Vyšší odborná škola, střední škola, jazyková škola
s právem státní jazykové zkoušky a základní škola MILLS, s.r.o.

PÉČE O KLIENTY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Martina Muknšnáblová vypracovala: Lenka Mrvíková

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem absolventskou práci vypracovala samostatně a všechny použité písemné i jiné informační zdroje jsem řádně ocitovala. Jsme si vědoma, že doslovné kopírování cizích textů v rozsahu větším než je krátká doslovná citace je hrubým porušením autorských práv ve smyslu zákona 121/2000 Sb., je v přímém rozporu s interním předpisem školy a je důvodem pro nepřipuštění absolventské práce k obhajobě.

V Čelákovicích, 9. května 2014 Mrvíková Lenka

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Martině Muknšnáblové za odborné vedení absolventské práce, cenné rady, důležité připomínky a za trpělivost, ochotu a čas, který mi věnoval v průběhu zpracování této absolventské práce. Dále bych chtěla poděkovat za poskytnutý materiál pracovníkům ze Zvonečku Bylany, kde jsem vykonávala svou odbornou praxi. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svému manželovi, rodině a mým spolužačkám Haně Laštovičkové a Lence Dardové za jejich podporu a pomoc během studia.

OBSAH

ÚVOD 6
1 CÍL ABSOLVENTSKÉ PRÁCE 7
1. 1 HLAVNÍ CÍL 7
1. 2 DÍLČÍ CÍL 7
2 TEORETICKÁ ČÁST 8
2. 1 CHARAKTERISTIKA LIDÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ 8
2. 2 PREVALENCE A INCIDENCE 8
2. 3 DIAGNOSTIKA A KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE 10
2. 3. 1 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE 11
2. 3. 2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE 11
2. 3. 3 TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE 11
2. 3. 4 HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE 12
2. 3. 5. JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE 12
2. 3. 6 NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE 12
2. 4 POTŘEBY KLIENTŮ 13
2. 4. 1 SPECIFIKA SOCIÁLNÍCH POTŘEB 13
2. 4. 2 SPECIFIKA PSYCHICKÝCH POTŘEB 16
2. 4. 3 SPECIFIKA BIOLOGICKÝCH POTŘEB 17
2. 5 ÚSTAVNÍ PÉČE O LIDI S MENTÁLNÍ RETARDACÍ 22
2. 5. 1 DRUHY A CHARAKTERISTIKA PÉČE 23
2. 5. 2 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH 24
2. 5. 2. 1 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE 25
2. 5. 2. 2 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE 25
2. 5. 2. 3 SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ 26
2. 6 FINANČNÍ ZAJIŠTĚNÍ TĚCHTO OSOB 26
2. 6. 1. INVALIDNÍ DŮCHOD 26
2. 6. 2. SOCIÁLNÍ DÁVKY 27
2. 6. 2. 1 PRŮKAZ OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM 27
2. 6. 2. 2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI 28
2. 6. 2. 3 PŘÍSPĚVEK NA MOBILITU 29

2. 6. 2. 4 PŘÍSPĚVEK NA ZVLÁŠTNÍ POMŮCKU 29
3 PRAKTICKÁ ČÁST 30
3. 1 ZVONEČEK BYLANY POSKYTOVATEL SOCIÁLNÍCH SLUŽEB 30
3. 1. 1 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM 31
3. 1. 2 DENNÍ STACIONÁŘ 31
3. 1. 3 TÝDENNÍ STACIONÁŘ 32
3. 1. 4 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ 32
3. 1. 5 ODLEHČOVACÍ SLUŽBA 33
3. 2 KAZUISTIKY 33
3. 2. 1 KAZUISTIKA LEHCE MENTÁLNĚ RETARDOVANÉHO KLIENTA 33
3. 2. 2 KAZUISTIKA STŘEDNĚ TĚŽCE MENTÁLNĚ RETARDOVANÉHO KLIENTA 37
3. 2. 3 KAZUISTIKA TĚŽCE MENTÁLNĚ RETARDOVANÉHO KLIENTA 40
3. 2. 4. KAZUISTIKA KLIENTA S HLUBOKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ 43
4 DISKUZE 47
ZÁVĚR 49
RESUMÉ 50
LITERATURA 51
PŘÍLOHY

ÚVOD

Jako téma absolventské práce jsem si zvolila problematiku péče o klienty s mentální retardací. Poprvé jsem se s touto problematikou setkala již před studiem školy Mills. V prvním ročníku studia jsem docházela na praxi do základní školy praktické, kde jsem se blíže s mentální retardací seznámila. V této problematice se chci zabývat zejména sociální péčí a péčí poskytovanou v ústavech.

Lidé s mentální retardací tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi lidmi se specifickými potřebami. Počet lidí s mentální retardací u nás neustále stoupá, a proto je potřeba se tomuto problému více věnovat. V současné době je mentální retardace diagnostikována u přibližně 3 % populace. Mentální retardace je trvalé a nevratné snížení rozumových schopností.

Práce bude rozdělena do dvou částí, praktické a teoretické. První část bude zpracována převážně z literatury a jiných tištěných odborných podkladů. V teoretické části práce bude definován pojem mentální retardace, budou popsány stupně mentální retardace a její vznik. Dále v této části budou stručně popsány sociální služby a dávky, které mohou mentálně retardovaní lidé využívat. Bude zde také uvedeno, jak jsou lidé s mentální retardací schopni pečovat o své zdraví, stravování a vzdělávání.

Praktická část bude převážně čerpána z předešlých praxí v základní škole a praktické škole v Českém Brodě a z praxe ve Zvonečku Bylany, poskytovateli sociálních služeb. V praktické části budou velký podíl tvořit kazuistiky mentálně retardovaných dětí a dospělých. Také bude v praktické části představen poskytovatel sociálních služeb Zvoneček Bylany se sídlem v Českém Brodě.

1 Cíl absolventské práce

1. 1 Hlavní cíl

Hlavním cílem absolventské práce je přiblížit a shrnout informace o mentálně retardovaných lidech a poukázat na péči, kterou potřebují.

1. 2 Dílčí cíl

Představit činnost a fungování konkrétního zařízení Zvoneček Bylany, který je poskytovatelem sociálních služeb se sídlem v Českém Brodě.

2 Teoretická část

2. 1 Charakteristika lidí s mentální retardací

Každý člověk s mentální retardací je svébytným jedincem s charakteristickými rysy osobnosti. Přesto však, se u většiny z nich projevují společné znaky, jejichž četnost závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace. Mentální retardace je vývojová porucha psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné, sociální. Za další znak mentální retardace je považována trvalost poruchy poznávacích schopností. Mentální retardace je tedy nazývána jako trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku nebo nedostatečné funkce centrální nervové soustavy. Každý jedinec s mentální retardací má vlastní lidské problémy, potřeby a dovednosti, které je možné a nutné rozvíjet a podporovat. [ŠVARCOVÁ, 2011]

2. 2 Prevalence a incidence

Lidé s mentální retardací tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi lidmi se specifickými potřebami. Počet lidí s mentální retardací u nás ovšem v celosvětovém měřítku neustále stoupá. Podle kvalifikovaných statistických údajů žijí v populaci v současné době přibližně 3 % osob s mentální retardací, to je cca 300 000 jedinců s diagnózou mentální retardace. Vzrůst počtu lidí s mentální retardací se vysvětluje jako důsledek lepší péče pediatrů o novorozence. Díky tomu, že se neustále zdokonaluje lékařská péče o děti v nejranějších stádiích vývoje, přežívají i děti, které by bez intenzivní péče nezůstaly na živu. [ŠVARCOVÁ, 2011; BENDOVÁ, ZIKL, 2011]

2. 3 Diagnostika a klasifikace mentální retardace

Diagnostika mentální retardace

Diagnostika je dlouhodobý proces. Při diagnostice se musí brát v úvahu všechny systémy ovlivňující vývoj klienta. Komplexní diagnostika vyžaduje zkoumání jedince v biologické, psychologické i sociální sféře.

Mentální retardace se diagnostikuje na základě podrobného vyšetření psychologa, neurologa, případně psychiatra.

Významnou, ale pouze dílčí, část psychologického vyšetření tvoří testy inteligence. Testy inteligence mohou být zkreslené, jelikož klienti s mentální retardací mají poruchu adaptačních schopností. Tato porucha se projevuje problémy v přizpůsobení se nárokům běžného života. Jedinec se neumí rychle přizpůsobit prostředí a požadavkům, které jsou na něj kladeny. Tyto skutečnosti se potom odrážejí i ve výkonu, který klient podává v různých zkouškách. Zpravidla tedy nelze běžnými vyšetřovacími metodami, užívanými v poradenské praxi, dosáhnout zcela spolehlivých výsledků, takže výsledky mohou být do značné míry zkreslené. Obzvlášť testy IQ se vyznačují určitou kolísavostí, takže při opakovaných vyšetřeních lze získat i výrazně odlišné výsledky.

Podle stanovené diagnózy se můžou volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte, a může se tak dosahovat postupných změn ve vývoji jedince. Diagnostika se nemá zabývat pouze nedostatky, ale má se zabývat i pozitivními vlohy klienta, jelikož pomocí nich mohou být u jedince rozvíjeny jeho vlohy a jeho další vývoj. [ŠVARCOVÁ, 2011]

Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace je snížení úrovně rozumových schopností, které se v psychologii označují jako inteligence. Obecná definice chápe inteligenci jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím. Nejznámější a nejpoužívanější vyjádření úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem.

Inteligenční kvocient

IQ = (mentální věk / chronologický věk) x 100

Význam inteligenčního kvocientu je v tom, že informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti kategorií:

- lehká mentální retardace (IQ 69 – 50)
- středně těžká mentální retardace (IQ 49 – 35)
- těžká mentální retardace (IQ 34 – 20)

- hluboká mentální retardace (IQ 19 a nižší)
- jiná mentální retardace
- nespecifikovaná mentální retardace.

[ŠVARCOVÁ, 2011]

2. 3. 1 Lehká mentální retardace, IQ 50-69

Do této skupiny patří většina klientů, kteří mají diagnostikovanou mentální retardaci, tj. 80-85 % osob s mentální retardací. Tito jedinci užívají řeč v každodenním životě. Většina dosáhne schopnosti užívat řeč účelně, udržovat konverzaci a verbálně komunikovat, i když v dětském věku bývá vývoj řeči opožděn.

Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky). Vývoj schopnosti sebeobsluhy bývá proti normě mnohem pomalejší. [ŠVARCOVÁ, 2011]

Hlavní potíže se u klientů s lehkou mentální retardací obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Nejsou schopni plně zvládnout program základních škol. Mnoho z nich má specifické problémy se čtením, psaním a počítáním. Většina dětí s lehkou mentální retardací je v současné době vzdělávána v základních školách praktických. Nejvhodnější je zaměření edukace na rozvoj jejich schopností a kompenzaci nedostatků. Žákům s lehkou mentální retardací prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností. [ŠVARCOVÁ, 2011; BENDOVÁ, ZIKL, 2011]

Mentální věk klientů s lehkou mentální retardací se pohybuje na úrovni 10-11 let. Klienty, kteří jsou na horní hranici lehké mentální retardace, lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce. V sociokulturním kontextu nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Obtíže se projevují, pokud je klient značně emočně a sociálně nezralý. Důsledkem může být, že se klient obtížně přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen plnit požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy v běžném životě, nedokáže si udržet zaměstnání či jiné finanční zabezpečení, má problémy se zajištěním úrovně bydlení, zdravotní péče apod.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou projevovat přidružené chorobné stavy, jako je autismus, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné poruchy. [ŠVARCOVÁ, 2011]

2. 3. 2 Středně těžká mentální retardace

Do této skupiny patří přibližně 10 % lidí s mentální retardací. Jedinci s touto diagnostikou mají výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, tyto schopnosti jsou individuálně rozdílné a jsou omezeny po celý život. Někteří klienti s tímto stupněm mentální retardace jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí dokážou jen obtížně vyjádřit své potřeby. Někteří klienti se středně těžkou mentální retardací se nenaučí mluvit nikdy, ti se ale mohou naučit funkčně používat gestikulaci a další formy nonverbální komunikace. [BENDOVÁ, ZIKL, 2011]

V sebeobsluze bývají klienti soběstační, při složitějších situacích však potřebují dohled a občasnou pomoc. [ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ A KOL., 2007]

Klienti jsou schopni si ve škole osvojit základy trivia (čtení, psaní a počítání). Většinou jsou vzděláváni v základních školách praktických. Mentální věk lidí se středně těžkou mentální retardací se pohybuje v rozmezí 4-8 let. V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, úkoly ale musí být pečlivě strukturovány a musí být zajištěn odborný dohled. Často uplatní své dovednosti při práci v chráněných dílnách. Tito klienti jsou zřídkakdy schopni se úplně osamostatnit.

