

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

**Analýza vztahů mezi klienty v domově pro osoby se zdravotním
postižením**

Bakalářská práce

Nad'a Petrová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra JURKOVIČOVÁ, Ph.D.

Olomouc 2012

Prohlašuji, že jsem předloženou práci na téma „Analýza vztahů mezi klienty v domově pro osoby se zdravotním postižením“ vypracovala samostatně s využitím zdrojů, které cituji a uvádím v seznamu literatury a dalších zdrojů.

V Olomouci, dne 22. března 2012

.....
Nad'a Petrová

Děkuji Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D. za odborné vedení, poskytování rad, materiálových podkladů a připomínek pro bakalářskou práci. Také děkuji Domovu Větrný mlýn Skalička za vstřícnost a umožnění průzkumu.

OBSAH

Úvod.....	6
I. Teoretická část	8
1 Vymezení pojmů	8
1.1 Mentální retardace	8
1.1.1 Typy mentální retardace.....	9
1.1.2 Počty mentálně postižených osob	10
1.2 Etiologie mentální retardace	10
1.3. Prevence vzniku mentálního postižení	13
1.3 Klasifikace mentální retardace	14
1.4 Charakteristika a zvláštnosti u osob s mentálním postižením	15
1.5 Specifika osobnosti klienta s mentálním postižením	16
1.6 Shrnutí	18
2 Ústavní péče	19
2.1 Historie ústavní péče u nás	19
2.1.1 Přístupy v době Starověkého Říma a Řecka	20
2.1.2 Historické přístupy k handicapovaným osobám	21
2.2 Charakteristika ústavní péče.....	22
2.3 Funkce a rizika ústavů	23
2.4 Postavení osob s mentálním postižením v resortu MPSV	23
2.5 Zařazení osob s mentálním postižením do ústavní péče	25
2.6 Kvalita života osob s mentálním postižením.....	27
2.7 Shrnutí	28
3 Konflikt	29
3.1 Vymezení pojmu	29
3.2 Základní druhy konfliktů.....	29
3.2.1 Konflikty dle počtu zúčastněných (Holá, 2003)	29
3.2.2 Konflikty dle psychologické charakteristiky (Křivohavý, 2002).....	30
3.3 Faktory ovlivňující konflikt.....	30
3.4 Proces řešení konfliktů	31
3.4.1 Strategie.....	31
3.4.2 Taktika.....	31
3.4.3 Aktivní a pasivní řešení konfliktů.....	32

3.5	Shrnutí	32
	Praktická část	33
4	Domov Větrný mlýn Skalička.....	33
4.1	Charakteristika.....	33
4.2	Nový pavilon	34
4.3	Historie ústavu.....	34
4.4	Rozdělení oddělení	35
4.5	Režim dne	36
4.6	Klientky o svém životě.....	36
5	Výzkumná část.....	38
5.1	Cíle výzkumu a výzkumné hypotézy	38
5.2	Výzkumný vzorek	38
5.3	Metodologie výzkumu.....	38
5.4	Analýzy a interpretace výzkumu	39
5.4.1	Konflikt	39
5.4.2	Konflikty mezi mentálně postiženými z pohledu psychologa	39
5.4.3	Dotazník	39
5.4.4	Vyhodnocení dotazníku	40
5.5	Shrnutí	45
6	Závěr	46
	Seznam literatury a dalších zdrojů	48
	Seznam příloh.....	52
	Anotace	

Úvod

Téma Analýza vztahů mezi klienty v domově pro osoby se zdravotním postižením jsem si vybrala s cílem zjistit a analyzovat vztahy mezi osobami s mentálním postižením. Konkrétně se zaměříme na konfliktní situace mezi nimi a na jejich následné reakce.

V České republice žije zhruba 300 tisíc osob s mentálním postižením, což jsou téměř tři procenta obyvatel republiky. Také tito lidé mají vztahy mezi dalšími uživateli společného bydlení a mezi pracovníky těchto zařízení. V rámci každého vztahu vznikají občas konflikty a právě těmito situacemi, důvody, co konflikty mezi osobami mentálně postiženými vyvolává nejčastěji a jakým způsobem přistupují k řešení konfliktů, se zabývá tato práce.

Konflikty mezi lidmi se zabývá český psycholog Jaro Krivohlavý, který popisuje druhy a typy řešení konfliktů, a také poukazuje na odlišný postoj při řešení konfliktů podle věku, typu osobnosti a dalších kritérií. Z jeho teorie konfliktů vycházím ve své práci s cílem zjistit, jaké druhy konfliktů u osob s mentálním postižením převažují. Zda jsou to konflikty představ, názorů, zájmů či postojů, a zda se většinou jedná o konflikty interpersonální, tedy mezi dvěma lidmi nebo skupinové.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena na tři kapitoly. V první se zaměřujeme na vymezení samotného pojmu mentální retardace, vymezujeme dva typy mentální retardace dle Valenty a Müllera (2009), a dále počty osob s mentálním postižením ve světovém měřítku i v České republice. Popisujeme příčiny mentální retardace dle Langer (1996), Švarcové (2003), Valenty a Müllera (2009). V další části kapitoly se věnujeme prevenci vzniku mentálního postižení, jak ji rozlišuje Slowík (2007), na primární, sekundární a terciální. Vymezujeme stupně mentální retardace dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Popisujeme charakteristické znaky každého stupně mentální retardace a líčíme specifika osobnosti, jako jsou kognitivní funkce.

Druhá kapitola se snaží podat ucelený pohled na oblast ústavní péče. Především se zabýváme její charakteristikou, historií sahající až do 18. století, historickými přístupy k handicapovaným osobám, jak je vidí Titzl (1998) a Slowík (2007), dále funkcí ústavní péče a postavením osob s mentálním postižením podle právní úpravy v resortu sociálních věcí, kde vycházíme ze zákona č. 108/2006 Sb. V další části popisujeme životní cestu osoby s mentálním postižením již od raného věku a závěr kapitoly se věnuje kvalitě života

osob s postižením.

Třetí kapitola vymezuje pojem konflikt. Zabýváme se druhy konfliktů podle Holé (2003) a Křivohlavého (2002). Zmiňujeme faktory, které mohou ovlivnit konflikty. Dále se věnujeme procesu řešení konfliktů, kde Křivohlavý (2002) uvádí dva důležité pojmy, které se týkají řešení konfliktů, a těmi jsou taktika a strategie. Poslední část kapitoly popisuje aktivní a pasivní řešení konfliktů dle Plamínka (1994).

Pro praktickou část jsme zvolili domov pro osoby se zdravotním postižením Domov Větrný mlýn ve Skaličce. Posláním Domova je poskytnout dívkám a ženám s mentálním postižením a kombinovanými vadami náhradní domov s přiměřenou podporou a péčí tak, aby mohly prožít aktivní, smysluplný a radostný život na základě jejich individuálních potřeb a přání.

Tomuto výběru pomohla skutečnost, že Domov už několikrát rok navštěvuji, a také jsem v něm absolvovala náslechovou praxi. S některými klientkami si již třetím rokem pravidelně koresponduji, beru je na jednodenní výlety, do rodiny a přátelím se s nimi.

Praktická část charakterizuje vybrané zařízení, ve kterém bylo prováděno šetření. Věnuje se sedmaosmdesátileté historii tohoto zařízení a i v současné době probíhající modernizaci, konkrétně výstavbě nového pavilonu. Dále popisuje rozdělení na jednotlivá oddělení v Domově, režim dne a život klientek.

Výzkumná část práce stanovuje čtyři cíle a tři hypotézy. První cíl je zjištění, zda mají lidé s mentálním postižením konflikty stejně jako majoritní společnost. Druhým cílem je rozpoznat, o jaký druh konfliktů se nejčastěji jedná. Třetím cílem je zjistit, jaké jsou reakce klientek s mentální retardací při konfliktních situacích. Posledním cílem práce je diagnostikování vztahů mezi klientkami na vybraném oddělení. Pro šetření jsme použili následujících metod: zúčastněné pozorování, dotazníkové šetření, nestandardizovaný rozhovor, sociogram a metodu prostého výčtu. Práci doplňuje rozhovor s psychologem a s pracovníky vybraného oddělení.

I. Teoretická část

První kapitola teoretické části se věnuje obecné charakteristice mentální retardace. Druhá kapitola se zabývá charakteristikou ústavní péče osob s mentálním postižením. Třetí kapitola teoretické části vymezuje pojem konflikt a zabývá se druhy konfliktů.

1 Vymezení pojmů

Na začátku této práce vymezíme několik pojmů, které s problematikou klientů s mentálním postižením souvisejí. Jedná se především o pojmy mentální retardace a o etiologii mentální retardace.

1.1 Mentální retardace

V odborné literatuře nalezneme mnoho definic pro objasnění pojmu mentální retardace¹. Pojem mentální pochází z latinského slova mens, což znamená mysl. Pojem retardace má původ v latinském slově retardare, což znamená zdržet, zaostávat, či ve slově retardatio, což znamená zdržení, omeškání.

„Termín mentální retardace byl zaveden v třicátých letech 20. století Americkou společností pro mentální deficienci (AAMD). V odborné terminologii se začal šířeti používat až po konferenci Světové zdravotnické organizace.“ (Kozáková 2005, s. 18) Jak upřesňuje Valenta, Müller (2009), konference se konala v Miláně v roce 1959.

