriminace ve věcech týkajících se manželství, rodiny, rodičovství (Bernoldová aj., 2019).

I dnes se ještě můžeme setkat s návrhy na sterilizaci takových osob (Valenta aj., 2018). Ovšem i před tím jsou ženy s mentálním postižením z části právně chráněny. Jejich právo vychází ze zákona o specifických zdravotních službách. Dříve tomu bylo tak, že ke sterilizaci stačil souhlas opatrovníka. Dnes lze provést sterilizaci pouze ze zdravotních důvodů (zákon č. 373/2011, § 13).

2. Vzdělávání osob s mentálním postižením

Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením je v kompetenci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT) a podle zákona č. 561/2004 Sb., zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), (dále jen zákon č. 561/2004 Sb.), má právo na vzdělání každý jedinec bez rozdílu, tedy i bez rozdílu zdravotního stavu. Zde budou uvedeny vzdělávací instituce, které mohou navštěvovat jedinci s mentálním postižením.

Speciální mateřské školy

Speciální mateřské školy jsou koncipovány jako běžná předškolní zařízení, ovšem s ohledem na cílovou skupinu dětí. Jedná se o zařízení určená zpravidla pro děti od 3 do 6 let. Vzdělávání zde probíhá podle RVP PV (rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání). Kromě funkcí, které plní běžná mateřská škola vykonává speciální mateřská škola ještě funkci diagnostickou, reedukační, kompenzační a terapeutickou. Speciální mateřské školy mohou být zřízeny jako státní, ale i jako soukromé instituce (Valenta aj., 2018).

Základní školy pro žáky s mentálním postižením

V tomto případě se jedná o školu zřízenou podle § 16, odstavce 9 školského zákona. Základní škola tak nahrazuje označení základní škola praktická (dříve zvláštní). Zákon uvádí, že základní škola je určena pro žáky, kterým by pro jejich speciální vzdělávací potřeby (dále jen SVP) nepostačovala podpůrná opatření k jejich vzdělávání. Pro zařazení do tohoto typu školy je nutné doporučení školského poradenského zařízení. Tento typ vzdělávací instituce je určen zejména pro žáky s lehkým stupněm mentálního postižení.

Od běžné základní školy se však tento typ vzdělávací instituce výrazně neodlišuje. Je zde devítiletá školní docházka, rozdělení na první a druhý stupeň. Vzdělávání zde probíhá na základě RVP ZV (rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání). Valenta (2018) uvádí, že je zde navíc využíváno speciálně pedagogických prostředků, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb a zejména individuální přístup vycházející z jednotlivých podpůrných opatření.

Po ukončení základní školy pro žáky s mentálním postižením mohou tyto děti navštěvovat odborná učiliště nebo praktické školy.

Speciální základní školy

Speciální základní škola je koncipována na základě RVP ZŠS (rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální). Opět je zde zapotřebí doporučení školského poradenského zařízení a písemná žádost zákonného zástupce. Rozdíl oproti základní škole je takový, že vzdělávání má celkem 10 ročníků, ale také je zde rozdělení na první a druhý stupeň. První stupeň: 1. - 6. ročník, druhý stupeň: 7. - 10. ročník. Škola je určena pro žáky se středním nebo těžkým mentálním postižením, dále se souběžným postižením více vadami nebo autismem (zákon č. 561/2004 Sb., § 48). Výkony žáků jsou v tomto typu školy hodnoceny slovně.

Speciální základní škola nabízí i přípravný stupeň základní školy speciální. Školský zákon stanovuje maximální počet dětí v přípravném stupni, tedy nejméně 4 žáci a nejvíce 6 žáků. Žáci přípravný stupeň mohou navštěvovat tehdy, pokud již dosáhli 5 let věku (od školního roku 2017/2018 je povinnost nastoupit k předškolnímu vzdělávání. Platí to pro děti, které k měsíci září dosáhnou 5 let). Přípravný stupeň základní školy speciální může dítě navštěvovat maximálně 3 roky. Dítě je do přípravného stupně základní školy speciální umístěno na základě doporučení školského poradenského zařízení (zákon č. 561/2004 sb., § 48a).

Praktické školy

Praktické školy se dělí na praktické školy s jednoletou a dvouletou přípravou. Jsou určeny především pro žáky s lehkým mentálním postižením (Valenta aj., 2018).

Praktická škola s dvouletou přípravou učí žáky praktické dovednosti, jako je například příprava pokrmů nebo ruční práce. Naučené dovednosti by měly vést k přípravě na budoucí povolání. Tato škola je určena absolventům základní školy pro žáky s mentálním postižením.

Praktická škola s jednoletou přípravou je určena pro absolventy základní školy speciální, kde jsou žáci připravováni zejména na profesní uplatnění v chráněných pracovištích.

Odborná učiliště

Absolvent základní školy pro žáky s mentálním postižením se může dále vzdělávat na odborném učilišti. Absolvovat zde může dvouletý či tříletý obor, po jehož dokončení získá výuční list. Absolvent se tak stává plně kvalifikovaným ve svém oboru (Valenta aj., 2018). Zde se vzdělávání uskutečňuje na základě RVP SOV (rámcový vzdělávací program pro střední odborné vzdělávání).

Euroinstitut

Euroinstitut představuje organizaci, která nabízí vzdělávání žákům s mentálním postižením. Jedná se o partnerské speciální školy, jejichž společným heslem je „*Vzděláváním proti handicapu*“. Žáky Euroinstitutu jsou především klienti chráněného bydlení, domovů se zvláštním režimem a domovů pro osoby se zdravotním postižením. Jedná se tedy o vzdělávání klientů v ústavní péči. Jedinci jsou vzděláváni na základě RVP MŠMT v takových oborech, aby byli následně uplatnitelní v praxi. Vzdělávání je bezplatné.

Euroinstitut představuje partnerství celkem pěti speciálních škol – Střední škola Euroinstitut, Euroinstitut, praktická škola a odborné učiliště, Střední škola Euroinstitut v Karlovarském kraji, Střední škola Euroinstitut v Olomouckém kraji, Střední škola Euroinstitut v Praze. Součástí je také jedno školské poradenské zařízení (Euroinstitut, 2014).

Mezi obory vzdělávání, které Euroinstitut nabízí, se řadí: provozní služby zaměřené na úklid a výpomoc, praktická škola jednoletá, praktická škola dvouletá, pečovatelské služby, zednické práce, stavební práce, zpracovatelství přírodních pletiv (Euroinstitut, 2014).

2.1. Inkluze

Inkluze (z lat. inclusio, zahrnutí), v současnosti stále diskutované téma, jak na poli laické veřejnosti, tak v odborných kruzích. Smyslem inkluze je, aby se všichni žáci, bez ohledu na jejich znevýhodnění, mohli vzdělávat ve stejné sociální skupině, tedy v hlavním vzdělávacím proudu škol. Handicapovaní žáci tak nebudou oddělováni od ostatních. Typické znaky inkluze charakterizuje Slowík: „*typické znaky inkluze spočívají především v implementaci inkluzivních hodnot, jakými jsou spravedlivý přístup, participace všech, budování společenství – nebo právě respekt k odlišnostem*“ (Slowík, 2018, s. 215).

Inkluze prakticky existuje již od roku 2004, ale až s vyhláškou č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných (dále jen vyhláška č. 27/2016 Sb.), byla jedincům se znevýhodněním zaručena všestranná podpora. Tato podpora je určena pro ty žáky, kteří jsou uvedeni v zákoně č. 561/2004 Sb. Jsou jimi „*žáci a studenti s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem*“ (zákon č. 561/2004 Sb., § 16, odst. 9). Konkrétně § 16 zmíněného školského zákona se rozšířil o tzv. podpůrná opatření, která jsou školou, případně školským zařízením, bezplatně poskytována žákům se SVP.

Podpůrná opatření, která jsou obsažena ve výše zmíněné vyhlášce, jsou rozdělena celkem do pěti stupňů. Jednotlivé stupně se od sebe odlišují mírou podpůrných opatření. Školské poradenské zařízení posoudí SVP žáka. Na základě posouzení vydá školské poradenské zařízení zprávu se závěry vyšetření a doporučí podpůrná opatření.

Zmíněná vyhláška jednotlivé stupně podpůrných opatření charakterizuje následovně:

1. Stupeň – podpůrná opatření spadající do prvního stupně může škola, případně školské zařízení, nastavit bez doporučení školského poradenského zařízení. Podpůrná opatření v tomto stupni představují jen minimální úpravu metod, organizace a hodnocení vzdělávání. Pokud taková podpůrná opatření budou nedostačující, navrhne vyučující zákonným zástupcům (případně zletilému žákovi) navštívit školské poradenské zařízení. Prvního stupně podpůrných opatření využívají například žáci s drobnými obtížemi ve čtení, počítání, psaní, s pomalejším tempem práce a s dalšími drobnými obtížemi;
2. Stupeň – pro užívání podpůrných opatření druhého stupně a dalších následujících stupňů je zapotřebí doporučení školského poradenského zařízení a souhlas zákonného zástupce (popřípadě zletilého žáka). Tento stupeň využívají žáci se specifickými poruchami učení, poruchami autistického spektra, specifickými poruchami chování, s mírnými řečovými vadami, mírným sluchovým nebo zrakovým postižením. Zde se nabízí podpůrné opatření ve formě individuálního vzdělávacího plánu (IVP), který zpracovává daná škola;
3. Stupeň – je určen pro žáky, kteří potřebují již znatelné úpravy v metodách, organizaci a hodnocení vzdělávání. Využívají jej žáci se závažnějšími specifickými poruchami učení, poruchami chování, děti s lehkým mentálním postižením, těžkou poruchou řeči, slabozrací, nedoslýchaví žáci a další. Jejich omezení je natolik závažné, že jejich stav vyžaduje podporu pedagogického pracovníka, tedy podporu asistenta pedagoga, dále využívání alternativních metod komunikace či podporu speciálně pedagogického centra. Jedním z podpůrných opatření, které spadá do třetího stupně, je snížení výstupů, a to u žáků s lehkým mentálním postižením;
4. Stupeň – zde charakter SVP vyžaduje už významné úpravy ve všech oblastech vzdělávání. Čtvrtý stupeň podpůrných opatření využívají zejména žáci se středním a těžkým mentálním postižením, závažnými poruchami chování, těžkým sluchovým nebo zrakovým postižením, se závažnými vadami řeči, závažným tělesným postižením a další. Tací žáci (pokud nejsou vzdělávání ve škole, třídě nebo studijní skupině

zřízené podle §16, odst. 9 školského zákona) mohou být vzdělávání s podporou IVP, kam jsou zařazeny také předměty speciálně pedagogické péče, zaměřující se na konkrétní projevy žáka;

5. Stupeň – SVP žáka vyžadují nejvyšší míru přizpůsobení všech složek vzdělávání. Tento stupeň podpůrných opatření je určen výhradně pro žáky s nejtěžšími stupni zdravotního postižení a více vadami. Zdravotní stav žáků často vyžaduje i úpravu prostředí, komunikační systémy neslyšících či prvky alternativní komunikace. Výuka je zpravidla realizována speciálními pedagogy (vyhláška č. 27/2016 Sb.).

2.2. Profesní uplatnění osob s mentálním postižením

Jak již bylo v předchozích kapitolách nastíněno, na svůj budoucí profesní život se osoby s mentálním postižením připravují v jednotlivých typech vzdělávacích institucí, a to na základě jejich mentální úrovně a schopností. Je zřejmé, že čím nižší je stupeň postižení, tím vyšší je šance jedince na uplatnění v profesním životě.

Podpora pro zaměstnávání osob s mentálním postižením vznikla v 60. letech minulého století ve skandinávských zemích pod označením „normalizace“. Tento trend se do našich zemí dostal až v 70. letech minulého století. Normalizace tedy zajišťovala lidem s mentálním postižením integraci do pracovního prostředí, kde se budou setkávat se spolupracovníky bez postižení (Černá, 2015).