U většiny klientů se středně těžkou mentální retardací lze zjistit organickou příčinu. U některých z nich může být současně diagnostikován i dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy. Často klienti se středně těžkou mentální retardací mají přidružena tělesná a psychiatrická onemocnění. [ŠVARCOVÁ, 2011; BENDOVÁ, ZIKL, 2011]

2. 3. 3 Těžká mentální retardace

Těžká mentální retardace je diagnostikována přibližně u 5 % osob s mentální retardací. Projevy jsou podobné jako u lidí se středně těžkou mentální retardací, potíže jsou ale výraznější. Většina jedinců nerozumí řeči a neumí ji používat. Časté bývají

echolálie či slova bez komunikačního kontextu. Hodně omezená je i neverbální komunikační schopnost. Školní trivium tito klienti nezvládají. Při základních, sebe obslužných dovednostech klienti potřebují značnou míru pomoci. Mentální věk se pohybuje v pásmu 18 měsíců až 3,5 roku. [ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ A KOL., 2007]

2. 3. 4 Hluboká mentální retardace

Jedinci tvoří necelé 1 % mentálně retardované populace. Schopnost porozumění řeči včetně základních instrukcí a pokynů je hodně omezená. Klienti mají často narušenou hybnost, a často se jedná i o úplnou imobilitu. Tyto osoby většinou zvládají rudimentární neverbální komunikaci (úsměv, radost ze společnosti, pláč). Tito lidé nejsou schopni uvažování, nerozeznávají např. obrázky. Mentální věk je nižší než 18 měsíců. [ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ A KOL., 2007]

Lidé s hlubokou mentální retardací mají velmi malou nebo žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled, většina z klientů je zcela inkontinentní. [ŠVARCOVÁ, 2011]

Výchova a vzdělání těchto jedinců je velmi omezena, existují ale metody, kterými lze do určité míry rozvíjet jejich komunikační dovednosti, motoriku a další projevy. [ŠVARCOVÁ, 2011]

2. 3. 5. Jiná mentální retardace

Tato kategorie by měla být používána pouze omezeně, a to když je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod velmi nesnadné nebo nemožné. Nemožnost vyšetření může být např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkou poruchou chování, osob s autismem či u osob s těžkým tělesným onemocněním. [ŠVARCOVÁ, 2011]

2. 3. 6 Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se diagnostikuje v případech, kdy není dostatek informací, aby bylo možné klienta zařadit do jedné ze shora uvedených kategorií; u jedince je ale prokázána mentální retardace. [ŠVARCOVÁ, 2011]

2. 4 Potřeby klientů

Prožívání lidí s mentální retardací je mnohem intenzivněji vázáno na potřeby, které mají. Podle toho, jak jsou jejich potřeby uspokojovány, se tito lidé cítí spokojení. Potřeby u nich vyvolávají velmi intenzivní emoce, jelikož je méně ovládají myšlením a uvažováním.

Klíčové potřeby závisí na stupni mentální retardace - čím nižší IQ, tím nižší potřeby. U lidí s vážnou mentální retardací převládají pouze biologické potřeby. U většiny klientů s mentální retardací převládají kromě biologických potřeb také potřeby bezpečí a jistoty, sociální potřeby, potřeba uznání a úcty. Tito lidé projevují lásku a přízeň minimálně osobám, které o ně pečují. [STOLZOVÁ, 2014]

2. 4. 1 Specifika sociálních potřeb

Uspokojování sociálních potřeb je velice důležité kvůli tomu, aby se člověk cítil dobře a mohl se zařadit do společnosti, uspokojování sociálních potřeb napomáhá k dobrému psychickému stavu. Mezi specifické sociální potřeby můžeme řadit komunikaci, sebepojetí a sociální role. [ŠVARCOVÁ, 2011]

Komunikace

Komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb člověka. Významně se podílí na rozvoji osobnosti, jelikož umožňuje předávání informací. Používání slov je považováno za vrcholnou formu komunikace. *„Schopnost komunikace je v tomto případě ovlivněna vždy, i když v závislosti na individuálních zvláštnostech samozřejmě různým způsobem a v rozdílné míře.“* [SLOWÍK, 2010, s. 47]

Často se stává, že člověk s mentální retardací má ještě jinou vadu či poruchu, která má také další specifický vliv na komunikaci jedince.

Lehce mentálně retardovaní jedinci dokáží většinou řeč užívat účelně v každodenním životě a umí udržovat konverzaci. S tímto klientem se dá obvykle dorozumět běžnou řečí. Srozumitelnost řeči může být zhoršena nesprávnou výslovností některých hlásek, a to i v dospělosti. Jejich vyjadřování bývá jednodušší, občas s gramatickými chybami a zpravidla mají menší aktivní i pasivní slovní zásobu. Při

komunikaci s nimi, bychom měli volit kratší věty či souvětí, jelikož složitějším sdělením nemusejí rozumět. Velice často používají ustálené výroky a fráze, které v hojné míře kopírují do svých vět. Velmi dobře zvládají pozdravit, pochválit druhého člověka, zdvořile se na něco zeptat i neznámé osoby. Ve své komunikaci bývají často velice spontánní. [SLOWÍK, 2010; BENDOVÁ, ZIKL, 2011]

Jedinci se středně těžkou mentální retardací mívají významně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Někteří klienti jsou schopni tvořit jednoduché věty a jiní se dorozumívají pouze jednoslovně. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, ale mohou rozumět jednoduchým větám. Tito klienti se naučí dorozumívat gestikulací a dalšími formami nonverbální komunikace. Jedinci, kteří komunikují verbálně, mají velmi omezenou slovní zásobu, která s často závažnými vadami výslovnosti a gramatiky komplikuje možnost porozumět jejich sdělení. Pro srozumitelnost sdělení je dobré, aby klienti používali při komunikaci gestikulaci, názorné předměty a obrázky. Tito klienti často místo verbální komunikace používají doteky, objetí a pohlazení, což jim umožňuje sdělit své pocity. [SLOWÍK, 2010; BENDOVÁ, ZIKL, 2011; MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014]

S lidmi s těžkou mentální retardací se lze domluvit pouze stěží, a to pouze v ojedinělých případech pomocí několika jednotlivých slov. Někteří jedinci se na své potřeby snaží upozornit pudovým hlasovým projevem, který je obměňován podle toho, zda se jedná o projev spokojenosti, přání, odporu či zlosti. [BENDOVÁ, ZIKL, 2011] *„Častěji se ale snaží dorozumět neartikulovanými zvuky, dotyky, gestikulací, ukazováním na předměty apod. Je tedy zcela namístě využívat alternativních metod komunikace; mezi osvědčené patří piktogramy nebo jiné srozumitelné symbolické a obrázkové systémy.“* [SLOWÍK, 2010, s. 50]

Klienti s hlubokou mentální retardací slovům nerozumí, přes to je prokazatelně možné navázat komunikaci. Navázání kontaktu může vést k mimořádnému zkvalitnění jejich života. Dorozumívání s těmito osobami je velmi náročné a vyžaduje dlouhodobou a intenzivní individuální práci jednotlivce. [BENDOVÁ, ZIKL, 2011] *„Pomocí speciálních metod (například metody bazálního dialogu) lze zachytit základní sdělení klienta týkající se jeho okamžitých pocitů, prožitků a potřeb – samozřejmě s využitím nonverbálních projevů (rytmus a intenzita dýchání, napětí svalstva, pohyby očí, pohyby*

končetin, neartikulované zvuky apod.), které je nutné naučit se správně dekódovat a porozumět jejich významu.“ [SLOWÍK, 2010, s. 51]

V případě klienta s jinou mentální retardací jsou komunikační možnosti striktně individuální a je zapotřebí vyzkoušet všechny možné komunikační metody a najít tu nejvhodnější pro klienta. [SLOWÍK, 2010; MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014]

Sebepojetí

Sebepojetí je vytváření si svého „JÁ“, je to uskupení představ o jedinci samotném, o jeho schopnostech a hodnotách. Sebepojetí ovlivňuje jeho chování a prožívání, sociální adaptaci a emoční labilitu. [BULISOVÁ, 2003]

Sebepojetí se vyvíjí z vlastních zkušeností, ale i z hodnocení jedince okolím. Sebepojetí se v průběhu života neustále proměňuje.

Sebepojetí je často u lidí s mentální retardací ovlivněno jejich způsobem uvažování. Většina z nich neumí odhadnout své reálné možnosti a podle toho se chovat. Chování lidí s mentální retardací někdy neodpovídá reálné situaci, je to zapříčiněno tím, že většinou jsou tito lidé emočně nevyspělí.

Jejich sociální adaptace je rozvinuta podle jejich povahových vlastností, postojů a schopností komunikovat a navazovat vztahy s ostatními lidmi. [ŠVARCOVÁ, 2011; BENDOVÁ, ZIKL, 2011; PÖRTNER, 2009]

Sociální role

Sociální role je určitý způsob chování jedince ve společnosti či skupině podle očekávání ostatních členů skupiny nebo společnosti. Lidé s mentální retardací potřebují vědět, že někam patří. Těmto lidem trvá delší dobu, než pochopí, jaké jsou jejich sociální role. Je nutné, aby věděli, co je od nich očekáváno a požadováno, že jinak se mají chovat ve škole, v práci doma atd. Jelikož je většina mentálně retardovaných lidí více emočně labilních, tak se často nezvládají chovat tak, jak se od nich očekává. Špatně snáší konfliktní situace a překážky v cíli.

Klienti by měli být v sociálních rolích upevňováni a měli by přesně vědět, co je po nich požadováno. Někteří mohou chodit na nákup, mýt nádobí, vytírat, rovnat oblečení nebo při těchto prací alespoň pomáhat dle jejich možností.

Většinová společnost od těchto lidí očekává a vyžaduje co největší přizpůsobení společnosti a zároveň je od nich vyžadováno, aby se rozhodovali sami a dělali věci tak, jak chtějí. Toto ale bývá u klientů často v rozporu, a proto jejich sociální role není vůbec jednoduchá a často oni sami nevědí, co se od nich požaduje. [ŠVARCOVÁ, 2011; EMERSON, 2008]

2. 4. 2 Specifika psychických potřeb

Pro klienty s mentální retardací jsou kromě biologických potřeb také klíčové potřeby bezpečí, řádu, jistoty a potřeba lásky. „ *To, jak něco prožíváme, je přinejmenším stejně důležité, ba často mnohem zásadnější než to, co se událo.“* [PÖRTNER, 2009, s. 31]

Láska

„Za podstatné znaky lásky, ať už je chápána jakkoliv, patří přijetí druhého, potřeba jeho blízkosti, potřeba identity s druhým, snaha mít druhého pro sebe, poskytovat oporu, ochranu, něhu a mít pro druhého pochopení. Potřeba sounáležitosti s určitou skupinou a současně potřeba být skupinou akceptován tvoří jednotu.“ [SIKOROVÁ, 2011, s. 150]

Potřeba lásky je velice důležitá k rozvoji jedince. Lidé s mentální retardací potřebují lásku neméně než jiní lidé. Většina klientů vyhledává tělesný kontakt (např: pohlazením, obejmutím, podáním ruky) častěji, než ostatní populace. Lidé s mentální retardací tím mnohdy dávají najevo svou přízeň, kterou neumí jinak vyjádřit. Tato gesta očekávají a mnohdy vyžadují i od personálu, rodičů, příbuzných či kamarádů. Tyto tělesné kontakty pro ně znamenají pocit bezpečí a jistoty, který je velmi důležitý.

Láska těsně souvisí s potřebami a jejich uspokojováním. Lidé s mentální retardací jsou buď s něčím spokojeni a mají radost, kterou většinou hlasitě projevují, anebo jsou nespokojeni a projevují se pláčem, vztekem nebo nadávají. [SIKOROVÁ, 2011; ŠVARCOVÁ, 2011]

Bezpečí

Pocit bezpečí podporuje rozumový a citový rozvoj jedince. Pocit bezpečí navozují situace, kdy je jedinec chválen, pohlazen, je mu věnována pozornost, má

stabilní finanční a bytovou situaci atd. Důležitým faktorem pro pocit bezpečí u lidí s mentální retardací je teplo, uspokojení fyzických a sociálních potřeb.

Pro klienty je velmi důležité vědět, že se mohou na někoho obrátit se svými problémy, a že jim někdo pomůže. Čím má člověk větší inteligenci, tím musí být uspokojováno více faktorů pro pocit bezpečí. [SIKOROVÁ, 2011; ŠVARCOVÁ, 2011]

Řád

Řád je důležitý pro každého člověka, a o to více pro lidi s mentální retardací. Opakující se řád dne obecně uklidňuje. Řád je pro lidi s mentální retardací hodně důležitý, díky němu sami vědí, co je po nich požadováno a co mají v určitou denní dobu dělat, např: ráno vstanou, převlečou se, ustelou si postel, vyčistí si zuby, nasnídají se, uklidí si pokoj atd. Řád a rituály klientům dodávají bezpečí a jistotu.

Řád klientů se liší podle toho, zda jsou klienty v domácí péči nebo v pobytovém zařízení poskytující sociální služby. V domácí péči bývá zažitému řádu a rituálům věnována větší pozornost, to je zapříčiněno tím, že je pozornost upřena na jednoho člověka a pečující osoba se může více přizpůsobit nastavenému dennímu řádu. V pobytových zařízeních na jednoho pečovatele připadá více klientů, kteří se musí přizpůsobit základnímu řádu zařízení, např: době vstávání, jídla, mytí. Někteří lidé s mentální retardací se těžko přizpůsobují a na takové situace mohou reagovat úzkostí, sebepoškozováním nebo mohou mít mírnou depresi. V takovýchto případech je důležité pomalu transformovat jedince na základní řád zařízení tak, aby nevznikaly problémy v jejich chování a v chování ostatních klientů. Každý klient má však své osobní rituály, kterým by měl personál vyhovět. [EMERSON, 2008; BRYNDOVÁ, 2014]

2. 4. 3 Specifika biologických potřeb

Biologické potřeby jsou základními potřebami lidského těla. Pokud jsou tyto potřeby uspokojeny, pak mohou nastoupit vyšší potřeby. Specifické biologické potřeby u lidí s mentální retardací jsou potřeby stravy, spánku, dýchání, oblékání, hygieny, pohybu a sexuality. [SIKOROVÁ, 2011]

Hygiena

Hygienou se rozumí povrchová očista těla a péče o dutinu ústní. Za běžné zdravotní situace jsou děti schopné začít pečovat o svou hygienu přibližně od dvou a půl let. Děti s mentální retardací, jsou v úkonech týkající se hygieny opožděné, někteří klienti se naučí mýt a čistit si zuby například až v pěti letech a někteří se to nenaučí nikdy.

Za zvládnutí tělesné hygieny se považuje stav, kdy je klient schopen použít WC, umýt a osušit si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, učesat se, provádět ústní hygienu, popřípadě se holit.

Tyto úkony zvládají lidé s lehkou a se středně těžkou mentální retardací bez problémů. S vyprazdňováním také nemají problémy a hygienu spojenou s ním zvládají.

Klienti s těžkou mentální retardací mají s vykonáváním osobní hygieny problém, buď ji nezvládají vůbec, nebo pouze za pomocí jiné osoby, tito lidé jsou většinou inkontinentní a mají tudíž pleny. Lidé s hlubokou mentální retardací nezvládají o svou hygienu pečovat ani s pomocí jiné osoby, klienti jsou zcela inkontinentní.