Defektologický slovník charakterizuje osoby s mentální retardací jako *„skupinu jedinců s nerovnoměrným, zpomaleným duševním vývojem.“* (Sovák a kol. 2000, s. 302)

„Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.“ (Valenta, Müller 2009, s. 12)

¹ Problematikou rozvoje, výchovy a vzdělávání osob s mentální retardací se zabývá obor psychopedie, patřící do speciálně pedagogických disciplín. (Pipeková 1998) Název oboru (z řec. psýché = duše, paideia = výchova) byl zaveden po roce 1945.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definuje mentální retardaci jako: „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením duševních schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoli jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.“ (in Valenta, Müller 2009, s. 12)

Kromě pojmu mentální retardace se v odborné literatuře také uvádí pojem mentální postižení. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je tento pojem definován jako „částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu.“ (Lečbých 2008, s. 17)

1.1.1 Typy mentální retardace

Valenta, Müller (2009) uvádí dva typy mentální retardace – vrozenou a získanou. Vrozená mentální retardace nebo také získaná do 2 let věku se nazývá **oligofrenie**. Defektologický slovník (Sovák a kol. 2000, s. 220) vysvětluje pojem oligofrenie jako „nedostatečný vývoj celé osobnosti postiženého, především po stránce duševní, někdy i s defekty tělesnými.“

Mentální retardace získaná po druhém roce života se nazývá **demence**. Sovák a kol. (2000, s. 61) vymezují demenci jako „později vzniklý úpadek duševních schopností rozumových i povahových.“ Nejčastější příčiny demence jsou zánět mozku, zánět mozkových blan, úrazy mozku, poruchy metabolismu, intoxikace, degenerativní onemocnění mozku a duševní poruchy. (Pipeková 1998)

1.1.2 Počty mentálně postižených osob

Podle Informačního centra OSN žije na Zemi 7 miliard lidí. (www.osn.cz, říjen 2011) Kozáková (2005) upřesňuje, že na celém světě je přibližně 200 milionů osob s mentálním postižením a každých 20 sekund se další takový narodí.

Český statistický úřad uvádí, že v České republice žije celkem 10 562 214 obyvatel. (www.czso.cz, 2011) Z tohoto počtu je přibližně 300 000 osob s mentálním postižením. Celkový počet zdravotně postižených osob v České republice je 1 015 548. (www.czso.cz, 2007)

1.2 Etiologie mentální retardace

Etiologii definuje Sovák a kol. (2000) jako nauku, která se zabývá příčinami nemocí, poruchami a vadami. Etiologie tyto příčiny vysvětluje a stanovuje diagnózu.

Přestože jsou stále zkoumány nejrůznější možné vlivy u osob s mentálním postižením, nelze jednoznačně určit příčiny pro značnou symptomatologickou variabilitu a rozdíly v mentálním deficitu. (Langer 1996)

Příčiny mentální retardace mohou být:

1. a) Endogenní
 b) Exogenní
2. a) Vrozené
 b) Získané
3. a) Prenatální
 b) Perinatální
 c) Postnatální

Ad 1:

Endogenní příčiny

Mezi endogenní (vnitřní) příčiny mentální retardace patří dědičnost, průběh gravidity,

období během a po porodu a faktory způsobené v raném dětství. (Švarcová 2003)

Exogenní příčiny

Exogenní (vnější) příčiny postižení mohou být rodinná a školní výchova a působení vnějšími vlivy mimoškolního a mimorodinného okolí. (Langer 1996)

Ad 2:

Vrozené příčiny

Langer (1996) rozlišuje vrozené příčiny podle toho, zda jsou získané v období před porodem nebo v období kolem porodu. Mezi vrozené příčiny získané v období před porodem patří dědičnost, chromozomální příčiny a faktory v době těhotenství. Mezi vrozené příčiny získané kolem porodu řadí například dětskou mozkovou obrnu.

Získané příčiny

Mezi získané příčiny patří biologické faktory (meningitida, encefalitida) a sociální faktory – rodinná, školní, mimoškolní a mimorodinná výchova. (Langer 1996)
Získanou příčinou mentální retardace může být také celkové zanedbání dítěte.

Ad 3:

Prenatální příčiny

Prenatální příčiny jsou vlivy, které působí před porodem. Jedná se především o dědičné vlivy – hereditární, jako jsou například metabolické poruchy či genetické příčiny. Mezi ně patří záření, dlouhodobé hladovění nebo chemické vlivy.

Velkou skupinou příčin jsou změny v počtu chromozomů, zejména tzv. trizomie, což je genetická porucha, při které je určitý chromozom v buňce třikrát namísto dvakrát (například Downův syndrom a další).

Poslední skupinou prenatálních příčin jsou environmentální faktory a onemocnění

matky v době těhotenství zarděnkami, kongenitálním syfilis, toxoplazmózou, otravou olovem, intoxikací embrya či plodu, ozářením dělohy, ale také způsobené alkoholismem matky či její nedostatečnou výživou.

Na vznik mentální retardace může mít vliv i nedostatek plodové vody, vrozené vady lebky a mozku, a objevují se i teorie, že i prenatální deprivace, což je silně nechtěné dítě, má vliv na duševní zdraví ještě nenarozeného dítěte. (Valenta, Müller 2009)

Perinatální příčiny

Perinatální příčiny jsou vlivy působící během porodu nebo krátký čas po něm. Patří sem především organické poškození mozku. Mezi další faktory spadá mechanické poškození mozku, nedostatek kyslíku, předčasný porod, nízká porodní váha a nefyziologická novorozenecká žloutenka. (Valenta, Müller 2009)

Postnatální příčiny

Postnatální příčiny jsou vlivy působící po narození v průběhu života jako je zánět a nádory mozku, traumata, Alzheimerova choroba², Parkinsonova choroba³, schizofrenie⁴, alkoholové a epileptické demence.

Dalšími příčinami mentální retardace jsou citové a sociokulturní deprivace dětí, jak uvádí Valenta, Müller (2009, s. 60): „*vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí či dětí v institucionální péči.*“

² Degenerativní onemocnění mozku, které způsobuje odumírání mozkových buněk. Projevuje se tak, že člověk začne trpět neobvyklou ztrátou paměti, chová se zmateně až agresivně. (www.alzheimercentrum.cz, cit. 16. 2. 2012)

³ Neurologické onemocnění, které vede k automatickým pohybovým aktivitám. Parkinsonova choroba se vyznačuje neovladatelným třesem jedné nebo obou horních končetin. (www.parkinsonova-choroba.cz, cit. 16. 2. 2012)

⁴ Schizofrenie patří mezi psychotická onemocnění. Typickými symptomy jsou halucinace a bludy, nedostatek vůle a nemožnost prožívat radost. (www.schizofrenie.psychoweb.cz, cit. 16. 2. 2012)

1.3. Prevence vzniku mentálního postižení

Sovák a kol. (2000, s. 277) formulují prevenci jako „*předcházení zdravotnímu nebo sociálnímu narušení jedince a jeho společenských vztahů. Úkolem prevence je zajistit lidem trvalou pohodu fyzickou, duševní a společenskou, udržovat jejich zdraví a psychomotorickou výkonnost, upevnit výchovně vzdělávací a pracovní pochody tak, aby život byl pro každého radostný a úspěšný.*“

Vztahy mezi postiženým dítětem a rodiči se pak zrcadlí ve vztazích osob s postiženým k jiným lidem. Nevhodné sociální prostředí, alkoholismus a s ním spojené agresivní a impulzivní chování, to vše se promítá do pozdějšího chování mentálně postižené osoby. Právě v těchto případech je důležitá prevence.

Slowík (2007) rozlišuje prevenci na primární, sekundární a terciální.

Cílem **primární prevence** je předcházení vzniku určitého jevu odstraněním vyvolávajících faktorů. Příkladem je riziko alkoholové či drogové závislosti u dětí a mladých lidí. Tady je prevencí například překládání informací o nebezpečí alkoholu a drog, ale také aktivní využití volného času.

Sekundární prevence znamená předcházení vzniku a rozvoji. Příkladem jsou screeningová vyšetření plodu.

Terciální prevence se snaží snížit důsledky mentálního postižení. Jak Valenta, Müller (2009) uvádí, do terciální prevence spadá veškerá psychopedická péče včetně integrace.

Podle Švarcové (2003, s. 57) prevence zahrnuje celou škálu činností jako je „*primární zdravotní péče, prenatální a postnatální péče o dítě, výchova týkající se výživy, imunizační kampaně proti přenosným onemocněním, opatření pro kontrolu endemických nemocí, bezpečnostní pravidla, programy pro prevenci nehod v rozličných prostředích, včetně adaptace pracovního prostředí k prevenci nemocí a postižení z povolání, a pro prevenci postižení, které je výsledkem znečištění prostředí nebo ozbrojených konfliktů*“.

1.3 Klasifikace mentální retardace

Světová zdravotnická organizace reviduje mezinárodní klasifikaci nemocí. Od roku 1992 platí desátá revize této klasifikace (MKN-10), která člení a vymezuje stupně mentální retardace. Každá kapitola oboru je označena písmenem, duševní poruchy jsou označeny písmenem F, a číslce specifikují diagnózu. (in Valenta, Müller 2009)

F70 – F79 mentální retardace (Valenta, Müller 2009)

Označení diagnózy	Stupeň mentální retardace	Míra inteligence
F70	lehká mentální retardace	IQ 50 – 69
F71	středně těžká mentální retardace	IQ 35 – 49
F72	těžká mentální retardace	IQ 20 – 34
F73	hluboká mentální retardace	IQ do 19

Vedle stupně postižení MKN-10 rozlišuje v kódu i postižené chování, jako je například sebepoškozování, a to doplněním číslce za tečku s číslicí sdělující stupeň postižení. (Valenta, Müller 2009)

"0 – žádné či minimálně postižené chování (např. F71.0 – středně těžká mentální retardace bez poruch chování, diagnóza typického klienta s Downovým syndromem).