Pokud se člověku s mentálním postižením podaří najít si profesi, má to pro něj mnoho benefitů. Samozřejmostí je finanční příjem, díky kterému se může stát ekonomicky nezávislým. Stává se tak samostatným a zvyšuje se i jeho sebevědomí. Mohou se změnit i postoje společnosti k takovému jedinci, dochází k vytváření sociálních kontaktů a k neustálému rozvíjení schopností (Černá, 2015). Ovšem zaměstnání nepřináší jen pozitiva, ale také několik negativ, spíše překážek. Jednou z překážek, jak uvádí Krejčířová a Kolářová (2013), je neochota zaměstnavatelů přijmout osobu s postižením. Takový problém mají zejména osoby s mentálním postižením. Dalším problémem může být nezájem trhu práce o určitou profesi, kterou je jedinec s mentálním postižením schopen vykonávat. Řešením, které autorky uvádí, je realizace rekvalifikačních programů, které dají možnost získat nové profesní uplatnění.

Zákon o zaměstnanosti

Zvýšenou ochranu na trhu práce poskytuje osobám se zdravotním postižením zákon č. 435/2004 Sb., zákon o zaměstnanosti (dále jen zákon č. 435/2004 Sb.). Z tohoto zákona vyplývá, že osoba zdravotně postižená se může uplatnit na normálním trhu práce nebo ve specializovaných pracovištích. Evidenci takových osob vede krajská pobočka Úřadu práce. Zmíněný zákon upravuje také pracovní rehabilitaci, kterou definuje jako „*souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené*“ (zákon č. 435/2004 Sb., § 69, odst. 2).

Zákon nabízí i podporu zaměstnavatelům, na jejímž základě mají povinnost zaměstnávat osobu se zdravotním postižením. Všechny následující zmíněné příspěvky se přiznávají na základě písemné dohody s krajskou pobočkou Úřadu práce. Jedná se o:

- Příspěvek na zřízení místa pro osobu se zdravotním postižením – podmínkou, kterou zákon stanovuje je, že takové místo musí být touto osobou obsazeno minimálně tři roky;
- Příspěvek na úhradu nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním osoby se zdravotním postižením – výše tohoto příspěvku může být maximálně 48 000 Kč/rok;
- Chráněný trh práce a uznání zaměstnavatele za zaměstnavatele na chráněném trhu práce – za zaměstnavatele na chráněném trhu práce je považován podle zákona zaměstnavatel, který zaměstnává více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu zaměstnanců. Měsíční výše tohoto příspěvku činí 75 % prostředků, které zaměstnavatel skutečně vynaložil na mzdy či platy za zaměstnance se zdravotním postižením (MPSV, 2019);
- Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném trhu práce (zákon č. 435/2004 Sb., § 67).

MPSV uvádí, že dalším zabezpečením pro osoby se zdravotním postižením ze strany tohoto zákona je, že zaměstnavatelé mají povinný podíl na zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Tedy zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci mají za povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením, a to ve výši 4 % z celkového počtu zaměstnanců. Benefitem pro zaměstnavatele je snížení daně z příjmu (MPSV, 2019).

Tranzitní program

Tranzitní program slouží osobám/žákům s mentálním postižením při přechodu ze školní docházky do profesního života. Krejčířová a Kozáková (2013) uvádějí, že pro takové žáky je velmi důležitá návaznost a plynulost tohoto přechodu, který je pro ně významným krokem. V obecné rovině tranzitní program představuje podporu při přechodu z jednoho životního období do dalšího období. Program se může uskutečňovat i v rámci podporovaného zaměstnávání a představuje přípravu na budoucí povolání. Je zde nutný individuální přístup ke každému klientovi tranzitního programu zvlášť.

Mezi hlavní cíle, které zmíněné autorky uvádí patří zejména to, že žáci si mohou vyzkoušet práci v běžném pracovním prostředí, naučí se být zodpovědní, naučí se povinnosti pracovní docházky, zajistí si pracovní místo. Mezi další cíle patří vést absolventy škol k co možná největší soběstačnosti a naučit je, že každý je odpovědný za svůj život.

Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání je nedílnou součástí toho, aby se jedinec s mentálním postižením dostal do hlavního pracovního proudu. Jedná se o podporu zaměstnance s postižením na pracovišti. Podpora se ale poskytuje nejen zaměstnanci, ale i zaměstnavateli. Podpora je zajištěna prostřednictvím pracovního asistenta (Černá, 2015).

Šiška (2005) uvádí body, ve kterých se shodují jednotlivé definice podporovaného zaměstnávání. Těmi body jsou: placená, smysluplná a konkurence schopná práce, sestavení pracovní náplně z nekvalifikovaných, pomocných činností, osoba s postižením pracuje na běžném pracovišti, kde je v kontaktu s ostatními spolupracovníky, ze strany zprostředkovatelské agentury je pro pracovníka zajištěná dlouhodobá podpora ve formě pracovního asistenta a průběžného sledování pracovního poměru.

Tato služba, jak uvádí Krejčířová a Kozáková (2013), je určena lidem, kterým chybí potřebné dovednosti k získání a udržení vhodného pracovního místa na otevřeném trhu práce. Služba se řadí do služeb sociální prevence.

3. Sociální zabezpečení osob s mentálním postižením

3.1. Sociální služby

Stěžejním zákonem pro oblast sociálních služeb je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon č. 108/2006 Sb.). Zákon upravuje poskytování sociálních služeb všem potřebným osobám, včetně osob mentálně postižených. Sociální služby vycházejí ze systému sociálního zabezpečení České republiky, konkrétně ze 3. pilíře (systém sociální pomoci a sociální péče). Zákon uvádí, že státní správu v oblasti sociálních služeb vykonává MPSV, krajské úřady, obecní úřady obce s rozšířenou působností, okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ) a Úřad práce České republiky (zákon č. 108/2006 Sb.).

Služby pro osoby s mentálním postižením se před rokem 1989 zaměřovaly především na ústavní péči, kdy byli tací jedinci umisťováni do ústavů sociální péče. Po roce 1989 však docházelo k postupnému měnění přístupu k osobám s mentálním postižením. Začaly tak vznikat nové služby, které se zaměřovaly, např. na smysluplné využívání volného času takových osob nebo na rozvoj jejich dovedností, samostatnosti. Mezi další služby poskytované na základě tehdejších norem se řadila ještě výchovná a poradenská péče, péče v ostatních zařízeních sociální péče, pečovatelská služba a stravování (Matoušek aj., 2010). Výrazné změny v sociální péči přinesl až zákon č. 108/2006 Sb.

Sociální služby se dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Z hlediska formy poskytování se dělí na ambulantní (klient dochází nebo je doprovázen do zařízení sociálních služeb), terénní (poskytují se v přirozeném prostředí klienta) a pobytové (týdenní/celoroční rezidenční služby) (Valenta aj., 2018).

Služby sociálního poradenství – služby sociálního poradenství se rozdělují na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytují všechny druhy sociálních služeb, zejména v obecné rovině. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na konkrétní cílovou skupinu a poskytuje informace potřebné pro řešení konkrétní situace (zákon č. 108/2006 Sb.).

Služby sociální péče – tyto služby jsou v zákoně definovány tak, že „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 38). Služby sociální péče reagují na již existující situaci a jsou zpravidla poskytovány za úhradu. Do služeb sociální péče se řadí osobní asistence,

pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (zákon č. 108/2006 Sb.).

Služby sociální prevence – cílem těchto služeb je předejít sociálnímu vyloučení, napomáhat osobám překonávat jejich obtížné životní situace a tím chránit i celou společnost před nežádoucími sociálními jevy (Valenta aj., 2018). Mezi služby sociální prevence se řadí raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace (zákon č. 108/2006 Sb.).

Mezi služby, které zabezpečují osoby s mentálním postižením a mohou je využívat i jejich blízcí, se řadí zejména raná péče, osobní asistence, denní a týdenní stacionáře, sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením a odlehčovací služby.

Jednotlivé sociální služby jsou klientům poskytovány na základě tzv. standardů kvality. Cílem standardů kvality je přispívat k rozvoji systému kvalitních sociálních služeb s ohledem na zachování základních lidských práv a svobod. Zákon standardy kvality definuje jako „soubor kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 99, odst. 1). Standardy kvality jsou vymezeny v 15 bodech a jsou součástí vyhlášky č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Sociální služby se klientům poskytují na základě uzavření písemné smlouvy o poskytování sociální služby. Smlouva o poskytování sociální služby musí obsahovat náležitosti uvedené v zákoně č. 108/2006 Sb.

3.2. Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je jedinou peněžitou dávkou, kterou upravuje zákon č. 108/2006 Sb. Příspěvek je určen fyzické osobě starší jednoho roku (na osoby mladší jednoho roku se příspěvek nevztahuje), která je závislá na péči jiné fyzické osoby (osoba blízká, asistent) nebo na poskytovateli sociálních služeb. O příspěvku na péči rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce. Příspěvek je vyplácen měsíčně (poštovním poukazem, popřípadě převodem na účet). Příjemcem příspěvku je oprávněná osoba. Příspěvek je tedy určen k rukám žadatele, ale pokud žadatel není schopen příspěvek přijmout, přijímá ho zákonný zástupce nebo opatrovník, popřípadě jiná fyzická osoba na základě rozhodnutí příslušného orgánu. O příspěvek se žádá formou písemné žádosti. Krajská pobočka Úřadu práce kontroluje a provádí záznam do spisu, zda je příspěvek na péči využíván k zajištění pomoci, zda rozsah poskytování pomoci odpovídá příslušnému stupni přiznané závislosti a další náležitosti, které jsou stanoveny v zákoně č. 108/2006 Sb. (zákon č. 108/2006 Sb.).

Výše příspěvku se liší na základě věku uživatelů příspěvku a na základě toho, zda uživatel využívá/nevyužívá pobytové sociální služby. Příspěvek na péči je rozdělen do čtyř stupňů. Poslední navýšení příspěvku na péči proběhlo v roce 2019.

Tabulka č. 2 – Výše příspěvku na péči

	Osoby do 18 let	Osoby nad 18 let
I. Stupeň (lehká závislost)	3 300 Kč	880 Kč
II. Stupeň (středně těžká závislost)	6 600 Kč	4 400 Kč
III. Stupeň (těžká závislost)	9 900 Kč – využívající pobytové služby	8 800 Kč – využívající pobytové služby
	13 900 Kč – nevyužívající pobytové služby	12 800 Kč – nevyužívající pobytové služby
IV. Stupeň (úplná závislost)	13 200 Kč – využívající pobytové služby	13 200 Kč – využívající pobytové služby
	19 200 Kč – nevyužívající pobytové služby	19 200 Kč – nevyužívající pobytové služby

Zdroj: MPSV, 2019

Na první stupeň závislosti dosáhne osoba mladší 18 let/starší 18 let, která není schopna zvládat 3/3-4 základní životní potřeby, na druhý stupeň osoba, která není schopna zvládat 4-5/5-6 základních životních potřeb, na třetí stupeň osoba, která není schopna zvládat 6-7/7-8 základních životních potřeb a na čtvrtý stupeň osoba, která není schopna zvládat 8-9/9-10 základních životních potřeb (zákon č. 108/2006 Sb., § 8).

Zákon pro posuzování stupně závislosti stanovuje následující oblasti: „*mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost*“ (u osob mladších 18 let se tato oblast neposuzuje) (zákon č. 108/2006 Sb., § 9, odst. 1).

Přiznání příspěvku na péči a určení závislosti u osob s mentálním postižením je velmi složité. Posuzování jejich soběstačnosti je problematické.

3.3. Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Jednotlivé dávky jsou klientům přiznány na základě individuálního posouzení. Jedná se o příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a karty pro osoby se zdravotním postižením. Zmíněné dávky upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 329/2011 Sb.). Žádost o dávky se podává na krajských pobočkách Úřadu práce.

Příspěvek na mobilitu – nárok na tuto dávku má osoba starší 1 roku, která má současně nárok i na průkaz ZTP či ZTP/P. Od roku 2018 činí výše příspěvku na mobilitu 550 Kč/měsíc (MPSV, 2019).

Příspěvek na zvláštní pomůcku – nárok má osoba se zdravotním postižením, která se charakterizuje dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem (trvání takového stavu je delší než 1 rok). Příspěvek je určen pro osoby s těžkým pohybovým, sluchovým či zrakovým postižením. Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku je 350 000 Kč., v případě pořízení pojízdné schodišťové plošiny je maximální výše příspěvku 400 000 Kč. (MPSV, 2019).