O hygienu u lidí s mentální retardací je důležité více dbát a více se ji věnovat hlavně z důvodu, že klienti často hygienu podceňují. [SIKOROVÁ, 2011; RAMIANOVÁ, 2014]

Strava

Fyziologická výživa je brána z hlediska přísunu energie, stavebních látek a dalších živin. Strava zabezpečuje fyziologické potřeby organismu.

Klienti s mentální retardací by měli mít stravu bohatou na bílkoviny, tuky, sacharidy, vlákninu, vitamíny a minerály, stejně jako zdravá populace.

Lidé s lehkou a středně těžkou mentální retardací nemají se stravováním problémy, stravu přijímají bez problémů. Často však tito lidé nemají pocit sytosti, a proto je zapotřebí je hlídat v množství jídla, které zkonzumují, jelikož si přejídáním mohou způsobit zdravotní problémy.

Klienti s těžkou mentální retardací si nezvládnou potravu nakrájet, a proto ji musí dostat již pokrájenou. Tito jedinci často stravu nepřežvýkají, nebo mají přidružené

zdravotní problémy, kvůli kterým nemohou přijímat stravu v tuhé podobě. Pokud mají tento problém, tak musí stravu dostávat mixovanou.

Lidé s hlubokou mentální retardací, jelikož mají velmi málo pohybu, by měli mít stravu lehce stravitelnou proto, aby byly zbytky stravy dobře vylučitelné. Tito klienti se nezvládnou sami najíst, a proto musí být krmeni jinou osobou. Klienti, kteří mají alespoň vyvinutý sací reflex, dostávají stravu mixovanou, jelikož potravu nekoušou. Klientům, u kterých není sací reflex rozvinut, nebo začaly být jiné problémy s příjmem potravy, je zavedena perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG). PEG je tenká sonda, jejíž jeden konec ústí do žaludku a druhý kůží břicha ven. Přes injekční stříkačku se podává do sondy komplexní výživa, která musí mít takovou hustotu, aby sondu neucpávala. [ŽEŽULKOVÁ, 2014; SIKOROVÁ, 2011],

Pohyb

Pohyb má na lidi s mentální retardací stejně pozitivní vliv jako na běžnou populaci. Cílem pohybu je zlepšení zdravotního a psychického stavu, pohyb může být dobrým prostředkem integrace. Další cíle mohou být: zlepšení tělesné zdatnosti, udržení optimální váhy, zvyšování svalové síly, rozvoj koordinace pohybů, zlepšení obranyschopnosti organismu, náplň volného času klienta, podpora sociálních vztahů a další dle individuálních možností.

Klienti s lehkou a středně těžkou mentální retardací většinou nemají s pohybem větší problémy, jelikož nemají tak závažné přidružené nemoci pohybového ústrojí. Tito lidé mohou chodit na procházky, chodit běhat, plavat, tancovat, hrát míčové hry atd.

Lidé s těžkou mentální retardací mají často poruchu motoriky, pohyb pro ně může být obtížný. Je zapotřebí, aby se tito klienti pohybovali dle svých možností v co nejvyšší míře z důvodu zvyšování svalové síly a udržení optimální váhy. Pro zlepšení fyzické zdatnosti jsou velice vhodná různá rehabilitační a kondiční cvičení.

U klientů s hlubokou mentální retardací jsou často možnosti aktivního pohybu velmi omezeny, nebo nejsou schopny aktivního pohybu skoro vůbec. V tomto případě je nezbytné polohování.

U osob s těžkou a hlubokou mentální retardací pohyb slouží také jako nástroj k uspokojování sociálních potřeb jedince. [NEČASOVÁ, 2010; ZIKL 2011]

Oblékání

Lidem s mentální retardací trvá delší dobu, než se naučí sami oblékat, pokud se to vůbec někdy naučí. Těmto lidem většinou činí problém se oblékat dle počasí. Často jsou schopni si místo trika s krátkým rukávem a kraťasy vzít tepláky a mikinu. Není to tím, že by jim byla větší zima, ale tito jedinci často neumí určité situace odhadnout.

Klienti s lehkou a středně těžkou mentální retardací s oblékáním nemají většinou problém. Jsou schopni se obléci sami bez pomoci druhým, někdy je zapotřebí je upozornit na to, co si mají obléct s ohledem na počasí.

Jedinci s těžkou mentální retardací se nezvládají zcela sami obléci. Většinou pomáhají při oblékání tím, že nastavují ruce a nohy.

Lidé s těžkou mentální retardací jsou s oblékáním zcela závislí na pečující osobě. Tito lidé při oblékání většinou vůbec nespolupracují. Pečovatelé musí být při oblékání velice opatrní, jelikož klienti mají většinou špatně pohyblivé klouby a při špatném zacházení by mohly vzniknout pohmožděniny až zlomeniny. [ZIKL, 2011; SIKOROVÁ, 2011]

Spánek

„Přirozeným důsledkem činnosti organizmu, fyzické i duševní, je únava – stav vyčerpání zásob energie ve svalových a nervových buňkách. Přirozenou reakcí na stav únavy je potřeba odpočinku, jehož zvláštní formou je spánek.“ [SIKOROVÁ, 2011, s. 66]

Když není potřeba spánku dostatečně uspokojována, tak se může objevit plačtivost, podrážděnost, výbušnost, pomalejší myšlení, menší tělesná výkonnost atd.

Jelikož jsou lidé s mentální retardací z denních činností více unaveni než zdravá populace, potřebují tudíž více kvalitního spánku. Ke kvalitě spánku přispívají vnější a vnitřní faktory. Vnitřní faktory jsou psychická rovnováha, uspokojení základních biologických potřeb, bezstarostnost, dobrý tělesný stav. Vnější faktory, které mohou negativně ovlivnit spánek jsou hluk, světlo a velké teplo nebo naopak zima. Klienti s mentální retardací většinou se spánkem nemívají problém. [SIKOROVÁ, 2011; DVOŘÁKOVÁ, 2014]

Sexualita

„Lidská sexualita je privátní a intimní, a přitom důležité téma hodně diskutované na veřejnosti i ve společnosti – jako součást sociálních vztahů, pravidel, norem, etiky nebo morálky.“ [LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, 2013, s. 47]

Sexualita u lidí s mentální retardací byla tabuizována ještě před 10 – 15 lety. Hlavním cílem tehdy bylo zabránit jejich sexuálnímu zneužívání i jejich touze.

V dnešní době se problematice sexuality věnuje spíše sporadická pozornost. Situace ohledně sexuality lidí s mentální retardací je složitá také z hlediska, že pouze málokteří jedinci dosáhnou takové míry samostatnosti, která jim dovolí žít přirozeným partnerský a sexuálním životem bez dozoru rodičů nebo personálu.

Dalším specifikem je skutečnost, že si klienti s vlastní sexualitou zpravidla nevědí rady a obvykle nevědí, jak by to měli provádět. Tato potřeba bývá často naplňována masturbací, tj. stimulace genitální oblasti. V současnosti už je zřejmé, že masturbace může osobám s mentální retardací pomáhat k rozvoji fantazie a snižuje u klientů pocity napětí a úzkosti a napomáhá k potřebě sebepoznávání.

Názory týkající se sexuality a partnerských vztahů jsou různé. Jeden názor je ten, že lidé s mentální retardací žádnou sexualitu nemají a jsou tedy asexuální. Druhý názor nahlíží na nárok na pravidelný pohlavní život, který pokud si nejsou schopny sami obstarat, tak je zapotřebí jim ho zajistit.

Názory zaměstnanců v domovech sociálních služeb se také různí. Někteří zaměstnanci za projevy sexuality klienty trestají, jiní je ignorují či podporují. [LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, 2013; ŠVARCOVÁ, 2011]

Dýchání

Všechny životní děje organismu jsou závislé na přijímání kyslíku a vylučování oxidu uhličitého. Potřeba dýchání vzniká již při porodu. Dýchání je komplexní činnost, jehož součástí je kašlání, kýchání a škytání. Je velmi důležité, aby jedinci uměli dýchat správným způsobem.

Respirační cvičení se používá nejen k léčbě, ale také k prevenci špatného dýchání u imobilních osob. Cílem respiračního cvičení je prohloubení dýchání, zvýšení svalové síly, zlepšení pohyblivosti bránice a žeber, snížení psychického napětí, navození

pocitu jistoty, zlepšení vztahu terapeuta a klienta a v neposlední řadě je respirační cvičení chápáno také jako navázání komunikace s klientem. Respirační cvičení jsou například:

Kondiční cvičení a volnočasové aktivity, toto cvičení je zaměřeno na zlepšení kondice prostřednictvím různých aktivit, např. zpěv, hra na dechový nástroj.

Nácvik vykašlávání, toto cvičení má za cíl naučit pomalý a hluboký nádech a prudký výdech.

Fondační (hlasová) cvičení je běžnou součástí logopedické terapie, pomáhá klientům naučit se správně mluvit a vyslovovat.

Reflexní stimulace dýchání je založeno na Vojtově metodě, k tomuto dechovému cvičení není zapotřebí aktivní účast klienta. Proto je velmi vhodné u klientů s těžkou a hlubokou mentální retardací.

Kontaktní dýchání je součástí Bazální stimulace, jeho význam je především komunikační a vztahový. Toto respirační cvičení je prováděno stlačováním klientova hrudníku při výdechu. Stlačování může být prováděním i za pomocí ruky klienta.

Úprava držení těla a polohování se provádí především u imobilních osob. Správné držení těla je předpokladem pro správné dýchání. Pro toto cvičení je důležité použít vhodné pomůcky na polohování.

Jelikož ležící klienti mají potíže i s vykašláváním, je zapotřebí jim odsávat hleny aby mohli správně a dobře dýchat. [ZIKL, 2011]

2. 5 Ústavní péče o lidi s mentální retardací

Postoje společnosti k ústavům sociální péče se v posledních desetiletí výrazně mění. Ještě před několika desetiletími se bralo za běžné, že lidé s těžší než lehkou mentální retardací mají být v ústavech sociální péče. Jestliže se někdo rozhodl, ponechat si dítě s těžší retardací v domácí péči, tak často vznikaly problémy i v rodinných kruzích. Chování společnosti vedlo k tomu, že rodiče tyto své děti schovávali doma před okolím. Postoje společnosti k ústavům sociální péče se v posledních desetiletí výrazně mění. V dnešní době se spíše dbá na integraci lidí

s mentální retardací do společnosti a to i v situacích, kdy jsou tito lidé klienty různých zařízeních poskytující sociální služby.

Pro dobrou péči v sociálních zařízeních, musí poskytovatelé sociálních služeb zachovávat lidskou důstojnost osob. Zařízení poskytující sociální služby musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat a posilovat jejich sociální začlenění. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu klientů. [ŠVARCOVÁ, 2011; SOBEK A KOL.,2010]

2. 5. 1 Druhy a charakteristika péče

Dříve byla sociální zařízení rozdělována na ústavy pro mládež, kam spadaly děti od tří let až do dokončení povinné školní docházky nebo do věku 26 let, a na ústavy pro dospělé. „*Toto ustanovení se však v praxi nedodržuje a rozdíly mezi ústavy pro mládež a pro dospělé se postupně stírají, což je vzhledem k mentálnímu věku svěřenců pochopitelné a naprosto správné*“. [ŠVARCOVÁ, 2011, s. 170]

Formy poskytování sociálních služeb jsou **služby pobytové, ambulantní** nebo **terénní**. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Za ambulantními službami klienti dochází, součástí služby není ubytování. Terénní služby jsou osobám poskytovány v jejich přirozeném sociálním prostředí. [zákon č. 108/2006 Sb.]

Pro klienty s mentální retardací existují sociální služby s denním pobytem, tzv. ambulantní služby a pobytové služby, pod které spadají týdenní a celoroční stacionáře.

Denní stacionář je zde pečováno o děti, mládež i dospělé klienty, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního stavu. Někdy mohou tyto zařízení zastupovat mateřské školy a speciální základní školy. U dospělých klientů mnohdy tento druh služby supluje činnost chráněných pracovišť, jelikož těchto míst je nedostatek.

Do **týdenního stacionáře** klienti chodí ve všední dny a na víkendy chodí domů. V zařízení mají během týdne spoustu různorodých aktivit a také kamarády. Víkendy s rodinou zajišťují emocionální stabilitu klientů, proto je tato služba výhodná jak pro klienty, tak pro jejich rodiny, které mohou během týdne pracovat a žít normálním životem.

Ústavy sociální péče s celoročním provozem zajišťují komplexní celoroční péči pro lidi s mentální retardací.

Světové trendy v péči o lidi s mentální retardací se odvrací od péče poskytované velkými zařízeními, kde je hodně klient na oddělení, a směřují k **zařízením rodinného typu** například jako je chráněné bydlení. Pro lidi s těžkou a hlubokou mentální retardací jsou vhodné **komplexní služby**. Tyto služby klientům nabízí dostupnost bazénu, rehabilitačních zařízení, vybavení místností pro různé terapie, zařízení usnadňující mobilitu osob a hlavně dostatek kvalifikovaných odborníků. [ŠVARCOVÁ, 2011; zákon č. 108/2006 Sb.]

V ústavech sociální péče se můžeme setkat s klienty, kteří vykazují problémové chování. Do problémového chování spadá agrese fyzické i verbální, autoagrese, krádeže, obnažování na veřejnosti, odmítání požadavků a respektování skupiny. Často k tomuto problémovému chování může docházet z důvodu nedostatku životních potřeb, mezi které patří:

- fyziologické potřeby,
- potřeba bezpečí, jistoty a soukromí,
- potřeba někam patřit a být milován,
- potřeba úcty a respektu,
- potřeba seberealizace.