1 – výrazně postižené chování vyžadující intervenci." (Valenta, Müller 2009, s. 9)

Kozáková (2005, s. 23) dále rozšiřuje: „F 7 X 8 – jiná postižení chování, F 7 X 9 – bez zmínky o postižení chování.“

Valenta, Müller (2009) uvádí, že psychopedická terminologie odlišuje chování klienta dle typu mentální retardace, a to typ eretický (neklidný, dráždivý, hyperaktivní) a torpidní (apatický, lhostejný, necitlivý). Pipeková (1998) doplňuje o typ nevyhraněný, kde jsou procesy vzruchu a útlumu v rovnováze nebo jeden z nich mírně převažuje.

1.4 Charakteristika a zvláštnosti u osob s mentálním postižením

Každý stupeň mentální retardace má charakteristické klinické znaky. Rozdílné jsou schopnosti v užívání řeči, sebeobsluhy, mobility a další.

Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69 (F70), odpovídá věku 9 – 12 let

Kozáková (2005, s. 29) uvádí: „*dřívější terminologie: lehká slabomyslnost, lehká mentální subnormalita, debilita.*“

Osoby s lehkou mentální retardací většinou mají schopnost užívat řeč v každodenním životě a dokážou udržet konverzaci. Osoby s tímto stupněm postižení jsou nezávislé v oblasti péče o vlastní osobu, jako je oblékání, hygiena, příprava a konzumace jídla apod. Problémy se vyskytují se čtením a psáním. Tyto jedince lze zaměstnat prací, která vyžaduje praktické schopnosti.

V sociokulturním kontextu nemusí potkat takto postižené osoby žádné potíže. Důsledky retardace se ale mohou projevit při emoční a sociální nezralosti, jako je například přizpůsobení se kulturním tradicím, normám a očekáváním, vyrovnání se s požadavky manželství, výchovy dětí, nesamostatné řešení problémů, plynoucích z nezávislého života, jako je získání a udržení zaměstnání, zajištění bydlení, zdravotní péče atd. (Švarcová 2006)

Středně těžká mentální retardace IQ 35 – 49 (F71), odpovídá věku 6 - 9 let

„*Dřívější terminologie: střední mentální subnormalita, střední slabomyslnost, imbecilita.*“ (Kozáková 2005, s. 30)

Jedinci s touto diagnózou mají opožděný rozvoj chápání a užívání řeči. Schopnost péče o vlastní osobu je omezena. Někteří jedinci se středně těžkou mentální retardací si osvojí základy čtení, psaní a počítání. S odborným dohledem jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci. Většinou bývají tyto jedinci mobilní, fyzicky aktivní a jsou schopni navazovat kontakt, komunikovat s druhými a podílet se na sociálních aktivitách. (Švarcová 2006) Středně těžká mentální retardace se vyskytuje často v kombinaci s epilepsií, neurologickými, fyzickými a dalšími duševními poruchami. (Valenta, Müller 2009)

Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34 (F72), odpovídá věku 3 – 6 let

„Dřívější terminologie: těžká mentální subnormalita, těžká slabomyslnost, prostá idiotie, idioimbecilita.“ (Kozáková 2005, s. 30)

U těchto jedinců je narušena motorická schopnost, schopnost sebeobsluhy a řečový vývoj. Často se objevují stereotypní pohyby, sebepoškozování a agresivita. (Valenta, Müller 2009)

K celkovému rozvoji osob s těžkou mentální retardací může přispět včasná a odborná péče. (Švarcová 2006)

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73), odpovídá věku pod 3 roky

„Dřívější terminologie: těžká mentální subnormalita, hluboká slabomyslnost, těžká idiotie, idiotie.“ (Kozáková 2005, s. 30)

Osoby s hlubokou mentální retardací jsou velice omezeny ve schopnosti porozumění. Jedinci jsou většinou imobilní, inkontinentní a komunikují pouze nonverbálně. Vyžadují stálý dohled. (Švarcová 2006) Charakteristické jsou stereotypní pohyby a časté je i sebepoškozování. Takto postižení jedinci se nedožívají příliš vysokého věku. (Pipeková 1998)

1.5 Specifika osobnosti klienta s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením nemají opožděný jen duševní vývoj, jedná se u nich mnohdy i o strukturální vývojové změny. Je důležité, znát osobnost jedince s postižením, a to vzhledem k rehabilitaci, socializaci a terapiím. Valenta, Müller (2009) popisují kognitivní⁵ funkce osob s mentálním postižením, které jsou důležité ve výchovně vzdělávacím procesu.

Myšlení jedinců s mentální retardací je zatíženo konkrétností, neschopností vyšší abstrakce, generalizace a nepřesností. Pojmy jsou tvořeny těžkopádně a úsudky jsou nepřesné. Vítková (2004) uvádí další zvláštnosti myšlení osob s mentálním postižením. Patří mezi ně výkyvy v pozornosti, to znamená neschopnost promýšlet otázku nebo odpověď. Další zvláštností je neschopnost použít již osvojených rozumových operací a neschopnost

⁵ Poznávací.

srovnávat myšlenky a činy s požadavky objektivní reality.

Paměť osob s mentálním postižením je spíše mechanická. Vše nové si osvojují pomalu, a to až po mnohém opakování. Rychle zapomínají a vědomosti nedokážou uplatnit v praxi. Potřebují ke všemu více času.

Pozornost jedinců s mentálním postižením je charakteristická nízkým rozsahem sledovaného pole, nestálostí a snadnou unavitelností.

Mezi další specifika osobnosti klienta s mentálním postižením patří emotivita, úroveň aspirace a vůle.

Emoční stránka je charakteristická citovou otevřeností, výkyvy nálad, euforií a také apatií provázenou černými myšlenkami. City osob s mentálním postižením nejsou dostatečně diferencovány, prožitky jsou primitivnější a protikladné, city jsou opožděné a obtížné se utvářejí takzvané vyšší city⁶. (Vítková 2004)

Dolejší (in Vítková 2004) zmiňuje problematiku emoční deprivace, která je u osob s mentální retardací umístěných v ústavní výchově velmi častá. Emoční deprivace ale také úzce souvisí se senzoricou, sociální a kulturní deprivací, se zanedbaností, se zhoršením životní úrovně rodiny, s nakupením frustračních a stresových situací v rodině atd.

Aspirační úroveň⁷ jedinců s mentálním postižením je patrná výkyvem na jednu stranu, směrem k podhodnocování se (nižší aspirace) nebo nadhodnocování se (vyšší nereálné aspirace). Vágnerová (2000) uvádí, že aspirační úroveň jedinců s postižením je součástí vyrovnání se s daným handicapem. Potřeba dosažení cílů je vysoká, ale jedinec se stává zranitelným z důvodu neúspěchu.

Volní projevy postižených osob se liší od intaktních citovou a volní labilitou, impulzivností, agresivitou, úzkostí a pasivitou. (Valenta, Müller 2009)

Důležitou součástí osobnosti člověka je také utváření sebehodnocení neboli sebepojetí. Sebepojetí formuje povahové rysy, ovlivňuje jednání a chování jedince. Stejně jako lidé vnímají svět kolem sebe, vnímají podobně svůj zevnějšek a své vlastnosti. Sebepojetí u osob s mentální retardací ovlivňují protikladné výchovné vlivy (v rodině, v ústavní péči). Zvýšené či naopak nízké sebehodnocení souvisí s nedostatečným intelektuálním rozvojem osobnosti,

⁶ Svědomí, pocit povinnosti a odpovědnosti.

⁷ Snaha o dosažení určitého cíle. (Sovák 2000)

je to projev celkového emocionálního zabarvení hodnocení i sebehodnocení. (Dolejší in Vítková 2004)

Renotierová (2004) zdůrazňuje, že mentální úroveň jedinců s mentální retardací vytváří specifický psychologický obraz, který omezuje výše zmíněné poznávací procesy.

Švarcová in Vítková (2004, s. 133) shrnuje psychické zvláštnosti osob s mentální retardací: *„zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudků, snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů, snížená mechanická a zejména logická paměť, těkavost pozornosti, nedostatečná slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování, poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace, impulzivnost, hyperaktivita nebo celková zpomalenost chování, citová vzrušivost, sugestibilita a rigidita chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, opožděný psychosexuální vývoj, nerovnováha aspirací a výkonů, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, poruchy v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci, snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům.“* Renotierová (2004, s. 167) doplňuje psychické zvláštnosti o: *„infantilitu osobnosti a závislost na rodičích a druhých lidech.“*

1.6 Shrnutí

Mentální retardace je vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí, projevující se snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností. Jednoznačnou příčinu mentální retardace určit nelze. Mentální retardace se dělí dle výše IQ na čtyři stupně – lehká, středně těžká a hluboká mentální retardace. Každý stupeň má své charakteristické znaky. Rozdílné jsou schopnosti v užívání řeči, sebeobsluze, mobilitě a další.

2 Ústavní péče

Druhá kapitola teoretické části se věnuje ústavní péči. Vymezíme historii ústavní péče, historické přístupy k osobám s postižením, charakteristiku ústavní péče, její funkce a rizika. Dále popisujeme postavení osob s mentálním postižením v resortu ministerstva práce a sociálních věcí a zmiňujeme sociální služby. V další části popisujeme životní cestu osoby s mentálním postižením od raného věku. Závěr kapitoly se zabývá kvalitou života osob s postižením.