Průkaz pro osoby se zdravotním postižením – nárok má osoba starší 1 roku, která má dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav z důvodu tělesného, smyslového nebo duševního postižení, které ve značné míře omezuje její schopnost pohybu či orientace. Do nároku jsou zahrnuty i osoby s poruchou autistického spektra.

Druhy průkazů:

- Průkaz TP – pro osoby se středně funkčním postižením ve výše zmíněných oblastech;
- Průkaz ZTP – pro osoby s těžkým funkčním postižením;
- Průkaz ZTP/P – pro osoby se zvláště těžkým funkčním postižením či úplným postižením, kdy stav vyžaduje přítomnost průvodce (zákon č. 329/2011 Sb.).

3.4. Ústavy sociální péče pro osoby s postižením

Sociální péče o osoby s mentálním postižením se podle tehdejší legislativy zaměřovala zejména na ústavy sociální péče a pečovatelskou službu. Velké změny do oblasti sociální péče přinesl až zákon č. 108/2006 Sb.

Ústavy sociální péče nabízejí rezidenční služby pro jedince, kteří nejsou schopni vést samostatný život bez pomoci a podpory jiné osoby. Ústavy sociální péče jsou často jedinou možností, jak zabezpečit jedince po zbytek jeho života, pokud se z jakéhokoli důvodu o něj nemá kdo postarat nebo jeho postižení je tak závažné, že péče o něj v domácím prostředí není možná. Hlavní výhodou ústavní péče, jak uvádí Matoušek (2013), je to, že klientům jsou na jednom místě poskytovány komplexní služby v potřebné kvalitě a v potřebném rozsahu. Jako hlavní nevýhodu ústavní péče uvádí zmíněný autor tzv. institucionalizaci, která vyjadřuje nutnost adaptovat se na ústavní prostředí.

Pro osoby s mentálním postižením jsou takovou službou především domovy pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP). Cílem DOZP je v co možná nejvyšší míře podporovat soběstačnost klienta, nabídnout mu podmínky pro důstojný a aktivní život. (Matoušek, 2013). Jedná se zde o služby, které svým klientům nabízejí „*poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 48, odst. 2). K měsíci březnu tohoto roku je v České republice 205 DOZP (Iregistr, 2021).

Chráněné bydlení je jednou z dalších pobytových služeb pro osoby s mentálním postižením. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Od DOZP se liší menší mírou podpory ze strany pečujících osob. Zde je možnost využít podporu

osobního asistenta. Klienti, kteří žijí v DOZP mohou následně přejít do chráněného bydlení (Matoušek, 2013). V tomto případě je pak nutné klienta na takový přechod soustavně připravovat.

Stacionáře představují další typ zařízení pro osoby s mentálním postižením. Jedná se o denní stacionáře (poskytují ambulantní služby) a týdenní stacionáře (poskytují pobytové služby, které se podobají režimu ústavního zařízení). Stacionáře jsou vhodné pro ty klienty, kteří mají jinak funkční rodinné zázemí (Matoušek, 2013).

Praktická část

Praktická část bakalářské práce obsahuje představení konkrétní sociální služby. Její představení vnímám jako žádoucí v kontextu s následující případovou studií klienta. Jedná se o Domov pro osoby se zdravotním postižením Leontýn. Popis organizace se bude zaměřovat na chod DOZP, na ubytování, celkový život klientů v DOZP a na představení pozice sociální pracovníce v daném zařízení. Charakteristika zařízení vychází z osobních zkušeností a postřehů získaných v rámci absolvované praxe i pracovního uplatnění. Představení Domova pro osoby se zdravotním postižením Leontýn je uskutečněno na základě informovaného souhlasu ředitelky DOZP Leontýn (viz příloha č. 1).

Praktická část bude dále pokračovat zpracováním případové studie klienta domova pro osoby se zdravotním postižením.

4. Domov pro osoby se zdravotním postižením Leontýn

Domov pro osoby se zdravotním postižením Leontýn se nachází uprostřed křivoklátských lesů v okrese Rakovník, v kraji spisovatele Oty Pavla, nedaleko hlavního města. DOZP Leontýn je příspěvkovou organizací hlavního města Prahy. Organizace sídlí v malebném zámečku Leontýn, jehož součástí je krásný a rozlehlý zámecký park. Klidné prostředí křivoklátských lesů umožňuje klientům příjemný celoroční pobyt. Cílem organizace je v co nejvyšší možné míře umožnit lidem se zdravotním postižením žít co možná nejlépejší život.

Historie zámku

Historie zámku sahá až do roku 1820, kdy ho nechal vystavět Karel Egon Fürstenberg II. jako lovecký zámeček pod tehdejšími názvem Obora. Max Egon, syn Karla Egona Fürstenberga II., nechal lovecký zámeček pro svoji ženu hraběnku Leontýnu z Khevenhüller v roce 1866 přestavět v tehdy módním slohu, napodobujícím anglickou tudorovskou gotiku. Zámeček na počest své ženy nazval Leontýn. Stejně tak jako Leontýnin manžel, i ona byla vášnivou lovkyní. Leontýn byl obklopen anglickým parkem. Součástí parku je dodnes kaple svatého Václava. Zámeček byl nadále přestavován v letech 1893-1894 bratrem Maxe Egona a zároveň druhým manželem hraběnky Leontýny, Emilem, který ho přebudoval do anglického windsorského slohu. Fürstenbergové Leontýn vlastnili až do roku 1948, než byl znárodněn (Dvořák, 2010).

4.1. Charakteristika zařízení

DOZP Leontýn je zařízení sociálních služeb, které poskytuje celoroční pobytové služby. Cílovou skupinou jsou lidé s mentálním postižením od pásma lehké mentální retardace až po hlubokou mentální retardaci. Služby DOZP jsou určeny pro jedince s mentálním postižením, kteří jsou starší 11 let. Součástí je i domov se zvláštním režimem, který je určen pro osoby s autismem starší 16 let. Služby jsou přednostně určeny občanům hlavního města, ale v případě volné kapacity také ostatním občanům (DOZP Leontýn, 2011).

V současnosti je zde zaměstnáno přibližně 70 zaměstnanců. Pracovníci poskytující přímou péči, tedy zdravotní sestry, sociální pracovníce, pracovníci v sociálních službách a dále pracovníci nepřímé péče, tedy kuchaři, uklízečky, pracovníci údržby, administrativní

pracovníci a další. Zaměstnanci přímé péče jsou vedeni k rozšiřování svých znalostí a dovedností formou kurzů, hospitací nebo individuálním vzděláváním. Každý pracovník přímé péče se účastní supervize (z lat. super, nad a videre, vidět, hledět). Supervizor je v tomto případě externí pracovník, poskytující osobní a zejména profesní podporu. „Účel supervize zaměřené na zaměstnance spočívá v udržení patřičné úrovně motivace pracovníků a v naplnění jejich potřeb ve vztahu k práci“ (Havrdová, 2008, s. 56).

Klientům jsou poskytovány sociální služby na základě zákona č. 108/2006 Sb. a ve smyslu prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. DOZP v současné době poskytuje sociální služby 77 klientům.

4.2. Ubytování

Klienti DOZP mají možnost být ubytováni na zámku (viz příloha č. 2) nebo v okálech (viz příloha č. 3, příloha č. 4) na základě toho, jaký je jejich zdravotní stav a co je stanoveno ve smlouvě o poskytování sociální služby. Službu si klienti hradí ze svého příjmu, nejčastěji z invalidního nebo starobního důchodu (DOZP Leontýn, 2011).

Zámek

Ubytování na zámku je bezbariérové a jsou zde tři oddělení s označením 3 B, 4 B, a 5 C. Klienti si své prostory, pokoje, mohou vybavit vším, co je jim blízké, co si přivezli z domova (televize, rádio, skříňky, květiny, obrazy...). Klienti mají právo si své pokoje zamýkat, ale z důvodu bezpečnosti má personál k dispozici klíče náhradní. Klientovi zůstává buď původní adresa trvalého bydliště, nebo klienta k trvalému pobytu v DOZP přihlašuje sociální pracovnice. Organizace nabízí i možnost ubytování partnerů. Po předchozí domluvě je dovoleno i přechovávání vlastního zvířete. Klientům jsou služby poskytovány v nepřetržitém dvousměnném provozu (denní a noční služba).

Na oddělení 3 B jsou klienti mobilní. Na pokoji jsou maximálně tři klienti. Na pokoji mají svoji polohovatelnou postel, skříň s oblečením a ostatní věci, které mají rádi – obrázky, rádio, křeslo a další. Je zde společenská místnost s křesly a televizí, kde mohou klienti trávit svůj volný čas. K dispozici mají i DVD a CD přehrávač. Další společnou místností tohoto oddělení je jídelna, kde klienti snídají, svačí a někdy i večeří. Na obědy a teplé večeře docházejí do jídelny. Dále mají k dispozici kuchyňku, kde jim pracovnice vaří čaj, připravují snídaně a svačiny, které jim dodává zámecká kuchyně. Klienti zde mají společné sociální

zařízení – toalety, umyvadla, sprchový kout, perličkovou vanu. Oddělení má přístup na dva balkony s výhledem do zahrady, kde klienti mohou za hezkého počasí trávit svůj čas, ovšem výhradně pod dohledem pracovnice. Denní službu zabezpečují vždy minimálně dvě pracovnice, noční službu jedna pracovnice.

Oddělení 4 B je bezbariérové. Jsou zde tři pokoje pro klienty. Jeden z nich je pro ženy. Na pokoji jsou maximálně 4 klienti. Pokoje jsou barevné a vybavené vším, co klienti potřebují a co mají rádi. Společné je sociální zařízení – toalety, koupelna s pojízdnou vanou. K dispozici mají velkou společenskou místnost, stoly, několik židlí. Na tomto oddělení je několik klientů imobilních. Dominantou místnosti je velká televize, kterou klienti se zájmem sledují. Dále zde mají k dispozici knížky, puzzle, pastelky a mnoho dalších podnětných věcí k jejich stimulaci a rozvoji. Součástí společenské místnosti je menší kuchyňka na přípravu snídaní, svačín a večerů. Na oběd a teplé večere klienti opět chodí, popřípadě jsou odvezeni, do jídelny. Klienti tohoto oddělení mají přístup na rozlehlou terasu, kde mají posezení, houpačky a výhled na ohradu s koňmi. Denní službu opět zajišťují minimálně dvě pracovnice, noční službu jedna pracovnice.

Oddělení 5 C se nachází v patře mezi odděleními 3 B a 4 B. Klienti jsou zde imobilní, pohybující se na kolečkovém křesle nebo zcela ležící a odkázaní na celodenní péči. Na tomto oddělení mají své pracoviště zdravotní sestry – sesternu. Oddělení 5 C proto také slouží i pro klienty z jiných oddělení, například v případě, kdy je klient nemocný. Pro tento účel je zde zřízen samostatný pokoj s polohovatelnou postelí. Sestry na tomto oddělení připravují léky pro všechny klienty organizace. Sesterna slouží i jako místnost/vyšetřovna pro externí lékaře (praktický lékař, psychiatr). Klienti jsou na pokojích maximálně čtyři. K dispozici mají dva pokoje pro muže a dva pokoje pro ženy. Je zde velká společenská místnost s kuchyňkou, stoly a televizí. Sociální zařízení je společné – toalety, pojízdná vana, perličková vana. Klienti opět mohou využívat rozsáhlou terasu, na kterou mají přístup ze společenské místnosti. Na tomto oddělení denní službu zajišťují minimálně dvě pracovnice a jedna zdravotní sestra, noční službu jedna pracovnice, případně jedna zdravotní sestra.

Snoezelen (viz příloha č. 5), tedy relaxační místnost, je dominantou oddělení 5 C. Snoezelen však mohou využívat klienti z celé organizace. Klienti mají v relaxační místnosti několik podnětů, které je stimulují, navozují pocit klidu, uvolnění a relaxace (masážní míčky, vonné svíčky, polštáře, předměty z různých materiálů a další). Snoezelen nabízí klientům vodní postel, světelné efekty a několik druhů relaxační hudby.

Klienti mohou využívat výtah spojující přízemí (oddělení 4 B, jídelnu, kuchyň) a první patro (oddělení 5 C). Dalším prostředkem usnadňující klientům pohyb je schodišťová plošina spojující oddělení 5 C a oddělení 3 B.