I když jsou tyto potřeby uspokojovány, tak k problémovému chování může docházet, jelikož problémové chování může vycházet ze specifických potřeb klienta. Někdy, zvláště u lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací, není jednoduché rozpoznat, jakou má klient nenaplněnou potřebu a někdy se může stát, že z objektivních důvodů nelze potřebu klienta naplnit. [ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ A KOL., 2007]

2. 5. 2 Zákon o sociálních službách

Cílem sociálních služeb je začlenění jedince do společnosti v nepříznivé sociální situaci a také prevence sociálního vyloučení. Sociální služby nabízí pestrou náplň práce v mnoha institucích. [BENDOVÁ, ZIKL, 2011]

„Závažné změny do oblasti sociální péče přinesl nový zákon o sociálních službách, který nabyl účinnosti dne 1. 1. 2007. Zákon o sociálních službách se

připravoval od počátku devadesátých let 20. století. Do jeho přijetí byly sociální služby upraveny legislativou platnou před rokem 1989, která znala pouze ústavní péči a pečovatelskou službu. Všechny ostatní služby, jako například osobní asistence, azylové domy, respitní péče, domy na půli cesty a mnoho další, byly provozovány prakticky bez právní úpravy." [ŠVARCOVÁ, 2011, s. 173]

Sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb. zahrnují: sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence.

2. 5. 2. 1 Služby sociální péče

Tyto služby pomáhají klientům zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Jejich cílem je co možná největší zapojení do běžného života společnosti a v případech kdy to není možné kvůli jejich zdravotnímu stavu, tak jim alespoň zajistit důstojné prostředí a zacházení. Mezi služby sociální péče patří: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovská a předčitatelská služba, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.
[zákon č. 108/2006 Sb.]

2. 5. 2. 2 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".* [zákon č. 108/2006 Sb.]

Mezi služby sociální prevence patří: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční

centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace. [zákon č. 108/2006 Sb.]

2. 5. 2. 3 Sociální poradenství

Sociální poradenství je podle zákona rozděleno na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství.

Základní sociální poradenství poskytuje osobám, které řeší těžkou životní situaci, informace které jim mohou pomoci tuto nepříznivou sociální situaci vyřešit. Všichni poskytovatelé sociálních služeb poskytování poradenství.

Odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních slupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí, zahrnuje také sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek. Odborné sociální poradenství zahrnuje tyto základní 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.]

2. 6 Finanční zajištění těchto osob

Lidé s mentální retardací nejsou schopni pracovat tak jako ostatní populace. Je proto důležité, aby jim byl kompenzován příjem, o který přicházejí. Také je důležité, aby měli finance na péči, kterou potřebují. [ŠVARCOVÁ, 2011]

2. 6. 1. Invalidní důchod

Pojištěnec má nárok na invalidní důchod, jestliže nedosáhl důchodového věku a stal se invalidním a získal potřebnou dobu pojištění. Pojištěnec je invalidní, jestliže

z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti.

Existují tři stupně invalidních důchodů, jsou rozděleny podle procentuálního poklesu pracovní schopnosti. Potřebná doba pojištění pro nárok na invalidní důchod činí jeden až pět let. Výše invalidního důchodu je stanovena podle měsíčního výpočtového základu a podle stupně invalidity. Invalidní důchod třetího stupně také náleží osobám, kterým vznikla invalidita třetího stupně před 18 let věku. Za invaliditu třetího stupně se považuje také takové omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností, které má za následek neschopnost soustavné přípravy k pracovnímu uplatnění. V takovém případě se vychází z všeobecného vyměřovacího základu, který o dva roky předchází roku přiznání invalidního důchodu. [zákon č. 105/1995 Sb.]

2. 6. 2 Sociální dávky

Tyto dávky slouží lidem, kteří se ne vlastní vinou dostali do obtížné životní situace. Sociální dávky mohou být poskytovány na bydlení, jako příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu atd. [ŠVARCOVÁ, 2011]

2. 6. 2. 1 Průkaz osoby se zdravotním postižením

Na tento průkaz mají nárok osoby s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením, které mají dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který podstatně omezuje jejich schopnost pohyblivosti nebo orientace. Nárok na tento průkaz má osoba starší jednoho roku.

Na průkaz označený symbolem **TP** má nárok osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Tyto osoby mají nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích, přednosti při osobním projednávání své záležitosti, pokud situace vyžaduje delší čekání, zejména stání.

Na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem **ZTP** má nárok osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Je tím rozuměn stav, kdy tato osoba je

schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, v exteriéru je schopna chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti. Tyto osoby mají výhody jako držitelé průkazu TP a dále bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob, slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

Na průkaz **ZTP/P** mají nárok osoby se zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra. Držitelé průkazu ZTP/P mají výhody jako držitelé průkazu ZTP, a dále bezplatnou dopravu průvodce veřejnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě, bezplatnou dopravu vodicího psa.

Osobám, které jsou držiteli průkazu ZTP nebo ZTP/P, a průvodci držitele průkazu ZTP/P, může být poskytnuta sleva ze vstupného na filmová a divadelní představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní akce [zákon č. 329/2011 Sb.]

2. 6. 2. 2 Příspěvek na péči

„Příspěvek na péči je určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. Z poskytnutého příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat buď osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.“ [HABÁŇ, 2014]

Nárok na tento příspěvek má osoba starší jednoho roku, která má nepříznivý zdravotní stav, který vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Výše příspěvku na péči je rozdělena do čtyř stupňů závislosti a také podle toho, zda již osoba dosáhla 18 let věku. [HABÁŇ, 2014]

2. 6. 2. 3 Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu je opakující se nároková dávka, která je určena osobě starší 1 roku. Osoba musí být držitelem průkazu osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P, který byl přiznán po 1. 1. 2014. Příspěvek na mobilitu je určen osobě, která se opakovaně v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Z důvodů hodných zvláštního zřetele může být tento příspěvek přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby.

Výše dávky pro rok 2014 činí měsíčně 400 Kč a lze uplatnit jednou za tři měsíce. [HABÁŇ, 2014]

2. 6. 2. 4 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Příspěvek na zvláštní pomůcky má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobé nepříznivého zdravotního stavu a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku anebo osoba s těžkou nebo hlubokou mentální retardací.

Osoba starší 3 let má nárok na motorové vozidlo a na úpravu bytu. Na vodícího psa má nárok osoba od 15 let věku. Na všechny ostatní pomůcky vzniká nárok již od 1 roku věku. Pomůcky mohou být: vozík, schodolez, motorová vozidla, úpravy bytu, výtahy, signalizační pomůcky, atd.

[HABÁŇ, 2014]

3 Praktická část

3. 1 Zvoneček Bylany poskytovatel sociálních služeb

Hlavní budova tohoto zařízení se nachází v Českém Brodě Pod Malým vrchem 1378, Zvoneček Bylany má ještě dvě budovy, v kterých se nachází chráněná bydlení a to v Bylanech a polepech.

Toto zařízení poskytuje služby dětem a dospělým osobám, které mají nižší soběstačnost z důvodů mentálního postižení nebo kombinované postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc.

Zařízení poskytuje pobytové služby, zajišťuje zdravotní a sociální péči, podporuje klienty při samostatnosti v sebeobsluze, soběstačnosti a vzdělání. Dále klientům zajišťuje stravu, praní prádla, úklid, náplň volného času a různé kulturní akce.

V roce 2013 poskytoval Zvoneček Bylany sociální služby celkem 110. klientům, z toho 60. klientům celoroční pobytovou službu, 4. klientům denní stacionář, 3 klientům týdenní stacionář, 18. klientům chráněné bydlení a v průběhu roku byla poskytnuta odlehčovací služba 25. klientům.

Služby jsou poskytovány dle individuálních potřeb a osobních cílů klienta.

Zvoneček Bylany se nachází ve třech budovách, v hlavní budově se nachází tělocvična, rehabilitační místnost venkovní bazén, keramická dílna a další dílny, snuzelen a jedna speciálně upravená školní třída.

V rehabilitační místnosti provádí fyzioterapeutky každý všední den s klienty nácvik chůze s pomůckami i bez nich, cvičení na míčích, masáže, vodoléčbu, laserovou terapii, míčkování, rehabilitaci na rotopedu a magnetoterapii.

Zvoneček Bylany v současnosti poskytuje tyto služby: domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, odlehčovací službu, týdenní stacionář a denní stacionář.

Posláním tohoto zařízení je podporovat život klientů v přirozeném prostředí a v co největší míře umožnit klientům žít jako jejich kamarádi a vrstevníci. Pracovníci se snaží, aby klienti udržovali s rodinami kontakt v co největší míře. S klienty o které

příbuzní nejeví příliš zájem, píší dopisy a snaží se jim s klienty alespoň jednou za čas volat.

Klientům jsou podle jejich zájmů zprostředkovávané různé druhy aktivit. Minulý rok například klienti navštívili: bazén v Kolíně, Matějskou pouť, maškarní rej, týdenní pobyty na různých místech ČR, O2 Arénu, kino v Kolíně, dětský den v Polepech, Cirkus, Mikulášskou, muzikál a mnoho dalších. Zvoneček také sám pořádá některé aktivity pro klienty např.: Zvonečkové posvícení, Bylaniádu, Maškarní, různé soutěže, dětský den, módní přehlídku, diskotéku, prodejní výstavu a mnoho dalších aktivit.

Toto zařízení se snaží zařadit klienty do pracovního procesu. Někteří klienti jsou ve Zvonečku zaměstnáni a některým je individuálně domluvená práce v běžných firmách, např: stavebních, kde pomáhají s lehčími pracemi.

3. 1. 1 Domov pro osoby se zdravotním postižením

Posláním této služby je poskytování pobytové služby, zajištění zdravotní a sociální péče, podpora samostatnosti v sebeobsluze, soběstačnosti a vzdělávání klienta. Zde se snaží snižovat závislost klientů na pomoci ostatních osob na co nejnižší úroveň v jejich maximální možné míře.

Péče je poskytována 24 hodin denně, všechny dny v týdnu. Služba je poskytována kvalifikovaným personálem tak, aby byla poskytována odborná péče. Tento druh služby je poskytován osobám s mentální retardací a osobám s kombinovaným postižením ve věku 3 – 45 let. Kapacita této služby je 60 lůžek, které se nacházejí v hlavní budově Zvonečku.

3. 1. 2 Denní stacionář

Tato služba rozvíjí sociální kontakty, podporuje přirozenou vazbu na rodinu, přátele a místní komunitu. Cílem této služby je podpora a pomoc osobám s těžkou mentální retardací žít důstojný život a zajistit individuální vzdělávání. Personál se snaží u lidí se středně těžkou mentální retardací dosáhnout samostatnosti v sebeobsluze. U klientů s lehkou mentální retardací je snaha o soběstačnost a nezávislost na personálu.

Klienti mohou využívat rehabilitaci, snuzelen, chráněné dílny atd. Tuto službu často využívají rodiče, aby se o své dítě mohli sami starat a přitom chodit do práce.

Služby denního stacionáře jsou poskytovány od pondělí do pátku, a to pouze v průběhu denních hodin. Cílovou skupinou jsou osoby s mentálním a kombinovaným postižením ve věku od 3 – 45 let. Kapacita této služby jsou 4 klienti.

3. 1. 3 Týdenní stacionář

Týdenní stacionář má stejné cíle a cílovou skupinu jako denní stacionář. Rozdíl je v tom, že v týdenním stacionáři mohou klienti být od pondělí do pátku nepřetržitě, tedy i v noci. Klienti z týdenního stacionáře mohou neužívat snuzelen, rehabilitační místnost, chráněné a ostatní dílny atd. Tuto službu oproti dennímu stacionáři využívají více rodiny, které mají bydliště ve větší vzdálenosti od Zvonečku Bylany. Kapacita této služby jsou 3 lůžka.

3. 1. 4 Chráněné bydlení

Jedná se o pobytovou službu, která umožňuje osobám se sníženou soběstačností vést relativně samostatný život v běžném prostředí. Zde se snaží zaměstnanci poskytnout takovou míru podpory, která rozvíjí v maximální možné míře jejich schopnosti a dovednosti a snižuje závislost na poskytované službě. Chráněné bydlení má formu skupinového nebo individuálního bydlení v bytech spravovaných poskytovatelem služby. Služby chráněného bydlení jsou poskytovány nepřetržitě 24 hodin denně.

Tato služba je určena lidem s lehkou mentální retardací a s kombinovaným postižením ve věku 19 – 45 let. Kapacita je 18 lůžek. Chráněné bydlení tohoto poskytovatele sociálních služeb je umístěno v Bylanech, tam se nacházejí dvě domácnosti a v Polepech, kde je pouze jedna domácnost. Každá domácnost má 6 lůžek.

Na rozdíl od domova pro osoby se zdravotním postižením, denním stacionářem, týdenním stacionářem a odlehčovací službou, si klienti v domácnosti sami perou, žehlí, vaří a dělají běžné domácí práce.

3. 1. 5 Odlehčovací služba

Odlehčovací služba poskytuje ambulantní a pobytové služby a zajišťuje sociálně zdravotní péči. Služby jsou poskytovány dle individuálních potřeb klientů osobám s mentální retardací a lidem s kombinovaným postižením takovou mírou podpory, která je potřebná dle jejich zdravotního stavu.

Cílem odlehčovací služby je poskytnout osobě pečující o člověka s mentální retardací potřebný odpočinek. Klienti během pobytu provádějí stejné činnosti jako ostatní klienti, chodí do chráněných dílen, tělocvičny, rehabilitační místnost, atd.

Odlehčovací službu využívají klienti od 3 – 45 let. Kapacita je 5 lůžek. Tato služba je poskytována na určitou, přechodnou dobu, maximálně však na 3 měsíce. Často je využívána rodiči, kteří například jedou na dovolenou s ostatními zdravými dětmi, nebo když musí být rodiče hospitalizováni v nemocničním zařízení.

3. 2 Kazuistiky

Kazuistiky byly zpracovány z písemných zdrojů, např.: soudní spisy, zprávy z psychiatrických a psychologických vyšetření, zpráv od jiných lékařů. Také jsem využila metodu pozorováním a přímý rozhovor s klientem.