Ústav je pokusem o vytvoření domova. Ústavy mají podobně jako jiné organizace, ale i třeba rodiny, hierarchii pozic. Dodržuje se určitý řád a uplatňují se sankce (pozitivní i negativní). Ústav je svým způsobem uzavřený svět, ve kterém existují hranice mezi klienty a personálem, ale také určitá omezení svobodné volby a soukromí klientů. (Matoušek 1999)

2.1 Historie ústavní péče u nás

První ústavy pro duševně nemocné začínají v českých zemích vznikat koncem 17. a začátkem 18. století. Tyto ústavy zřizuje církev a duševně nemocní jsou tak postupně vylučováni ze společnosti. Mezi takto držené osoby patřili mentálně retardovaní lidé, ale i kriminální osoby, propuštěnci z vojska a často i chudí lidé. Všichni byli využíváni jako levná pracovní síla. (Matoušek 1999)

V 18. století se objevují názory, že by se i „nenadaní“ žáci měli účastnit výuky ve školách. Tyto myšlenky zastával pruský reformátor Johann Ignác Felbiger, který byl autorem tereziánského školního řádu z roku 1774. (Valenta, Kozáková 2006)

Postupně od 19. století zakládání ústavů přebírá stát, který se začíná zabývat i specializací ústavů. (Matoušek 1999) V roce 1863 byl vydán zákon o domovském právu. Byl první legislativou, která upravovala péči o „úchylné“ jedince a ustanovovala nárok na sociální pomoc postiženým osobám. V témže roce se rozvíjeli zemské ústavy pro duševně postižené občany. O šest let později byl vydán zákon o obecných školách, který mentálně postižené děti vylučoval ze vzdělání.

V roce 1871 byl založen 1. ústav u nás pro slabomyslné. Černá (2008) doplňuje, že název ústavu tzv. Ernestinum na Pražském hradě, byl poctou kněžně Ernestině, předsedkyně Spolku paní sv. Anny, který ústav zřizoval. Ředitelem Ernestina byl jeden z prvních psychopedů u nás - Karel Slavoj Amerling. Tento pedagogický reformátor vytvořil systém výchovy slabomyslných, který se stal východiskem pro další rozvoj pedagogické specializace.

Školní řád o vyučování z roku 1905 umožnil zřizovat zvláštní pomocné třídy, které mohly navštěvovat i méně nadaní, kromě dětí se smyslovým postižením, kterým bylo toto umožněno až po dvou letech od vydání řádu.

V naší zemi došlo k významným změnám v oblasti péče o osoby s mentálním postižením po roce 1989. Vznikla řada institucí, které umožňují odlišný způsob péče. Na jejich vzniku se často podíleli rodiče dětí s mentálním postižením. Aktivita rodičů vedla k evropské vlně tak zvané deinstitucionalizace⁸. Vančura dále (2007, s. 14) poukazuje, že: „*Nová perspektiva zdůrazňující spokojenost klienta a jeho rodiny vycházela z myšlenek tzv. normalizace, to znamená snahy umožnit mentálně postiženým život, který by nejvíce odpovídal životu lidí nepostižených.*“ Sociální status jedinců s mentálním postižením je v neustálém procesu, můžeme jen doufat, že vývoj bude i nadále postupně pokračovat. (Vančura 2007)

2.1.1 Přístupy v době Starověkého Říma a Řecka

V nejstarším období římské republiky byl hlavním pramenem práva Zákon dvanácti desek. Význam pro pochopení formování vztahu k postiženým spočívá v tom, že zahrnuje nejen římskou obyčejovou praxi před 5. století př. n. l., ale jeho myšlenka se promítala i v právních zakotveních v jiných poměrech i dobách. Jedna z dvanácti desek například doporučovala rychle usmrtit obludné dítě. Další deska popisovala, že nad šílencem neboli duševně nemocným, který nemá opatrovníka, mají moc mužští příbuzní.

Narození „zrůdy“ byla pro společnost předzvěst zlé události. V Římě stejně jako v Řecku se po narození dítěte rozhodovalo o tom, zda zůstane či bude odloženo. Roli hrál zejména zdravotní stav. Novorozenci, kteří neodpovídali představám o zdravém dítěti,

⁸ Odliv klientů z ústavu. (Vančura 2007)

byli pokládáni na podstavce soch na náměstí, aby je pobíhající psi roztrhali. Nebo byly hozeny do řeky, do moře či spáleny. (Titzl 1998)

Podle Titzla (1998) se duševní vady nevyhýbaly ani vládnoucím dynastiím. Císař Augustus Octavianus zřizoval poručníka královským princům, kteří byli duševně vadní, dokud nezmoudřeli. V Římě se také konaly takzvané trhy bláznů a šilenců, kde byli prodáváni bohatým k obveselování.

2.1.2 Historické přístupy k handicapovaným osobám

Přístup společnosti k handicapovaným osobám se v průběhu staletí vyvíjel. Slowík (2007) popisuje historické přístupy společnosti k handicapovaným osobám:

Represivní přístup je charakteristický pro období starověku, které je spojováno se zbavováním postižených osob ze společnosti. Docházelo ke zneužívání, zotročování a zabíjení. V dochovaných středověkých dokumentech se nachází opatření, které mělo zaručovat ochranu a péči ze strany rodiny, ale i státu pro postižené občany. Existují také důkazy lékařských zákroků jako snaha o péči postižených.

Charitativní přístup je příznačný pro období křesťanského středověku, kdy dochází k vývoji a posunu pomoci postiženým jedincům. Byly zakládány klášterní špitály a řeholní řády se orientovaly na péči o postižené.

Humanistický přístup přichází s rozvojem medicíny v období novověku. Tehdy se rozvíjí také specializace jednotlivých postižení. Zakládají se ústavy a na postižené osoby se začíná pohlížet komplexně.

Rehabilitační přístup je typický pro přelom 19. a 20. století, kdy se propojuje léčba s výchovou a vzděláním. Osoby, které nejsou schopny rehabilitace (znovu nabýt potřebných schopností) se stávají objekt institucionální péče. Druhá polovina 20. století je charakteristická cílenou segregací⁹ postižených lidí.

Preventivně-integrační přístup přichází po 2. světové válce. Dochází k zaměřování na prevenci vzniku postižení, začíná se hovořit o integraci a o majoritním postoji k postiženým lidem.

Inkluzivní přístup je charakteristický pro dnešní dobu, kdy už jsou lidé s různým

⁹ Oddělování, vylučování.

druhem postižení integrování do běžné společnosti. Funguje mezinárodní spolupráce a výměna zkušeností. Otázkou budoucnosti je soužití majoritní společnosti s postiženými.

2.2 Charakteristika ústavní péče

Ústavní péče spadá do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky a popisuje ji vyhláška č. 182/1991 Sb. Ústavy sociální péče pro osoby s mentální retardací jsou děleny dle věku: od 3 do 26 let - Ústavy pro mentálně postiženou mládež, pro starší 26 let - Ústavy pro mentálně postižené dospělé občany. (Vyhláška č. 182/1991 Sb. § 65) Ovšem v praxi dochází k prolínání. Díky tomu se může zabránit negativním emocím mentálně postižených při přesunech z ústavu do ústavu.

Švarcová (2003) uvádí rozlišení ústavů na ústavy určené pouze pro dívky/ženy a jiné pouze pro chlapce/muže. Za nejvhodnější a nejvíce přirozené se ale považuje soužití obou pohlaví v jednom zařízení.

Dále se ústavy sociální péče dělí podle délky pobytu na denní, týdenní a celoroční. (Švarcová 2003) Dle zákona č. 108/2006 Sb., §46 denní ústavy (stacionáře) „*poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“ Podle zákona č. 108/2006 Sb., §47 poskytují týdenní stacionáře na rozdíl od denního stacionáře pobytové služby (mimo víkendu). Zákon č. 108/2006 Sb., §48 popisuje Domovy pro osoby se zdravotním postižením. Domovy jsou charakteristické především celoročním pobytem klientů. A poskytováním osobního vybavení, jako například prádlo, šatstvo a obuv. Dále poskytování drobných předmětů a některých služeb, jako je stříhání vlasů, holení, manikúra, pedikúra a podobně.

Mezi poskytované služby v ústavech patří pomoc při péči o vlastní osobu, sociálně terapeutické, výchovné a vzdělávací činnosti, poskytnutí stravy a ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2.3 Funkce a rizika ústavů

V České republice jsou různé typy ústavů podle funkcí, které mají plnit. Lečbych (2008) rozlišuje tři základní funkce ústavů:

1. **Podpora a péče** – funkce poskytuje klientům zázemí a péči, jako náhrada za chybějící rodinu. Objevuje se především v kojeneckých ústavech, dětských domovech, domovech důchodců, v domovech pro osoby s mentálním postižením apod.
2. **Léčba, výchova a resocializace** – tato funkce je uplatňována především v nemocničních zařízeních, léčebných a rehabilitačních ústavech, cílem je úsilí o změnu dosavadního stavu.
3. **Omezení, vyloučení a represe** – tato funkce se týká hlavně věznic a psychiatrických zařízení, díky existenci těchto zařízení je společnost chráněna před osobami s akutními psychózami, kriminálníky apod.

Riziky ústavní péče mohou být „ponorková nemoc“, neměnné prostředí, velké množství stejných klientů a stejného pohlaví, omezený nebo zcela zamezený kontakt s okolním světem, šikana a „syndrom hospitalismu.“ Sovák (2000) „syndrom hospitalismu“ popisuje, jako soubor příznaků v tělesném i duševním vývoji, jako následek dlouhodobého pobytu v ústavních zařízeních.

2.4 Postavení osob s mentálním postižením v resortu ministerstva práce a sociálních věcí

Dne 1. ledna 2007 nabyl účinnosti zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Zákon upravuje podmínky o pomoci a podpoře osob v nepříznivé sociální situaci pomocí sociálních služeb a příspěvků na péči, dále je osobám s postižením poskytováno bezplatné sociální poradenství, ale také služby, které jsou za úplatu.

Ministerstvo práce a sociálních věcí uvádí (www.mpsv.cz, cit. 16. 2. 2012), že „prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění

stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.“

Sociální služby musí vycházet z individuálních potřeb daného klienta. Cílem sociálních služeb je rozvíjení soběstačnosti, schopnosti vést samostatný život, snižování veškerých rizik klientů, sociální začleňování atd. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Sociální služby poskytují obce a kraje, nestátní neziskové organizace ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a sociální prevence. Služby jsou poskytovány ve formě pobytové, ambulantní nebo terénní.