Okály

Okály jsou rodinné domky nedaleko budovy zámku. DOZP nabízí celkem 7 takových domků. Služby jsou klientům poskytovány v třísměnném provozu (ranní a odpolední služba, příslužba – není zde bdící noční služba, ale pracovnice, která na okálu setrvává přes noc pro případ potřeby). Na každém okále se střídají 3 stejné pracovnice. Ranní službu, odpolední službu a příslužbu zajišťuje vždy jedna pracovnice.

Bydlení zde není bezbariérové, jelikož okály jsou dvouposchodové. Zde tedy bydlí mobilní klienti s lehčím postižením. Na každém domku je maximálně 8 klientů, přičemž na pokoji jsou maximálně dva klienti. Zde se nabízejí i jednolůžkové pokoje. Pokoje pro muže a ženy jsou oddělené. Každý klient má zde své zázemí, pokoj vybavený podle svých představ předměty, které má rád. Na chodu okálu se podílejí klienti podle svých možností a pod dohledem pracovnice. Společná je kuchyňka (viz příloha č. 6), kde si klienti pod dohledem mohou připravovat jednoduché pokrmy, kávu nebo se na přípravě alespoň podílet. Připravené snídaně, svačiny a večere z kuchyně jim každý den rozváží pracovníci údržby. Na obědy a teplé večere klienti docházejí do zámecké jídelny (s ohledem na počasí). Na každém okále mají klienti společný obývací pokoj s televizí (viz příloha č. 7), pohovkou a jídelním stolem. Z obývacího pokoje mají klienti přístup na balkon. Na každém patře je společné sociální zařízení – sprchový kout, toaleta. Každý domek má svého mazlíčka. Je jím většinou kočka, rybičky nebo andulky. I na péči o ně se podílejí klienti.

Za hezkého počasí mohou klienti využívat posezení, které je zajištěno před každým okálem. Klienti z okálů mají možnost v letních měsících využívat bazén, ovšem výhradně pod dohledem pracovnice. Okály tedy mají klientům navodit v co nejvyšší míře domácí prostředí.

Jeden z okálů je určen pro klienty s autismem. Dispozičně je vybaven stejně jako ostatní okály, ale jsou zde úpravy, které odpovídají standardům domovů se zvláštním režimem. Je zde denní a noční služba. Denní službu zajišťují minimálně dvě pracovnice, noční službu jedna pracovnice.

4.3. Život v DOZP Leontýn

Jak již několikrát bylo zmíněno, DOZP má klientům v co možná největší míře nahradit domov. Jsou zde jasná pravidla, která se musí dodržovat, ale klienti jsou zde doma, a tak by se měli i cítit. Svůj volný čas mohou tedy trávit dle svého uvážení, s ohledem na svůj zdravotní stav, pokud ovšem nemají nějaké povinnosti – školní, pracovní.

S některými klienty, kteří o to projeví zájem a jejich schopnosti jim to dovolují, uzavře organizace dohodu o pracovní činnosti. To znamená, že klienti vypomáhají při chodu organizace. Své uplatnění najdou v úseku kuchyně, úklidu nebo v prádelně. Někteří klienti pomáhají pracovníkům se stláním postelí. Za vykonanou práci dostávají finanční odměnu. Ve volném čase se starají o své okály, uklízejí si pokoje a společné prostory. To vše s dopomocí a s dohledem pracovnice.

Klienti domova Leontýn si rádi užijí volné chvíle i mimo areál. Klientům je umožněno jezdit na výlety do blízkého i vzdálenějšího okolí. Jejich výlety směřují do obchodních center, ZOO, na ryby k řece Berounce, do bazénu, kina nebo na akce v blízkém i vzdálenějším okolí. Organizace má k dispozici dvě osobní auta a tři dodávky, které se využívají k těmto účelům, ale i jsou jimi klienti dováženi například k lékaři. Klientům je umožněna také rekreace v rekreačních či rehabilitačních střediscích, které každoročně navštěvují.

V letních měsících často pořádají grilování nebo letní kino, taneční zábavy a další letní aktivity. Oslavy narozenin a svátků jsou samozřejmou součástí roku a přinášejí tak zpestření životu klientů. I těmito akcemi je klientům pobyt zpříjemňován a nevede tak ke stereotypnímu životu.

Klientům jsou v pravidelných intervalech domlouvány masérské, pedikérské a kadeřnické služby. Zmíněné služby jsou prováděny přímo v organizaci externími pracovníky. Klientům mohou být tyto služby domlouvány i mimo organizaci.

Volný čas klientů může naplňovat i účast ve sportovním kroužku stolního tenisu. V rámci této aktivity se klienti účastní soutěží. Soutěží mezi sebou týmy z jednotlivých organizací stejného zaměření. Leontýnští hráči jsou v této oblasti velice úspěšní. Dokazují to svými oceněními v podobě medailí, pohárů a diplomů.

DOZP Leontýn má i vlastní kapelu s názvem „*Leontýnka*“. Členy kapely jsou klienti a jejich kapelníkem bývalý šéfkuchař ze zámecké kuchyně. Kapela vystupuje na různých veřejných společenských akcích. Jsou natolik úspěšní, že vydali své vlastní autorské CD s názvem „*Poslouchej, člověče*“.

4.4. Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

Jak už bylo zmíněno, organizace nabízí služby Snoezelenu. Terapie probíhá v relaxační a stimulační místnosti za pomoci dotekové terapie, aromaterapie, muzikoterapie a vizuální stimulace. Tato forma terapie umožňuje nabízet zejména klientům s těžkým a hlubokým mentálním postižením podněty na základě smyslového vnímání. Terapie je považována za prostředek uvolnění a slouží také k relaxaci. Služba je hrazena z příspěvku na péči.

DOZP Leontýn se stal držitelem certifikátu organizace poskytující bazální stimulaci. Bazální stimulaci provádějí vyškolené pracovnice. Bazální stimulace je realizována u klientů na základě individuálního plánu. Tato forma terapie klientům nabízí například zažít pocit, jak se člověk může cítit v jiné než ležící poloze, získat zkušenosti z pohybu, podporovat vlastní identitu, cítit hranice vlastního těla nebo formou masážních přístrojů aktivovat nervová zakončení ve svalech. Služba je hrazena z příspěvku na péči (DOZP Leontýn, 2011).

Součástí organizace jsou dílny, jimiž je zajišťována pracovní terapie. Nabízená služba je hrazena z příspěvku na péči. Klienti mají k dispozici keramickou, tkalcovskou, truhlářskou, košíkářskou a rukodělnou dílnu. Klienti jsou v této oblasti velice zruční a šikovní. Výrobky (viz příloha č. 8) slouží k výzdobě prostor organizace, pro vlastní potěšení nebo je klienti společně s pracovníci prodávají na velikonočních nebo vánočních trzích, popřípadě na jiných akcích konaných v průběhu roku. Klienti se nadále mohou realizovat při práci ve skleníku nebo na záhonech. Pěstují zde sezónní zeleninu a ovoce. Vypěstované plody si následně sami zpracují, nebo produkty odeberá zámecká kuchyně, která je zakomponuje do jídelníčku. Klienti se dále mohou podílet na pracích v pomocném hospodářství nebo pomáhat s udržováním parku.

Klienti školou povinní jsou vzděláváni ve speciální škole a v základní škole zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona v nedalekém městě. Žáci se vzdělávají na základě IVP. I dospělí klienti mají možnost se dále vzdělávat a rozvíjet. Jejich vzdělávání probíhá formou individuálního vzdělávání ve volném čase za podpory pracovníka. DOZP Leontýn také navštěvuje speciální pedagožka, která pracuje s klienty, kteří o takovou formu vzdělávání mají zájem, a kterým to jejich schopnosti a zdravotní stav dovolují – takové vzdělávání probíhá pak v rámci Euroinstitutu.

Euroinstitut

DOZP Leontýn je součástí pěti partnerských speciálních škol v rámci Euroinstitutu. DOZP Leontýn je zapsán do rejstříku škol a školských zařízení v rámci Střední školy Euroinstitut.

Za těmito účely je v DOZP zřízena praktická učebna/místnost – kavárnička, kde se klienti učí praktickým dovednostem (viz příloha č. 9). Zákazníky kavárničky jsou zaměstnanci organizace, ale i klienti. Mohou si zde zakoupit kávu, čaj, slazené nápoje, dále poháry, toasty, drobné sladkosti jako sušenky, čokolády, nanuky. Klienti se podílejí na přípravě občerstvení. Jejich náplní práce je i obsluhování zákazníků. Zboží je prodáváno za symbolické ceny.

4.5. Pozice sociální pracovnice v organizaci

Náplň práce sociální pracovnice, stejně tak jako předpoklady pro výkon této profese, je upravena v zákoně č. 108/2006 Sb. Podle tohoto zákona sociální pracovnice provádí sociální šetření. Navštěvuje tedy domácnosti potenciálních klientů, poznává jejich přirozené prostředí, zjišťuje o nich informace, jejich potřeby a na základě toho posuzuje sociální situaci a případně přijetí klienta do zařízení. Tedy náležitosti týkající se přijetí nového klienta do organizace koordinuje sociální pracovnice.

Dále vede sociální agendy v zařízení a má kompetence řešit i sociálně právní problémy, týkající se poskytování sociální péče.

5. Kvalitativní výzkum

5.1. Cíl kvalitativního výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce se zaměřuje na prozkoumání životní situace konkrétního klienta, popis jeho současného života a dále na poukázání na to, jaký vliv má pobyt klienta v DOZP na jeho život, ve srovnání s jeho minulostí. Tématem je prostřednictvím případové studie (kazuistiky) zjistit vliv pobytové sociální služby – domova pro osoby se zdravotním postižením – na život klienta.

Jak uvádí Maxwell (2005, in Švaříček, Šed'ová, 2007), cíle výzkumu mohou být trojího typu, tedy intelektuální, praktické a personální. Zaměřím se zejména na cíl praktický, tedy jak výsledky mého výzkumu budou moci být využity v praxi, a nadále se zaměřím na personální cíl, jelikož sama pracuji v DOZP, a proto pro mě bude významné se na tuto problematiku zaměřit.

5.2. Výzkumné otázky

Následující výzkumné otázky se odvíjejí od stanoveného cíle výzkumu a následně budou podrobněji prozkoumávány.

1. Jaká je minulost klienta a jak ho ovlivnila?
2. Jaký má pobyt klienta v DOZP vliv na jeho život a jeho zabezpečení?
3. Jaký je současný stav klienta s diagnostikovanou střední mentální retardací?

5.3. Metodologie

Pro kvalitativní výzkum byla zvolena metoda případové studie, tedy kazuistika. Případovou studii jsem zvolila na základě svých stanovených cílů a výzkumných otázek. Jak uvádí Švaříček a Šed'ová (2007), smyslem případové studie je „*velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málu případů*“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 97). Díky volbě této výzkumné metody jsem tak měla možnost získat co nejvíce informací o konkrétním klientovi a zabývat se jím více do hloubky.

Jak zmiňují Švaříček a Šed'ová (2007), tak právě detailní studium jednoho případu je vhodnou cestou, jak lze lépe porozumět složitým sociálním jevům. Zároveň jsem mohla

vycházet ze svých zkušeností získaných v tomtéž DOZP, kde klient žije a své poznatky tak využít. Podstatou případové studie je, že „*badatel usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí*“ (Švaříček, Šed'ová., 2007, s. 98). Tato charakteristika byla i v tomto případě dodržena.

Klient pro případovou studii byl zvolen záměrně na základě toho, že se osobně několik let známe, pracuji s ním, jeho život byl velmi pestrý, nestýká se s nikým ze své biologické rodiny – tedy nemá nikoho, kdo by se o něj postaral. Toto poslední zmíněné kritérium bylo jedním z určujících pro volbu právě tohoto klienta.

5.4. Techniky sběru dat

Případová studie je metodou, kde je nutné použít více informačních zdrojů, tedy veškeré dostupné techniky sběru dat, především z oblasti kvalitativních technik. Při výběru vhodných technik je důležité brát v úvahu, co je předmětem šetření a na základě toho zvolit vhodnou techniku sběru dat (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Kazuistika byla provedena na základě dlouhodobého, zúčastněného pozorování klienta v jeho přirozeném prostředí. Následovaly polostrukturované rozhovory s klientem, sociální pracovníci a dalšími zaměstnanci organizace. Dále jsem vycházela ze svých osobních zkušeností s prací s tímto klientem. Pro zpracování kazuistiky byla domovem pro osoby se zdravotním postižením poskytnuta i dokumentace.

