

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychosociálních věd



Integrace osob s mentálním postižením a PAS

**Integration of people with mental disabilities and autism
spectrum disorder**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Jiří Šedivý

Autor:

Marie Zdražilová

Praha 2024

Poděkování

Mé poděkování patří panu PhDr. Jiřímu Šedivému za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnoval, a také bych ráda poděkovala garantce mé bakalářské práce Mgr. Kristýně Mlejnkové, Ph.D. Ráda bych poděkovala všem respondentům, kteří mi pomohli s odpověďmi na mé otázky.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Integrace osob s mentálním postižením a PAS“ 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

Jméno autora

(podpis autora)

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na integraci osob s mentálním postižením a PAS. Teoretická část je věnována mentálnímu postižení a PAS, definicím, rozdělením a také jejich diagnostikou. V další části je zaměřeno na integraci osob s mentálním postižením a PAS, definicí, historií, podmínkami a také zahraniční pohled na integraci s mentálním postižením a PAS. V poslední části se teoretická část zabývá sociálními službami, které jsou poskytovány osobám s mentálním postižením a PAS.

V praktické části byla využita metoda kvalitativní, a to strukturovaný rozhovor. Rozhovory byly dva, a to s rodiči osob mentálně postižených a s PAS, a také s pracovníky v denním stacionáři. Díky rozhovorům jsem zjišťovala, jaký respondentí mají názor na integraci osob s mentálním postižením a PAS, a také jestli vidí pokroky v dnešní době.

Klíčová slova

Poruchy autistického spektra, mentální postižení, integrace, sociální služby

Annotation

The bachelor thesis focuses on the integration of people with intellectual disabilities and PAS. The theoretical part is devoted to intellectual disability and PAS, definitions, divisions and also their diagnosis. The next part focuses on the integration of people with intellectual disabilities and PAS, definitions, history, conditions and also foreign perspective on integration with intellectual disabilities and PAS. In the last part, the theoretical part deals with the social services provided to persons with intellectual disabilities and PAS.

In the practical part, a qualitative method, namely a structured interview, was used. There were two interviews, namely with parents of persons with intellectual disabilities and PAS, and with workers in a day care centre. Through the interviews, I found out what the respondent's opinion was about the integration of people with intellectual disabilities and PAS, and whether they see progress today.

Keywords

Autism spectrum disorders, intellectual disabilities, integration, social service

Obsah

Seznam zkratk.....	7
Úvod	8
1. Teoretická část	9
1.1. Mentální postižení.....	9
1.1.1. Definice mentálního postižení (Vývoj pojmu mentální postižení).....	9
1.1.2. Diagnostika mentální retardace.....	13
1.2. Poruchy autistického spektra	14
1.2.1. Definice a klasifikace poruch autistického spektra	14
1.2.2. Typické projevy autismu	16
1.2.3. Diagnostika PAS.....	17
1.3. Integrace	18
1.3.1. Definice integrace.....	18
1.3.2. Podmínky integrace	19
1.3.3. Stupně a modely integrace	20
1.3.4. Historie integrace	22
1.3.5. Postoje společnosti k integraci osob s mentálním postižením.....	23
a poruchou autistického spektra	23
1.3.6. Zahraniční pohled na integraci	24
1.4. Sociální služby	25
1.4.1. Charakteristika sociálních služeb.....	25
1.4.2. Základní druhy a formy sociálních služeb	26
1.4.3. Konkrétní sociální služby pro osoby s mentálním postižením a PAS	26
2. Výzkumná část	30
2.1. Výzkumný design	30
2.2. Cíle výzkumu.....	30
2.3. Výzkumné otázky.....	30
2.3.1. Výzkumný vzorek	31
2.3.2. Metoda výzkumu.....	32
2.3.3. Příprava na rozhovor	32
2.3.4. Vyhodnocení rozhovorů s rodiči	33
2.3.5. Vyhodnocení rozhovorů s pracovníky	38
2.3.6. Interpretace získaných dat.....	42
3. Závěr.....	44

4.	Seznam použité literatury.....	45
4.1.	Elektronické zdroje.....	46
5.	Přílohy	48

Seznam zkratek

APLA – asociace pomáhající lidem s autismem

CHAT – Checklist for Autism in Toddlers

Dg. – diagnóza

ID – Intellectual disability

IQ – inteligenční kvocient

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

OECD – organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organization for Economic Co-operation and Development)

PAS – poruchy autistického spektra

WHO – světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

Úvod

Skutečnost, že mezi námi nežijí jen zdraví lidé, je pro mě úplně přirozená již od mého narození. Narodila jsem se do rodiny, kde už byla má adoptovaná sestra Eliška, která má Apertův syndrom. Eliška není jedinou osobou s postižením u nás doma, když mi bylo asi dvanáct let, postupně se začal rychle zhoršovat zdravotní stav mé matky a nyní je na invalidním vozíku.

Dá se tedy říci, že jsem se nemusela moc rozhodovat o tématu mé bakalářské práce. Integrace lidí s mentální postižením a PAS je něco, co vnímám skrze svou sestru velmi citlivě, co mě velmi zajímá a s čím mám osobní zkušenost, ať už kladnou či zápornou. Jsem šťastná, že těch kladných je mnohem více. Obě, mamka i Eliška, jsou pro mě obrovským zdrojem inspirace, jak statečně, s nadhledem, a hlavně s humorem zvládají každý den všechny překážky.

Ve své práci jsem se zaměřila na integraci, protože přijetí lidí s postižením se velmi úzce týká mých milovaných a také mé současné práce v denním stacionáři pro osoby s kombinovaným postižením. Také si uvědomuji, že má rodina mě hodně ovlivnila, a velmi mě zajímalo, jak tuto problematiku vnímají ostatní lidé, kterých se to týká, tedy ostatní rodiny a odborný personál.

Cílem mé práce bylo zjistit, jaké mají rodiny lidí s mentálním postižením a PAS zdroje informací o možnostech integrace, jestli jim současné služby vyhovují anebo jim v nabídce něco chybí. Ze svých vlastních zkušeností usuzuji, že míra postižení je podstatná i pro míru integrace, že to není vždy jednoduché a mnohdy má tento proces i své hranice. Už s ohledem na mou sestru Elišku, bych byla moc šťastná, kdyby ona a jí podobní lidé, měli pěkný a důstojný život, aby mohli využít svůj potenciál a zároveň se cítili přijatí a milovaní.

1. Teoretická část

V teoretické části se zaměřím na definice mentálního postižení a PAS, rozdělení těchto diagnóz a také na jejich diagnostice. V další části píším o integraci osob s mentálním postižením a PAS, o historii integrace, a jak to vypadá s integrací osob s mentálním postižením a PAS v zahraničí. Poslední částí teoretické části je psána o sociálních službách, které jsou poskytovány pro osoby s mentálním postižením a PAS.

1.1. Mentální postižení

1.1.1. Definice mentálního postižení (Vývoj pojmu mentální postižení)

Mentální postižení je nahrazeno termínem mentální retardace, která se objevuje v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN) a je používána od roku 1959 po konferenci WHO. V České republice se využívá hlavně termín mentální postižení, které je využíváno v odborné literatuře, pedagogické či psychologické praxi, a také veřejností. Mentální retardace je kategorizována v MKN v kapitole V. Poruchy duševní a poruchy chování podpoložkami dg. F70-F79. Termín je využíván, jak v české verzi, tak v i anglické klasifikace, kde najdeme termín „mental retardation“. Díky zahraničnímu vlivu se začíná opouštět od termínu „mental retardation“ a je nahrazován pojmem „intellectual disability“(ID). Tato změna vzniká v organizaci v USA, která se věnuje lidem s mentálním postižením od roku 1876. V anglické odborné literatuře je poslední dobou používán více pojem „ID“. Termíny mentální retardace a mentální postižení jsou uvedena jako synonyma. (Švarcová 2011)

Definice mentální postižení

MKN definuje mentální retardaci takto: „*Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence.*“ (MKN 10)

Mentálně postižení jsou osoby, které zaostávají v rozumovém i sociálním vývoji. Původem mentální retardace je organické poškození mozku. (Švarcová 2011)

Klasifikace mentální postižení

Podle MKN

„Mentální retardace F70-F79

F70 Lehká mentální retardace

F71 Střední mentální retardace

F72 Těžká mentální retardace

F73 Hluboká mentální retardace

F78 Jiná mentální retardace

F79 Neurčená mentální retardace“ (MKN 10)

Lehká mentální retardace IQ 50-69

Dříve byla lehká mentální retardace označována jako debilita, lehká mentální subnormalita a slabomyslnost.

Jedinci s lehkou mentální retardací jsou schopni se osamostatnit v péči o sebe (hygiena, obsluha stolování) a vykonávat manuální práce. Potíže jim dělají teoretické práce, čtení, psaní, jsou pomalejší než lidi bez mentálního postižení. Emočně a sociálně nestabilní jedinec se těžko přizpůsobuje novým situacím jako je např. manželství, výchova dětí, nedokáže řešit finanční situace, udržet si stabilní zaměstnání, zajistit si zdravotní péči a zajistit si bydlení.

U osob s mentálním postižením se můžou objevit i jiné přidružené nemoci, jako je autismus, epilepsie a zdravotní postižení. (Švarcová 2011)

Středně těžká mentální retardace IQ 35-49

V dřívější době byla střední mentální retardace klasifikována jako imbecilita a středně těžká mentální subnormalita. Tyto jedinci jsou jasně opožděny ve vývoji chápání a používání řeči a jejich schopnosti jsou značně omezené. Také je značně omezená schopnost postarat se sám o sebe. Dospělé osoby se středně těžkou mentální retardací jsou většinou schopni provádět lehké manuální práce, které jsou dobře strukturované a pod odborným dohledem. (Švarcová 2011)

Jedinci se středně těžkou mentální retardací nejsou většinou schopni se úplně osamostatnit a žít úplně nezávislý život. V této kategorii jsou značně zásadní odlišnosti v povaze schopností. Někteří jedinci jsou schopni dobře komunikovat, sociálně interaktivovat

a porozumět jednoduchým úkonům, a někteří nejsou schopni komunikace a používají formy neverbální komunikace. U většiny jedinců je vyskytován dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy. Často se objevují i zdravotní postižení, a to epilepsie a neurologická onemocnění. (Švarcová 2011)

Těžká mentální retardace IQ 20-34

Těžká mentální retardace je často podobná středně těžké mentální retardaci, když se jedná o klinický obraz a přítomnost organické etiologie. Tyto jedinci trpí poruchami motoriky, jinými přidruženými chorobami a také může být poškození nervového systému. (Švarcová 2011)

„I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.“ (Švarcová 2011, str.29)

Hluboká mentální retardace IQ je nižší než 20

V dřívější době byla hluboká mentální retardace označována jako idiocie a hluboká mentální subnormalita. Většinou tyto osoby nejsou schopni porozumět nárokům nebo pokynům. Většina jedinců s hlubokou mentální retardací jsou imobilní nebo pohybově omezená. Osoby s hlubokou mentální retardací bývají inkontinentní a jsou schopni komunikovat jen formou neverbální komunikace. Nejsou vůbec schopni se o sebe postarat a ani zajistit péči o své základní potřeby, potřebují neustálou podporu a dohled pečujících. IQ v této skupině není možné změřit jen odhadnout, kdy je nižší než 20. Běžně se vyskytují přidružené a neurologické nemoci jako je epilepsie, postižení zraku či sluchu. (Švarcová 2011)