Sociální služby:

1. **Sociální poradenství** se člení na základní a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství musí povinně poskytnout každá sociální služba. Odborné poradenství poskytují specializované poradny, například poradna pro osoby se zdravotním postižením. Cílem sociálního poradenství je bezplatná, nestranná a důvěrná pomoc.
2. Mezi **služby sociální péče** pro osoby se zdravotním postižením patří osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, odlehčovací služby, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením.
3. Mezi **služby sociální prevence** určené osobám se zdravotním postižením patří raná péče, telefonická krizová pomoc a sociální rehabilitace. (Stručný průvodce zákonem o sociálních službách, 2006)

Služby pro osoby s mentálním postižením:

- **Osobní asistence** se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby.
- **Pečovatelská služba** se poskytuje osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních.

- **Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba** se poskytuje osobám se zdravotním postižením, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti.
- **Podporované bydlení** je sociální služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby.
- **Odlehčovací služby** jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti. Cílem je umožnit pečující osobě odpočinek.
- **Centra denních služeb** poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost osob se zdravotním postižením.
- **Denní stacionář** poskytuje ambulantní služby osobám se zdravotním postižením.
- **Týdenní stacionář** poskytuje pobytové služby osobám se zdravotním postižením.
- **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** poskytují dlouhodobé pobytové služby.
- **Chráněné bydlení** je dlouhodobá pobytová služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení má formu individuálního nebo skupinového bydlení, osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

2.5 Zařazení osob s mentálním postižením do ústavní péče

V první polovině 20. století byla rodičům dítěte s mentálním postižením doporučována výhradně ústavní péče. Odborníci často tvrdili, že je to pro dítě nejvíc prospěšná varianta, a že toto řešení je v zájmu prospívání zdravých sourozenců i rodiny. S rozšířením poznatků o problematice mentální retardace vedlo v poslední čtvrtině minulého století k zásadnímu obratu v názoru na umístění dítěte mimo rodinu. V současné době velká část dětí s mentální retardací vyrůstá ve vlastní v rodině (Vančura 2007), nebo pokud se jich rodiče zřeknou, jsou umístěny do ústavní péče, konkrétně do kojeneckého ústavu.

Rodiče, kteří si dítě s mentální retardací ponechají v rodině, mohou využívat služeb rané péče. Tyto služby popisuje zákon č. 108/2006 Sb., §54: „*Služby rané péče se poskytují*

rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je osobou se zdravotním postižením nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého sociálního prostředí. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba je poskytována především v domácnosti. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně. “

Další možností, kterou mohou rodiče využít v raném věku dítěte, je program Portage. Ten se v České republice užívá od roku 1993. Základem programu jsou pravidelné návštěvy konzultantů v domácím prostředí. Cílem programu je podpořit vývoj dítěte, věnovat se nácviku aktivit a další. Konzultantem může být pro rodiče speciální pedagog, psycholog, sociální pracovník nebo zdravotník. (www.portageproject.org, únor 2012)

V období školní docházky může dítě s mentálním postižením navštěvovat mateřskou školu speciální, základní školu praktickou a speciální. Jedinec s mentálním postižením může také navštěvovat speciální pedagogická centra pro žáky s mentálním postižením.

Vyhláška č. 72/2005 Sb., popisuje poskytované služby speciálně pedagogických center: vývojový screening¹⁰, smyslová výchova, rozvoj hrubé a jemné motoriky, nácvik sebeobsluhy, rozvoj estetického vnímání, logopedická péče se zaměřením na alternativní a augmentativní komunikaci¹¹, nácvik prvního čtení a psaní, rozvoj grafomotoriky¹², využití arteterapie a muzikoterapie.

Další zastávkou v životě osoby s mentálním postižením je ve většině případů ústavní péče, a to buď denní nebo týdenní stacionář či stacionář s celoročním pobytem.

Další etapy života, jako je volba povolání nebo partnerský život, jsou limitovány způsobilostí k právním úkonům konkrétní osoby s mentálním postižením.

¹⁰ Vyšetření zdravotního stavu, metoda umožňující zachycení určitého jevu co nejefektivnějším způsobem. (Sovák 2000)

¹¹ Makaton, piktogramy, znak do řeči, komunikační tabulky a další.

¹² Soubor psychomotorických činností, které jsou vykonávány při psaní a kreslení. (www.grafomotorika.eu, cit. 20. 2. 2012)

2.6 Kvalita života osob s mentálním postižením

Velký vliv na kvalitu života osob s mentální retardací má segregace¹³. Osoby s jakýmkoli druhem postižení by neměly být segregovány, přesto k tomu stále dochází, jedinci se pak obtížně zapojují do života. Kvalita života v oblasti sociálních vztahů je diskutabilní. Jedinci uzavření v ústavech nejsou často na sociální kontakt připraveni a nemusí zcela důvěřovat sociálnímu okolí a pro psychické zábrany akceptovat tyto jedince do skupiny. (Langer 1996)

V ústavní péči, kdy je jedna z nejdůležitějších funkcí podpora zázemí a péče, je často obtížné funkci naplnit. Přes velký počet neměnicího se kolektivu a nemožnosti širšího kontaktu, často nedochází k naplnění funkce zázemí. Z důvodu ne vždy příliš pozitivního postoje rodičů k postiženému dítěti nebo personálu v zařízení pro osoby s postižením, není naplněna funkce láskyplného zázemí. (Vágnerová 2000)

Kvalita života nejen jedinců s mentálním postižením je velmi často diskutovanou otázkou. Americký psycholog Abraham Harold Maslow je autorem hierarchie lidských potřeb, z níž vychází definice kvality života. Maslow lidské potřeby seřadil podle důležitosti – potřeba seberealizace, uznání, společenská potřeba, potřeba bezpečnosti a fyziologická potřeba. (www.itsolution.cz, cit. 18. 2. 2012)



Obrázek č. 1 Maslowova pyramida lidských potřeb

¹³ Proces, kdy je jedinec kvůli nedostatku možnosti socializace vyčleňován ze společnosti. (Sovák 2000)

„Kvalita života zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Komplexní pohled na život postihuje jak vnější podmínky, tak i vnitřní rozměry člověka.“ (Svět práce a kvalita života 2006) Kvalita života je měřena dotazníky a strukturovanými rozhovory.

Podle Psychologického slovníku (2000) je kvalita života *„vyjádření pocitu životního štěstí, k jehož nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost.“*

2.7 Shrnutí

Historie ústavní péče se datuje již od konce 17. století a prošla dlouhým vývojem. Ústavy sociální péče pro osoby s mentální retardací se dělí dle věku, pohlaví a délky pobytu. Mezi rizika ústavní péče patří „ponorková nemoc“, neměnné prostředí, velké množství stejných klientů a stejného pohlaví, omezený kontakt s okolím, šikana a „syndrom hospitalismu“. Život rodiny s dítětem s mentálním postižením může začít využíváním rané péče, terénního programu Portage, v období školní docházky to jsou pak zařízení: mateřská škola speciální, základní škola praktická a speciální a také speciální pedagogická centra pro žáky s mentálním postižením. Vliv na kvalitu života osob s mentálním postižením má především segregace v ústavní péči.

3 Konflikt

V této kapitole vymezíme pojem konflikt, základní druhy konfliktů a nastíníme proces řešení konfliktů.

3.1 Vymezení pojmu

Konflikty jsou všude kolem nás a každý se s nimi setkává, a to i osoby s mentálním postižením. Konflikt je vnímán jako něco negativního, přičemž ale právě prostřednictvím konfliktu může člověk dosáhnout požadované situace. Podle Holé (2003, s. 18) „*cílem řešení konfliktu je spokojenost člověka.*“ A jak uvádí Křivohlavý (2002), konflikty nutně musí být, protože každý člověk je jiný. Každý má své vlastní představy, očekávání, přání, potřeby a podobně. Otázkou pouze je, jak jsou tyto konflikty řešeny. Lze k nim přistupovat buď přátelsky, nebo naopak nepřátelsky.

Křivohlavý (1973) vysvětluje, že slovo konflikt je latinského původu a znamená střetnutí dvou nebo více navzájem se vylučujících snah, sil či tendencí. Sovák (2000, s. 162) definuje konflikt, jako: „*střetnutí protichůdných, protikladných nebo nesourodých sil, činů, pohnutek, cílů.*“

3.2 Základní druhy konfliktů

Konflikty se rozlišují podle Holé (2003), ale také dle Křivohlavého (2002), podle počtu zúčastněných a podle psychologické charakteristiky. Oba druhy se pak dále dělí (viz. níže).

3.2.1 Konflikty dle počtu zúčastněných (Holá, 2003)

Oba autoři, Holá (2003) i Křivohlavý (2002) člení konflikty podle počtu zúčastněných obdobným způsobem. Uvádíme členění dle Holé:

- a) **intrapersonální** – konflikty jedné osoby,

- b) **interpersonální** – konflikty mezi dvěma lidmi,
- c) **skupinové** – konflikty uvnitř skupiny lidí,
- d) **meziskupinové** – konflikty mezi dvěma a více skupinami lidí.

3.2.2 Konflikty dle psychologické charakteristiky (Křivohavý, 2002)

Oba autoři, Holá (2003) i Křivohavý (2002) člení konflikty podle psychologické charakteristiky obdobným způsobem. Uvádíme členění dle Křivohavého, a to z důvodu výstižnějšího popisu jednotlivých druhů konfliktů:

- a) **konflikty představ** – konflikt vzniká, když je verbální sdělení v rozporu s nonverbálním,
- b) **konflikty názorů** – střetnutí dvou různých názorů v jedné situaci,
- c) **konflikty postojů** – vyplývá z odlišného postoje ve stejné situaci, roli mohou hrát i emoce člověka,
- d) **konflikty zájmů** – vzniká z rozdílných lidských potřeb.