3. 2. 1 Kazuistika lehce mentálně retardovaného klienta

Současný věk: 29 let

Pohlaví: žena

Diagnóza postižení: lehká mentální retardace, nepravidelná menstruace

Rodinná anamnéza

Otec zdravý, matka má mentální retardaci lehkou až středně těžkou. O klientku se nestarala, zanedbávala ji. Otec se k dítěti ani k matce po porodu nehlásil. Klientka má dvě starší sestry, jedna má těžkou mentální retardaci a o druhé není nic známo.

Osobní anamnéza

Klientka je z první gravidity, porod byl spontánní v plánovaném termínu porodu. Váha při porodu 3050 g, délka 49 cm. Po porodu nebyla kříšena, nebyla kojena.

Matka se kvůli svému zdravotnímu stavu nebyla schopna o dítě postarat a zanedbávala ho jak po zdravotní, hygienické, tak po sociální stránce. Klientka byla matce odebrána do ústavní výchovy ve čtyřech letech. Od té doby dívka střídala velké množství různých ústavních zařízení.

V pěti letech dívka trpěla významnou vadou řeči. Dokázala si sama hrát a oblékala se s pomocí.

V sedmi letech začala navštěvovat zvláštní školu, kterou po devíti letech dokončila.

Ve dvanácti letech byla umístěna do dětského domova, ve kterém setrvala do svých devatenácti let. Dívka byla na psychiatrickém vyšetření, kde bylo zjištěno, že u ní mentální retardace vznikla s největší pravděpodobností vlivem psychosociálního zanedbávání a deprivace. Dívka byla zbavena svéprávnosti a byl jí ustanoven opatrovník. Při vyšetření na otázku, zda se chce sama starat o peníze a o úřední záležitosti, odpověděla, že nechce, nezajímá jí to a ani neví, jak by se o to starala.

Ve dvaceti letech byla klientka umístěna do zařízení poskytujícího sociální služby. O dva roky později se přestěhovala do chráněného bydlení. Od té doby se její zdravotní stav velice zlepšil. Dívka si začala více věřit, začala být soběstačnější a začala se více zapojovat do běžného života.

O jejím vývoji toho není více známo, jelikož se nezachovaly dokumenty z různých zařízení, v kterých byla v dětství.

Nynější situace

Klientce je nyní 29 let a žije již sedm let v chráněném bydlení. Při práci je pomalá a velice nerozhodná, musí mít přesné pokyny, co, kdy a jak má dělat. Když neví, co je po ni vyžadováno, tak stojí, rozhlíží se a čeká, až ji někdo řekne, co má dělat.

Jemná motorika – Jemná motorika je u dívky v pořádku. Dívka zvládá např. navlékání malých korálků na niť.

Hrubá motorika – Klientka chodí, běhá, skáče, neumí však stát delší dobu na jednom místě.

Poznávací schopnosti – Dívka s poznáváním osob nemá problémy, známé osoby, které viděla jen párkrát, pozná i po delší době, např. půl roce.

Orientace – Dívka má místní orientaci pouze v okolí, které dobře zná. V čase se dobře orientuje.

Řeč - Klientce se během pobytu v chráněném bydlení zlepšila výslovnost, už je jí vše dobře rozumět a zvládá správně artikulovat. Klientka si velmi ráda povídá jak s klienty, tak s personálem. Má menší aktivní slovní zásobu. Když někdo řekne něco, čemu nerozumí, tak se zeptá, co to znamená, a nebo se otočí a dělá, že nic neslyšela.

Sebeobsluha – Zvládá si sama dojít nakoupit základní potraviny a hygienické prostředky. S vařením jí musí někdo pomáhat, nezvládne například poznat, zda už jsou brambory či těstoviny uvařené. Byla by schopna pokrmy, které se mají vařit deset minut, nechat vařit i několik hodin. O úklid domácnosti se dokáže sama postarat. Sama pere v pračce oblečení sobě i kamarádům, poté ho pověsí a vyžehlí. Neví však, za jakého počasí má prádlo věšet ven a za jakého do prádelny. Na to se vždy chodí ptát personálu.

Stravování – Stravování klientce nečiní žádné problémy, jí příborem. Zvládne si nakrájet i maso. Klientka jí velice ráda.

Oblékání – Oblékání dívce nedělá problémy, oblékne se sama, a když má oblečení naruby, tak si ho obrátí na líc. Poměrně velký problém ji ale činí, jak se má obléci dle počasí. Dívka je schopna si vzít ve dvaceti stupních nad nulou zimní bundu, má ji tak dlouho, dokud ji někdo neřekne, že si ji má sundat.

Hygiena - O osobní hygienu pečuje bez větších problémů sama. Personál musí dohlížet, zda ji ale doopravdy vykonává. Jelikož se nerada myje, tak by bez kontroly byla schopna se např. i dva týdny nemýt.

Sexualita - Po roce stráveném v chráněném bydlení si v něm našla přítele. Oba spolu chtěli žít, a tak jim bylo umožněno společně bydlet v jednom bytě a sdílet společnou ložnici. Dívka s přítelem sexuálně žije. Před prvním sexuálním stykem byla poučena personálem o průběhu a rizikách pohlavního styku. Její přítel má také lehkou mentální retardaci. Pár musel být upozorněn na to, že sexualita patří do

soukromí, jelikož jim nevadilo provádět intimitu na veřejnosti. Dívka souhlasila s nasazením antikoncepce.

Socializace - Na dva dny v týdnu je zaměstnána na dohodu o provedení práce na pomocné práce v kuchyni. Na tuto práci je velice hrdá a vždy se do práce hodně těší. V dnešní době pobírá kapesné sto korun na týden. Rozhodla se, že si ho bude dávat stranou a šetřit si na koňskou výstroj. Poblíž chráněného bydlení se nachází statek s koňmi. Klientka se s majitelkou koní dohodla, že jí bude s péčí o koně chodit pomáhat a za pomoc se může občas na koni projet. Dívka dochází do statku vždy jeden den o víkendu. Vždy když odchází, tak musí nahlásit, kam jde a v kolik hodin se vrátí. Dívka se s rodinou vůbec nesetkává, sama nechodí ani navštěvovat svou sestru s těžkou mentální retardací, která bydlí v hlavní budově Zvonečku Bylany.

Školní docházka:

Školní docházku má již dokončenou. V dnešní době zvládá trivium. Čte pomalu a pouze tiskací písmo, z počítání umí sčítat a odčítat do sta, násobení a dělení nezvládá. Když se jedná o peníze a má je před sebou, tak zvládá počítat nad sto korun do dvě stě korun, ovšem jen po deseti, dvaceti a padesáti korunách a stovkách.

Sportovní aktivity:

Dívka chodí ráda na procházky se svým přítelem a jeho psem. Pomáhá se starat o zahradu a králíky. Dívka je velice aktivní má ráda různé výlety a procházky. Ze sportovních aktivit má nejraději jízdu na koni.

Sociální dávky v roce 2014

Klientka pobírá pouze invalidní důchod 3. stupně.

Na ostatní dávky nemá nárok.

Závěr

Je vysoce pravděpodobné, že pokud by byla dívka matce odebrána dříve, tak by nemusela trpět mentální retardací. Na klientce se také negativně podepsalo velmi časté střídání různých zařízení - dívka vyrůstala neustále ve stresu, což její vývoj mohlo

také zpozdit. Díky tomu, že klientka začala bydlet v chráněném bydlení, se naučila spoustu nových věcí např. vařit, prát, žehlit, uklízet, atd. Dívka nyní dosáhla svého vývojového vrcholu, v současnosti její vývoj stagnuje.

3. 2. 2 Kazuistika středně těžce mentálně retardovaného klienta

Současný věk: 20 let

Pohlaví: žena

Diagnóza postižení: středně těžká mentální retardace, nepravidelná menstruace, epilepsie

Rodinná anamnéza

Otec neznámý, matka léčena na psychiatrii, poté kriminální trestná činnost a vězení, matka alkoholička. Klientka má dva starší sourozence, oba mají mentální retardaci, není uvedeno jakého stupně.

Osobní anamnéza

Klientka je z třetího fyziologicky probíhajícího těhotenství, porod byl spontánní ve 41. týdnu, dítě po porodu nekříšeno. Váha 3150 g, délka 48 cm, nekojena.

Klientka byla matce odebrána ve dvou letech i s ostatními sourozenci pro zanedbávání rodičovských povinností. Klientka byla přemístěna do tří let do kojeneckého ústavu, poté do pěti let do dětského domova. Matka žádné z dětí nikdy nenavštívila a nezajímala se o ně.

V pěti letech se dívka naučila hygieně a částečné sebeobsluze, byla schopna si sama dojít na záchod a pak si umýt ruce. Koupat se však bez dozoru nemohla. Dokázala se sama najíst lžící, jídlo ale musela mít předem rozkrájené. Pila z hrnku, občas se polila. Řeč byla rozvinuta na úrovni dvou až tří let, neměla slovní zásobu. Nehrála si s kamarády, její hry byly primitivní, skládání kostek, kolébání panenky. Dívka se nezvládala na jakoukoliv činnost déle soustředit, vše dělala velmi krátkodobě. Byla emočně labilní, často brečela. Ráda chodila na procházky a byla ráda v ústraní. Dívka se sebepoškozovala a ubližovala ostatním dětem.

V deseti letech byla na psychologickém vyšetření z důvodu možného zařazení do speciální školy, do pomocného oddělení. V deseti letech byla na úrovni tří a půl až čtyř let. Často opakovala slova, měla malou slovní zásobu, některým slovům nebylo rozumět. Rozuměla jednoduchým pokynům a dokázala odpovědět na jednoduché otázky typu: co má ráda, co chce dělat. Dívka byla velmi neklidná, nevěděla jaký je den, neměla místní ani časovou orientaci. Trpěla efektivními záchvaty – křičí, pláče, vzteká se, směje se. Dívka byla ráda středem pozornosti.

V jedenácti letech začala chodit do speciální školy. Ve škole se jí líbilo. Přetrvávalo sebepoškozování a ubližování spolužákům a kamarádům.

V patnácti letech byla zbavena způsobilosti k právním úkonům. Byl ji stanoven opatrovník. Dívka nebyla schopna zacházet s penězi a zařizovat si různé úřední věci. Klientka byla zaměřena pouze sama na sebe, nerespektuje potřeby druhých.

V devatenácti letech byla více opožděna duševně než tělesně. Veškeré úřední záležitosti za ni zařizuje opatrovník. V devatenácti letech se učila stolování a rozvíjení sebeobsluhy. Začala užívat léky na zklidnění.

Nynější situace

Klientce je nyní 20 let a žije v týdenním stacionáři. Dívka dobře prospívá a učí se novým věcem. Po nasazení léků na zklidnění přestala ubližovat kamarádům, afektivní chování a sebepoškozování do určité míry přetrvávají, ne však v tak velké míře.

Jemná motorika – Dívka zvládá navlékat větší korálky, chytit větší předmět (např. míč), malé věci však nezvládá sebrat nebo ji vypadávají z ruky.

Hrubá motorika – Klientka chodí, velmi nerada běhá a skáče. Při tělesné výchově je nemotorná a neohebná.

Poznávací schopnosti – Dívka s poznáváním osob nemá žádné problémy.

Orientace – Dívka má časovou i místní dezorientaci.

Řeč – Má neustále malou slovní zásobu. Dívce špatně vyslovuje některá slova, zakoktává se a často je ji špatně rozumět.

Sebeobsluha – O svůj pokoj se stará sama, zvládne ho vyluxovat, vytřít, utřít prach, umýt vanu a záchod. Když něco vylije, tak ji nenapadne, že by to měla utřít.

Stravování – Zvládne kamarádům prostřít stůl a přinést jim jídlo z jídelny. Dívka se stravuje sama, většinou si sama jídlo nakrájí, velice ráda jí lžící, když ji personál řekne, že má jíst příborem, tak si ho bez větších problémů vezme.

Oblékání – Oblékne se bez problému sama. Neodhadne, jaké oblečení s ohledem na počasí si má obléci, s tím je nutné ji pomáhat.

Hygiena – O hygienu se stará sama, při menstruaci potřebuje větší dozor, aby hygienu dostatečně dodržovala.

Sexualita – Dívka užívá jako preventivní opatření antikoncepci, není však sexuálně aktivní. Dívka nemá ráda dotyky, a tak se předpokládá, že by ji sexualita nebyla příjemná.

Socializace – S kamarády má dobrý vztah, ale má ráda spíše soukromí. Neustále se učí nové věci. Integrace u ní je pozitivní, dokáže se do míry svého zdravotního stavu začlenit do společnosti. Navštěvuje sociálně terapeutické dílny a kulturní zařízení. Dívka chodí ráda na koncerty, na procházky a do města. Sama však nikam nemůže jít kvůli své špatné prostorové a časové orientaci. Nejsou udržovány žádné sociální kontakty s rodinou, jelikož o ni nikdo z příbuzných nejeví žádný zájem.

Školní docházka:

Chodí devátým rokem do speciální školy, kde se jí líbí. Naučila se číst, psát a počítat do 20. Čte po slabikách, významu textu, který čte, nerozumí. Píše velkým tiskacím písmem, umí pouze přepisovat. Text, který slyší, nenapíše. Ve škole jí vše dlouho trvá. Při tělesné výchově je velmi pomalá a nemotorná.

Sportovní aktivity:

Klientka ráda chodí na procházky a na zahradu. Chodí do vířivé vany a na rehabilitace. V létě se ráda koupe v bazénu s plovacími pomůckami a jezdí na tříkolce. Ráda také skáče (s přidržováním personálu) na trampolíně.

Sociální dávky v roce 2014

Dívka pobírá příspěvek na péči 4. stupně závislosti, invalidní důchod 3. stupeň, příspěvek na mobilitu, má průkazku ZTP/P a parkovací průka

Závěr

Díky tomu, že byla dívka matce odebrána již ve dvou letech, mohla se začít učit nové věci a rozvíjet se. Klientka dodnes trpí tím, že se o ni rodina vůbec nezajímá. Od doby, kdy užívá léky na zklidnění, se její psychický stav zlepšil, už vůbec neubližuje okolí a sebepoškozování také klesá. U dívky je neustále od dvou let rozvíjena sebeobsluha a integrace, což přispívá k jejímu celkovému rozvoji. Vývoj dívky pokračuje progresivně.