Kazuistika je zaměřena na rodinnou a osobní anamnézu klienta a dále na charakteristiku jeho současného stavu. Současný stav klienta bude posuzován zejména v oblasti soběstačnosti klienta ve zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, dále bude pozornost zaměřena na oblast hygieny, na výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, motorické, psychické a sociální dovednosti a na oblast uplatňování práv a zájmů. Od těchto zmíněných okruhů se odvíjely mé dotazy při rozhovoru, zjišťování a zaměření mého pozorování. Na závěr bude provedena analýza celého případu a případné návrhy, které by mohly situaci klienta ještě více zlepšit.

Švaříček a Šed'ová (2007) uvádějí role výzkumníka ve vztahu k terénu, kde výzkum probíhal. Definují tak roli cizince, návštěvníka, zasvěceného a domorodce. V případě tohoto konkrétního výzkumu jsem zastávala roli zasvěceného, jelikož s klientem se stýkám i pracuji mimo rámec výzkumu.

Intenzivní sběr dat probíhal od října roku 2020 do února roku 2021. Polostrukturovaný rozhovor se sociální pracovníci probíhal přibližně 40 minut, s ostatními zaměstnanci přibližně 15-20 minut. Rozhovor mi poskytli celkem 3 zaměstnanci, kteří s klientem pracují a jsou s ním nejvíce v kontaktu. Rozhovory se uskutečňovaly v klidném prostředí a v soukromí. Rozhovorů s klientem proběhlo několik. Délka rozhovorů s klientem nepřesahovala 10 minut. Brala jsem ohled na klientův zdravotní stav i na aktuální náladu. Jednotlivé rozhovory byly se souhlasem zúčastněných nahrávány a následně přepsány.

Sběr dat byl znesnadněn epidemiologickou situací a bezpečnostními nařízeními ze strany organizace. Klient se mnou spolupracoval, byl potěšen, že se mu věnuji a s ochotou odpovídal na mé dotazy. Pozorování klienta se zaměřovalo na předem stanovené oblasti a jednotlivé poznatky byly zaznamenávány. Osobní dokumenty klienta jsem měla možnost analyzovat v DOZP.

Pro účely bakalářské práce nebude uvedeno jméno klienta ani další údaje, které by mohly vést k jeho identifikaci. Z toho důvodu bude klient označován v celé kazuistice „klientem“. Případová studie byla zpracována na základě souhlasu vedení DOZP a se souhlasem klienta. Klient byl informován o tom, že budu pracovat s jeho dokumentací, osobními spisy a jeho charakteristiky budou zaznamenávány, následně zpracovány a použity za účelem zpracování případové studie pro bakalářskou práci. Klientovi, zaměstnancům, sociální pracovníci i vedení organizace byla zajištěna anonymita.

Pro analýzu získaných dat byly použity zejména prvky narativní analýzy, vzhledem k položeným výzkumným otázkám (především při rozhovoru s klientem, kdy vyprávěl svůj životní příběh). Dále byly použity prvky interpretativní fenomenologické analýzy.

5.5. Výsledky a jejich interpretace

Úvod

Klientem DOZP je třicetiletý muž s diagnostikovanou střední mentální retardací (diagnóza – F 71). Kromě diagnostikované střední mentální retardace má klient mnoho dalších zdravotních problémů. Klient je velmi náladový a podrážděný. Projevuje se to zejména slovní agresí vůči ostatním. Klient měl velmi náročný životní osud a prošel si mnoha nepříjemnými situacemi, zejména v osobní oblasti, ale také z důvodu jeho zdravotního stavu.

Rodinná anamnéza

Matka: 56 let, zdravá, uklízečka.

Otec: 52 let, dělník, bližší informace o otci nejsou známy, k synovi se nehlásí a od jeho narození o něj neprojevoval žádný zájem. Byl odsouzen na 15 let trestu odnětí svobody.

Klient se narodil mimo manželství, jeho otec se k němu nehlásil a rodina nežila pospolu. Klient pochází z rodiny s nízkou sociální úrovní. Do svých 13 let vyrůstal s matkou, babičkou (z matčiny strany) a se dvěma polorodými sourozenci – bratrem (1998) a sestrou (2002). Matka se však v péči o své tři děti, které měla v péči, neobešla bez pomoci své matky, tedy babičky dětí. Společně bydleli v babiččině bytě. Pro svůj vzrůstající věk a zhoršující se zdravotní stav nemohla babička, tehdy nezletilých vnoučat, své dceři s péčí o děti pomáhat, a tak došlo k výraznému zhoršení situace v rodině.

Po smrti babičky nebyla matka sama schopna zabezpečit a zajistit ani základní péči o své děti a nájem v pronajatém bytě neplatila, tudíž rodině vznikly dluhy do výše desetitisíců, elektřina a plyn byly odpojeny. Úřad městské části zajistil matce s dětmi ubytování v azylovém domě na půl roku, ale smlouva byla předčasně ukončena z důvodu porušení podmínek smlouvy ze strany matky.

Matka dětí měla značné problémy s alkoholem. Kvůli požívání alkoholu zanedbávala péči o děti. Klient uvádí: „*Máma se o nás vůbec nestarala, pila víno a pivo a vodila nás k bezdomovcům*“. Matka dětí nebyla schopna orientovat se v běžných životních situacích (neschopnost odeslat dopis, vyplnit složenku), vedení domácnosti nezvládala, s financemi hospodařit nedokázala. Nebyla schopna zajistit ani řádné bydlení, děti nechávala bez vhodného dozoru, byla na ně hrubá, nadávala jim, nebyly vytvořeny základní hygienické návyky, nedbala na školní přípravu dětí. Klient: „*Nejvíce na nás byla ošklivá, když se opila. Mlátila nás*“. Na základě těchto skutečností byly všechny tři nezletilé děti usnesením o předběžném opatření umístěny do ústavních zařízení i z toho důvodu, že matka neměla zajištěny ani nejzákladnější podmínky pro další péči o těžce zdravotně postiženého syna. Tehdy nezletilý klient byl v roce 2003 umístěn do pomocné školy a dětského domova v nejmenovaném městě. Po celou dobu, kdy klient pobýval ve zmíněném zařízení, tedy od května roku 2003 do března roku 2006, ho matka navštívila pouze dvakrát. Její návštěvy ovšem nebyly pro klienta příznivé, ale způsobovaly mu spíše psychickou zátěž – matka nezletilému slibovala věci, které následně nebyla schopna, popřípadě ani ochotna splnit (např. klientovi říkala, že si ho vezme na prázdniny domů). Klient: „*Máma mě moc nenavštěvovala, přijela jen na*

chvíli. Řekla, že pojedeme na výlet, ale nikde jsme spolu nebyli“. Od těchto posledních dvou návštěv matka o klienta zájem nejevila a žádným způsobem se o něj nezajímala.

V říjnu roku 2004 byla nad klientem usnesena ústavní výchova rozsudkem jménem republiky (v době, kdy byl rozsudek vyhlášen se klient již v ústavní péči nacházel na základě usnesení o předběžném opatření). V únoru roku 2005 byli rodiče klienta, na návrh kolizní opatrovnice, zbaveni rodičovské zodpovědnosti k tehdy nezletilému synovi z důvodu, že matka se o syna zajímala pouze sporadicky a otec o něj neprojevil zájem vůbec. Celkový přístup matky byl pro nezletilého klienta rizikový i v tom, že ke každému lékařskému zásahu byl potřebný její souhlas, který nebylo možné zpravidla získat. Vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta byly souhlasy matky často potřebné.

Jediná osoba, která do dnešního dne s klientem udržuje kontakt a zajímá se o něj je přítelkyně dnes již zemřelé klientovo babičky. Klient ji oslovuje „teto“. Klient: *„Tetu mám nejradši, je na mě hodná, vozí mi dárky“.* Klienta pravidelně navštěvuje, vozí mu drobné dárky a sladkosti, oblečení, doprovází ho k lékaři a jsou spolu v pravidelném telefonickém kontaktu. Do své péče si klienta z osobních důvodů vzít nemohla. V roce 2007 se stala poručníkem klienta (na návrh DOZP, kde je klient od roku 2006). V roce 2019 podala zmíněná osoba návrh na změnu opatrovníka z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu, tudíž od roku 2019 se stala opatrovníkem klienta obec (obecní úřad s rozšířenou působností).

Z dostupných informací je známo, že matka klienta často střídala adresy svého pobytu. Z posledních informací, které o matce byly, a to z roku 2004, bylo zjištěno, že klientovo matka očekává narození dalšího potomka.

Klient se svojí biologickou rodinou kontakt neudržuje, nejeví o ni zájem. Klient: *„Nemám zájem mámu vidět. Nemám jí rád, byla na mě ošklivá“.*

Osobní anamnéza

Klient se narodil jako v pořadí třetí dítě matky, sourozenců má asi 9 (nelze určit přesně). Narodil se ve 41. týdnu těhotenství po hypoxii s mírou 44 centimetrů a porodní hmotností 2 100 gramů. Klient byl následujících 8 týdnů po porodu v inkubátoru. Porod probíhal císařským řezem. Ihned po porodu byl kříšen. Kojen nebyl. Ihned po porodu byla zjištěna meningomyelokéla (rozštěp obratlového oblouku), která byla následně operativně řešena. Postupně se rozvíjel u klienta hydrocephalus (vodnatelnost mozku), který byl následně řešen shuntem (hadička odvádějící mozkomíšní mok).

Psychomotorický vývoj byl opožděný, dlouho lezl. Ve 3 letech začal klient chodit. Z důvodu jeho stavu dolních končetin byla chůze nestabilní, nejistá. Klient měl při chůzi bolesti, které přetrvávají dodnes.

Od narození bylo zřejmé mentální postižení a deformity obou dolních končetin. Bylo provedeno několik korekčních operací obou dolních končetin. Následovalo diagnostikování tzv. koňské nohy. Dále byl po porodu klientovi zjištěn zdvojený systém ledvin, neurogení měchýř, jehož následkem je inkontinence klienta. V roce 2016 dostal klient svůj první epileptický záchvat – od té doby jen několik slabých záchvatů – léčeno medikamenty.

V roce 2009 byl klient zbaven způsobilosti k právním úkonům v důsledku mentální retardace a zdravotního stavu, protože klient není schopen se sám o sebe postarat a bude ve všech oblastech života potřebovat dohled a pomoc druhé osoby. Každé 3 roky dochází k přehodnocení svéprávnosti.

Výchova a vzdělávání

Výchova klienta probíhala v prvních letech jeho života v domácím prostředí. Měl dvakrát odloženou povinnou školní docházku. Od školního roku 1999/2000 začal navštěvovat přípravný stupeň speciální školy pro žáky s více vadami. Od školního roku 2002/2003 navštěvoval tutéž speciální školu a započal plnění povinné školní docházky. Ve školním roce 2002/2003 začal docházet na logopedii – přerušeno z důvodu odebrání z rodiny. Z důvodu špatné péče a následného odebrání klienta z rodiny, jak již bylo zmíněno, byl klient v roce 2003 umístěn do dětského domova, kde navštěvoval internátní praktickou školu, a to do školního roku 2005/2006. Klient ve škole nechtěl spolupracovat, své úkoly neplnil, odmítal pracovat. Klient se choval vůči sobě agresivně a fyzické násilí používal i vůči ostatním. Jeho agrese byla tlumena medikamenty. Lhal, nechtěl spolupracovat. Klient: *„V domově se mi docela líbilo, jezdila za mnou teta. Jednou mě tam ale jeden kluk zmlátil a musel jsem do nemocnice. Byl to můj kamarád, ale pak už ne“*.