Dle Švarcové „mezi uvedenými skupinami existují plynule přechody i poměrné výrazné interindividuální rozdíly v jednotlivých schopnostech.“ (Švarcová, 2011, str. 34)

	mentální retardace			
	lehká (IQ 50–69)	středně těžká (IQ 35–49)	těžká (IQ 20–34)	hluboká (IQ nižší než 20)
neuropsychický vývoj	omezený, opožděný	omezený, výrazně opožděný	celkově omezený	výrazně omezený
somatická postižení	ojedinělá	častá, častý výskyt epilepsie	častá, neurologické příznaky, epilepsie	velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové
poruchy motoriky	opoždění motorického vývoje	výrazné opoždění, ale postižení jsou mobilní	časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky	většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu
poruchy psychiky	snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení, převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti	celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání, opožděný rozvoj dovedností sebeobsluhy	výrazně omezená úroveň všech schopností	těžké postižení všech funkcí
komunikace a řeč	schopnost komunikovat většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči	úroveň rozvoje řeči je variabilní; někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev často bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný	komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova	rudimentární nonverbální komunikace nebo nekomunikují vůbec
poruchy citů a vůle	afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita	nestálost nálady, impulzivita, zkratkovité jednání	celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškozování	těžké poškození afektivní sféry, potřebují stálý dohled
možnosti vzdělávání	na základě speciálního individuálního vzdělávacího programu	na základě speciálních programů (pomocná škola)	vytváření dovedností a návyků, rehabilitační vzdělávací program	vytváření jednoduchých dovedností a návyků (rehabilitace, individuální péče)

Tabulka č.1 – Průvodní jevy mentální retardace (Švarcová, 2011, str. 34)

1.1.2. Diagnostika mentální retardace

Určení diagnózy mentální retardace závisí na psychologickém vyšetření kognitivních funkcí (intelektové, vývojové škály), k vyšetření patří celkové neurologické vyšetření, podrobná anamnéza, která je zaměřena na biologické a psychosociální faktory

„Psychologická kritéria pro určování mentální retardace Švarcová spatřuje v:

- 1. Celkových výsledcích inteligenčních zkoušek vyjádřených IQ nebo mentálním věkem*
- 2. Profilu výsledků v jednotlivých subtestech inteligenčních zkoušek*
- 3. Zhodnocení výsledků specifických zkoušek zaměřených na některé psychické funkce a osobní vlastnosti*
- 4. Výsledcích výukových zkoušek*
- 5. Charakteristikách vývoje řeči*
- 6. Charakteristika citového vývoje a vývoje regulace chování*
- 7. Výsledcích somatického, psychologického a neurologického vyšetření (Švarcová, 2011, str. 31.-32)“*

Při posudku přizpůsobování a sociálních zručností jedinců lze vycházet z anamnézy a klinických prostředků, také lze aplikovat evaluačních škál. Nejčastěji se využívá Vinelandská škála sociální zralosti na mapování celkové soběstačnosti v jídle, při oblékání, na samostatnost, zaměstnání, komunikaci, motoriku, sociální začlenění. Hodnoty jsou počítány dle sdělení rodičů či opatrovníků, také je pozorováno každodenní chování vyšetřovaného. Také se využívá Günsburgova škála postihující soběstačnost, komunikaci, sociální adaptace, povolání. (Valenta 2018)

„V diferenciální diagnostice jde především o diferencování mentální retardace od retardace zapříčiněné deprivací v důsledku smyslového či tělesného postižení, specifickými poruchami řeči, speciálních vývojových poruch učení a chování, dílčími neuropsychickými dysfunkcemi, poruchou autistického spektra či jinou duševní poruchou.“ (Valenta 2018, str. 139)

Při diagnostice je potřeba odlišovat děti mentálně retardované od dětí citově, podnětově a kulturně deprivované, kupříkladu děti, kteří vyrůstají v zanedbávajícím rodinném prostředí a děti vyrůstající v ústavní výchově. Zanedbávané a deprivované děti se učí značně rychleji, než je očekáváno.

Diferenciální diagnostika využívá těchto sdělujících zdrojů:

- Úvodní informace od rodičů (důvod vyšetření, problémová oblast, vývoj, realizovaná vyšetření)
- Úvodní informace ze školy – pokud nebyla zjištěno mentální postižení před nástupem školní docházky (problémy dítěte, soběstačnost při zpracovávání úloh, posouzení vývojových schopností – řeč, sociální dovednosti)
- Lékařské dokumentace (etiopatogeneze mentálního postižení)
- Anamnéza (rodinná, osobní, školní)
- Psychologické vyšetření - „*Psychologické vyšetření musí být cíleno komplexně, nezaměřovat se pouze na vyšetření inteligence a stanovení IQ, ale stanovit aktuální úroveň vývoje včetně mentální a sociální oblasti.*“ (Valenta 2018, str. 144) Diagnóza mentálního postižení je souhrnnou záležitostí, a nejen diagnózou stupně racionálních schopností.
- Speciálně pedagogické vyšetření je zaměřeno na zjištění dalších schopností dítěte, a zda je nízká úroveň dalších kognitivních funkcí (zrak, sluch, časoprostorové percepce).
- Didaktické zkoušky se provádějí u dětí školního věku. U dětí s mentálním postižením se objeví problémy spíše v matematice a ve vyšších ročnících spíše v přírodovědných oblastech než v oblastech humanitních a výchovných.
- Při pozorování pomáhá zhodnotit, jak je jedinec schopen navazovat kontakty, jestli rozumí pokynům, jak je emočně naladěn a také jak reaguje na neúspěchy. „*Pozorováním lze postihnout formální i obsahovou stránku řeči, motoriku a grafomotoriku etc., a to zvláště u klientů pocházejících z kulturně odlišného či sociálně slabého prostředí.*“ (Valenta 2018, str. 146-147)

1.2. Poruchy autistického spektra

1.2.1. Definice a klasifikace poruch autistického spektra

Poruchy autistického spektra patří mezi závažné psychické poruchy, které bývají označovány jako pervazivní poruchy. (Thorová 2006)

Vznik autistické poruchy je vrozený – podmíněn geneticky či metabolickou vadou. (Thorová 2006)

Klasifikace poruch autistického spektra podle MKN- 10

F84 Pervazivní vývojové poruchy

F84.0 Dětský autismus

F84.1 Atypický autismus

F84.2 Rettův syndrom

F84.3 Jiná dětská dezintegrační porucha

F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

F84.5 Aspergerův syndrom

F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy

F84.9 Pervazivní vývojová porucha NS

3.3 Popis jednotlivých poruch autistického spektra

(MKN10, <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F80-F89>)

Dětský autismus

Závažnost poruchy je různá, může být mírná až těžká. Tato porucha se projevuje změnami chování dítěte i dospělého. Chování lidí s PAS je odlišné a způsobuje komplikace v navazování sociálních kontaktů. (Thorová 2006)

Dětský autismus je hlavní jednotka poruch autistického spektra. Porucha je diagnostikována, aniž by se přihlíželo k jiným přidruženým poruchám. (Thorová 2006)

Atypický autismus

Atypický autismus je samostatná diagnostická jednotka tvořící část autistického spektra. Tyto děti nesplňují všechna diagnostická kritéria dětského autismu, ale můžeme nalézt řadu specifických, sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které se shodují u lidí s autismem, takže atypický autismus je v podstatě zastřešující termín pro osoby, na které by se hodil vágní diagnostický výrok autistické rysy a sklony. (Thorová 2006)

Aspergerův syndrom

Jedná se o syndrom, který je různorodý, a jehož symptomy plynule přechází do normy. Je složité rozlišit, zda se jedná o Aspergerův syndrom případně jen o sociální neobratnost, která může být v souladu s více vyhraněnými zájmy. (Thorová 2006)

Rettův syndrom

Syndrom, spojený těžkým neurologickým postižením, který zasahuje do fyzických i duševních funkcí. Příznaky jsou zhoršené kognitivní schopnosti a ataxie (porucha koordinace pohybů). (Thorová 2006)

Autistické rysy

Není stanovena žádná definice, tak není zřejmé, zda se jedná o příznaky poruch autistického spektra nebo se jedná pouze o projevy chování dětí, které ovšem neodpovídá diagnostickým kritériím. (Thorová 2006)

1.2.2. Typické projevy autismu

U dětí:

- Malý zájem o sociální kontakty
- Opožděný vývoj řeči
- Méně frekventovaný oční kontakt
- Snížená ochota ke spolupráci, tvrdohlavost
- Zvýšená citlivost na smyslové podněty (zvuky, vůně, doteky...)
- Zvláštní pohyby (třepe rukama, poskakuje, chodí po špičkách)
- Málo reaguje na vnější podněty, intenzivně se věnuje vlastním aktivitám
- Jednostranné zájmy
- Nerovnoměrný vývoj
- Obtížně se přizpůsobuje změnám
- Nedokáže se zařadit mezi vrstevníky – často nastává problém při nástupu do předškolního zařízení a následných institucí

U dospělých:

- Málo trvalých a důvěrných vztahů
- Obtíže v chápání sociálních pravidel
- Snížená schopnost empatie
- Obtíže v akceptování kritiky
- Sociální nezralost
- Omezená schopnost posoudit, co je důležité
- Obtíže s abstraktním myšlením
- Potíže s rozeznáváním tváří
- Přecitlivělost
- Úzkosti, nervozita

(Komunitní centrum motýlek, <https://www.motylek.org/co-se-deje-v-motytku/poruchy-autistickeho-spektra.cz>)

1.2.3. Diagnostika PAS

Ideální diagnostický model

1. Fáze podezření:

Pokud rodiče znejistí při vývoji dítěte obrátí se na pediatra. Pediatr může být podezření na poruchu autistického spektra, a předá rodičům distribuovaný leták APLA s jednoduše popsanou symptomatikou a, nebo dotazník autistického chování u batolat CHAT (Checklist for Autism in Toddlers). Při pozitivním výsledku, pediatr pošle dítě na specializované pracoviště.

2. Fáze diagnostická

Diagnostika autismu je velice složitá. Je zapotřebí dobrá znalost vývojové psychologie, psychopatologie a klinickou zkušenost. Diagnostiku autismu většinou provádí psychiatr nebo psycholog, nejlepší je týmová spolupráce obou oborů, a ještě přizvání speciálního pedagoga. Dítě absolvuje další doporučená vyšetření a to genetiku, neurologii, vyšetření zraku a sluchu.

3. Fáze postdiagnostická

Rodiče jsou seznámeny s diagnózou, vyhledávají si další informace, přidávají se k podpurným skupinám a kontaktují rodiče, které mají děti s PAS. (Thorová, 2006)

1.3. Integrace

1.3.1. Definice integrace

Významů slova integrace nebo jeho definicí můžeme najít opravdu celou řadu. Můžeme vycházet z latinského slova *integrare* neboli sjednocovat, nebo také z přídavného jména *integer*, které znamená nedotčený či celý. Slovo *integralis* znamenající pojem náležející k celku, nebo *integritas* neporušenost, bezúhonnost. Proto má integrace mnoho významů, hovoří se o ní v politice např. při integraci přistěhovalců v rámci Evropy, v psychologii jako o integritě osobnosti, dále i v jiných vědách matematice, biologii, ekonomice, uvádí Hájková (Hájková, 2005)

Ve slovníku cizích slov najdeme výrazy jako je scelení, ucelení, sjednocení. To nám o integraci osob s PAS a osob s mentálním postižením mnoho neřekne. (Klimeš, 1995) Uznávaný zakladatel české speciální pedagogiky profesor Sovák rozdělil socializační proces na čtyři stupně: inferiorita, utilita, adaptace, integrace. Integraci lze tedy pojmout jako nejvyšší stupeň socializace jedince, u kterého byly důsledky jeho postižení překonány a je tedy plně zapojen do společnosti. (Sovák, 2000)

Dle Michalíka, je toto tvrzení v rozporu s tím, že možnosti plné integrace jsou realizovány až po překonání vlastního postižení. (Michalík, 1999)

Složitost procesu integrace popisuje Švarcová, která upozorňuje na fakt, že čím je mentální postižení těžší, tím složitější je hledání cest, jak jedince začlenit do společnosti. Nejde pouze o to, jak dospět k co nejvyšší míře socializace jedince, ale zároveň o to, jak co nejlépe připravit většinou společnost k jeho přijetí. (Švarcová, 1995)

Müller poukazuje na důležitost výchovného procesu s cílem dosažení co nejvyššího osobnostního rozvoje mentálně postižených, aby pro ně bylo možné nalézt odpovídající uplatnění v běžném společenském životě. (Müller, 2001)

Hájková poukazuje na skutečnost, že v souvislosti s lidmi s mentálním postižením a poruchami akustického spektra PAS je pojem integrace užíván jako jejich přirozené a nenásilné začleňování do společnosti. Definiuje pojem integrace jako stav daného jevu, a hlavně neustálý proces jejich akceptace společností. (Hájková, 2005)