3.3 Faktory ovlivňující konflikt

Mezi faktory, které mohou značně ovlivnit průběh a řešení konfliktů, patří pohlaví, věk, rysy osobnosti a také psychopatologické rysy, do nichž patří i mentální retardace.

Křivohavý (1973) zmiňuje průzkum z Michiganské univerzity¹⁴, který se zabýval problematikou odlišností mužů a žen v řešení mezilidských konfliktů. Celkem 210 párů, z toho 70 párů mužů, 70 párů žen a 70 smíšených párů, řešilo sérii 300 konfliktních situací. Výsledky ukázaly jednoznačně vyšší úroveň spolupráce u mužů.

Olomoucký psycholog Mgr. Lubomír Smejkal, na otázku autorky: „Jaké jsou konflikty osob s mentálním postižením?“, odpověděl: „*Konflikty mezi mentálně postiženými jsou přirozenější, není v nich rafinovanost, kterou používáme my.*“

¹⁴ Ve Spojených státech amerických.

3.4 Proces řešení konfliktů

Při řešení konfliktů bývá složité oddělit emoce a člověka, se kterým konflikt řešíme, od problému. Důležitými pojmy, které se týkají řešení konfliktů, jsou taktika a strategie.

3.4.1 Strategie

Strategie je nejdůležitější faktor, který ovlivňuje rozhodování lidí v konfliktech. Křivohlavý (2002, s. 142) definuje pojem strategie jako: „*pečlivě vypracovaný plán, postup, program k dosažení určitého cíle.*“ Rozlišují se dva druhy strategií – statické a dynamické.

Statické strategie

Statická strategie je taková, která je na začátku konfliktního střetnutí pevně stanovena a nemění se. Statická strategie se dále dělí na nepodmíněnou a na podmíněnou. Nepodmíněná je necitlivá k tomu, co dělá druhý člověk. Podmíněná strategie je citlivá k tomu, co druhý dělá, jak se rozhoduje a podobně.

Dynamická strategie

Dynamická strategie je taková, která se v průběhu konfliktů mění. Křivohlavý (2002) uvádí dva typy možností tvorby různých druhů dynamických strategií. Prvním typem je fázové, diskrétní řazení strategií, kdy se průběh konfliktních situací rozdělí na několik fází a v každé se volí jiné postupy. Druhým typem jsou plynulé, kontinuitní změny – strategie se mění plynule po určitých úsecích.

3.4.2 Taktika

Taktika je způsob postupu. Křivohlavý (2002) zmiňuje čtyři druhy taktických operací – sliby, přísahy, hrozby a inspekční zásahy.

S otázkou slibů souvisí problém dodržitelnosti slibů. Co se týče přísah, ty Křivohlavý (2002) definuje, jako zdůraznění pravdivosti výroku. Inspekce znamená možnost podívat se a prozkoumat, prohlédnout a poznat partnerovu situaci. Hrozbu Křivohlavý popisuje, jako situaci, kdy může být druhému způsobeno něco nepříjemného.

3.4.3 Aktivní a pasivní řešení konfliktů

Pokud se jedinec dostane do konfliktu, má několik možností, jakým stylem jej vyřešit. Jednou z ne příliš vhodných možností je pasivní řešení konfliktů. Jedinec se konfliktu vyhne. Jak uvádí Plamínek (1994) nedělat nic a čekat, až se konflikt sám vyřeší.

Aktivní řešení má několik podob. Jednou z nich je násilné řešení sporů. Psychické násilí jako jsou slovní urážky, vydírání a urážení nebo fyzické násilí. Bez ohledu na rozsah je tento způsob řešení nevhodný.

Další metodou je delegace. Plamínek (1994) popisuje, že se účastníci konfliktu obrací na autoritu, aby rozhodla. Nejběžnější autoritou je pak soud.

Posledním příkladem aktivního řešení je jednání. Konflikt je řešen diskuzí, může nastat i kompromis. Diskuze má tři podoby – monolog, dialog nebo trialog¹⁵.

3.5 Shrnutí

Konflikt je střetnutí dvou navzájem vylučujících se sil a setkáváme se s ním na každém kroku. Konflikty se dělí dle počtu zúčastněných a dle psychologické charakteristiky. Mezi faktory, které mohou ovlivnit průběh konfliktů, patří pohlaví, věk, rysy osobnosti a také psychopatologické rysy osobnosti. Při řešení konfliktu je dle Křivohlavého (2002) důležitý pečlivě vypracovaný plán neboli strategie a také způsob postupu neboli taktika. Kromě aktivního řešení konfliktů, které má několik podob, existuje i pasivní forma. Jak popisuje Plamínek (1994) jedinec čeká, až se konflikt sám vyřeší.

¹⁵ Zapojení třetího člověka do jednání, vede diskuzi, aby usnadnil protivníkům dohodu. (Plamínek 1994)

Praktická část

Praktická část pojednává o Domově Větrný mlýn ve Skaličce. Popisuje charakteristiku Domova, historii a zmiňuje se o novém lůžkovém pavilonu. Dále popisuje rozdělení na jednotlivá oddělení v Domově, režim dne a život klientek.

4 Domov Větrný mlýn Skalička

Domov Větrný mlýn Skalička, příspěvková organizace, se nachází v bývalém zámku v obci Skalička sedm kilometrů od Hranic. Rozkládá se v rozlehlém parku, který je jeho součástí.

4.1 Charakteristika

Základním posláním Domova Větrný mlýn Skalička, příspěvková organizace, pobytového zařízení pro osoby se zdravotním postižením, je poskytovat dívkám a ženám s mentálním postižením a kombinovanými vadami náhradní domov s přiměřenou podporou a péčí tak, aby mohly prožít život aktivně, smysluplně a radostně na základě jejich individuálních potřeb a přání.

Služby jsou poskytovány dívkám a ženám od 3 let věku s mentálním postižením včetně přidružených smyslových nebo tělesných vad, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby alespoň ve stupni I. Horní věková hranice není omezena. Kapacitně je služba určena pro 78 uživatelů, o které se stará 55 pracovníků, z toho je 36 v přímé péči.

Domov tvoří komplex pěti budov. Rekonstrukcí starého arcibiskupského zámku vznikla hlavní budova, kde jsou situována všechna oddělení. Další dvě původní budovy (severní a jižní) byly upraveny pro potřebu zařízení. V jižní se nachází především dílny pro volnočasové aktivity, prádelna a kotelná. Za touto budovou dále k jihu stojí nová budova výchovy se společenským sálem. Na severní straně je správní budova, která je spojena s hlavní budovou koridorem. V ní se nacházejí kanceláře ředitele, sociální pracovnice, správce, účetních a dále kuchyň s jídelnou a šatny personálu. Za touto budovou k severu je ještě budova údržby. (www.uspskalicka.cz, cit. 16. 2. 2012)

4.2 Nový pavilon

V areálu parku se v současné době staví další nová budova. Název této stavby je „Domov Větrný mlýn Skalička - přístavba lůžkového pavilonu“. Jedná se o výstavbu nového bezbariérového objektu pro ubytování 40 žen s lehkým mentálním postižením. (www.vz.statnisprava.cz, cit. 16. 2. 2012)

Budova je kompletně dotovaná z rozpočtu Olomouckého kraje a její stavba přijde na 33 milionů korun. Kolaudace objektu je plánovaná na listopad 2012. Do nového pavilonu se přesune čtyřicet chovanek, což je zhruba polovina klientek. Důvodem stavby je nedostatečná kapacita hlavní budovy, protože v současné době na jednom pokoji v hlavní budově bydlí šest až sedm lidí. (Mašláň 2011)

4.3 Historie ústavu

Historie Domova Větrný mlýn Skalička je spojená se zámekem. Ten stával v obci od 16. století, tehdy byl dřevěný a jeho majitelé se často střídali. Počátkem 19. století začala přestavba dřevěného zámku na cihlový. Roku 1878 koupilo zámek arcibiskupství olomoucké, které jej užívalo jako své letní sídlo.

S arcibiskupstvím byla roku 1924 podepsána kupní smlouva, podle které připadl zámek sestřám Družiny Cyrilo-Methodějské. Touto smlouvou se zámek stal „Ústavem Cyrilo-Methodějským“, a byl určen epileptickým dětem. V roce 1925 se do zámku přistěhovalo pět řádových sester z Brna a 22 dětí. Tehdy se začala psát historie ústavu.

V roce 1930 se zámek stal majetkem Kongregace sester Cyrilo-Methodějských. Koncem druhé světové války zažila Skalička velké boje. V zámku byli umístěni nejprve němečtí vojáci a od května 1945 byl zámek osídlen vojáky sovětskými. Při přestřelkách mezi vojáky utrpěl zámek značné škody a v parku bylo zničeno množství stromů.

V roce 1949 bylo v Praze vytvořeno nové administrativní vedení všech charitních ústavů. Charitní péče veškerých církevních organizací byla řízena Státním úřadem pro věci církevní, který spadl pod Ministerstvo práce a sociální péče.

V roce 1951 došlo k velkému přemísťování dětí. Ústav zaopatřoval děti pouze do věku 16 let. Od roku 1953 začaly přestavby zámku, byly zřizovány ložnice dětí, prádelna, jídelna,

kuchyň, sklady a hřiště. V ústavu bylo umístěno 67 dětí.

V roce 1956 byl ústav přejmenován na „Dětský ošetrovací ústav české katolické Charity“. Děti bylo již 88. V roce 1958 byl poprvé uveden zástupcem Charity do funkce vedoucího ústavu civilní zaměstnanec Jan Škop. Od roku 1960 ústav spadl pod státní správu a byl řízen Okresním národním výborem. Zařízení bylo přejmenováno na „Ústav sociální péče pro děti a mládež“. Žilo zde tehdy 95 klientek. Během následujících let se tento počet snižoval, až se zredukoval na 82 klientek všech věkových kategorií.