Z důvodu jeho zhoršujícího se zdravotního stavu, po stránce nefrologické, kdy bylo nutné klienta třikrát denně cévkovat, čímž vyžadoval zdravotní péči, byl klient v roce 2006 přemístěn do DOZP. Od druhého pololetí školního roku 2005/2006 tedy pokračoval klient v plnění povinné školní docházky na základní škole speciální v nedalekém městě, kam dojížděl třikrát týdně. Ve školním roce 2011/2012 ukončil klient povinnou školní docházku (10 ročníků) a chtěl pokračovat ve studiu na praktické škole dvouleté, kde měl být připravován na výkon pomocných prací, např. v čistírnách a prádelnách, sociálních službách,

popřípadě v chráněných pracovištích. Z důvodu zdravotního stavu musel klient vzdělávání v praktické škole dvouleté přerušit. Klient byl po celou dobu vzděláván na základě IVP a hodnocen slovně.

Z hodnocení vzdělávání speciální školy, kterou klient navštěvoval, když již pobýval v DOZP vyplývá, že klient byl za doby plnění školní docházky snaživý, zapojoval se do školních aktivit. Občasně se u klienta projevovala lenivost. Sociální pracovnice: *„Klient byl velmi snaživý, co se školní přípravy týkalo. Své úkoly plnil, vnímal, že do školy je nutné se připravit. Občas byla ale zapotřebí motivace, vše se odvíjelo od aktuální nálady klienta“*. Pokyny učitelů respektoval. Školu navštěvoval rád, zejména ze sociálních důvodů, kontakt s vrstevníky byl pro něj velice důležitý. Mezi spolužáky byl oblíbený, zejména pro jeho smysl pro humor a převažující pozitivní náladu, bez problémů navazoval kontakty. Při prvním jeho příchodu do nové školy byl uzavřený, nechtěl spolupracovat, na pokyny nereagoval. To trvalo několik týdnů. Jinak přechod na základní školu speciální zvládl bez problémů, po určité době se dobře se adaptoval. Vzhledem k jeho zdravotnímu stavu byla klientovo docházka v několika pololetích nepravidelná. Měl kladný vztah k hudbě, výtvarným činnostem a pohybovým aktivitám. Pracoval s pomocí asistenta pedagoga, osvojené poznatky dokázal aplikovat samostatně. Bez problémů používá tiskací písmo, zvládá početní operace, tedy sčítání a odčítání – do 100, zná své datum narození, orientuje se v základních údajích o České republice – hlavní město, hymna.

Příchod klienta do DOZP

Klient byl do DOZP umístěn na jaře roku 2006. Sociální pracovnice: *„Klient byl v den příjezdu nejistý, nechtěl komunikovat. To bylo přisouzeno jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu a novému prostředí. Když byl zaveden do pokoje, napětí se uvolnilo, ale stále byl nejistý“*. Klient byl nejprve umístěn na oddělení, kde se o něj kvůli jeho zdravotnímu stavu staraly zdravotní sestry. Pokoj obýval s dalšími dvěma klienty. Projevoval se agresí, urážkami pracovníků, nechtěl v mnoha směrech spolupracovat. Ostatních klientů se bál a oni jeho také. Neměl důvěru ani v pracovníky. Pracovnice: *„Když jsem chtěla klientovi pomoci s oblékáním, vztáhla jsem k němu ruku a on se krčil, přivíral oči. Jako by se bál, že mu chci ublížit. Následně se chtěl bránit a naznačoval, že mi dá facku“*. Pár dní v týdnu, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolil, navštěvoval školu. Klient ničil věci, trhal knížky, naschvál sundával povlečení z postele a čekal na reakci pracovníků.

Klient využíval služby DOZP, jako snoezelen, pracovní rehabilitaci, ale také bazální stimulaci. Byl v péči externího psychiatra.

Postupem času se klientovo agresivní chování zklidnilo, postupně ubývaly i medikamenty na tlumení jeho agresivity. Věděl, že mu nic nehrozí, tak se více otevřel, jak vůči pracovním, tak i vůči ostatním klientům. Na oddělní, pod dohledem zdravotního personálu, byl rok od svého příjezdu do DOZP.

Po roce byl klient přestěhován do okálu. Dostal svůj jednolůžkový pokoj, měl možnost si ho vyzdobit. Klient získal své soukromí, přestal být nervózní a jeho agrese se dále mírnila. K dispozici má vlastní televizi, pracovní stůl. Má své soukromí. Klient: *„Nikdy jsem neměl nic jenom pro sebe, vždycky jsem byl v pokoji ještě s někým“*.

Partnerské vztahy

Klient v roce 2010 dostal příležitost seznámit se s dívkou stejného věku (taktéž klientkou DOZP). Navázali spolu kontakt, pravidelně se scházeli. Klientka užívala antikoncepci, ale jejich vztah se udržoval pouze v rovině emocionální, popřípadě docházelo k polibkům, dotekům, ale k sexuálnímu kontaktu nedošlo. Jednalo se o dívku se středně těžkou mentální retardací. Takový vztah udržovali přibližně 4 roky. Po této době se dívka s klientem rozešla, bez udání důvodu. Klient byl velmi zklamaný. Dívce se snažil volat mobilním telefonem, docházel za ní, nosil jí dárky, které mu posílala jeho teta. Toho dívka využívala a po klientovi neustále něco vyžadovala. Zanedlouho po rozhovorech s pracovníky klient poznal, že takový vztah nemá smysl a odmlčel se. Klient: *„Byl jsem jí dobrý, jen když jsem jí nosil brambůrky a sladkosti, jinak si mě nevšimla. Když jsem jí volal, tak mi telefon nezvedla“*. Postupem času se vztah mezi nimi stabilizoval. Dnes mají mezi sebou neutrální vztah, dokáží si popovídat. Z výpovědi klienta je zřejmé, že byl ze způsobu ukončení vztahu zklamaný a dodnes jí nedokáže odpustit, že se s ním rozešla. Klient občasně použije směrem k její osobě nadávku, slova kritiky. Občasně o ní stále mluví jako o své přítelkyni, zejména tehdy, když spolu navážou kontakt a klient je v naději, že budou opět partneři. V některých chvílích ovšem uvádí, že by s ní už vztah nechtěl. Žádný takový vztah již s nikým nenavázal, ale touží ho opět zažít.

Sociální dávky

Od roku 2008 pobírá klient plný invalidní důchod. Klient je držitelem příspěvku na péči IV. stupně (nejvyšší stupeň závislosti) a zároveň je držitelem průkazu pro osoby se zdravotním postižením (druh průkazu: ZTP/P). V roce 2012 byl klientovi přiznán příspěvek na mobilitu (550 Kč/měsíc).

Současný stav klienta

Zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu

Oblékání/svlékání – Klient je schopný se obléknout i svléknout sám. Je nutná příprava vhodného oblečení s ohledem na počasí. S ohledem na jeho zdravotní stav je nutné brát zřetel na dostatečně teplé oblečení, aby klient neprochladl. Klient používá ortopedickou obuv. Knoflíky a zipy umí zapínat i rozepínat sám. Obuv je vhodnější na suchý zip. Je nutné klientovi připomínat, že každý den si má vyměňovat čisté spodní prádlo. Sám dokáže určit, že pro návštěvu lékaře, obchodu a jiných služeb je vhodnější sváteční oblečení.

Pohyb – klient trpí částečnou poruchou mobility, tudíž využívá na delší vzdálenosti kompenzační pomůcky, nejčastěji invalidní vozík. Na kratší vzdálenost (např. z pokoje na WC) je schopen dojít pomalou chůzí bez podpory pracovnice nebo kompenzačních pomůcek. Při chůzi v prostorách interiéru je zcela soběstačný. V nerovném nebo neznámém terénu je nutná podpora.

Stravování – klient má osvojeny základy stolování, je schopen používat příbor, jídlo si sám naporcuje. S ohledem na onemocnění ledvin je nutné, aby klient dodržoval pitný režim – nutná kontrola ze strany pracovníka. Klient si zvládne sám, ovšem pod dohledem, připravit kávu, čaj – riziko opaření, neodhadne množství vody. Je schopen si sám říci, na co má chuť. Při výběru potravin v obchodu nebo restauraci je nutná podpora. V jídlu je velmi vybíravý. Nejraději má sladké pokrmy nebo pochutiny, sladké limonády. Každý den vyžaduje odpolední kávu.

Orientace v prostoru a čase – klient je časem orientován, hodiny zná, ví, jaký je harmonogram dne. Ve známém prostředí je plně orientován, v neznámém prostředí je nutná podpora. Dny v týdnu zná, měsíce roku dokáže s malou pomocí vyjmenovat.

Hygiena

Osobní hygiena, péče o vlasy, nehty – při osobní hygieně je nutná podpora ze strany pracovníka, zejména připomínání zásad správné hygieny, jelikož ji klient zanedbává. Klient je schopný provádět osobní hygienu sám, ale není schopný ji provést důkladně. Nutný je dohled pracovníka a případná dopomoc s umytím vlasů, holením, čištěním zubů a promazáváním kůže – není schopen tyto úkony vykonat důsledně. Klient se nerad koupe. Při sdělení, že ho čeká koupel, reaguje velmi podrážděně. Za slovní podpory je klient schopný si sám rozestlat i ustlat lůžko, převléci ložní prádlo. Podpory se dožaduje pouze na pomoc s natažením prostěradla. Nehty klientovi stříhá pracovník. Klient využívá služby externího pedikéra a kadeřníka.

Toaleta – klient má ledvinovou dysfunkci, jejímž následkem je zavedení permanentního močového katetru – nutný dohled zejména na dodržování hygieny s tím spojené (umytí rukou vodou a následně dezinfekčním mýdlem). Inkontinenční pomůcky klient využívá pouze na noc (v podobě pleny). Klient trpí občasnými průjmy.

Výchovná, vzdělávací a aktivizační činnost

Vzdělávací činnost – klient je schopný se domluvit mluvenou řečí bez problémů, umí číst a psát hůlkovým písmem, umí se podepsat, jednoduché počty zvládá do 100. V současné době, od školního roku 2017/2018 se vzdělává v DOZP v rámci Euroinstitutu. Vzdělávání klienta závisí na jeho aktuální náladě. V současné době je vzdělávání v organizaci přerušeno z důvodu epidemiologické situace. Pracovnice: „*V současné době je klient podrážděný, chybí mu kontakt s lidmi, často mluví o paní učitelce. Snaží se alespoň plnit úkoly, které paní učitelka pošle elektronicky*“.

Volnočasové a zájmové aktivity – klient se rád a aktivně účastní volnočasových a zájmových aktivit, které pořádá DOZP. Ve volném čase rád pozoruje TV, zejména sportovní přenosy, fandí „*Bohemians Praha*“ nebo poslouchá svoji oblíbenou kapelu „*Kabát*“. Za hezkého počasí svůj čas tráví venku na invalidním vozíku v areálu. Na podzim se baví sběrem kaštanů, jejichž prodejem si vydělává finance na své aktivity. Klient je již sedmým rokem členem kapely „*Leontýnka*“. Jeho dalším koníčkem je navlékání korálek, ze kterých vyrábí náramky. Vyrobené náramky následně věnuje svým kamarádům, pracovnícím nebo je prodává. Klient již několik let reprezentuje DOZP ve stolním tenise. Za své působení získal několik ocenění. Má rád, když se svými úspěchy může pochlubit a dostane se mu pozitivní odezvy.

Motorické, psychické a sociální dovednosti

Klient využívá nabízené služby zejména podle aktuální nálady. Nejčastěji však využívá perličkovou koupel a masážní křeslo. Specifikem je, že klient si z nabízených aktivit dokáže vybrat, ale mnohdy o ně nejeví zájem. Klient je v poslední době velmi náladový a výbušný, a to zejména při rozhovorech s pracovníky. Klient bývá často vztekklý, zejména při nějakém požadavku směrem k jeho osobě (např. koupel, osobní hygiena). Je nevrlý, sporadicky křičí na pracovníky, ojediněle použije i vulgariismus, vyhrožuje, že vše řekne paní ředitelce. Pracovnice: „*Klient vůči mně nikdy nepoužil fyzické násilí. Jedná se spíše o slovní útoky, které když se včas zastaví, klient v nich nepokračuje. Je nutné dát důrazně najevo, že takové chování je nepřijatelné. Ovšem s chováním, se kterým klient do DOZP přišel, se jeho současné projevy nedají srovnávat*“. V poslední době si také velmi rád vymýšlí věci, které nejsou založené na pravdě. To způsobuje různá nedorozumění. Klient je velmi manipulační.

Klient má velmi dobrou jemnou motoriku. Svědčí o tom i jeho zájmová činnost v podobě navlékání drobných korálků, ze kterých vyrábí ozdobné náramky, náhrdelníky.