Jankovský uvádí, že proces integrace není možné nikdy prohlásit za ukončený, neboť v průběhu času vyvstávají stále nové problémy, které je nutné analyzovat a řešit. Jedná se o neustálý psychosociální proces, kdy se i minorita znevýhodněných mění a vyvíjí, sblíží se

s většinovou společností, a naopak i většinová společnost prochází obdobným procesem vývoje. (Jankovský, 2006)

1.3.2. Podmínky integrace

Oporu k zajištění podmínek pro integraci lidí s mentálním postižením a lidí s poruchou autistického spektra PAS najdeme v zákonech České republiky a mnoha mezinárodních deklaracích a úmluvách. Ústava České republiky se o lidech se zdravotním postižením výslovně nezmiňuje, ale deklarace nedotknutelných hodnot lidské důstojnosti v její preambuli je relevantní i pro tuto skupinu občanů. (Česko, 1993)

Tak, jak Ústava, tak i Listina základních práv a svobod klade důraz na stejné hodnoty: „*lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech*“ (Listina základních práv a svobod čl.1 odst.1)

Prvním zákonem v českém právním řádu, který zmiňuje problematiku diskriminace zdravotně postižených je antidiskriminační zákon: *Pro účely antidiskriminačního zákona se zdravotním postižením rozumí: „tělesné, smyslové, mentální, duševní nebo jiné postižení, které brání nebo může bránit osobám v jejich právu na rovné zacházení v oblastech vymezených tímto zákonem; přitom musí jít o dlouhodobé zdravotní postižení, které trvá nebo má podle poznatků lékařské vědy trvat alespoň jeden rok.“* (Česko, 2009, §5)

Dalším významným dokumentem, který garantuje rovnost před zákonem Convention on the Rights of Persons with Disabilities, česky Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Tento dokument pracuje s pojmem *legal capacity*, což se dá vysvětlit jako právní způsobilost nebo svéprávnost, a to ve všech aspektech života. Tento dokument dává smluvním stranám povinnost umožnit lidem se zdravotním postižením možnost asistence, kterou mohou při uplatňování práv potřebovat. (General comment No.1, 2014)

K omezení práv člověka může dojít pouze z rozhodnutí soudu a pouze tehdy, hrozila-li by mu závažná újma z důvodů neschopnosti se postarat o své vlastní záležitosti. (Česko, 2012)

Především tři ministerstva mají v kompetenci tuto problematiku, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo školství a Ministerstvo zdravotnictví.

Ministerstvo školství má na starosti vzdělávání dětí a mládeže, upravuje podmínky a rozsah vzdělávacích programů dětí se specifickými potřebami, vytváří metodiku pro inkluzivní vzdělávání, definuje vzdělání a kompetence školních asistentů, řídí činnost pedagogicko-psychologických poraden a mnohé další. (www.msmt.cz)

Ministerstvo práce a sociálních věcí provází lidi s postižením po celý život. Do jeho kompetence spadá mnoho každodenních aspektů života mentálně postižených a lidí s PAS. Ministerstvo práce a sociálních věcí prostřednictvím Úřadu práce vyplácí zdravotně postiženým lidem jejich invalidní důchody, příspěvky na péči, příspěvky na mobilitu a příspěvky na kompenzační pomůcky. Zákon o sociálních službách řeší, kdo má, na jaký příspěvek nárok. Kromě toho tento zákon definuje sociální služby, tedy takové služby, které svou činností zajišťují pomoc podporu osobám s cílem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. (www.mpsv.cz)

Ministerstvo zdravotnictví má kompetence v oblasti zdravotní péče všech občanů české republiky, tedy i těch se zdravotním postižením. řeší lázeňskou péči, preventivní programy, léčiva a výzkum. (www.mzd.cz)

Prostřednictvím dalších jim podřízených institucí, prostřednictvím zákonů, vyhlášek a nařízení je realizována komplexní sociální péče a jsou vytvářeny podmínky pro integraci lidí s mentálním postižením a lidí PAS.

Mám za to, že je nutné vytvářet podmínky i rovinně lidské. Jde o nastavení společnosti směrem k těmto lidem. Dokument Ministerstva školství nazvaný Rámcový vzdělávací program vymezuje klíčové kompetence a průřezová témata pro všechny typy škol. (www.msmt.cz)

Do vzdělávací osnov dětí je tedy zakotveno i téma sociální. Některé školy dělají se svými žáky Projektové dny zaměřené na problematiku lidí se zdravotním postižením a tím je i celá naše společnost vychovávána k solidaritě, sounáležitosti a k porozumění.

Obrovský díl práce odvádí neziskový sektor. Jde o různé spolky a sdružení, která vyvíjí činnosti a pořádají akce vedoucí k integraci lidí s postižením. Patří sem i různé nadace a nadační fondy, které tuto bohužel činnost pomáhají financovat. Za zmínku stojí i tzv. sociální odpovědnost firem, které reagují na danou problematiku jako například zaměstnávání lidí s postižením, darování finančních prostředků, dobrovolnické programy a podobně.

1.3.3. Stupně a modely integrace

Integrace osob se zdravotním znevýhodněním je proces cílený na vytváření optimálních podmínek, které jsou zaměřené na celkový rozvoj jedince k dosažení optimální kvality života, uvádí Prázdna. (Prázdna, 2005)

Stupně integrace

Stupně integrace dle Jesenského

Stupeň	Označení a charakteristika
1.	Plná integrace v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí bez použití speciálních pomůcek s vysokým sociálním statutem.
2.	Podmíněná integrace v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí s použitím osobních kompenzačních a reedukačních pomůcek s vysokým sociálním statutem.
3.	Snížená integrace vázaná na technické a jiné úpravy výchovně vzdělávacího prostředí, používání speciálních pomůcek, s mírně sníženým sociálním statutem.
4.	Ohraničená integrace v technicky upraveném výchovně vzdělávacím prostředí s použitím speciálních pomůcek a s výběrovým uplatňováním speciálních metod se sníženým sociálním statutem.
5.	Vymezená integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v průměrném rozsahu při uchování přijatelného sociálního statusu.
6.	Reedukovaná integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v převládajícím rozsahu při přijatelném sociálním statusu.
7.	Narušená integrace na upraveném výchovně vzdělávacím prostředí s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při zachování integračních cílů a obsahů při sníženém sociálním statusu.
8.	Segregovaná výchova a vzdělání v upravených podmínkách, s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu se zachováním integračních cílů a obsahů s omezeným sociálním statutem.
9.	Vysoce segregovaná výchova a vzdělání ve speciálně upraveném prostředí s použitím pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při uplatnění reedukace integračních cílů a obsahů a s podstatně omezeným sociálním statutem

Tabulka č.2 – Stupně integrace (Jesenský, 1995, str.17)

Modely

Integrativní snahy vycházejí z analýzy Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj – OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), která popsala tyto čtyři modely:

Medicínský model

Medicínský model – Tento model předpokládá překonání a léčbu zdravotního postižení, zaměřuje se na biologicko-organické a funkční příčiny postižení. Model nepočítá s žádnými změnami ve školském systému. Vzdělávání probíhá ve speciálním léčebném zařízení a po ukončení léčby se dítě zařadí do běžného režimu

Sociálně patologický model

Sociálně patologický model – Tento model pracuje s teorií, že problém není biologické povahy, nýbrž povahy sociální. Postižení jsou v tomto pojetí bráni jako sociálně nepřizpůsobiví, a to vede k diskriminaci z důvodů nedostatečné socializace. Pomocí speciálního působení a terapie jsou adaptováni, aby se neodlišovali od většinové populace.

Model prostředí

Model prostředí – Tento model se zabývá tím, co by bylo možné změnit, aby se školská zařízení přizpůsobila žákům s postižením. Jedná se především o optimální materiální a personální vybavení školy.

Antropologický model

Antropologický model – V tomto modelu jde především o zlepšení personální interakce, jde o respekt identity interakce. V tomto pojetí škola respektuje potřeby a individualitu všech dětí. Pozice postiženého dítěte je silně ovlivněna postoji ostatních dětí a veškerého pedagogického personálu, uvádí Vítková. (Vítková, 2004)

1.3.4. Historie integrace

V historii se v souvislosti s mentálním postižením setkáváme s jevem, kterému říkáme infanticida. Jedná se o biologický jev, kdy živočichové zabíjejí vlastní mláďata, člověka nevyjímaje. Hausfater popisuje mnoho příčin tohoto jevu, jako je například eliminace důvodů nepreferovaného pohlaví, vícečetné porody, neschopnost se o potomka postarat anebo právě zdravotní postižení. (Hausfater, 1984)

Jeden z nejnámějších filozofů Starověkého Řecka dokonce požadoval: „*Pokud jde o vystavování a výchovu dětí, nechť je vydán zákon, že žádné deformované dítě nesmí žít.*“

I velmi nedávná historie nám ukazuje, jak „*Politika jedno dítěte*“ v Číně ve svém důsledku způsobila infanticidu dětí. Jednalo se o projekt na regulaci porodnosti na základě represí a odměn. V Číně je preferován jako potomek zdravý syn, proto mnoho děvčátek a nezuživých či postižených dětí bylo zavražděno. (Garášková, www.e-polis.cz)

Náboženství velmi ovlivňovalo vztah středověkých civilizací k mentálně postiženým, neboť postoje církve byly plné protikladů. Některé považovaly slabomyslné za Boží děti, jiné za zplozence Dábla. Společnost se na ně často dívala jako na lidi posedlé, nebo nesoucí hříchy minulosti, a ne jako na lidi nemocné. Často byli zneužíváni k těžké práci v nelidských podmínkách, byli vysmíváni a ponižováni. Žít se museli žebrotou, ze které museli odevzdávat pánovi většinový podíl. Již ve středověku však byly zaznamenány ojedinělé pokusy o charitativní projekty, jako například klášter ve Štýrsku.

V období renesance se pomalu mění postoje a například J. A. Komenský již ve své Didaktice uvádí: „*O vyučování málo nadaných dětí platí pravidlo: Učitel se má přizpůsobit žáku a podporovati jeho chápavost všemi prostředky, jak jen může.*“ (Kysučan, 1982)

A jaké to bylo v nedávné historii, tedy v dobách komunismu? Postižené komunistický režim schovával do zařízení jako například Jedličkův ústav v Praze, uvádí Davidová. (Davidová)

1.3.5. Postoje společnosti k integraci osob s mentálním postižením

a poruchou autistického spektra

Společnost s integrací může mít obavy, zejména pokud se jedná o lidi s těžkým postižením a poruchami chování, kde se objevuje agresivita. Škarková – Alešová popisuje přechod lidí s PAS z ústavního režimu na chráněné bydlení, formou skupinových či individuálních domácností. Úspěšnost procesu ovlivňuje celá řada věcí, například i výběr lokality pro toto bydlení, doporučuje se klidné venkovské prostředí. Zdůrazňuje, že integrace těžkých autistů bude vždy problematická a náročná, vyžadující 24hodinovou asistenci velmi odborného personálu. To přináší i obrovskou nákladnost těchto služeb. (Škarková – Alešová)

Obecně je ale česká společnost na dobré cestě v přijímání lidí s mentálním postižením. Příkladem za všechny je projekt Homesharing, neboli Sdílená péče. Pospíšilová popisuje

příběh desetiletého Filipa, který našel své „hostitele“, manžele Kateřinu a Michala, kteří mu věnují část svého času. Projet se inspiroval v Irsku, v České republice se teprve rozjíždí.