3. 2. 3 Kazuistika těžce mentálně retardovaného klienta

Současný věk: 29 let

Pohlaví: muž

Diagnóza postižení: těžká mentální retardace, epilepsie

Rodinná anamnéza:

Otec zaměstnán, matka v domácnosti, oba rodiče zdraví. Klient pochází ze tří dětí, sourozenci jsou zdraví.

Osobní anamnéza:

Hoch je z páté gravidity, ovšem třetího porodu, porod ve 32. týdnu, váha 2100 g, délka 40 cm. Po porodu byl křišen.

V batolecím období se již projevovaly epileptické záchvaty a bylo znatelné rozvíjení psychomotorické retardace.

Rodiče dítěti nezajišťovali pravidelnou péči, syna zanedbávali. Klient vyrůstal první tři roky v hodně zaneřáděné domácnosti, dítě bylo zanedbáváno po stránce hygieny, výživy a rodiče mu nedávali léky, nebo pouze sporadicky. Ve třech letech byla soudně nařízena ústavní výchova nad tímto klientem. Od této doby rodiče o syna nejeví žádný zájem.

Ve čtyřech letech se hoch stranil dětem, řeč se nerozvíjela, byl velmi nesamostatný a na řeč reagoval otočením.

V deseti letech hoch stále nemluvil, projevoval se pouze skřeky, byl veselý a neposedný, neustále chodil a poskakoval, sám se nedokázal napít ani najíst. Začal ubližovat dětem, trhal jim vlasy a bral jim hračky, ale pak si s nimi nehrál. V hygieně byl zcela nesamostatný, měl pleny.

V deseti letech klienta, vydal soud rozhodnutí o osvobození od povinné školní docházky podle §37 zákona č. 171/1990 Sb. z důvodu, že není schopen se naučit psát, číst, počítat a jiné základní dovednosti.

V patnácti letech syna byli rodiče zbaveni rodičovské zodpovědnosti. Hoch byl na pedagogicko-psychologickém vyšetření z důvodu možného zařazení do přípravného stupně základní školy speciální.

Jemná motorika - nehrál si s věcmi, na věc se podíval a hned ji odložil, uchopil malý předmět, chytal za ruku.

Hrubá motorika – neustále chodil, poskakoval, rukama se chytal věcí a přidržoval se jich.

Poznávací schopnost – rád pozoroval, co se kolem něho děje. Když se poblíž něj řeklo jeho jméno, tak se otočil. Poznával některé pečovatelky, které měl rád.

Řeč – nemluvil, často se na hlas bezdůvodně smál, občas vydával bezdůvodně hlasité skřeky, nerozuměl ani jednoduchým pokynům.

Sebeobsluha – při oblékání se snažil nastavovat ruce a nohy. Při oblékání byl plně závislý na jiné osobě.

Stravování – nezvládal se sám najíst ani napít, když uchopil lžíci do ruky, tak nevěděl, co s ní má dělat a chtěl ji hned pustit. Stravu musel mít nakrájenou na velmi malé kousky, jelikož ji občas nepřežvýkal a rovnou spolkl.

Hygiena – byl zcela inkontinentní při močení i stolici, měl pleny. Při hygienických úkonech byl zcela závislý na pečujících lidech, např. při přebalování, čištění zubů a koupání.

Oblékání – snažil se spolupracovat, ale byl zcela odkázán na pomoc.

Socializace – rodina s chlapcem vůbec nekomunikovala, nezajímala se o něj. Rád koukal na televizi. Chlapec chodil s doprovodem na vycházky do okolí bydliště.

Sportovní aktivity - Chodil na procházky, jízdu na tříkolce ani za pomoci nezvládal, v létě se koupal v bazénu s plovacími pomůckami pod neustálou kontrolou.

Ve dvaceti pěti letech si zlomil nohu v krčku, poté půl roku nechodil. Díky důkladné a časté rehabilitaci, začal ve dvaceti setmi letech chodit bez opory.

Nynější situace

Klientovy je nyní 29 let a žije v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Jemná motorika – Hoch nezvládá držet menší předměty. Neudrží lžíci v ruce, nepodrží si ani hračku. Velice často se při chůzi a stání přidržuje různých předmětů.

Hrubá motorika – Chlapec chodí, ale při chůzi je opatrný a nestabilní, již neskáče. Nezvládá chodit na dlouhé procházky.

Poznávací schopnosti – Hoch poznává blízké osoby, hlavně zdravotní sestru a vychovatele. Když přijdou do práce, tak za nimi jde a chytá je za ruku a směje se, když přijde někdo cizí, tak se pouze dojde podívat kdo to je a jde hned zpět.

Orientace – Časově ani místem se neorientuje, ani po budově domova. Orientaci zvládá pouze na svém oddělení.

Řeč – Hoch nemluví, vydává pouze skřeky a nahlas se směje, občas také pláče.

Sebeobsluha – Sebeobsluha je s ním neustále trénována, je veden k samostatnému jezení lžicí, zatím to sám nezvládá.

Stravování – Strava se mu musí ze zdravotních důvodů mixovat, jelikož začal mít po tuhé stravě řídkou stolici. Sám se nenají, jelikož neudrží lžíci v ruce. Ve dvaceti sedmi letech se naučil pít z hrnku, hrnek mu musí držet jiná osoba.

Oblékání – Hoch se sám neobléká, je na tomto úkonu zcela závislý na pomoci. Klient při oblékání nastavuje ruce a nohy.

Hygiena – Hygienu o svou osobu nezvládá, má pleny a při koupeli nespolupracuje, zuby mu musí čistit také personál.

Sexualita – Chlapec není sexuálně aktivní.

Socializace – Rád se chytá osob i těch, které nezná. Rodina o chlapce nejeví žádný zájem. Klient je velmi zvědavý, pokud někdo přijde na oddělení, tak se jde podívat, kdo to je. Velmi často se spontánně spěje. Chodí do vířivé vany na rehabilitace a na procházky.

Školní docházka:

Soud vydal rozhodnutí o osvobození od povinné školní docházky podle §37 zákona č. 171/1990 Sb. z důvodu, že hoch není schopen se naučit psát, číst, počítat a jiné základní dovednosti.

Sportovní aktivity:

Klient chodí do vířivé vany a na rehabilitace, tyto aktivity má velmi rád a vždy se při nich směje. Rád také chodí na procházky, po fraktuře krčku chodí pouze na procházky do 500 m. Při procházce velmi často zakopává, a proto je nutné ho neustále přidržovat. V létě se velice rád koupe v bazénu s plovacími pomůckami pod neustálou kontrolou.

Sociální dávky v roce 2014

Chlapec pobírá příspěvek na péči 4. stupně závislosti, invalidní důchod 3 stupeň, příspěvek na mobilitu, má průkazku ZTP/P a parkovací průkaz.

Závěr

U hocha mentální retardace nejspíše vznikla tím, že se narodil předčasně a musel být křišen. Zdravotní stav klienta je možná zhoršen tím, že klientovi nebyla poskytována do tří let správná péče. Klient nyní velmi pomalu degeneruje.

3. 2. 4. kazuistika klienta s hlubokou mentální retardací

Věk v době provedení kazuistiky: 20 let

Koncem roku 2013 klient zemřel

Pohlaví: muž

Diagnóza postižení: hluboká mentální retardace, těžká osteoporóza, epilepsie

Rodinná anamnéza:

Chlapec se narodil do manželství, kde jsou matka i otec zdraví. Má jednu mladší sestru, zcela zdravou. Klient do 10 let vyrůstal v rodině, následně žil v zařízení

poskytující sociální služby. V rodině se nikdy nevyskytlo žádné závažné onemocnění a žádná jiná významná zátěž.

Osobní anamnéza

Hoch byl z prvního fyziologicky probíhajícího těhotenství, porod byl o několik dní dříve uměle vyvolán. Váha 4050 g, délka 53 cm, nekřišen. Kojen do čtvrtého měsíce, infekční onemocnění neprodělal.

V osmi týdnech se začaly objevovat záškuby PDK, záškuby trvaly jen chvíli. Záškuby se začínaly zhoršovat a začínal stáčet oči vzhůru. Začala se s ním cvičit Vojtova metoda. Vývoj se neustále k poměru jeho věku zpomaloval a záškuby přetrvávaly.

Ve třech letech si dával ruce do úst, hlavu přetáčel ze strany na stranu, nelezl ani neseděl, začal se usmívat a broukat si. Pil z dětského hrnku a byl krmen lžící. Přetrvávala rehabilitace Vojtovou metodou.

V pěti letech poprvé s matkou v lázních, pokračuje Vojtova metoda. Po lázních bez zlepšení stavu a Vojtova metoda také na zlepšování stavu nezabírala.

Ve 13 letech mu byl zaveden PEG, přijímal pouze tekutou stravu.

V 17 letech došlo k zhoršení jeho celkového stavu, rehabilitace byly prováděny pouze částečně a to s nejvyšší opatrností kvůli těžké osteoporóze hrozilo riziko zlomenin.

V 15 letech bylo provedeno pedagogicko-psychologické vyšetření z důvodu možného zařazení do přípravného stupně základní školy speciální.

Jemná motorika – Ruce sevřeny v pěst, při vložení předmětu jej sevřel, s předměty nemanipuloval, nezkoumal, nebyl pozorován motorický kontakt s okolím.

Hrubá motorika – Otočil hlavu, pohyboval rukama.

Poznávací schopnosti – Pečovatele ani rodinné příslušníky, kteří za ním chodili, každý týden na návštěvu nepoznával. Měl slabou reakci na zvukové podměty, ozvučené hračky a řeč.

Řeč – Při bolesti pláč, ojediněle lehký úsměv.

Sebeobsluha – Nerozvinuta.

Stravování – Strmen tekutou stravou přes PEG.

Hygiena – Zcela odkázán na pomoc, nesignalizuje, nespolupracuje.

Oblékání – Nespolupracuje, zcela odkázán na pomoc.

Socializace – Náznak úsměvu, na oslovení jménem nereaguje, je lekavý.

O dva roky později je provedeno opětovně pedagogicko-psychologické vyšetření bez známek zlepšení stavu.

Školní docházka:

Po pedagogicko-psychologickém vyšetření byl zvolen jiný způsob vzdělávání podle zákona č. 561/2004 Sb. (školský zákon, § 42 - Vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením).

Sportovní aktivity:

Chlapec využívá vířivé vany, je s ním cvičeno na velkém gymnastickém míči, na němž leží v poloze na břiše, také chodí do kuličkového bazénu. Byla vyzkoušena rehabilitace s trampolínou, ale negativně, chlapec při pohybu na trampolíně brečel.

Nynější situace

Zdravotní stav chlapce byl od té doby bez změn. Rodiče chodili chlapce navštěvovat, ale už ho nemohli brát domů, z důvodu zvýšeného rizika zlomenin při manipulaci a převozu autem. Hoch na konci roku 2013 po pár dnech zemřel na chřipku.

Sociální dávky v roce 2013

Chlapec pobíral příspěvek na péči 4. stupně závislosti, invalidní důchod 3. stupně, příspěvek na mobilitu, měl průkazku ZTP/P a parkovací průkaz.

Závěr

Tento klient byl od narození podporován ve vývoji svou rodinou. K podpoře rozvoje byly využívány různé techniky, avšak bez úspěchu. Rodiče museli chlapce dát do domova poskytující sociální služby z důvodu pocitu, že kvůli synovi zanedbávají zdravou dceru. Na klientovi nebylo nijak znát, že by změnu prostředí pociťoval.

Rodina se s tím však smiřovala velmi těžce. S úmrtím syna se rodina vypořádává stále velmi těžce, matka dodnes trpí výčitkami, že se o syna nestarala sama.

4 Diskuse

Absolventskou prací jsem se zaměřila na téma péče o klienty s mentální retardací. Toto téma je důležité, jelikož procento lidí s mentální retardací neustále stoupá a je zapotřebí aby lidé, kteří se setkají s člověkem s mentální retardací věděli, jak s ním mají komunikovat a co takový člověk potřebuje. Mým cílem bylo přiblížit a shrnout informace o lidech s mentální retardací a poukázat na péči, kterou tito lidé potřebují. Také jsem se chtěla zaměřit na Zvoneček Bylany, který je poskytovatelem sociálních služeb pro lidi s mentální retardací a kombinovaným postižením.

V teoretické části jsem nejprve popsala druhy mentální retardace a dále jsem se věnovala specifickým potřebám a finančnímu zajištění těchto osob. Informace jsem získávala pomocí literatury a internetových zdrojů. Základních Informací o mentální retardaci je podle mého názoru na trhu dostatek. V dnešní době je hodně prostoru věnováno sexuální potřebě a vzdělávání těchto lidí. Bohužel mám pocit, že ostatním specifickým potřebám těchto lidí je věnována pozornost pouze okrajově. Pokud tedy chceme najít materiál ke specifickým potřebám těchto lidí, tak je hledání materiálů velice náročné.

Praktickou část této práce tvoří představení poskytovatele sociálních služeb Zvoneček Bylany se sídlem v Českém Brodě a čtyři kazuistiky na klienty s různým stupněm mentální retardace.

Do Zvonečku Bylany jsem docházela na praxi a díky němu jsem zjistila, jak je důležité vědět, co lidé s mentální retardací potřebují a co si přejí. Zvoneček Bylany považuji za ukázkové zařízení poskytující sociální služby. Velice mě překvapil velmi dobrý přístup všech zaměstnanců (včetně uklízeček, kuchařek a údržbáře) ke klientům a to, jak respektují jednotlivé potřeby a jejich přání. Pracovníci jsou velice ochotní, milí a velice vstřícní a ohleduplní i k rodičům klientů. Představením tohoto zařízení jsem chtěla uvést modelový příklad zařízení poskytující sociální služby, jelikož zkušenosti mi ukazují, že ne všechny zařízení mají moderní přístup ke klientům a k jejich příbuzným. Na tomto zařízení se mi také velice líbí jeho vybavenost, díky které mohou klienty rozvíjet a integrovat.