V roce 1988 odešla poslední řádová sestra a v zařízení pracovali jen civilní zaměstnanci. Vzhledem k různorodému věkovému složení klientek došlo v roce 1997 k další změně názvu na „Ústav sociální péče pro mládež a dospělé Skalička“. Od roku 2003 je zřizovatelem Olomoucký kraj. Poslední změna názvu se datuje k 1. 7. 2007. Nový název je Domov Větrný mlýn Skalička, příspěvková organizace.

Po celá léta od vzniku až po současnost byla dětem věnována náležitá péče. Celou dobu bylo rovněž dbáno na stavební rozkvět a úpravy budov. V současné době má zařízení moderní podobu a sleduje moderní trendy ve výchově a vzdělání mentálně a jinak postižených lidí. (www.uspskalicka.cz, cit. 16. 2. 2012)

4.4 Rozdělení oddělení

V Domově Větrný mlýn je pět jednotlivě fungujících oddělení. Klientky Domova je označují jako „áčko, béčko, ležáci a čtvrtáci“. Oficiální názvy jsou I. A., což je výchovné oddělení pro dospělé ženy, dále I. B., což je výchovné oddělení pro děti a mládež. Na dalších odděleních převažuje zdravotní péče, na 2. a 3. oddělení jsou klientky s hlubokou mentální retardací. Poslední oddělení má číslo 4., je to oddělení pro starší ženy, kde převažuje kvůli stavu klientek také zdravotní péče nad výchovnou.

Na oddělení I. A., kde se konal výzkum, je 15 klientek ve věku od 26 do 54 let. Obývají dva takzvané salóanky. V prvním salóanku je sedm klientek, ve druhém salóanku je klientek osm.

Metodou pozorování při návštěvě salóanků bylo zjištěno, že se jedná o velkou místnost, kdysi zámecký salónek, kde dřívější zámecké časy připomínají kromě velkých oken také stropní výzdoby. Každá klientka má svou váleudu obklopenou políčkami a menšími skříňkami a stolky, v jednom rohu pokoje jsou pak skříně. Klientky mají své místo vyzdobené plakáty,

obrázky, plyšovými medvídky, hračkami, ale také knihami nebo cd přehrávači.

Na popis pokoje jsem se také zeptala metodou rozhovoru jedné z klientek. Ta pokoj popsala takto: „*Máme tam stolečky, válečky, poličky, cd, dvd, kazeťáky.*“

4.5 Režim dne

Jaký je každodenní režim v Domově větrný mlýn Skalička jsem zjišťovala metodou rozhovoru s klientkami ústavu.

„*Vstáváme v 7 hodin. Usteleme si a jdeme na snídani, ta je v 8 hodin. Po snídani si uděláme každý svoje povinnosti.*“ Paní J.: „*Já mám na starosti koupelnu.*“ Paní D.: „*A já umývám sklínky a pohárky a taky žehlím. Umím žehlit.*“

K dopolednímu programu se podrobně vyjádřila paní D.: „*Potom jdeme do dílen. Já jsem v keramice.*“ Paní J.: „*Já maluju na trička, tašky a polštáře v textilním kroužku.*“ Paní D. pokračuje v povídání o odpoledním programu: „*Po dílně jdeme na oběd, ve 12 hodin. Pak máme polední klid, dáme si kávu a pak svačinku. A zase jdeme do dílny a jsme tam až do půl čtvrté. Pak je volno a večere je v šest. Po večeri se díváme na televizi, některé holky pletou nebo vyšívají. Spát jdeme kolem 22. hodiny. Já jdu někdy spát až ve dvanáct, když se dívám na filmy.*“

4.6 Klientky o svém životě

Metodou volného rozhovoru jsem zjišťovala, jak klientky hodnotí svůj život, jaké mají nejranější vzpomínky. Z rozhovorů vyplývají i rodinné vztahy klientek. Následují dvě výpovědi na otázku: „*Co si pamatujete z dětství? Řekněte mi něco o svém životě.*“

Paní D.

„*Pamatuju si, jak jsem spadla z postýlky, na bradě mám jizvu. Bydleli jsme v paneláku. Měla jsem malej pokojíček. Pamatuju si maminku i tatínka, bydleli v Sobotíně. Doma jsem byla do 6 let a pak jsem šla do Skaličky. Chodila jsem do pomocné školy v Sobotíně. Mám sestru Ilonu. Je v chráněném bydlení v Albrechticích, je starší. Tatínek byl sklář a maminka tkala koberce v továrně. Maminka za mnou nejezdila. Nevlastní sestra za mnou*

přijela, ale kouřila a pila, tak jsem z té návštěvy utekla zpátky do ústavu. Zlobím se na maminku a tatínka. Nikdy nepřijeli. Oni se nabourali. Pili. Nabourali se do stromu, na místě mrtví. Bylo mi 15 let. Nešla jsem na pohřeb. Schovala jsem se do sklepa v ústavu. Tady se mám dobře. Holky jsou hodné. Ted' jsem sirotek. Nemám nikoho. Maminka mě mlátila. I sestru Ilonu, ta má kvůli tomu hrb a vypadá jako velbloud. Maminka ji mlátila hůlkou.“ (Paní D. dál hovořit nechce.)

Paní J.

„Přijela jsem do Skaličky z Branek¹⁶. V Brankách jsem byla jako miminko. Maminka se jmenuje Magda. Otec nezvěstný. Teda neznámý. Mám sestry – Ivetu, Soňu, Katku, Olgu a bráchu Rudu. Viděla jsem bráchu i ségru. Když mi bylo 14 let, maminka si pro mne přijela a vzala si mě domů do Rožnova na velké prázdniny. Nelíbilo se mi tam. Maminka mi nedávala najíst. Nestarala se o mne. Byl tam i Ruda, Soňa a Iveta. Měla jsem to doma jiné. Měli jsme tam kamenec. Pořádné postele tam nebyly. Skinhedi maminku vykradli, barák se zhroutil, ona taky. Maminka byla nemocná, je v domově důchodců. Maminka je Romka jako já. Tatínek byl bílý. Jmenoval se Svaťa. Bylo to hrozné, co jsem doma prožívala. Mamka kouřila a pila. Byla alkoholička. Chtěla mě zabít. Byla jsem u sestry doma. Ona má pěkné bydlení. Má sporák, kuchyňskou linku, telku. Já jsem teta. Můj synovec je Miša. Vycházím se sestrou dobře.“

¹⁶ V Brankách je Dětská psychiatrická léčebna.

5 Výzkumná část

Výzkumná část zjišťuje, jaké mají klientky vzájemné vztahy, zda je rozdíl v řešení konfliktů osob s mentálním postižením od majoritní společnosti, o jaký druh konfliktu se nejčastěji jedná a jaké jsou následné reakce.

5.1 Cíle výzkumu a výzkumné hypotézy

Nastíníme čtyři cíle práce.

Cíl 1: Prvním cílem bylo zjistit, zda mají lidé s mentálním postižením konflikty stejně jako majoritní společnost.

Cíl 2: Druhým cílem bylo rozpoznat, o jaký druh konfliktů se nejčastěji jedná.

Cíl 3: Třetím cílem bylo zjistit, jaké jsou reakce klientek s mentální retardací při konfliktech.

Cíl 4: Čtvrtým cílem bylo rozpoznání vztahů mezi klientkami na vybraném oddělení.

V této bakalářské práci zformulujeme tři hypotézy.

Hypotéza 1: Klientky mezi sebou mají běžné konflikty jako majoritní společnost.

Hypotéza 2: Nejčastějším sporem klientek je konflikt zájmů.

Hypotéza 3: Nejčastější reakcí řešení konfliktů je jít si někomu stěžovat.

5.2 Výzkumný vzorek

Pro analýzu vztahů jsme vybrali deset klientek Domova Větrný mlýn z oddělení I. A. ve věku 26 až 54 let, s lehkou až středně těžkou mentální retardací a dále šest pracovníků Domova. Dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů neuvádíme celá jména. Pro rozhovor byl zvolen bývalý ředitel Poradenského centra sociálních služeb Olomouckého kraje, psycholog Mgr. Lubomír Smékal z Olomouce.

5.3 Metodologie výzkumu

Použili jsme metodu sběru dat zúčastněné pozorování, kdy autor určil, co a jak bude pozorovat a pohybovali jsme se přímo v Domově, kde se vyskytovali pozorované jevy.

(Miovský 2006) Dalšími použitými metodami byl nestandardizovaný rozhovor a dotazník. Výsledky byly na místě zapisovány. Ke zpracování dat byla použita metoda prostého výčtu. Podle Miovského (2006) je tato metoda na hranici mezi kvantitativním a kvalitativním přístupem. Jejím prostřednictvím vyjadřujeme vlastnost určitých jevů. K zjištění vztahů mezi klienty byl použit sociometrický dotazník. Získaná data jsou pak znázorněna v grafech a tabulkách.

5.4 Analýzy a interpretace výsledků výzkumu

5.4.1 Konflikt

I lidé s mentálním postižením se dostávají do konfliktů, stejně jako majoritní společnost prožívají své vztahy a emoce, každý jako osobitý jedinec specificky po svém.