Je přínosem jak pro Filipa, tak i pro jeho rodinu, která tak může věnovat čas jiným věcem, staršímu synovi či odpočinku. Hostitelská rodina má tři děti a i přesto, nebo právě proto, se rozhodli pomáhat. (Pospíšilová)

Od vzniku Československa v roce 1918 byla dobročinnost rozvíjena, pěstována a ceněna. Vzniklo množství organizací a spolků zaměřených na altruismus. To přerušila okupace a následně komunistický režim. Po roce 1989 dochází k obnově demokracie a obnově a rozvoji občanské společnosti. Lidé začínají projevovat zájem o rozvoj humanistických hodnot a cítí potřebu slabším a méně šťastným. Obnovují se a vznikají neziskové organizace a spolky. Představitelem těchto ušlechtilých hodnot byl pan prezident Václav Havel, jeho první žena Olga, a do dnes i jeho žena druhá Dáša. Dobrovolnictví jako ctnost chápe 2/3 lidí, uvádí Dobrovolníci. Postupně se upravila i legislativní stránka. Zdá se, že česká společnost je na správné cestě. (Dobrovolníci v neziskových organizacích, 2001)

1.3.6. Zahraniční pohled na integraci

Přístup k lidem s mentálním postižením v zahraničí je přímo úměrný vyspělosti občanské společnosti v jednotlivých zemích. Například v Moldavsku, zemi bývalého Sovětského svazu, kde pomáhá i naše nezisková organizace Člověk v tísni, se začíná situace pomalu zlepšovat. Moldavsko je považováno za jednu z nejchudších zemí Evropy, a proto jsou projekty financované Českou rozvojovou agenturou tolik potřebné. Ve vesnici Bădiceni vzniklo chráněné bydlení pro šest klientů a další dva domy v sousední vesnici Zgurița. Podobné projekty běží i v další zemích podobných zemích. (www.Ct24.ceskatelevize.cz/clanek)

Studie celoevropské platformy Inclusion Europe upozorňuje na skutečnosti, že lidi s mentálním postižením v Evropě mnohdy nemohou volit. To se týká těch, kteří jsou částečně nebo úplně zbaveni právní způsobilosti. Mezi takové vyspělé země, které těmto lidem právo volit odpírají je například Belgie nebo i Česká republika, uvádí Šafaříková. (Šafaříková K.)

Přístup Norska k mentálně postiženým vychází z principu, že různorodost je normální. Tento vzdělávací model funguje v zemi již od devadesátých let, v Norsku prakticky neexistují speciální školy, všechny děti jsou začleněny do normálních škol, kde některé děti tráví některé hodiny se speciálními pedagogy odděleně. Ve společných třídách pak působí

asistenti pedagogů. Je to nákladný model, ale vše se řídí v duchu: „Škola musí být připravena na dítě, nikoli dítě na školu.“ Když se některému dítěti nedaří v nějakém předmětu, nestane se, že by propadlo, vzdělávání každého dítěte je upravováno tak, aby využilo svůj potenciál. Nemusí všichni vynikat ve všem, děti jsou různorodé, a to je v pořádku. Podle odborníků je toto i inspirace pro Českou republiku, uvádí Trachtová. (Trachtová Z.)

1.4. Sociální služby

1.4.1. Charakteristika sociálních služeb

Sociální služby jsou jedni z nejdůležitějších nástrojů uskutečnění sociální politiky. Cílem sociálních služeb je zlepšit kvalitu života osob společensky znevýhodněných, eventuálně je v maximální míře začlenit do společnosti. (Matoušek, 2007)

Kozlová (2005) uvádí, že by sociální služby měly být dostupné lidem, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a věku by bez pomoci společnosti nemohli překonat tíživou sociální situaci nebo nepříznivé poměry. Mahrová et al. (2008) a Matoušek (2005) také upozorňují na to, že by sociální služby neměly za člověka přejímat odpovědnost, ale působit tak, aby lidé byli v co největší míře samostatné. Sociální služby by měly napomoci k tomu, aby si lidé uměli poradit sami.

V sociálních službách je důležité, aby nabídka byla rozmanitá a zaměřená na konkrétní skupiny klientů. Tyto služby by měly být propojené a navazující na sebe, aby splňovaly potřeby, jak klientů, tak společnosti. Důležité je vzájemná spolupráce různých odvětví – zdravotnictví, sociální práce, školství a zastoupení sociálních služeb ve státním i nestátním sektoru. (Mahrová, 2005)

V České republice jsou sociální služby právně definovány v zákoně **č.108/2006 Sb.**, o sociálních službách. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory jednotlivcům v nepříznivých sociálních podmínkách skrze sociálních služeb a příspěvků na péči. Dále stanovuje podmínky pro udělení oprávnění k poskytování sociálních služeb a kritéria pro vykonávání povolání sociálního pracovníka. (Česko,2006)

Zřizovateli sociálních služeb mohou být obce, kraje i Ministerstvo práce a sociálních věcí. Obce mají svou organizační složku nebo příspěvkovou organizaci. Kraje mají stejné organizace jako obce. Specializované ústavy patří pod Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Neziskové organizace již mohou také zřizovat a poskytovat sociální služby. (Matoušek, 2011)

1.4.2. Základní druhy a formy sociálních služeb

Zákon o sociálních službách v § 32 uvádí dělení sociálních služeb na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby jsou klientům poskytovány ambulantní, terénní nebo pobytové formě. Pobytové služby jsou poskytovány formou ubytováním klienta v sociálním zařízení. Do ambulantních služeb klienti dochází do zařízení sociální služeb, ale zde není poskytnuto ubytování. Terénní služby jsou poskytovány osobám v jejich přirozeném prostředí. (Česko,2006)

Kozlová (2005) uvedla dělení sociálních služeb podle délky trvání. Sociální služby rozděluje na dlouhodobé (nejsou časově omezené), střednědobé (omezené časově, většinou na 1 rok) a krátkodobé (netrvají déle než 1 měsíc).

1.4.3. Konkrétní sociální služby pro osoby s mentálním postižením a PAS

Služby sociální péče

"Služby sociální péče 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. " (Zákon č. 108/2006 Sb. §38)

Osoby s mentálním postižením a PAS mohou využívat několik sociálních služeb sociální péče, jedná se o tyto sociální služby:

- Osobní asistence
- Pečovatelská péče
- Podpora samostatného bydlení
- Odlehčovací služby
- Centra denních služeb
- Denní stacionáře
- Týdenní stacionáře
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Chráněné bydlení

Osobní asistence

Osobní asistence je služba sociální práce, která je v zákoně o sociálních službách zapsána v §39. Tato služba je poskytována terénně klientům, kteří nejsou schopni některé úkony provést sami. Jedná se o tyto úkony, které jsou *"pomoc při osobní hygieně, stravování, doprovod k lékaři, na úřady, podpora při vzdělávání a výkonu povolání, při kulturních a sportovních činnostech, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím atd."* (Uzlová, 2010, s. 23)

Osobní asistence se dělí na řízenou, sebeurčující, dobrovolnou a společenskou. Sebeurčující osobní asistenci si klient řídí sám. Klient si sám vybere osoby, které u něj asistují a také si hlídá kvalitu té služby. Řízená osobní asistence je pro klienty, kteří nejsou schopni si službu sami řídit a určovat. Při společenské osobní asistenci se provádí tyto úkony jako je nakupování, doprovod k lékaři a předčítání. Tyto služby poskytují organizace, agentury nebo fyzické osoby. Dobrovolnou osobní asistenci poskytují organizace, které jsou k tomu určené nebo si klient asistenta zařídí sám. Tyto osobní asistence jsou neplacené. (APOA, 2010)

Pečovatelská péče

Tato služba je vhodná pro osoby, které mají sníženou schopnost v oblasti osobní péče a péče o domácnost. Pečovatelská péče je služba, která má člověku pomoci zůstat v domácím prostředí a zachovat vlastní životní styl. (Matoušek, 2005)

Pečovatelská služba patří do terénních nebo ambulantních služeb.

Úkony, které tato sociální služba poskytuje:

- a.) *"Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu"*
- b.) *Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygieny*
- c.) *Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy*
- d.) *Pomoc při zajištění chodu domácnosti*
- e.) *Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím"*

(Zákon o sociálních službách, §40)

Podpora samostatného bydlení

Tato služba je terénní, která je poskytována lidem, kteří mají sníženou soběstačnost a jsou odkázáni na pomoc jiné fyzické osoby. (Zákon č.108/2006)

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou poskytovány lidem, kteří potřebují pomoc kvůli věku, chronickému onemocnění nebo zdravotnímu postižení, o které pečují jejich pečující osoba v přirozeném prostředí. Tyto služby mohou být poskytovány ve formě terénní, ambulantní nebo pobytové péče a mají za cíl nabídnout pečující osobě možnost odpočinku. (Zákon š. 108/2006)

Centra denních služeb

Centra denních služeb patří do ambulantních sociálních služeb, která jsou poskytována osobám, kteří potřebují podporu druhé fyzické osoby. (Zákon č. 108/2006)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytové služby, které jsou poskytovány lidem, kteří potřebují pravidelnou pomoc od druhých. (Zákon č. 108/2006)

Činnosti, které nabízí

- *"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 §48)

Služby sociální prevence

" Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. (Česko,2006 §53)

Služby sociální prevence, které mohou využívat osoby s mentálním postižením a PAS

- Raná péče
- Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory
- Sociálně terapeutické dílny
- Sociální rehabilitace

Raná péče

Raná péče je služba terénní nebo také ambulantní, která je poskytována rodinám, které mají zdravotně postižené děti do 7 let. Služba se zaměřuje na podporu rodině a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho individuální potřeby. (Zákon č. 108/2006)

Sociální poradenství

Sociální poradenství se dělí na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Cílem základního poradenství je poskytnutí klientům potřebné informace, které přispívají k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Všichni poskytovatelé sociálních jsou služeb jsou povinni poskytnout základní sociální poradenství. (Mahrová et al., 2008)

Odborné sociální poradenství je poskytováno s důrazem na individuální potřeby jednotlivých sociálních skupin. Tato pomoc je poskytována specializovanými poradnami, které se specializují buď na určitý jev nebo konkrétní cílovou skupinu. (Mahrová, 2008)

V dnešní době je sociální poradenství převážně poskytováno neziskovým sektorem. Základním cílem je poskytnout informace nejen odborného charakteru, ale informovat o právech osob s postižením. (Jelínková, 2008)

2. Výzkumná část

Ve výzkumné části bakalářské jsou popsány cíle výzkumu, výzkumný vzorek, výzkumné otázky, vyhodnocení rozhovorů, a také příprava a průběh samostatných rozhovorů. Pro svůj výzkum jsem se rozhodla zabývat integrací osob s mentálním postižením a PAS. Výzkum byl prováděn formou kvalitativního výzkumu.

2.1. Výzkumný design

Pro výzkumnou část mé bakalářské práci jsem si zvolila kvalitativní výzkum, a to metodu rozhovor. Rozhovor jsem prováděla s rodiči osob s mentálním postižením a PAS, a také s pracovníky v denním stacionáři v Praze 3.

Výzkumná část bakalářské práce by měla odpovědět na tyto otázky „Zjistit jaký je proces integrace s mentálním postižením a PAS do společnosti?“ a také „Odkud rodiče čerpali informace před započítím procesu integrace?“

2.2. Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je přiblížit integraci osob s mentálním postižením a PAS a zjistit, jak probíhá integrace v denním stacionáři, a také integraci osob s mentálním postižením a PAS z pohledu rodičů. Zaměřila jsem se na to, zda jsou nějaké překážky při integraci, a také odkud rodiče získali informace o integraci.

Výzkum byl založen na následujících dvou hypotézách:

1. Domnívám se, že včasná integrace osob s mentálním postižením a PAS, je důležitá.
2. Myslím si, že je důležité integrovat osoby s mentálním postižením a PAS do společnosti.

2.3. Výzkumné otázky

Hlavní výzkumné otázky jsem měla dvě, protože jsem prováděla rozhovor, jak s rodiči osob s mentálním postižením, tak s pracovníky z denního stacionáře.

Hlavní otázky, kterých jsem se držela při vytváření otázek a jsou stěžejní pro můj výzkum zní takto:

1. Zjistit, jaký je proces integrace s mentálním postižením do společnosti v denním stacionáři?

Tato hlavní výzkumná otázka byla při rozhovorech s pracovníky, a také se na tuto otázku vážou další podotázky, které jsou spojeny hlavní výzkumnou otázkou. Jaký máte pohled na integraci do společnosti ve Vašem zařízení? Jak se snažíte o integraci ve Vašem zařízení? Jaké jsou nejčastější omezení či obtíže při integraci?