Další část praktické práce tvoří kazuistiky. Dle popisu kazuistik se domnívám, že rodina a vychovatelé osoby nesou poměrně velký díl na tom, co jedinec s mentální

retardací dle svého stupně mentální retardace zvládne. Je velice důležité, aby se rodina nebo vychovatelé snažili jedince co nejvíce rozvíjet a učit ho dle jeho zdravotního stavu co největší sebeobsluze. Dle mého názoru, pokud by se určitým klientům věnovali rodiče již od raného dětství, tak by v dnešní době nemuseli mít určití klienti psychické následky či jiné přidružené onemocnění. Z kazuistik vyplývá, že dřívější nízký zájem sociálních pracovníků o případy zanedbávání dětí se také podepsal na zdravotním stavu klientů, jelikož museli déle žít ve špatných podmínkách. Je ovšem pravda, že mentální retardace se u některých případů, obzvláště u hluboké mentální retardace nedá nijak pozitivně ovlivnit, což je vidět například u kazuistiky již zemřelého chlapce s hlubokou mentální retardací, jehož rodina se ho snažila po celý jeho život bezúspěšně rozvíjet. Pravdou zůstává to, že chlapec by bez kvalitní péče rodiny a ošetřovatelů zemřel mnohem dříve.

Kazuistiky doplňují teoretickou část tak, aby si čtenář mohl udělat lepší obrázek o tom, jaká péče je při určitých stupních mentální retardace zapotřebí, co tito lidé zvládnou a s čím se jim musí pomoci. Původně jsem chtěla mít dva klienty žijící v sociálního zařízení a dva klienty z rodin. Jelikož rodiče, kteří mají jedince s mentální retardací v domácí péči, si nepřáli, abych na jejich dítě vypracovala kazuistiku, tak jsem se musela více orientovat na klienty žijící v domově pro osoby se zdravotním postižením. Informace, které jsem pomocí kazuistik získala, jsou dle mého názoru zajímavé a určité z nich by měly být pro sociální pracovníky poučné tak, aby v dnešní době klienti s mentální retardací nemuseli snášet domácí násilí a zanedbávání.

Závěr

Toto téma absolventské práce jsem si zvolila proto, že lidé s mentální retardací tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi lidmi se specifickými potřebami a jejich počet neustále stoupá. Dalším důvodem, proč jsem si toto téma zvolila, je, že se od dětství ve svém okolí s lidmi s mentální retardací setkávám. Postupem času zjišťuji, že většina populace neví, jak se k lidem s mentální retardací mají chovat a jak jim mají v různých situacích pomoci a jak s nimi mají komunikovat. Domnívám se, že tento problém je dán tím, že zdraví lidé vědí o mentální retardaci velice málo informací.

Cílem mé práce bylo přiblížit a shrnout informace o mentálně retardovaných lidech a poukázat na péči, kterou potřebují. Dílčím cílem práce bylo představit činnost a fungování konkrétního zařízení Zvoneček Bylany, který je poskytovatelem sociálních služeb se sídlem v Českém Brodě.

Teoretická část se věnuje klasifikaci mentální retardace, popsání stupňů mentální retardace, specifickým sociálním, psychickým a biologickým potřebám, ústavní péči těchto lidí a finančnímu zajištění těchto osob.

Praktická část obsahuje stručné představení Zvonečku Bylany a čtyři kazuistiky.

Doufám, že tato práce napomůže k tomu, aby bylo větší povědomí o potřebě péče pro lidi s mentální retardací.

Jsem přesvědčena, že cíle absolventské práce jsem splnila. Přiblížila jsem informace o lidech s mentální retardací a o jejich potřebách, k tomu také přispěly provedené kazuistiky. Dále jsem představila Zvoneček Bylany a služby, které poskytuje. Při psaní absolventské práce jsem také vycházela z poznatků, které jsem získala na praxi zejména ve Zvonečku Bylany. Díky poznatkům z praxe jsem si udělala ucelenou představu o tom, jak je těžké těmto lidem zajistit kvalitní péči, kterou potřebují. Vždy, když jsem se setkala se sociální pracovnicí, uvědomila jsem si, že tuto práci dělají s láskou, pochopením a porozuměním. Místo sociální pracovnice v zařízení poskytujícím sociální služby je velice náročné, jelikož obsahuje velmi pestrou náplň práce a tyto sociální úřednice ji musí celou obsáhnout. Povědomí sociálních pracovníků o tom, jak mají jedinci v určitém stupni mentální retardace prospívat a jaká má být o ně péče, může napomoci odhalení zanedbávání takového jedince.

Summary

Care of Clients with Mental Disabilities

The assignment deals with problems of care of clients with mental disability. The most important aim of the assignment is to get acquainted with clients affected by mental disability, summarize information and present. The secondary aim of the assignment is to focus the attention on social care establishment Zvoneček Bylany in ČeskýBrod that provides social services.

The levels of mental disabilities are described and divided in the theoretical part of the assignment. Mental retardation is divided into mild, moderate, severe, and profound. About 3-4 % people are affected by intellectual disability, and their number has been still rising.

Services that are focused on people with mental retardation are described. Specific needs of these people are explained e. g. biological, physiological, need of safety, social needs and need of respect. The assignment is also focused on the fact how people with mental disabilities take care of their health, eating and education.

The practical part of the assignment contains case histories of specific clients with mental disabilities. Social care establishment Zvoneček Bylany in ČeskýBrod is described. This establishment provides services to 110 clients. It provides services to children and adults with mental disabilities e. g. home for people with mental disabilities, day care, week care, sheltered housing and respite services. The assignment contains four case histories. 1st case history describes a client with mild retardation, 2nd with moderate retardation, 3rd with severe and 4th with profound mental retardation. All clients live in the establishments that provide social care. Cognitive abilities, orientation, self-care, speech, eating, dressing, and sport activities of clients are described, as well as state benefits that they are entitled to get.

Key words: client, social care, mental retardation, communication, social services

Bibliografie

Monografie

1. BENDOVÁ, P., ZIKL, *P. Dítě s mentálním postižením ve škole*. 1. vyd. Praha : GRADA, 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3854-3

2. BULISOVÁ, J., A KOL. *Ottova všeobecná encyklopedie*. 1. vyd. 1.sv. Praha : OTTOVO NAKLADATELSTVÍ, 2003. 735 s. ISBN 80-7181-959-X

3. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ. K., A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem.* 1. vyd. Praha : PORTÁL, 2007.243 s. ISBN 80-7367-319-3

4. EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha : PORTÁL, 2008. 168 s. ISBN 978-80-7367-390-1

5. LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, S. *Sexuální a partnerský život osob s mentální postižením.* 1. vyd. Praha : PORTÁL, 2013. 184 s. ISBN 978-80-262-0502-9

6. MUKNŠNÁBLOVÁ, M. *Péče o dítě s postižením sluchu*. 1. vyd. Praha : GRADA, 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7

7. PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha : PORTÁL, 2009. 176 s. ISBN 978-80-7367-582-0

8. SIKOROVÁ, L. *Potřeby dítěte v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Praha : GRADA, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1

9. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha : PORTÁL, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9

10. SOBEK, J. A KOL. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením*. 2. vyd. Praha : PORTUS, 2010. 69 s. ISBN 978-80-254-8696-2

11. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace.* 4. vyd. Praha : PORTÁL, 2011. 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0

12. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 2 vyd. Praha : PARTA, 2004. 439 s. ISBN 80-7320-063-5

13. ZIKL, P. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. 1. vyd. Praha : GRADA, 2011. 112 s. ISBN 978-80-247-3856-7

Internetové zdroje

14. STOLZOVÁ, A. *Jak porozumět duši dítěte s mentálním postižením?* [online] Dostupné z: http://www.spokojenedeti.cz/zivot-s-postizenym-ditetem/jak-porozumet-dusi-ditete-s-mentalnim-postizenim [cit. 2. 1. 2014]

15. PERGLER, I. *Co je to mentální retardace?* [online] Dostupné z: http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=32 [cit. 2. 1. 2014]

16. HABÁŇ, P. *Příspěvek na péči* [online] Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek [cit. 6. 2. 2014]

17. HABÁŇ, P. *Zdravotní postižení* [online] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp [cit. 15. 2. 2014]

18. LEČBYCH, M. *O síle slova a mentálním postižení* [online] Dostupné z: http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=704 [cit. 2. 4. 2014]

19. BRYNDOVÁ, B. *Pozitivní rituály a kvalita života* [online] Dostupné z: http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1774 [cit. 5. 4. 2014]

20. RAMIANOVÁ, J. *Metodický pokyn vrchní ředitelky úseku lékařské posudkové služby* [online] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/15342/2013_24783_Priloha1.pdf [cit. 15. 3. 2014]

21. ŽEŽULKOVÁ, J., MATOUŠEK, D. *PEG - perkutánní endoskopická gastrostomie* [online] Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/peg-perkutanni-endoskopicka-gastrostomie-353949 [cit. 5. 4. 2014]

22. DVOŘÁKOVÁ, M., *Příčiny nespavosti* [online] Dostupné z: http://www.dobry-spanek.cz/priciny-nespavosti [cit. 20. 3. 2014]

23. ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. [online] Dostupné z: http://www.uplnezneni.cz/ zakon/108-2006-sb-o-socialnich-sluzbach/ [cit. 15. 3. 2014]

24. ČESKO. Zákon č. 155/1995 Sb., ze dne 30. června 1995, o důchodovém pojištění. [online] Dostupné z: http://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-c-155-1995-sb-o-duchodovem-pojisteni/uplne/#cast4 [cit. 1. 3. 2014]

25. ČESKO. Zákon č. 359/2011 Sb., ze dne 13. října 2011, o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. [online] Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329 [cit. 24. 2. 2014]

Periodika

26. NEČASOVÁ, M., *Sport jako prostředek integrace*. Sociální práce, 2010, roč. 10, č. 4, s. 23 – 27. ISSN 1213-6204

Příloha č. 1

Oblasti podpor

Pro dospělé lidi s mentálním postižením

Druhy podpor

- bez podpory
- monitorování, sledování (dohled, kontrola)
- vedení slovem nebo gestem – nápověda, navádění
- částečná fyzická asistence
- plná fyzická asistence

Položky v posledním oddíle se hodnotí pouze ve formě: ANO - NE

Hodnotí se zvlášť každá položka v jednotlivých oddílech. Hodnotí jeden stanovený pracovník/pracovnice tak, že informace zjišťuje od uživatelů služeb samotných a od lidí, kteří je dobře znají (pracovníci ústavu, rodina atd.).

Činnosti V DOMÁCNOSTI	Jakou podporu osoba potřebuje k:
1. Používání toalety	používání toalety během dne?
2. Péče o šaty (včetně praní)	údržbě ošacení – vč. praní, žehlení, zašívání, menších oprav, ukládání do šatníku či zásuvek?
3. Příprava jídel	přípravě jídel, vč. snídaně, oběda, večeře a svačin?
4. Konzumace jídla	přijímání potravy ústy, žvýkání, polykání?
5. Údržba a úklid domácnosti	udržování domácnosti v čistém a obyvatelném stavu, vč. vytírání podlah, utírání prachu, luxování?
6. Oblékání	ranímu oblékání, převlékání během dne dle potřeby?
7. Osobní hygiena	udržování vlastní osoby v čistotě a odpovídajícím vzhledu, vč. koupání, sprchování, holení, česání, hygieny při menstruaci apod.?
8. Ovládání domácích spotřebičů	ovládání běžných, pravidelně používaných domácích spotřebičů, jako je: televize, mikrovlnná trouba, toaster, kávovar apod.? Toto se netýká složitějších činností a přístrojů, jako např. programování záznamu u videa.

Činnosti SPOLEČENSKÉHO ŽIVOTA – ŽIVOTA V OBCI	Jakou podporu osoba potřebuje k:
1. Přesun z jednoho místa na druhé (doprava)	přesunu z a na místa, jako jsou obchody, banky, nákupní centra apod.? Nezaměňujte tuto položku s určením, kolik podpory osoba potřebuje k řízení motorového vozidla! Např. osoba, kterou je nutné vozit z místa na místo, avšak která využívá ústavní vůz nebo hromadnou dopravu, bude pravděpodobně potřebovat pouze „verbální nebo nonverbální vedení", ať už ze strany sociálního pracovníka za volantem vozu nebo řidiče autobusu hromadné dopravy. Pokud osoba potřebuje fyzickou pomoc při nástupu a výstupu z vozu či k zajištění, že zůstane řádně na sedadle, je zde nutná „plná osobní asistence".
2. Účast při rekreačních či volnočasových aktivitách	účasti na místních rekreačních či volnočasových aktivitách, jako je například bowling, aerobik či návštěva kina?
3. Využívání veřejných služeb	vykonávání různých pochůzek, jako je návštěva banky či využívání dalších místních služeb (např. návštěva polikliniky kvůli injekci apod.)?
4. Navštěvování přátel a příbuzných	navštěvování a jednání s ostatními osobami, jež daná osoba považuje za blízké přátele či příbuzné (nikoliv placený personál)?
5. Vykonávání preferovaných společenských činností (kostel, dobrovolnická práce apod.)	vykonávání činností, jež daná osoba považuje za skutečně důležité, jako například účast na církevním životě či dobrovolnická práce pro místní organizace?
6. Nakupování zboží a služeb	návštěvě obchodu či nákupního centra, výběru zboží a uskutečnění nákupu?
7. Jednání s okolními lidmi	jednání s okolím, jako jsou sousedé, prodavači, policisté a další, sociálně vhodným způsobem?
8. Přístup do veřejných budov a prostor	využívání veřejných prostor, jako jsou parky, pošta a obchody?