Svoji spokojenost dává najevo úsměvem, hlasitým smíchem, slovním sdělením, setrváním s ostatními. Nelibost vyjadřuje špatnou náladou, zvýšením hlasu směrem k ostatním klientům nebo pracovníkům, straněním se ostatním – je nutné včas zareagovat. V takové situaci se následně odebere do svého pokoje. Po uplynutí delší doby přijde sám konflikt řešit s pracovníkem.

Sociální začleňování – klient má k dispozici svůj mobilní telefon, pomocí kterého komunikuje se svojí tetou, která za ním často jezdí. V posledním roce byl osobní kontakt značně omezený – často to způsobovalo klientovu rozladěnost a špatnou náladu. Celkově je klient komunikativní, kamarádský, rád se účastní oslav. Rád navštěvuje kino. Klientovi je příjemné tykání i vykání. Pracovníkům klient většinou tyká. Dokáže ale odhadnout, komu je vhodné vykat, např. cizím lidem, lékařům. Soužití s dalšími klienty respektuje, pokud se mu něco nelíbí, odebere se do svého pokoje. Vyhledává kontakt s pracovníky, rád si s nimi povídá na různá témata.

Uplatňování práv a zájmů

Klient je zbaven způsobilosti k právním úkonům. Srozumitelnou formou je seznámen se svými právy a povinnostmi, při obhajování mu pomáhá klíčový pracovník nebo

opatrovník. V případě potíží ví, na koho se může obrátit, koho může požádat o radu. Své osobní doklady má klient uloženy u sociální pracovnice a v případě potřeby mu jsou vydány. Klient umí zacházet s klíči, svůj pokoj má možnost si zamýkat (náhradní klíč u sociální pracovnice).

5.6. Analýza případu

Jak z celého případu vyplývá, klient neměl lehké dětství, jak z hlediska problémů vyplývajících z rodiny, tak z důvodu jeho zdravotního stavu. Celkový životní styl matky v průběhu těhotenství, ale i celkově, nebyl vzorovým. To se následně i projevilo – komplikovaný porod, který měl za následek hypoxii plodu a z toho vyplývající komplikace. Na plod v době těhotenství působily negativní vlivy. Klient má diagnostikovanou střední mentální retardaci a mnoho dalších zdravotních problémů.

Již od raného dětství matka o svého syna nejevila zájem, neposkytovala mu potřebnou a vhodnou péči. Životní styl matky klienta negativně ovlivňoval, zejména po psychické stránce. V důsledku toho byl klient výchovně i vzdělanostně zanedbaný. Klientovi se nedostávalo potřebné péče, a proto byl nucen od 13 let vyrůstat v ústavní výchově. I když se o výchovu určitým způsobem snažila babička klienta, její výchovné působení však nebylo natolik silné. Klient nevyrůstal v podnětném prostředí. Jak je zřejmé z výpovědi jedné z pracovnic, klient měl tendenci se bránit fyzickým útokům, i když o útok ze strany pracovnice nešlo. Z toho je zřejmé, že se s nějakou formou fyzického útoku již setkal. Klient uvádí, že fyzicky ho trestala matka.

Velký vliv na něj má teta, která se po smrti babičky stala jeho blízkou osobou, se kterou si dokázal vytvořit vřelý citový vztah. Právě ona ho přivedla k jeho oblíbenému fotbalovému týmu. Tím mu zajistila novou zábavu a něco, čím se může zabývat a bavit. Došlo mezi nimi k vytvoření blízkého citového vztahu, i když biologičtí příbuzní nejsou. Emocionální stav klienta také ovlivnil vztah s dívkou, který trval 4 roky.

Velký podíl na jeho současném stavu má vzdělávání ve školských zařízeních, kterými klient prošel – klient se dokáže domluvit, umí číst, psát hůlkovým písmem, zvládá jednoduché počty, ovládá mobilní telefon. K pokroku v oblasti vzdělávání došlo zejména při klientovo pobytu v DOZP, kdy byl ke vzdělávání vhodně motivován pracovníci DOZP. Úsilí se následně projevilo ve školních výsledcích.

Pobyt klienta v DOZP ho v mnoha směrech velmi pozitivně ovlivnil. Klient byl zabezpečován, a stále ještě je, po stránce sociální i zdravotní. DOZP poskytl klientovi ubytování a mnoho dalších možností a podnětů, díky kterým se mohl rozvíjet, popřípadě uchovat své stávající schopnosti. Umístění klienta do DOZP bylo tak jediným vhodným řešením v situaci klienta – s ohledem na jeho zdravotní stav a na to, že nemá nikoho, s kým by mohl žít, a kdo by se o něj staral. Klient potřebuje soustavnou a systematickou péči. Je nutné udat jeho životu nějaký řád, aby byl alespoň v určité míře schopen samostatnosti. Jen v takto podnětném prostředí mohou být schopnosti klienta dále rozvíjeny.

DOZP ovlivnil i psychický stav klienta. Při příchodu do organizace byl velmi agresivní, svým chováním se snažil dráždit pracovníky i klienty, nechoval se vhodně. Díky práci s klientem a díky vytvoření důvěrného prostředí se situace výrazně zlepšila. I v současnosti se u klienta objevují prvky agrese (zejména verbální), ale ne v takové míře, jako při jeho příchodu do organizace. Již několik let nebyla agrese použita směrem k pracovníkům (tedy od doby prvních několika měsíců po nástupu klienta do DOZP). Na psychickém stavu klienta se podepisovaly i operace dolních končetin a problémy s ledvinami, které mu způsobovaly velké bolesti.

Klientovi jsou v DOZP nabízeny různé terapeutické aktivity, které využívá podle své nálady. Klient je manuálně zručný, tudíž je vhodné ho v jeho zájmech podporovat a upevňovat, popřípadě rozvíjet jeho schopnosti v této oblasti. Klient má možnost využívat dílny, ve kterých se může realizovat.

Klientův stav odpovídá charakteristikám stupně střední mentální retardace. V mnoha oblastech se snaží být samostatný, ale není důsledný. Orientuje se v tom, co by bylo vhodné udělat, ale např. v oblasti osobní hygieny, ale není schopen jednotlivé úkony vykonat důkladně. Potřebuje pomoc a podporu jiné osoby ve všech oblastech. Samostatného života by schopný nebyl. Komunikovat dokáže bez problémů, je schopný sdělit své požadavky, přání, problémy.

5.7. Návrhy opatření

Zde uvedu své postřehy, díky kterým by bylo možné zlepšit aktuální situaci klienta. DOZP je pro klienta a jeho stávající situaci jediným vhodným řešením pro život. Schopnosti klienta by se měly i nadále rozvíjet, popřípadě by se měla zachovávat jejich stávající úroveň.

Bylo by i nadále vhodné podporovat klienta v jeho zájmech – navlékání korálků, sledování sportu.

V DOZP je možnost využívat Snoezelen, který nenavazuje jen pocity uvolnění či stimulaci smyslového vnímání, ale také může sloužit jako terapie ke snížení hladiny stresu. Pro klienta, který se projevuje výbušností, vznětlivostí a podrážděností, by tato forma terapie mohla být žádoucí. Aby klient chtěl Snoezelen využívat, byla by vhodná určitá motivace, například umožnit klientovi poslouchat v průběhu oblíbenou hudbu, stimulovat ho jemu příjemnými podněty.

Organizace má k dispozici několik druhů dílen, ve kterých by se mohl klient realizovat. Díky jeho dobré úrovni jemné motoriky by práce v dílnách pro něj nepředstavovala zátěž, nýbrž by mohla přispět k zábavě klienta, pocitu naplnění. I v tomto případě by byla vhodná motivace, která by u klienta vyvolala zájem o nabízené aktivity, například vyzdobit si pokoj, obdarovat druhého. Zprostředkovat práci v dílnách by bylo možné i v současné epidemiologické situaci, např. formou individuální práce, popřípadě práce v meších skupinách.

Jelikož je klient společenský, současné situace vyžadující různá omezení, jako například zákaz návštěv v organizaci, jeho stavu příliš nesvědčí – klient je nervózní, podrážděný, občasně verbálně agresivní (zejména v poslední době). Klient nemůže jezdit na výlety, navštěvovat kina, není možný osobní kontakt s tetou. V tomto případě by bylo vhodné klientovi zprostředkovat takové aktivity, které by vedly k jeho odreagování. Nabízí se různé společenské aktivity, trávení času a organizace činností ve společnosti ostatních klientů. Zprostředkování kontaktu s tetou by mohlo být realizováno prostřednictvím videohovoru.

6. Diskuse

V této kapitole se pokusím o shrnutí výsledků k jednotlivým výzkumným otázkám a uvedu další zajímavosti, které jsem prostřednictvím případové studie zjistila. Získané poznatky porovnáám s literaturou, ze které jsem vycházela v části teoretické.

Klient, kterého jsem vybrala pro účel zpracování případové studie, byl zvolen na základě toho, jak těžký měl život před tím, než byl přijat do DOZP. Jak jsem již uvedla, DOZP se stal pro klienta jedinou možností na kvalitní život. Kdyby klient žil v prostředí, ze kterého byl odebrán již v dětství, byl by negativně poznamenán.

Nejprve bych se krátce vrátila k Domovu pro osoby se zdravotním postižením Leontýn. DOZP Leontýn poskytuje pobytové služby v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. a zároveň splňuje všechny náležitosti z tohoto zákona vyplývající. Jak již bylo zmíněno v kapitolách o DOZP Leontýn, cílem DOZP je umožnit klientům život v co možná nejvyšší kvalitě, v co možná nejvyšší míře navodit domácí atmosféru a dosáhnout co nejvyšší míry samostatnosti. Takto se o DOZP zmiňuje i Matoušek (2010). Tato myšlenka platí dodnes a prostřednictvím charakteristiky konkrétního DOZP jsem na tuto skutečnost chtěla poukázat. Dále bych chtěla zdůraznit, že na DOZP by se nemělo nahlížet jako na „pouhé ústavy“, jak mnohdy slychávám, kam jsou umístěny osoby s postižením. Na DOZP by se mělo nahlížet jako na instituce, které zabezpečují jedince ve všech oblastech po celý jeho život. DOZP se zaměřují na široké spektrum aktivit, které svým klientům poskytují a celkově se snaží své klienty rozvíjet, včetně jejich začleňování do společnosti. Cílem je zlepšovat kvalitu jejich života. Uspokojování základních životních potřeb je bezesporu nedílnou součástí.

1. Jaká je minulost klienta a jak ho ovlivnila?

Klient neměl příliš šťastné dětství. Vyrůstal jen s matkou, sourozenci a babičkou, otce nepoznal. Matka nevedla příkladný život a ani v těhotenství se nechovala odpovědně. Negativní působení na plod mohlo zapříčinit klientův současný stav a zároveň i komplikace, které při porodu nastaly. Tato skutečnost odpovídá teorii o prenatálních příčinách vzniku mentálního postižení, jak uvádí Valenta (2018) a Černá (2015). Zmínění autoři uvádějí k prenatálním příčinám vzniku mentálního postižení vliv kouření a celkový nevhodný životní styl matky v průběhu těhotenství. Tyto charakteristiky odpovídají i případu zmiňovaného klienta.

Ve svých 13 letech byl klient odebrán z rodiny a umístěn do ústavní výchovy. Do té doby vyrůstal v nepodnětném prostředí, které způsobilo jeho vzdělanostní a výchovnou zanedbanost. Pokud se ale jedinci s mentálním postižením poskytnou potřebná podpora a vedení, je schopen osvojit si určité schopnosti a v určitých oblastech dosáhnou alespoň částečné soběstačnosti, jak uvádí např. Pipeková (2006). V DOZP bylo klientovi podnětné prostředí poskytnuto, tudíž bylo zřejmé i celkové zlepšení jeho stavu.