2. Zjistit, jak probíhala integrace v dětství, a jestli se integrace v dnešní době změnila?

Tato hlavní výzkumná otázka byla při rozhovorech s rodiči, a také se na tuto otázku vážou další podotázky, které jsou spojeny hlavní výzkumnou otázkou. Vzpomenete si, kdy jste začala začleňovat své dítě do kolektivu? Zapojovalo se Vaše dítě do kolektivu, nebo se spíše stranilo? Jaké překážky jste v průběhu začleňování Vašeho dítěte zažila? Vidíte pokroky integrace v dnešní době?

2.3.1. Výzkumný vzorek

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsem si zvolila rodiče osob s mentálním postižením a PAS, a také pracovníky denního stacionáře v Praze 3. Rodičů osob s mentálním postižením a PAS bylo 9 a pracovníků denního stacionáře bylo 5.

Iniciály	Věk	Diagnóza
JK	36	DMO – hypotonická forma, středně těžká mentální retardace
TK	35	PAS – dětský autismus, nevidomá, středně těžká až těžká mentální retardace
LD	28	PAS – dětský autismus, středně těžká mentální retardace, epilepsie
MH	32	Autistické rysy, těžká mentální retardace
VK	14	DMO, těžká mentální retardace, epilepsie
VM	12	Downův syndrom, těžká mentální retardace, autistické rysy, epilepsie
EČ	33	Apertův syndrom, autistické rysy, středně těžká mentální retardace, nedoslýchavá, slabozraká
LT	30	Porucha CNS, středně těžká mentální retardace, autistické rysy
TT	33	DMO, neslyšící, slabozraký, lehká až střední mentální retardace

Tabulka č.3 – Specifikace cílové skupiny

2.3.2. Metoda výzkumu

Pro tento výzkum byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory dle Zandlové jsou „*naprosto běžnou součástí našeho každodenního života, od drobných interakcí po komplikované a mnoho hodin trvající hovory o závažných tématech.*“ (Zandlová 2019, str. 317) Odpovědi na mé otázky jsem si přepisovala.

2.3.3. Příprava na rozhovor

Příprava na jednotlivé rozhovory spočívala ze začátku na sestavení jednotlivých otázek, tak aby se shodovali s hlavní výzkumnou o

tázkou. Otázky byly strukturované, aby byly dobře chápané. Oslovila jsem rodiče osob s mentálním postižením a PAS, a také pracovníky v denním stacionáři. Před rozhovorem jsem seznámila respondentky s otázkami, a také se zeptala na jejich souhlas, a poté jsem už kladla jednotlivé otázky.

2.3.4. Vyhodnocení rozhovorů s rodiči

Metodu pro zpracování výsledku průzkumu jsem využila rozepisovat a analyzovat jednotlivé otázky a odpovědi, které zazněly v rozhovorech.

1. Vzpomenete si, kdy jste začala začleňovat své dítě do kolektivu?

První otázka zkoumá, v jakém věku začali rodiče své děti začleňovat do dětského kolektivu. Jejím cílem je zjistit, jaký věk považují rodiče za optimální. Z většiny odpovědí vyšlo najevo, že rodiče své děti začali začleňovat do kolektivu v mateřské škole nebo v mateřské škole speciální. Jako přiměřený věk pro ranou integraci jejich dětí do kolektivu, se ukazuje věk kolem 4 let. Paní P. svoji dceru po doporučení neurologa začala svou dceru začleňovat do kolektivu v 1 roku. Dcera paní P. do mateřské školy nechodila, ale navštěvovala komunitní dětské centrum.

Paní P. uvedla: „*Kolem třetího roku, kdy začala docházet do integrované MŠ.*“

Paní M. uvedla: „*Do kolektivu jsem ho začala začleňovat, když Lukášovi byly 3 roky. Nastoupil do klasické školky, kde měl vlastní asistentku, chodil tam dva roky. Docházel vždy jen na ráno.* „

2. Jak Vaše dítě reagovalo, když se muselo začlenit mimo rodinu třeba ve školce, v dětské skupině?

Tato otázka byla zaměřena na psychické dopady osamotnění dětí. Zjišťovala jsem, zda děti byly schopny se začlenit mimo rodinu, a také byly jejich projevy. Cílem bylo vyptat se rodičů, zda v tomto věku byly děti již dostatečně vyspělé, nebo zda se objevovaly nějaká problému nebo toho bylo na děti příliš. Většina dětí reagovalo na začlenění mimo rodinu naprosto v pořádku, bez negativních reakcí. Rodiče většinou uváděli, že se jejich dítě do kolektivu těšilo. To potvrzuje, že ve věku mezi třetím a čtvrtým rokem, jsou i děti s mentálním hendikepem jsou v tomto věku připraveny na soužití v kolektivu. Slečna T. a pan M. odmítali matku pustit, křičeli a špatně snášeli začlenění do kolektivu.

Paní H. odpověděla: „*Úplně v pořádku, Pepa je velice komunikativní*“

Paní P. uvedla: *“ Pozitivně, těšila se, byla šťastná, že je v kolektivu “*

Paní P. uvedla: *„Od malička byla zvyklá, reagovala pozitivně, měla radost, vždy bez problémů.“*

Paní M. zodpověděla: *„Ve školce se zapojoval dobře, hlavně díky Lukášovo asistence.“*

3. Zapojovalo se v kolektivu, nebo naopak se stranilo?

Tato otázka zkoumá, zda děti byly schopny se zapojit nebo se spíše v kolektivu stranily. Také mě zajímalo, zda byl pedagogický asistent schopen pracovat s mentálně postiženými dětmi a dokáže jim se začleněním pomoci. Z šetření vyplývá, že většina dětí se spíše stranilo nebo se neumělo samo zapojit. Jediný pan P. se sám od sebe zapojoval a byl v kolektivu spokojený. S úrovní pomoci byli rodiče dětí spokojeni.

Paní P. odpověděla: *„Sama se zapojit nedokázala, ale s pomocí a motivací asistence se vždy zapojila.“*

Paní P. uvedla: *„Doted' se straní, nezapojuje se, ale zvládne být v blízkosti kolektivu.“*

Paní M. uvedla: *„Stranil se, ale byl schopný se zapojit při motivaci jeho asistentky.“*

Paní H. zmínila: *„Zapojoval se a byl schopen se zúčastňovat společných aktivit.“*

4. Jakou školu Vaše dítě navštěvovalo?

Cílem této otázky bylo zjistit, jakou školu děti respondentů navštěvovaly. Z odpovědí rodičů vyplynulo, že 7 osob z 9 docházelo do speciální základní školy a další 2 osoby docházeli do základní školy při denním stacionáři.

5. Jaké překážky jste v průběhu začleňování Vašeho dítěte zažila?

Tato otázka zkoumá, zda začleňování do kolektivu bylo bez překážek nebo jestli překážky byly, tak jaké, a zda byli řešitelné. Dva rodiče se shodli na tom, že největší překážkou byly reakce od okolí. Maminka slečny T. vidí překážky v tom, že v době, kdy T. byla dítě, byl nedostatek sociálních služeb. Dvě respondentky z 9 nepozorovaly žádné překážky při začleňování jejich dětí. Maminky slečny V., slečny L. a pana L. vyzorovaly, že jejich děti potřebovaly a potřebují dostatečně motivovat, navyknout si na prostředí a mít dobrou náladu.

Paní V. zmínila: *„V pěti letech jsme ho chtěli zaintegrovat (je vozíčkář, neslyšící, slabozraký) do speciální školky pro neslyšící v Plzni, ale nevzali ho s argumentem, že nechodící mezi neslyšícími je rušivým elementem.“*

Paní M. uvedla: „*Potřebuje čas na změnu, potom když si zvykne, tak zvládá vše bez problému.*“

Paní P. odpověděla: „*Největší překážkou pro integraci Elišky byla reakce okolí.*“

6. Po skončení školní docházky Vašeho dítěte jste se obrátila, na sociální službu, nebo pokračovalo dále ve vzdělávání?

Cílem této otázky bylo vyzkoumat, zda respondentky po skončení školní docházky jejich dětí obrátily na sociální služby nebo jejich děti pokračovaly ve vzdělávání. Rodiče slečen V. tuto otázku ještě neřeší, protože obě slečny ještě dochází na základní školu speciální. Dva synové respondentů pokračovali ve vzdělání, pan T. na odborné učiliště a pan P. do praktické školy na obor keramika. Ostatní děti respondentů po skončení školní docházky dochází do denního stacionáře.

Paní V. uvedla: „*Po skončení školní docházky ještě navštěvoval 3 roky odborné učiliště – obor keramika.*“

Paní M. zmínila: „*Po skončení školní docházky jsem se obrátila na denní stacionář, kam stále dochází.*“

7. Vidíte pokroky v integraci v dnešní době?

Tato otázka zkoumá, zda respondenti vidí pokroky v integraci v dnešní době, zda se to zlepšilo nebo ne. Všechny respondentky se shodly na tom, že pokroky v integraci jsou.

Paní H. zmínila: „*Určitě ano, zařízení je daleko víc, a přístup k mentálně postiženým je daleko lepší, než bylo dříve.*“

Paní P. odpověděla: „*Ano, lidé jsou více informováni o lidech s mentálním postižením.*“

Paní P. zmínila: „*Dneska je to rozhodně lepší, dříve tolik možností nebylo. Více volnočasových aktivit v domácím prostředí.*“

8. Jaký vliv mělo začleňování do společnosti na celkový rozvoj Vašeho dítěte?

Cílem této otázky bylo vyzkoumat, jaký měl vliv začleňování na celkový rozvoj dětí respondentů. Všichni dotazující se shodli na tom, že začlenění do společnosti mělo pozitivní vliv na celkový rozvoj jejich dětí. Většina osob se více osamostatnilo a také rodiče pozorují zlepšení komunikace.

Paní P. odpověděla: „*Hodně se osamostatnila, přestala být na mě závislá.*“

Paní V. odpověděla: „*Kladný vliv, Tadeáš je více samostatný.*“

Paní M. zmínila: „*Kladný, dokáže se zapojit do společných aktivit a není na mě už tak závislý.*“

Paní P. sdělila: „*Více se osamostatnila a vidím, že je ve společnosti spokojená, takže pozoruji pozitivní vliv na její rozvoj, také se jí zlepšila komunikace.*“

9. Kdybyste mohla, tak co byste změnila při začleňování Vašeho dítěte?

Tato otázka zkoumá, zda by rodiče při začleňování něco změnili. Všechny respondentky se shodly na tom, že by nic nezměnily, že jsou takhle spokojené. Jen jedna respondentka by změnila, neboť protože si slečna E. vzala do pěstounské péče až ve věku tří let a domnívá se, že využívání služeb Rané péče by mělo kladný vliv na rozvoj její dcery.

Paní P. uvedla: „*Nic bych nezměnila, hodně záleží na lidech, kteří v organizacích pracují.*“

Paní V. zmínila: „*Patrně tenkrát nic, protože těch možností opravdu nebylo mnoho. Ale na malém městě, které je asi 30 km od okresního města, kde není žádná škola, která by pomohla, nebo 50 km od krajského města, kde sice nějaké možnosti jsou, ale vzdálenost a existence staršího syna, je vše složitější. Proto jsme se přestěhovali do Prahy, za jeho školou, učilištěm, lékaři. Myslím, že v současnosti, by vše bylo podobné.*“

Paní P. uvedla: „*Kdybych jí měla v péči od narození, tak by měla ranou péči, o kterou byla ochuzena. Eliška byla do dvou let v Ústavě sociální péče, kde se jí nevěnovali v individuálním rozvoji, a pak jsem si jí já vzala do pěstounské péče.*“

10. Jaké sociální služby jste oslovila a s jakou jste spokojená a proč?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondentky oslovily sociální služby a s jakou jsou spokojené. Většina respondentek oslovila denní stacionáře. Slečna V. dochází do komunitního centra. Maminka od slečny V. oslovila jen ranou péči do 7 let. Celkově se dá říci, že rodiče vyslovovali se sociálními službami velkou spokojenost a jsou za ně vděčné, berou je jako neocenitelnou pomoc.