Činnosti CELOŽIVOTNÍHO UČENÍ	Jakou podporu osoba potřebuje k:
1. Jednání s ostatními při činnostech spojených s celoživotním vzděláváním	spolupráci se spolužáky a instruktory ve výukovém prostředí?
2. Účast na rozhodnutích ohledně výcviku/ vzdělání	vyjádření své volby a účasti na plánování dosahování vzdělávacích cílů?
3. Osvojení a používání strategií pro řešení problémů	uplatňování strategií řešení problémů v praxi (např. jak zajistit osobní bezpečnost a jak se dostat do cílového místa, když mi ujede autobus)?
4. Využívání technologií k učení	používání počítače a dalších technologií, jež daná osoba potřebuje k účasti na vzdělávacím programu?
5. Přístup do výukového prostředí	vykonání úkonů spojených s přístupem ke vzdělávacím příležitostem pro dospělé (např. přihláška na seminář, příchod a odchod ze školy apod.)?
6. Výuka praktického uplatnění teoretických znalostí (čtení nápisů, počítání drobných atd.)	uplatnění teoretických znalostí v praxi (např. určit, kolik je hodin podle digitálních hodinek, používání hodinek k zachování denního rozvrhu, počítání peněz pro nákup)?
7. Osvojení schopností pro zhodnocení vlastního zdravotního stavu, zdravotnické vědomosti	uplatnění zdravotnických vědomostí a schopností pro zhodnocení vlastního zdravotního stavu v praxi (např. naučit se sebevyšetření prsou, rozhodnutí, kdy je nutná konzultace s odborníkem)?
8. Osvojení schopností pro svobodné rozhodování	uplatnění schopností pro svobodné rozhodování v praxi (např. stanovení osobního cíle a vytvoření plánu na jeho splnění)?
9. Osvojení strategií řízení vlastního života	uplatnění strategií řízení vlastního života v praxi (např. odměnění sebe sama sladkostí za dokončení těžkého úkolu)?

Činnosti **V ZAMĚSTNÁNÍ**	**Jakou podporu osoba potřebuje k:**
1. Předání/pochopení speciálních pracovních pomůcek	zjištění, jaké speciální pomůcky by ji pomohly s danou prací, a k jejich přípravě?
2. Osvojení a používání konkrétních pracovních dovedností	osvojení konkrétních pracovních dovedností a jejich uplatnění při práci?
3. Jednání se spolupracovníky	komunikaci se spolupracovníky ohledně pracovních záležitostí a k neformálnímu sociálnímu kontaktu s nimi?
4. Jednání s nadřízenými a pracovními konzultanty	komunikaci s nadřízenými a pracovními konzultanty ohledně pracovních záležitostí a k neformálnímu sociálnímu kontaktu s nimi?
5. Plnění pracovních povinností přijatelnou rychlostí	odvádění práce v tempu, jež odpovídá produktivitě ostatních pracovníků ve stejném zařazení?
6. Plnění pracovních povinností v přijatelné kvalitě	odvádění práce v kvalitě, jež odpovídá výkonům ostatních pracovníků ve stejném zařazení?
7. Změna pracovního zařazení	zvládnutí jiného pracovního zařazení dle potřeb zaměstnavatele či přizpůsobení se novému pracovnímu zařazení či úkolu?
8. Získávání informací a pomoci od zaměstnavatele	kontaktování zaměstnavatele a získávání informací ohledně různých výhod (např. výše nároku na dovolenou) či nabídky asistenčních programů?

Činnosti spojené se ZDRAVÍM A BEZPEČNOSTÍ	Jakou podporu osoba potřebuje k:
1. Užívání léků	užívání léků ve správný čas a v předepsaném množství?
2. Předcházení zdravotním a bezpečnostním rizikům	předcházení běžným zdravotním a bezpečnostním rizikům, jako je například bezpečné přecházení vozovky, zamezení náhodného otrávení se léky, provozování bezpečného sexu apod.?
3. Zajištění zdravotnických služeb	zajištění pomoci při onemocnění, jako například konzultace s lékařem, sjednání návštěvy u lékaře, vyzvednutí léku na předpis apod.?
4. Chůze a pohyb	fyzickému pohybu v okolním prostředí?
5. Osvojení si dovedností pro přivolání tísňových služeb	uplatnění příslušných dovedností v praxi (např. vytočení tísňového čísla, vyžádání správného typu pomoci, podání klíčových informací dispečerovi)?
6. Řádné stravování	řádnému a dostatečnému stravování, aby nedošlo ke zdravotním problémům vyplývajícím ze špatné výživy?
7. Udržování fyzického zdraví	dostatečnému cvičení, aby nedošlo ke zdravotním problémům vyplývajících z nedostatku pohybu či obezity?
8. Udržování psychické pohody	tomu, aby její životní styl nevedl k závažným duševním problémům (například deprese), používání relaxačních technik ke zvládání stresu, používání metod ke zvládání hněvu, využití vhodných nemocničních terapeutických služeb?

SOCIÁLNÍ AKTIVITY	Jakou podporu osoba potřebuje k:
1. Setkávání v domácnosti	sociálnímu kontaktu s ostatními v domácnosti (např. spolubydlícími, členy rodiny)
2. Účast na rekreačních/volnočasových aktivitách s dalšími lidmi	účasti na rekreačních/volnočasových aktivitách s dalšími lidmi, jako například členství ve sportovním týmu, hraní karet nebo stolních her či pořádání večírku?
3. Setkávání mimo domácnost	sociálnímu kontaktu s jinými lidmi mimo domácnost (např. se sousedy, přáteli, spolupracovníky)?
4. Získávání přátel a udržování přátelských vztahů	vytvoření a udržení přátelství?
5. Komunikace s ostatními o vlastních potřebách	informování ostatních lidí o osobních problémech nebo přáních?
6. Používání sociálních dovedností	prokazování sociálních dovedností, jako je dobré způsoby chování, zdravení, respektování soukromí atd.?
7. Láska a intimní vztahy	vytvoření a udržení intimního/romantického vztahu?
8. Účast v dobrovolnické práci	účasti v dobrovolnických organizovaných či neorganizovaných akcích a projektech (např. úklid parku, práce v nemocnici či útulku), kontaktování organizací či jiných skupin hledajících dobrovolníky a uplatnění vlastních dovedností a schopností v takové práci atd.?

Činnosti v zájmu **OCHRANY A SEBEOBHÁJENÍ**	**Jakou podporu osoba potřebuje k:**
1. Sebeobhajování	vyjádření vlastních preferencí, včetně přání a potřeb, a zdůvodnění svých požadavků?
2. Hospodaření s penězi a vlastními finančními prostředky	přípravě osobního rozpočtu, vedení bankovních účtů (např. sporožirového) a platbě složenek?
3. Sebeobrana proti zneužívání a vykořisťování	určení, že se vykořisťující nebo zneužívající osoba pokouší získat nekalou výhodu (tj. prosazování jejích zájmů na úkor zájmu někoho jiného), a učinění kroků proti takovému jednání?
4. Uplatňování zákonné odpovědnosti	dodržování zákonů a uplatňování občanských práv (např. hlasovat ve volbách)?
5. Účast a členství v organizacích sebeobhájců (self-advocacy)	účasti na činnosti organizací sebeobhájců, jako je například Sami a spolu?
6. Zajištění právnických služeb	kontaktování advokáta ohledně právního poradenství a najmutí právního zástupce?
7. Rozhodování a volby	jednání podle vlastní volby a vlastních rozhodnutí?
8. Obrana a zastupování ostatních	pomáhání při obraně a zastupování jiných lidí?

MIMOŘÁDNÁ ZDRAVOTNICKÁ PODPORA

Položka	Popis
Respiratorní péče	
Inhalace nebo kyslíková terapie	Používá nebulizér nebo kyslík.
Odhlenění změnou polohy	K odhlenění či uvolnění sekretů v plicích je nutná změna polohy.
Fyzikální terapie hrudníku	K uvolnění sekretů je nutná fyzikální terapie hrudníku.
Odsávání	Je nutné odsávání sekretů.
Pomoc při příjmu potravy	
Stimulace úst nebo změna polohy čelistí	Při jídle je nutná fyzická asistence nebo stimulace úst.
Krmení trubicí (např. nasogastrická sonda)	K podání potravy se používá nasogastrická nebo gastrická sonda.
Parenterální výživa	Ke podání potravy se používá intravenózní trubice.
Péče o pokožku	
Obracení nebo změna polohy	Při změně polohy či obracení na křesle nebo posteli kvůli prevenci vzniku proleženin je nutná asistence.
Obvazování otevřených ran	Při čištění a obvazování otevřených ran je nutná asistence.
Další mimořádná zdravotnická péče	
Ochrana proti infekčním nemocem kvůli oslabení imunitního systému	Kvůli oslabení imunitního systému či infekční chorobě jsou nutná obecná protiinfekční opatření.
Zvládání záchvatů	Jsou nutné léky a preventivní opatření proti záchvatům.
Dialýza	Používá peritoneální dialýzu nebo hemodialýzu.
Péče o stomii	Je nutná péče o stomii.
Zdvihání a přesun	Je nutná pomoc při zdvihání a přesunu z křesla, postele apod.
Terapeutické služby	Je nutná pracovní terapie, psychologická terapie, logopedie, individuální nebo skupinová psychoterapie.
Jiné (prosíme upřesněte):	

Zdroj: Zvoneček Bylany, poskytovatel sociálních služeb, Český Brod.

Příloha č. 2

DOTAZNÍK - PODKLAD PRO INDIVIDUÁLNÍ PLÁN

Vážení klienti,rodiče, opatrovníci,
požádali jste o poskytování sociální služby ve Zvonečku Bylany

pro .....

Abychom mohli společně dobře spolupracovat, chtěli bychom budoucího uživatele služeb co nejvíce poznat. Proto Vás prosíme o vyplnění tohoto dotazníku.
Bude sloužit jako podklad pro stanovení individuálního plánu k dosažení osobních cílů.

Zaškrtněte vhodnou odpověď a doplňte dle Vašeho uvážení o informace, které bychom o klientovi měli vědět.

Dosavadní život - začlenění		
Pobyt v rodině ☐	Pobyt v rodině a návštěva školy nebo MŠ ☐	Pobyt v jiném zařízení ☐
Popište režim dne:		
- adaptace při změně prostředí		
Dobrá ☐	Vyskytly se potíže ☐	Neměnil prostředí ☐
Popište potíže a jejich řešení :		
– **citové vazby uživatele na osoby:**		
- chování v domácím prostředí		
Bezproblémové ☐	Vyskytují se potíže ☐	
Popište:		
- chování ve škole nebo jiném zařízení		
Bezproblémové ☐	Vyskytují se potíže ☐	
Popište:		

Chůze		
Zcela samostatně ☐	S částečnou podporou / jakou / ☐	Za použití ortopedických pomůcek ☐
Popište:		

Užívání invalidního vozíku			
Zcela samostatně ☐	S částečnou podporou / jakou / ☐	S úplnou podporou, pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Popište:			

Užívání jiných zdravotních pomůcek - jakých			
Zcela samostatně ☐	S částečnou podporou / jakou / ☐	S úplnou podporou, pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Popište:			

Užívání léků – jakých			
Zcela samostatně ☐	S částečnou pomocí ☐	S úplnou pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Popište:			

Oblékání, úprava oděvu			
Zcela samostatně ☐	S částečnou podporou / jakou / ☐	S úplnou podporou, pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Popište:			

Stravování			
Zcela samostatně Příborem ☐ Lžící ☐	S částečnou podporou / popište / ☐	S úplnou podporou, pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Stravovací zvyklosti / např. odmítání některých jídel, apod. /			

Mytí vlasů, česání			
Zcela samostatně ☐	S částečnou ☐ podporou / jakou /	S úplnou podporou, pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Popište:			

Zubní hygiena			
Zcela samostatně ☐	S částečnou ☐ podporou / jakou /	S úplnou podporou, pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Popište:			

Tělesná hygiena při menstruaci, používání hygienických potřeb			
Zcela samostatně ☐	S částečnou ☐ podporou / jakou /	S úplnou podporou, pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Popište:			

Manikúra, pedikúra			
Zcela samostatně ☐	S částečnou ☐ podporou / jakou /	S úplnou podporou, pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Popište:			

Používání WC			
Zcela samostatně ☐	S částečnou ☐ podporou / jakou /	S úplnou podporou, pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Popište:			

Pracovní dovednosti : utírání prachu, vysávání, vytírání, mytí nádobí, žehlení atd.			
Zcela samostatně ☐	S částečnou ☐ podporou / jakou /	Se slovní instruktáží ☐	Nezvládne ☐
Popište:			

Náplň volného času - výběr činností			
Zcela samostatně ☐	S částečnou ☐ podporou / jakou /	S úplnou podporou, pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Popište:			
Zájmy: prosím vypište			
Dosavadní začlenění do zájmové činnosti:			

Samostatný pohyb mimo areál - orientace v méně známém prostředí			
Zcela samostatně ☐	S částečnou ☐ podporou / jakou /	S úplnou podporou, pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Popište:			
- přecházení silnice			
Zvládne ☐		Nezvládne ☐	
Zcela samostatně ☐	S částečnou ☐ podporou / jakou /	S úplnou podporou, pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Popište:			
- samostatná doprava veřejnými dopravními prostředky			
Zvládne ☐		Nezvládne ☐	
Zcela samostatně ☐	S částečnou ☐ podporou / jakou /	S úplnou podporou, pomocí ☐	Se slovní instruktáží ☐
Popište:			

Nakupování			
Zcela samostatně zná hodnotu peněz ☐	Umí nakupovat - pozná bankovky, ale neumí je použít ☐	Umí nakupovat, ale nezná hodnotu peněz ani bankovky ☐	Neumí nakupovat ☐
Popište:			

Určování hodin			
Zná hodiny ☐	Pozná důležité časy ☐	Určuje hodiny s dopomocí ☐	Nezná hodiny ☐
Popište:			

Ostatní skutečnosti, které považuji za důležité

Od pobytu v zařízení očekávám:

Dne …….. vyplnil: ……..

Podpis:.....

Zaškrtněte:

Klient Rodič Opatrovník

Zdroj: Zvoneček Bylany, poskytovatel sociálních služeb, Český Brod.