2. Jaký má pobyt klienta v DOZP vliv na jeho život a jeho zabezpečení?

Z celého případu tedy vyplývá, že pobyt klienta v DOZP výrazně ovlivnil jeho život. Je zřejmé, že pobyt v DOZP má na klienta pozitivní vliv už jen proto, že klientovi je poskytována péče v takové kvalitě, která by se mu od nikoho jiného nedostala. Nemá totiž nikoho blízkého, kdo by se o něj postaral. Vzhledem k minulosti klienta, tedy zejména rodinné situaci, nevhodné výchově a celkovému zacházení matky, by jeho život nebyl tak kvalitní, jako mu ho zajistil DOZP. Je nutné zdůraznit, že DOZP zabezpečuje klienta ve všech oblastech. Klient měl možnost pravidelně navštěvovat speciální školu (s ohledem na svůj zdravotní stav) a byl veden k co možná největší soběstačnosti pod dohledem kvalifikovaných pracovníků a v bezpečném prostředí. Klient má vlastní pokoj, dostatek podnětů pro svůj rozvoj a je mu poskytována kvalitní péče, kterou jeho stav vyžaduje.

3. Jaký je současný stav klienta s diagnostikovanou střední mentální retardací?

Jak již bylo uvedeno, klientův stav se od jeho ubytování v DOZP zlepšil. Prostřednictvím bezpečného prostředí a postupného vytvoření důvěrného vztahu klient získal pocit jistoty a zároveň se více otevřel. Klientův současný stav odpovídá charakteristikám stupně střední mentální retardace, tak jak jej charakterizují např. Valenta (2018) a Černá (2015). Klient má kromě střední mentální retardace i tělesné postižení, epilepsii a další zdravotní komplikace, které jsou podle Švarcové (2011) typické pro jedince se střední mentální retardací.

Klient se občasně projevuje nepřiměřenými reakcemi na určité podněty. Tento znak, jak zmiňuje např. Švarcová (2011), je pro osoby s mentálním postižením typický, jelikož tací jedinci nejsou schopni své city ovládat intelektem.

V oblasti vzdělávání klienta je problém s jeho vůlí a motivací. Tímto tématem se zabývá i Švarcová (2011), která uvádí, že bez dostatku vůle nemůže jedinec své schopnosti

rozvíjet. Je tedy potřebná vhodná motivace. Klient má osvojeny základy trivia (čtení, psaní, počítání). Jak uvádí Pipeková (2006), na základě vhodného vzdělávacího programu jsou jedinci se střední mentální retardací schopni si tyto základy osvojit. Tedy lze konstatovat, že vzdělávání klienta ve speciální škole splnilo svůj účel a metody práce s klientem byly přínosné.

Další získané poznatky z případové studie

Osob, které jednou budou potřebovat pomoc a zabezpečení je mnoho. Mohou sice žít ve svém přirozeném prostředí, podporováni ze strany své rodiny, blízkých a dalších osob, ale jednou nastane ten čas, že ani klientovo blízcí (rodiče či sourozenci) se z jakéhokoli důvodu (osobní, pracovní, časové důvody) o něj nebudou moci postarat. Nikoho za to nelze soudit. Péče o osobu s mentálním postižením je bezesporu náročná. Náročnost péče o tyto osoby spočívá také v jejich projevech a specifických, které rozebírá např. Švarcová (2011). Určité projevy a specifika, které mohou být náročné pro pečující osoby, se objevily i v případové studii klienta. Jednou nastane chvíle, že bude muset být takový jedinec umístěn do zařízení, kde bude zabezpečen ve všech oblastech. Takovým možným řešením může být právě pobyt klienta v DOZP, kde mu bude veškerá potřebná péče poskytnuta a navrátí životu klienta kvalitu, popřípadě udrží tu stávající. Takto DOZP vnímá i Matoušek (2013).

V případové studii se objevilo téma partnerství. Klient i po rozpadu jeho vztahu s dívkou touží po novém. Každý touží milovat a zároveň být milován. Tady vidím význam v tzv. seznamkách, kdy i osoby s mentálním postižením mohou navázat partnerský vztah, jak uvádí Valenta (2018). Vše se ovšem odvíjí od schopností daného jedince. V případě zmiňovaného klienta by ovšem navázání takového vztahu mělo smysl.

Domnívám se, že použitá metoda byla vhodná pro zajištění stanovených cílů a výzkumných otázek. Měla jsem možnost se do hloubky věnovat konkrétnímu klientovi, a tak získat co možná nejvíce informací o jeho životě a sledovat jeho vývoj, zejména po stránce sociální. Došla jsem tedy k závěru, že umístění klienta do domova pro osoby se zdravotním postižením bylo vhodným řešením v jeho situaci a mělo pozitivní vliv na jeho život.

Limity výzkumu vidím v tom, že klienta několik let znám, pracuji s ním, a tak mé vnímání jeho samotného a celého případu mohlo být subjektivní. Tomu jsem se ovšem snažila předcházet a zastávat objektivní přístup ke klientovi i k celému případu.

Závěr

Bakalářská práce s názvem „*Osoby s mentálním postižením a jejich zabezpečení*“ měla za cíl charakterizovat osoby s mentálním postižením a shrnout nabízející se možnosti ve smyslu jejich zabezpečení, tedy i s ohledem na jejich vzdělávání, profesní uplatnění, sociální služby a sociální dávky, které mohou čerpat. Následovalo představení konkrétní sociální služby, která poskytuje rezidenční služby osobám s mentálním postižením a často je jedinou možností, která takové jedince zabezpečí po zbytek, popřípadě určitou část, jejich života. Jednalo se o Domov pro osoby se zdravotním postižením Leontýn. V kontextu s charakteristikou DOZP Leontýn byla provedena případová studie klienta, která přinesla objasnění stanovených výzkumných otázek. Obecným záměrem bylo tedy zjistit, jaký vliv na život klienta má pobyt v DOZP.

Cíle bakalářské práce se naplnily v plném rozsahu a na základě předem vykreslených představ a stanovených záměrů.

Pokud alespoň několik jedinců z řad těch, kteří na osoby s mentálním postižením pohlíželi pohrdavě, se zamyslí nad možným životem osob s mentálním postižením a přehodnotí svůj negativní pohled, budu to považovat za úspěch. Mohou tak zjistit, že každý jedinec má za sebou svůj příběh, který mnohdy nebyl příznivý a pro klienta snadný. I osoby s mentálním postižením jsou cítící bytosti, které svůj život prožívají, a tak si zaslouží, aby byli společností přijímáni. Zabezpečení života osob s mentálním postižením je kvalitní a nabízí se pro ně několik možností. To bývá považováno za samozřejmost. Ale projevování určité úcty a respektu směrem od společnosti k takovým jedincům samozřejmostí stále není.

Vize do budoucna

Svoji budoucí profesní kariéru si představuji v oboru, od kterého se odvíjí téma této bakalářské práce. Ráda bych po dokončení bakalářského studia pokračovala ve studiu na Filozofické fakultě Karlovy Univerzity v tomtéž oboru – Sociální pedagogika.

Po dokončení studia si přeji uplatnit se v zařízení, kde bych se mohla věnovat práci s klienty a využít tak své kompetence získané studiem a praxí. Už od svých studiích na střední škole se zaměřuji na konkrétní cílovou skupinu, tedy na osoby s mentálním postižením. S takovými jedinci mám ze své dosavadní praxe nejvíce zkušeností a čím dál více se ujišťuji, že cesta, kterou se hodlám vydat, bude tím správným směrem.

Práce s klienty s mentálním postižením mě naplňuje. V praxi s těmito jedinci jsem zažila i nelehké situace, ale ty pozitivní faktory, které mě k této práci motivují, jednoznačně převažují. Klienti jsou bezprostřední, nezávistiví, vděční a to, co dělají nebo cítí, je opravdu srdečné a pravdivé.

Ráda bych se realizovala v konkrétním zařízení, které bylo představeno v bakalářské práci. Právě z tohoto zařízení plynou mé největší zkušenosti s jedinci s mentálním postižením a své vzdělání bych chtěla uplatnit právě tam, kde mi dali šanci se seznámit s touto cílovou skupinou.

Seznam použité literatury

Bibliografické zdroje

BERNOLDOVÁ, Jana, Iva STRNADOVÁ a Zdeňka ADAMČÍKOVÁ. *Ženy s mentálním postižením v roli matek*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4329-8.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

DVOŘÁK, Otomar. *Křivoklátským královským hvozdem*. Praha: Regia, 2010. Tajemné stezky. ISBN 978-80-86367-79-8.

HAVRDOVÁ, Zuzana a Martin HAJNÝ. *Praktická supervize: průvodce supervizi pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-532-1.

KREJČÍŘOVÁ, Olga a Zdeňka KOZÁKOVÁ. *Profesní příprava a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3711-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál (vydavatelství), 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MKN-10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Desátá revize. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021. ISBN 978-80-7472-168-7.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy*. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-179-1.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

SHAW, Steven R. a Anna M. JANKOWSKA. *Pediatric intellectual disabilities at school: translating research into practice*. Cham: Springer Nature, [2018?]. ISBN 978-3-030-02990-6.

SLOWÍK, Josef. Co je rozmanité a co je společné v inkluzivní škole z hlediska Ukazatele inkluze. *Pedagogická orientace*. 2018, 28(2), 213-234. ISSN 1211-4669.

ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum (nakladatelství), 2005. ISBN 80-246-0992-4.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika. ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál (vydavatelství), 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do psychologie*. Dotisk 2. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0015-3.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché. ISBN 978-80-271-0378-2.

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v úplném znění.

Zákon č. 373/2011 Sb., zákon o specifických zdravotních službách.

Zákon č. 435/2004 Sb., zákon o zaměstnanosti.

Zákon č. 561/2004 Sb., zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Zákon č. 329/2011 Sb., zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

Elektronické zdroje

Definition of Intellectual Disability: Intellectual Functioning. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* [online]. 2021 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <https://www.aaidd.org/intellectual-disability/definition>

DOZP Leontýn. *Ubytování* [online]. 2011 [cit. 2021-01-19]. Dostupné z: <https://www.leontyn.cz/>

Euroinstitut. *Obory vzdělávání* [online]. 2014 [cit. 2020-11-27]. Dostupné z: <http://www.euroinstitut.cz/>

Iregist. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. 2021 [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Zdravotní postižení* [online]. 2019 [cit. 2020-10-18]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/zdravotni-postizeni#zozp>

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas, s. 38.

Příloha č. 2 – Zámek Leontýn, s. 40.

Příloha č. 3 – Okál – přední vchod, s. 40.

Příloha č. 4 – Okál – zadní vchod, s. 40.

Příloha č. 5 – Snoezelen, s. 41.

Příloha č. 6 – Kuchyňka v okále, s. 42.

Příloha č. 7 – Obývací pokoj v okále, s. 42.

Příloha č. 8 – Výrobky klientů, s. 44.

Příloha č. 9 – Kavárnička, s. 45.

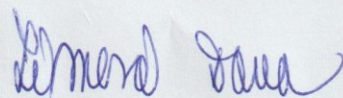
Přílohy

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Svým podpisem vyjadřuji souhlas Denise Sadové, Dis., k popisu, charakteristice a fotodokumentaci Domova pro osoby se zdravotním postižením Leontýn, Roztoky 52, 270 23 Křivoklát, pro účely zpracování bakalářské práce s názvem „*Osoby s mentálním postižením a jejich zabezpečení*“. Zároveň umožňuji uskutečnění anonymní případové studie klienta Domova pro osoby se zdravotním postižením Leontýn a souhlasím s jejím uveřejněním v bakalářské práci. O účelu případové studie jsem byla informována.

V Roztokách 23.10.2020



Mgr. Dana Zimova, ředitelka

Domov pro osoby se zdravotním postižením
Leontýn
Roztoky, p. Křivoklát, PSČ 270 23
tel.: 313 559 097, fax: 313 559 120
IČ: 70874387, e-mail: info@leontyn.cz
DIČ: CZ70874387 www.leontyn.cz ④

Příloha č. 2 – Zámek Leontýn. Foto Denisa Sadová, 2021



Příloha č. 3 – Okál – přední vchod. Foto Denisa Sadová, 2021



Příloha č. 4 – Okál – zadní vchod. Foto Denisa Sadová, 2021



Příloha č. 5 – Snoezelen. Foto Denisa Sadová, 2021



Příloha č. 6 – Kuchyňka v okále. Foto Denisa Sadová, 2021



Příloha č. 7 - Obývací pokoj v okále. Foto Denisa Sadová, 2021



Příloha č. 8 - Výrobky klientů. Foto Denisa Sadová, 2021



Příloha č. 9 – Kavárnička. Foto Denisa Sadová, 2021