Paní V. uvedla: „*Denní stacionář pro děti s kombinovaným postižením při Sboru Církve bratrské v Praze 3. Jen tuto. A jsme nadmíru spokojení. Vstřícnost, pochopení, spolupráce s námi. Pestrost činností, výlety, procházky a takhle bych mohla pokračovat ještě dál.*“

Paní P. zmínila: „*Oslovila jsem osobního asistenta, ale neúspěšně, je nedostatek asistentů. Také jsem oslovila odlehčovací službu v Českém Brodě 1x za měsíc na 7 dní – dcera je tam spokojená, těší se tam, i já jsem spokojená, protože tam je dobré vedení, kdy mi vyjdou dříve.*“

Paní I. Uvedla: „*Oslovila jsem pouze denní stacionáře. Umožní nám trochu odpočinku a zároveň je o dceru postaráno.*“

11. Odkud pocházíte a jaké možnosti integrace Vaše okolí nabízí?

Touto otázkou jsem zjišťovala odkud respondenti pochází a jestli jejich okolí nabízí dostatečně prostředků pro integraci. Většina respondentů pochází z Prahy, a uvádí, že jejich okolí nabízí spoustu možností, ale také bývá těžké je získat, kvůli nedostatku míst. Paní P. se svojí dcerou V. pochází z města v Ústeckém kraji, ale dojíždí do Prahy, protože v jejich okolí není nic dostačujícího pro slečnu V. Paní M. s dcerou V. pochází z obce v Libereckém kraji, v jejich okolí nejsou žádné sociální služby, ale slečna V. dojíždí do speciální školy. Dvě respondenty se svými syny se přestěhovali do Prahy z důvodu dostatku sociálních služeb a vzdělávání, protože v krajích odkud pochází nic nebylo. Z šetření vyplývá, že v hlavním městě je nabídka služeb výrazně lepší a rozmanitější než jiných krajích, především na malých městech.

Paní P. uvedla: „*V Praze je široká možnost integrace, nestěhovala bych se.*“

Paní V. zmínila: „*Pocházíme z malého města v Plzeňském kraji. Když byl Tadeáš malý možnosti integrace jsme neměli. Proto jsme se nejdříve přestěhovali k Berounu a později do Prahy. Co jsem zjišťovala, tak v původním bydlišti se situace moc nezlepšila, a to zvlášť pro děti s kombinovanými vadami.*“

Paní M. odpověděla: „*Praha, nabízí spoustu sociálních služeb, ale všechny jsou obsazené.*“

12. Je Vaše dítě schopno docházet sám do sociálních služeb nebo školy?

Touto otázkou jsem zjišťovala, zda jsou dcera nebo syn respondentek schopni sami dojíždět do sociálních nebo školských zařízení. Jediný pan P. je schopný sám dojíždět MHD, ale cestu musí mít už naučenou. Ostatní nejsou schopni sami dojíždět, protože potřebují neustálou podporu. Slečna E. by byla schopna sama dojíždět, ale paní P. kvůli okolí jí radši nepouští. Z výpovědí rodičů vyplývá, že samostatné cestování je u lidí s mentálním postižením spíše výjimečné. Je nutná asistence při cestování.

Paní P. uvedla: „*Schopna by byla, ale mám strach, kvůli lidem, aby nebyla zneužita, okradena a čelila negativním reakcím od lidí.*“

Paní H. odpověděla: „*Ano, zvládne jet sám MHD, musí to být naučená cesta.*“

Paní V. zmínila: „*Není, musím ho každý den dovážet autem. Použití hromadné dopravy je fyzicky náročné.*“

13. Máte dostatečný přísun informací o možnostech?

Cílem této otázky bylo zjistit, jestli rodiče mají dostatek informací o integraci, a také jsem zjišťovala odkud informace získali, zda od odborných pracovníků nebo od někoho jiného. Většina rodičů informace měli, ale ne od odborných pracovníků, ale od rodičů se stejně hendikepovanými dětmi nebo si informace museli zjistit sami. Šetření ukazuje, že nejsilnější informační kanál je výměna informací mezi rodiči dětí s postižením. Bohužel, informace od odborného personálu se ukázaly jako naprosto nedostatečné.

Paní P uvedla: „*Vše jsem si musela zjistit sama, anebo pak ve školce mi podávaly informace maminky se stejně postiženými dětmi.*“

Paní V. odpověděla: „*Informace jsem získala od maminky jiného postiženého dítěte, která mně řekla o stacionáři v učilišti, který jejich dcera a náš syn navštěvovali spolu.*

A také jsem dostala informace o jiné maminky a také od pracovnice stacionáře, která si chodila po vyučování pro synovu spolužačku.“

Paní M. zmínila: „*Ne, vše jsem si musela a musím zjistit sama nebo od lidí, co mají také postižené děti.*“

2.3.5. Vyhodnocení rozhovorů s pracovníky

1. Jaký máte pohled na integraci ve společnosti u Vás v zařízení?

Tato otázka zkoumá, jak se staví pracovníci v denním stacionáři na integraci ve společnosti u nich v zařízení. Všichni z respondentů mají pozitivní pohled na integraci, a také vnímají integraci pro jejich klienty velice důležitou.

Paní P.T. odpověděla: „*Určitě je integrace u nás v zařízení chápána jako něco důležitého, jedna z našich zásad.*“

Paní P.F. zmínila: „*Integrace je velmi přínosná – pro obě strany (jak pro naše klienty, tak i pro běžnou společnost). Rozvíjí např. vzájemnou komunikaci a empatii, bourá zažité společenské předsudky a tabu a zároveň otevírá důležitá sociální témata.*“

Paní P.Š. uvedla: „*Integrace je pro nás důležitá a klienty se v ní snažíme podpořit.*“

Paní E.S. odpověděla: „*Pozitivní, u nás v zařízení se snažíme integrovat klienty do společnosti různými způsoby.*“

Paní L.C. uvedla: „*Osobně si myslím, že pozitivní, protože my asistenti se snažíme hodně klienty začlenit do běžného života (společenské akce).*“

2. Jak se snažíte o integraci u Vás v zařízení?

Touto otázkou jsem zjišťovala, jak se v denním stacionáři snaží o integraci do společnosti jejich klientů, jaké mají metody a poznatky. Díky odpovědím jsem zjistila, že pracovníci se snaží aktivně zapojovat své klienty do společnosti, že ve své práci projevují značnou kreativitu a podporují samostatnost klientů.

Paní P.Š. uvedla: „*V rámci našich programů mimo jiné také podporujeme klienty v udržení získaných dovedností a v samostatném rozhodování a jednání, což je také pro integraci důležité. Klientům nabízíme účast na různých společenských akcích, výletech po okolí stacionáře i mimo Prahu a tak dále.*“

Paní P.F. zmínila: „*Připomínáme si s klienty základy společenského chování, učíme je vzájemné komunikaci a spolupráci a připomínáme si pravidla chování a pohybu v určitém společenském prostoru. S klienty pak navštěvujeme různé typy společensko-kulturních akcí (kino, divadlo, muzea, výstavy, výlety, procházky aj.) a nacvičujeme praktické úkony z běžného života (návštěva obchodu, pošty, úřadu, kavárny, restaurace aj.). Zároveň mezi sebou sem tam přivítáme známé i nové hosty.*“

3. Kdyby se dalo něco zlepšit v integraci, co by to bylo?

Cílem této otázky bylo zjistit, jak respondenti vidí prostor pro zlepšení a v jakém ohledu je toto zlepšení potřebné. Všichni respondenti se shodli na tom, že se určitě dá něco zlepšit, jak v pohledu okolí, tak o povědomí společnosti.

Paní E.S. odpověděla: „*Obecně bych řekla, že prostor ke zlepšení je vždycky. Určitě bych si představovala větší edukaci společnosti, normalizaci mentálně znevýhodněných.*“

Paní L.C. uvedla: „*Aby společnost byla více otevřena a nakloněna k integraci osob s mentálním postižením a PAS.*“

4. Jaké jsou nejčastější omezení či obtíže při integraci?

Tato otázka zkoumá, jaká nejčastější omezení či obtíže respondenti pozorují. Většina pracovníků sleduje omezení i obtíže v postoji společnosti k mentálně hendikepovaným osobám.

Shodují se na tom, že je potřeba více vzdělávat většinovou společnost o odlišnostech lidí s postižením, zejména mladé lidi vést k větší toleranci a empatii.

Paní P.F. zmínila: „*Např. vzájemné nepochopení (z obou stran), netolerance, názorová vyhraněnost (z obou stran), chování náročné na péči (zvláště agresivita) aj.*“

Paní L.C. uvedla: „*Podle mě je stále negativních reakcí od okolí. A také hodně záleží na individualitě osob s mentálním postižením.*“

Paní E.S. odpověděla: „*Nejčastější obtíže vnímám v negativních reakcích, nepochopení, a hlavně malou otevřenost a pochopení společnosti. Běžně se setkáváme s negativními pohledy, poznámkami.*“

5. Vidíte pokroky integrace ve společnosti?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti vidí pokroky integrace ve společnosti v dnešní době. Všechny pracovnice se shodly na tom, že pokroky v integraci jsou, jak v povědomí o osobách s mentálním postižením, tak i o pohledu na tyto osoby. Obecně se dá říci, že česká společnost je velmi tolerantní a chování k lidem s postižením se neustále zlepšuje. Stále více lidí se nebojí nabídnout jim svou pomoc.

Paní L.C. uvedla: „*Určitě ano, spoustu lidí už se nebojí kontaktu s těmito osobami. Jsou nabízené práce pro lidi s mentálním postižením.*“

Paní P.F. odpověděla: „*Určitě. Česká společnost je stále otevřenější a připravenější pomáhat a podporovat lidi s postižením nebo PAS. Také se o těchto tématech ve společenském prostoru mnohem otevřeněji hovoří.*“

6. Jak se podle Vás daří integrovat Vaše klienty do společnosti?

Tato otázka zkoumá, jak se daří integrovat klienty do společnosti v denním stacionáři. Většina respondentů se shodla, že je to velice individuální. Nejdůležitějším aspektem, který ovlivňuje míru integrace je vážnost postižení. S velkou dávkou trpělivosti a empatie, je možné zapojovat své klienty více či méně do společnosti.

Paní P.T. zmínila: „*Myslím, že částečně daří. Snažíme se u klientů podporovat soběstačnost, rozhodování, všestranně rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti, rozvíjet vztahy v kolektivu, vést je k dobrému chování na veřejnosti.*“

Paní P.F. uvedla: „*To je velmi individuální. Záleží zde nejen na typu osobnosti, potížích a potřebách daného klienta, ale i na jeho blízkém okolí (především rodině). Přesto se v naší sociální službě snažíme zapojit do kulturně-společenských akcí každého klienta (podle jeho možností).*“

7. Jaký je Váš názor na důležitost integrace osob s mentálním postižením a PAS?

Cílem této otázky jsem zjišťovala, jaký respondentky mají názor na důležitost integrace osob s mentálním postižením a PAS. Všechny respondentky se shodly na tom, že integrace osob s mentálním postižením a PAS je velmi důležité nejen pro ně samotné, ale že svým způsobem obohacují společnost. Také zmiňovali předsudky, které jsou stále ještě v některých lidech hluboce zakořeněné z dob minulých.

Paní P.F. uvedla: „*Integrace má velký přínos a dopad nejen pro běžnou společnost, ale i pro samotné osoby s mentálním postižením a PAS. Ovšem (a o tom jsem plně přesvědčená) musí být dělána dobře a „s rozumem“, tj. individuálně „ušitá na míru“ pro daného klienta a s dosažitelnými cíli. A současně i ohleduplná vůči běžné společnosti, ne násilně vynucovaná – dokud nebudeme k sobě navzájem vnímaví a ohleduplní, nebude integrace natolik efektivní, jak by mohla potenciálně být.*“

Paní L.C. zmínila: „*Určitě je to důležité, aby zmizely předsudky. Podle mě je důležitá integrace i pro osoby s mentálním postižením, protože se více osamostatní a nemusí být v ústavní výchově.*“

Paní E.S. odpověděla: „*Integrace je určitě důležitá, protože každý jedinec by se měl cítit ve společnosti potřebným a přijímaným společností a není tomu, tak jinak u osob s mentálním postižením a PAS.*“

8. Máte zkušenost i s jinou sociální službou?

Touto otázkou jsem zjišťovala, zda respondentky mají zkušenosti i s jinou sociální službou. Ukázalo se, že všechny respondentky mají zkušenosti i s jinou sociální službou, a to buď s jiným denním stacionářem, domovem pro seniory, chráněné bydlení i domov pro osoby se zdravotním postižením. Své poznatky a znalosti z jiných sociálních služeb jsou schopny přenést do své stávající profese a využívat je pro potřeby klientů.

P.Š. odpověděla: „*Ano, několik let jsem pracovala jako asistentka chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením. V rámci toho jsme navazovali spolupráci s dalšími organizacemi, chráněnými dílnami atd.*“

E.S. zmínila: „*Ano mám, se společností DUHA – chráněné bydlení pro osoby s mentálním znevýhodněním. Zkušenosti mám z dětství, kdy moje matka pracovala v sociálních službách a já jí tam navštěvovala a zúčastňovala se nejrůznějších akcí. V rámci praxe jsem se setkala s domovem pro seniory.*“

2.3.6. Interpretace získaných dat

Na základě interpretace získaných dat jsem získala odpovědi na dvě hlavní výzkumné otázky.

Hlavní výzkumné otázky zněly takto:

- a.) Zjistit, jaký je proces integrace s mentálním postižením a PAS do společnosti v denním stacionáři?

Díky odpovědím od pracovníků v denním stacionáři vyplývá, že proces integrace klientů do společnosti je ve stacionáři dobře nastaven. Základem je individuální přístup ke každému klientovi, vypracovávají se individuální plány, v těchto individuálních plánech se zohledňují schopnosti, potřeby i přání klienta. Všichni pracovníci splňují kvalifikaci dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zaujal mě kreativní přístup pracovníků, co pro klienty vymýšlí, a jak klienty integrují do společnosti. Snaží se často navštěvovat kulturní akce (ZOO, kino, divadlo), společenské vyžití (kavárny, restaurace), a také se klienti učí vykonávat běžné činnosti (nakupování, jízda MHD).

Mezi překážky, které komplikují jejich práci jsou především nepochopení veřejnosti, nedostatek edukace společnosti i ostych. Myslím si, že pracovníci se snaží ukázat společnosti, že není se čeho bát, a také rádi informují veřejnost, jak přistupovat k osobám s mentálním postižením a PAS. Myslím si, že by s edukací veřejnosti se mělo začít, co nejdříve, což se již na některých základních školách již děje, a to jednak v rámci inkluzivního vzdělávání, a také mívají projektové dny.

- b.) Zjistit, jak probíhala integrace v dětství, a jestli se integrace v dnešní době změnila?

Z odpovědí rodičů vyplývá, že je dobré začít děti s mentálním postižením a PAS začleňovat do kolektivu, co nejdříve s ohledem na jejich zdravotní a mentální stav. Většina dětí se začalo začleňovat do kolektivu kolem třetího roku, kdy navštěvovali mateřské školy nebo dětská komunitní centra. Rodiče se většinou shodují na tom, že integrace jejich dětí měla významný vliv na rozvoj, jak sociální, tak psychický. U některých dětí bylo nutné zohlednit tempo jejich začleňování do kolektivu, tak aby se na dítě nevytvářel nepřiměřený psychický tlak.

K současnosti rodiče uvádí, že v dnešní době je větší nabídka sociálních a aktivizačních služeb pro osoby s mentálním postižením a PAS. K informovanosti

o dostupnosti sociálních a aktivizačních služeb rodiče uvádí, že v současnosti se situace výrazně zlepšila. V dnešní době se sociální a aktivizační služby samy prezentují na sociálních sítích, veletrzích sociálních služeb, veletrzích, výstavách a také na webových stránkách. Sami rodiče zakládají skupiny na sociálních sítích, kde spolu komunikují, radí si a vyměňují si zkušenosti. Zlepšila se i dostupnost informací prostřednictvím odborů sociálních služeb měst a obcí. Respondenti uvádí, že tyto možnosti dříve nebyly.

3. Závěr

Mentální postižení a PAS se řadí mezi onemocnění, která se považují za onemocnění nevyléčitelná. Často se k nim přidružují další komplikace, onemocnění či defekty. Je jasné, že zátěž kladená na pečující je více než značná. Onemocnění je zpravidla diagnostikováno v raném dětství, proto je jejich integrace do společnosti velice důležitá. Jejím nejlepším cílem by mělo být, aby byli schopni, co nejlépe využít své schopnosti a dovednosti. Ale to nestačí, měli by žít s tím, že jsou akceptováni a milováni. V neposlední řadě by měli mít život v té maximální míře spokojený, šťastný a naplněný. Bez zbytečných stresů nebo projevů nepřátelství.

Pohovory ukázaly, že ačkoliv má integrace dětí s mentálním postižením a PAS své limity, je třeba o ni usilovat, neboť mohou své okolí obohatit. Ačkoliv jsem neměla v dotazníkovém šetření takovou otázku, jedna respondentka začala mluvit o tom, proč ráda pracuje právě s těmito lidmi. *„Mám je ráda, protože s nimi vždycky vím, na čem jsem. Neumí předstírat, když jsou šťastní, dají vám to pocítit, když jsou smutní, dají vám to pocítit. S nimi je všechno opravdové.“* Když jsem se nad jejími slovy zamyslela, musím jí dát za pravdu. Moje sestra je přesně taková. Někdy, když třeba nemá dobrou náladu nebo jí není dobře, je to s ní opravdu těžké. Dovede být umanutá a otravná. Ale ona to tak opravdu cítí, není možné se na ní zlobit. A další den, když je jí zase lépe, zase je to to naše sluníčko. Je veselá, milá a spokojená. Proto mě velmi mrzí, že i když žiji s mentálně postiženým člověkem celý život, nenapadlo mě zeptat se respondentů na to, co je opravdu důležité. A to je: *„Co vám do života přinesl nebo co vás naučil váš mentálně postižený?“* Tak si mohu jako jediný respondent s tou zkušeností odpovědět aspoň já sama. *„Eliška mě rozhodně naučila velké trpělivosti. A také zodpovědnosti a důslednosti. Naučila mě, držet slovo. To proto, že když jí něco slíbím, nechápe, že to nesplním. Třeba, když jí slíbím brambůrky nebo colu, nedá pokoj, dokud je nedostane. A co mi dala, hodně lásky, opravdové a upřímné. Život vedle Elišky je hodně veselý a bezprostřední. Myslím si, že díky sestře, je ze mě lepší člověk.“*

4. Seznam použité literatury

Dobrovolníci v neziskových organizacích. Vyd. 1. Praha: ICN, 2001, 24 s. ISBN 80-864-2305-0.

HÁJKOVÁ, V. Integrativní pedagogika. 1. vydání. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2005. ISBN 80-86856-05-4

Hausfater, G and Hrdy, S.B. – Infanticide Comparative and Evolutionary Perspectives, Social Sciences, 1984, ISBN 9780203788608

JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. 2. vydání. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5

JELÍNKOVÁ, Miroslava. Vzdělávání a výchova dětí s autismem. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7290-383-2.

JESENSKÝ, J. a kol. Kontrapunktů integrace zdravotně postižených. Praha: Karolinum, 1995. 175 s. ISBN 80-7184-030-0

KLIMEŠ, L. Slovník cizích slov. Praha: SPN, 1995. ISBN 14-545-83

KOZLOVÁ, Lucie. Sociální služby. V Praze: Triton, 2005. ISBN 8072546627

Listina základních práv a svobod, čl. 1 odst. 1.

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MICHALÍK, J. Školská integrace dětí se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1999. 135 s. ISBN 80-7067-981-6.

MÜLLER, O. Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0207-6.

NOVOTNÁ, H. a spol. Metody výzkumu ve společenských vědách. Praha: FHS UK, 2019. ISBN 978-80-7571-052-9

Občanský zákoník | Zákon č. 89/2012 Sb. - Omezení svéprávnosti Předpis č. 89/2012 Sb.,
Znění od 1. 4. 2024

PRÁZDNÁ, R., Faktory determinující proces společenské integrace osob se zdravotním znevýhodněním, *Zdravotně sociální vědy*, 7: 1-200, 2005, ISSN 1212-4117

SOVÁK, M. a kol. Defektologický slovník. 3. vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5

ŠVARCOVÁ, I. Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-x.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky. Preambule:

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Sestra (Grada). Praha: Grada, c2006. ISBN 80-247-1262-8.

VÍTKOVÁ, M., *Integrativní speciální pedagogika – integrace školní a sociální*, 2004, ISBN: 80-7315-071-9

Zákon č. 198/2009 Sb., antidiskriminační zákon

Zákon č. 108/2006 Sb., sociální služby

4.1. Elektronické zdroje

<https://www.apoa.cz/> [citováno 10. 4. 2024].

BARTOŇOVÁ, P., <https://www.nespechej.cz/clanky/starovek-postizeni-menecenni-20230829-1863.html> [citováno 10. 4. 2024].

DAVIDOVÁ, E., Sto let Jedličkova ústavu: Úspěch v začleňování handicapovaných do společnosti, <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/sto-let-jedlickova-ustavu-uspech-v-zaclenovani-handicapovanych-do-spolecnosti-301977>, [citováno 10. 4. 2024].

GARÁŠKOVÁ, I., <https://www.e-polis.cz/clanek/cinska-politika-jednoho-ditete-v-praxi.html> [citováno 10. 4. 2024].

KYSUČAN, J. Úvod do psychopedie. Olomouc: Rektorát univerzity Palackého, 1982.

Ministerstvo práce a sociálních věcí, <https://www.mpsv.cz/web/cz/socialni-prace-a-socialni-sluzby> [citováno 10. 4. 2024].

Ministerstvo školství, <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/mezinarodni-umluvy-2> [citováno 10. 4. 2024].

Ministerstvo školství, <https://www.msmt.cz> [citováno 10. 4. 2024].

Ministerstvo zdravotnictví, <https://mzd.gov.cz/category/agendy-ministerstva/cesky-inspektorat-lazni-a-zridel-cil/> [citováno 10. 4. 2024].

MKN10 <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F80-F89> [citováno 10. 4. 2024].

Moldavsko stále odkládá mentálně postižené do ústavů. Vláda se to snaží změnit <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/svet/moldavsko-stale-odklada-mentalne-postizene-do-ustavu-vlada-se-to-snazi-zmenit-87452>, [citováno 10. 4. 2024].

<https://www.motylek.org/co-se-deje-v-motylku/poruchy-autistickeho-spektra.cz>

Pospíšilová, K., V Česku se začíná probouzet sdílená péče. Lidé si půjčují hendikepované děti, <https://tn.nova.cz/zpravodajstvi/clanek/466078-homesharing-dobyva-cesko-sdilena-pece-pomaha-detem-i-rodicum>, [citováno 14. 4. 2024].

Šafaříková, K., V USA volit muže, v EU ne. Lidé s postižením čelí ústrkům, Česko patří k horším zemím, <https://zpravy.aktualne.cz/zahranici/evropsky-parlament/v-americe-muzu-volit-lide-s-postizenim-celi-v-eu-ustrkum-ces/r~b1466906922511eebc030cc47ab5f122/>, [citováno 16. 4. 2024].

Škarková-Alešová, L., Lidé s autismem a integrace, <https://www.rain-man.cz/2012/10/22/lide-s-autismem-a-integrace/> [citováno 10. 4. 2024].

Trachtová, Z., Inkluze po seversku: Mix zdravých, postižených, cizinců a žádné propadání, https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/inkluzepo-islandsku.A160319_212042_domaci_zt, [citováno 16. 4. 2024].

5. Přílohy

Příloha č.1

Ukázka rozhovorů s pracovníky

Petra T.

1. Jaký máte pohled na integraci ve společnosti u Vás v zařízení?
 - Určitě je integrace u nás v zařízení chápána jako něco důležitého, jedna z našich zásad.
2. Jak se snažíte o integraci ve Vašem zařízení?
 - V našem stacionáři se snažíme o integraci formou navštěvování kulturních akcí, restaurací, podnikáním různých výletů, využíváním jízdy vlakem, MHD, nácvikem nakupování v obchodech, návštěvy pošty, knihovny apod.
3. Kdyby se dalo něco zlepšit v integraci, co by to bylo?
 - Asi mě nenapadá nic konkrétního, ale myslím, že se můžeme neustále zlepšovat ve vzájemné spolupráci (např. pracovníci soc. sl. s rodinami s osobou mentálním postižením a PAS nebo učitelé a asistenti s rodinami s osobou mentálním postižením a PAS atd.), ve vzájemné toleranci a respektování. Pak zlepšit pomoc rodičům, zákonným zástupcům v péči o osobu s mentálním postižením a PAS, v období, kdy je rodič/zákonný zástupce již v pokročilém věku nebo nějak nemohoucí.
4. Jaké jsou nejčastější omezení či obtíže při integraci?
 - Předsudky společnosti – neznalost nebo neinformovanost o postižení, pak stupeň postižení osoby s mentálním post. a PAS, omezené schopnosti jedince.
5. Vidíte pokroky integrace ve společnosti?
 - Rozhodně ano, vidím třeba pokroky v integraci na školách.
6. Jak se podle Vás daří integrovat Vaše klienty do společnosti?
 - Myslím, že částečně daří. Snažíme se u klientů podporovat soběstačnost, rozhodování, všestranně rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti, rozvíjet vztahy v kolektivu, vést je k dobrému chování na veřejnosti.
7. Jaký je Váš názor na důležitost integrace osob s mentálním postižením a PAS?
 - Pro mě je začleňování osob s mentálním postižením a PAS do společnosti rozhodně důležité. Nemyslím si, že by měli být někde izolováni, separováni, právě naopak. Každý člověk má právo se zapojit do společnosti a žít kvalitní

život, jen jim k tomu musí jít vstříc společnost naproti a utvářet vhodné podmínky

8. Máte zkušenost i s jinou sociální službou?

- Jen dřív brigádně v denním stacionáři pro osoby s různými formami demencí, např. Alzheimerovou chorobou. A pak se spolupodílím na drobných jednorázových dobrovolnických akcích v rámci Diakonie CB (např. koncert, divadlo pro osoby v Alzheimer Home, Akce krabice od bot, sbírka oblečení...).

Petra F.

1. Jaký máte pohled na integraci ve společnosti u Vás v zařízení?

- Integrace je velmi přínosná – pro obě strany (jak pro naše klienty, tak i pro běžnou společnost). Rozvíjí např. vzájemnou komunikaci a empatii, bourá zažitě společenské předsudky a tabu a zároveň otevírá důležitá sociální témata. Integrace je také součástí jedné ze základních činností, kterou nám ukládá zákon o sociálních službách, a totiž zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

2. Jak se snažíte o integraci ve Vašem zařízení?

- Připomínáme si s klienty základy společenského chování, učíme je vzájemné komunikaci a spolupráci a připomínáme si pravidla chování a pohybu v určitém společenském prostoru. S klienty pak navštěvujeme různé typy společensko-kulturních akcí (kino, divadlo, muzea, výstavy, výlety, procházky aj.) a nacvičujeme praktické úkony z běžného života (návštěva obchodu, pošty, úřadu, kavárny, restaurace aj.). Zároveň mezi sebou sem tam přivítáme známé i nové hosty.

3. Kdyby se dalo něco zlepšit v integraci, co by to bylo?

- Např. komunikace o potřebách a potížích osob s různým typem postižení, připravenost společnosti na integraci atd.

4. Jaké jsou nejčastější omezení či obtíže při integraci?

- Např. vzájemné nepochopení (z obou stran), netolerance, názorová vyhraněnost (z obou stran), chování náročné na péči (zvláště agresivita) aj.

5. Vidíte pokroky integrace ve společnosti?

- Určitě. Česká společnost je stále otevřenější a připravenější pomáhat a podporovat lidi s postižením nebo PAS. Také se o těchto tématech ve společenském prostoru mnohem otevřeněji hovoří.
6. Jak se podle Vás daří integrovat Vaše klienty do společnosti?
- To je velmi individuální. Záleží zde nejen na typu osobnosti, potížích a potřebách daného klienta, ale i na jeho blízkém okolí (především rodině). Přesto se v naší sociální službě snažíme zapojit do kulturně-společenských akcí každého klienta (podle jeho možností).
7. Jaký je Váš názor na důležitost integrace osob s mentálním postižením a PAS?
- Na to odpovídá už první otázka. Integrace má velký přínos a dopad nejen pro běžnou společnost, ale i pro samotné osoby s mentálním postižením a PAS. Ovšem (a o tom jsem plně přesvědčená) musí být dělána dobře a „s rozumem“, tj. individuálně „ušíť na míru“ pro daného klienta a s dosažitelnými cíli. A současně i ohleduplná vůči běžné společnosti, ne násilně vynucovaná – dokud nebudeme k sobě navzájem vnímaví a ohleduplní, nebude integrace natolik efektivní, jak by mohla potenciálně být.

8. Máte zkušenost i s jinou sociální službou?

- Ano, když jsem dělala ve "velké" Diakonii CB, tak jsem často přicházela do kontaktu s domovem pro seniory, chráněným bydlením pro muže s psychickým onemocněním a se službami pro osoby s tělesným postižením (centrum denních služeb, chráněné bydlení a osobní asistence).

Příloha č.2

Ukázka rozhovorů s rodiči

EČ

1. Vzpomenete si, kdy jste začala začleňovat své dítě do kolektivu?

- Kolem třetího roku, kdy začala docházet do integrované MŠ.

2. Jak Vaše dítě reagovalo, když se muselo začlenit mimo rodinu třeba ve školce, v dětské skupině?

- Pozitivně, těšila se, byla šťastná, že je v kolektivu.

3. Zapojovalo se v kolektiv, nebo naopak se stranilo?

- Sama se zapojit nedokázala, ale s pomocí a motivací asistence se vždy zapojila.

4. Jakou školu Vaše dítě navštěvovalo?

- První 2 roky ZŠ při Jedličkově ústavu, poté praktická škola při denním centru Paprsek.

5. Jaké překážky jste v průběhu začleňování Vašeho dítěte zažila?

Největší překážkou pro integraci dcery byla reakce okolí.

6. Po skončení školní docházky Vašeho dítěte jste se obrátila, na sociální službu, nebo pokračovalo dále ve vzdělávání?

- Po skončení školní docházky Eliška docházela do denních stacionářů a také jezdila na odlehčovací pobyty do DOZP Český Brod.

7. Vidíte pokroky v integraci v dnešní době?

- Ano, lidé jsou více informováni o lidech s mentálním postižením.

8. Jaký vliv mělo začleňování do společnosti na celkový rozvoj Vašeho dítěte?

- Více se osamostatnila a vidím, že je ve společnosti spokojená, takže pozoruji pozitivní vliv na její rozvoj, také se jí zlepšila komunikace.

9. Kdybyste mohla, tak co byste změnila při začleňování Vašeho dítěte?

- Kdybych jí měla v péči od narození, tak by měla ranou péči, o kterou byla ochuzena.
- Dcera byla do dvou let v Ústavě sociální péče, kde se jí nevěnovali v individuálním rozvoji, a pak jsem si jí já vzala do pěstounské péče.

10. Jaké sociální služby jste oslovila a s jakou jste spokojená a proč?

- Byla jsem spokojená s denním centrem Paprskem a teď dochází na odlehčovací pobyty do Českého Brodu, kde také sleduji na dceři pokroky, protože se více osamostatňuje.

11. Odkud pocházíte a jaké možnosti integrace Vaše okolí nabízí?

- Z Prahy

- Spoustu možností – denní stacionáře, chráněné dílny, hipoterapie, canisterapie

12. Je Vaše dítě schopno docházet sám do sociálních služeb nebo školy?

- Schopna by byla, ale mám strach, kvůli lidem, aby nebyla zneužita, okradena a čelila negativním reakcím od lidí.

13. Máte dostatečný přísun informací o možnostech? (Sociální služby)

- Vše jsem si musela zjistit sama, anebo pak ve školce mi podávaly informace maminky se stejně postiženými dětmi.

TT

1. Vzpomenete si, kdy jste začala začleňovat své dítě do kolektivu?

- Ve čtyřech letech do klasické mateřské školy, já jsem tam byla jako asistent. V pěti letech začal navštěvovat Institut pro neslyšící v Berouně – předškolní třída.

2. Jak Vaše dítě reagovalo, když se muselo začlenit mimo rodinu třeba ve školce, v dětské skupině?

- Záleželo na paní učitelce, když tam nebyla jedna paní učitelka, tak vše bylo v pořádku, pokud sloužila paní učitelka Z., tak se náš syn i několikrát za den pomočil.

3. Zapojovalo se v kolektivu, nebo naopak se stranilo?

- Zapojoval se, spolužáky měl rád.

4. Jakou školu Vaše dítě navštěvovalo?

- MŠ – Institut pro neslyšící Beroun.
- ZŠ – Speciální škola pro neslyšící Praha – Radlice.
- Vzhledem k tomu, že má kombinovanou vadu, museli jsme vybírat školu pro jedno postižení jsme vlastně zaintegrovali.

5. Jaké překážky jste v průběhu začleňování Vašeho dítěte zažila?

- V pěti letech jsme ho chtěli zaintegrovat (je vozíčkář, neslyšící, slabozraký) do speciální školky pro neslyšící v Plzni, ale nevzali ho s argumentem, že nechodící mezi neslyšícími je rušivým elementem.

6. Po skončení školní docházky Vašeho dítěte jste se obrátila, na sociální službu, nebo pokračovalo dále ve vzdělávání?

- Po skončení školní docházky ještě navštěvoval 3 roky odborné učiliště – obor keramika.

7. Vidíte pokroky v integraci v dnešní době?

- Je větší snaha děti zaintegrovat, ale ne vždy je škola připravena tyto děti přijmout. Učitelé nemají zkušenosti a někdy i přes GDPR se nedozví přesnou diagnózu a způsob jednání s těmito dětmi.
- Další integraci vím jen z doslechu, známých dcera (vozičkářka) vystudovala střední školu v Jedličkově ústavu.
- V současnosti se stýkám pouze s klienty stacionáře, nebo s osobami u nás v bezbariérovém domě, vesměs invalidní důchodci, kteří jsou doma.

8. Jaký vliv mělo začleňování do společnosti na celkový rozvoj Vašeho dítěte?

- Kladný vliv, syn je více samostatný.

9. Kdybyste mohla, tak co byste změnila při začleňování Vašeho dítěte?

- Patrně tenkrát nic, protože těch možností opravdu nebylo mnoho. Ale na malém městě, které je asi 30 km od okresního města, kde není žádná škola, která by pomohla, nebo 50 km od krajského města, kde sice nějaké možnosti jsou, ale vzdálenost a existence staršího syna, je vše složitější. Proto jsme se přestěhovali do Prahy, za jeho školou, učilištěm, lékaři.
- Myslím, že v současnosti, by vše bylo podobné.

10. Jaké sociální služby jste oslovila a s jakou jste spokojená a proč?

- Denní stacionář pro děti s kombinovaným postižením při Sboru Církve bratrské v Praze 3. Jen tuto. A jsme nadmíru spokojení. Vstřícnost, pochopení, spolupráce s námi. Pestrost činností, výlety, procházky a takhle bych mohla pokračovat ještě dál.

11. Odkud pocházíte a jaké možnosti integrace Vaše okolí nabízí?

- Pocházíme z malého města v Plzeňském kraji. Když byl Tadeáš malý možnosti integrace jsme neměli. Proto jsme se nejdříve přestěhovali k Berounu a později

do Prahy. Co jsem zjišťovala, tak v původním bydlišti se situace moc nezlepšila, a to zvláště pro děti s kombinovanými vadami.

12. Je Vaše dítě schopno docházet sám do sociálních služeb nebo školy?

- Není, musím ho každý den dovážet autem. Použití hromadné dopravy je fyzicky náročné.

13. Máte dostatečný přísun informací o možnostech? (Sociální služby)

- Ano, mám, ale zatím je (mimo stacionář) nevyžívám.
- Informace jsem získala od maminky jiného postiženého dítěte, která mně řekla o stacionáři v učilišti, který jejich dcera a náš syn navštěvovali spolu. A také jsem dostala informace o jiné maminky a také od pracovnice stacionáře, která si chodila po vyučování pro synovu spolužačku.