5.4.2 Konflikty mezi mentálně postiženými z pohledu psychologa

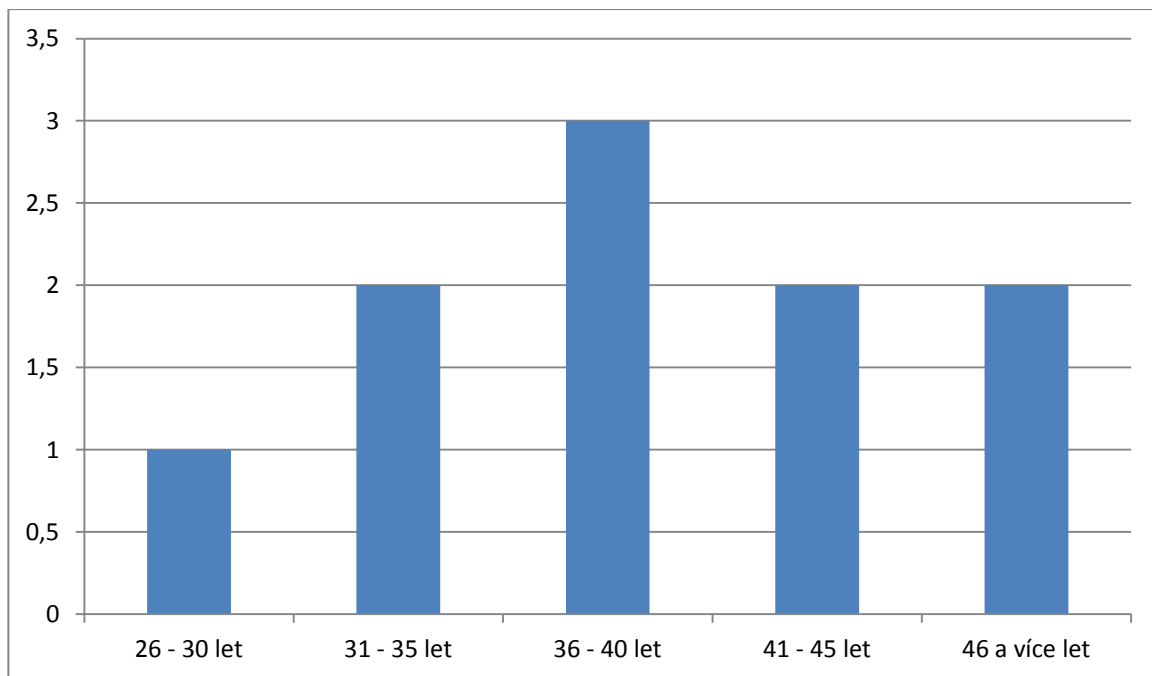
Otázku „Jak se liší konflikty a vztahy mezi osobami s mentálním postižením od těch mezi majoritní společností?“ jsem položila olomouckému psychologovi Mgr. Lubomíru Smejkalovi. *„Člověk se může na emoce mentálně postižených docela spolehnout, dopředu u nich nebyvají kalkulace. Když má takový člověk potřebu někoho praštit, tak ho praští a nepřemýšlí, jestli se to dělá nebo nedělá. Oni dokážou být docela razantní. Když jsou v emoci, prožívají ji plně a nedrží se zpátky. Není u nich korekce v tom smyslu, jak to děláme my, že si netroufneme.“*

5.4.3 Dotazník

Výzkum byl zaměřen na zjištění druhu konfliktů mezi osobami s mentálním postižením, na jejich následné reakce a na zjištění vztahů mezi klienty na oddělení (viz. příloha č. 6). S každou klientkou probíhalo vyplňování dotazníku samostatně, kdy v místnosti byla ještě přítomna paní vychovatelka.

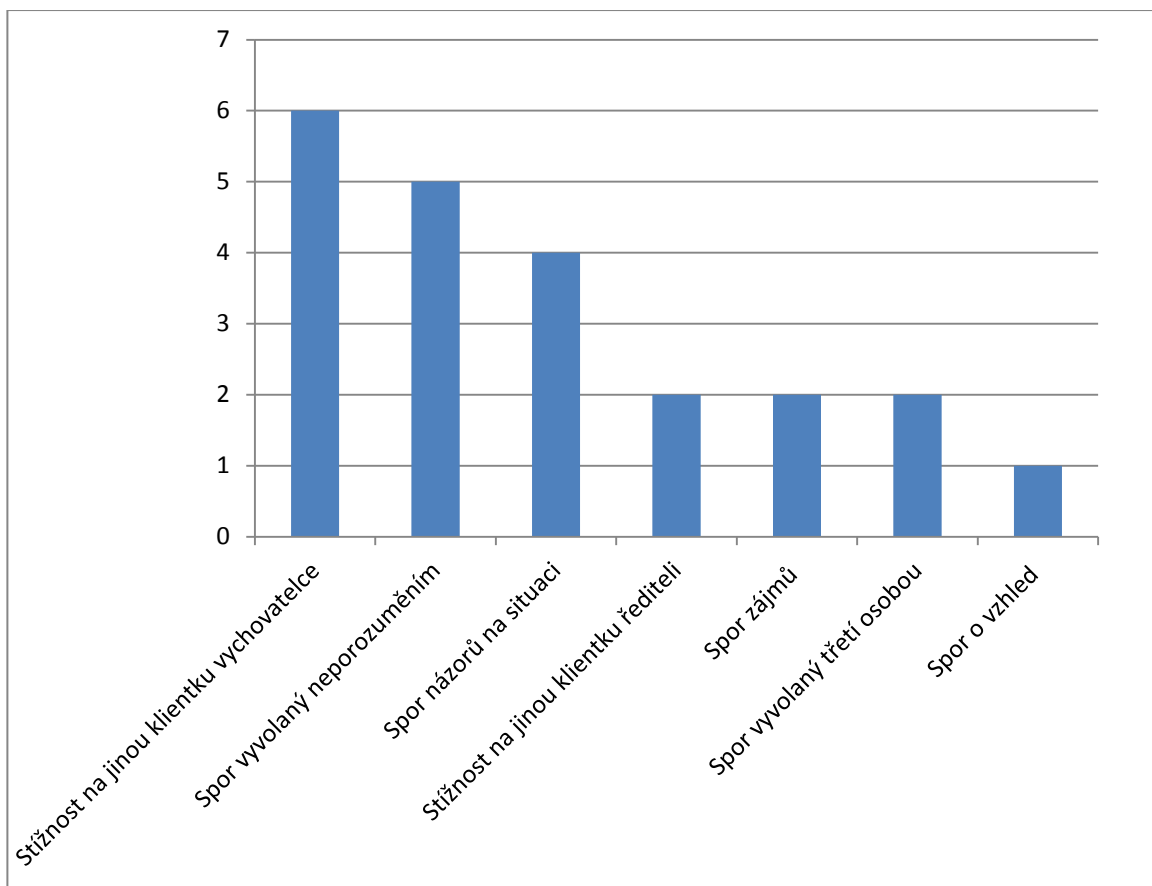
5.4.4 Vyhodnocení dotazníku

Výsledky šetření, které bylo prováděné metodou dotazníku, jsou graficky znázorněny.



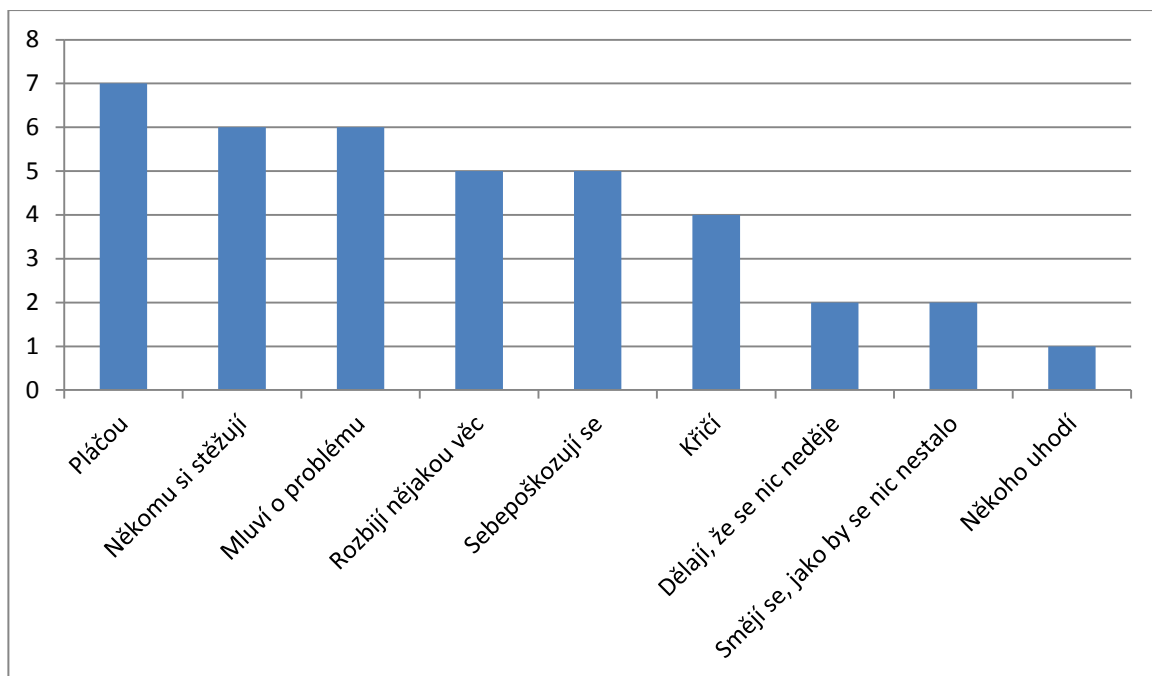
Graf č. 1 věk vybraných respondentek.

Graf znázorňuje věk respondentek dle věkových kategorií 26 - 30 let, 31 – 35 let, 36 – 40 let, 41 – 45 let, 46 a více let. Nejvíce respondentek bylo ve věku 36 – 40 let.



Graf č. 2 druhy konfliktů.

Graf znázorňuje, že nejčastějším druhem konfliktu je stížnost na jinou klientku paní vychovatelce, tak uvedlo 60 % dotázaných. Celkem 50 % respondentek uvedlo, že je často konflikt způsoben nepochopením a 40 % tázaných sdělilo jako obvyklý konflikt spor názorů na situaci.



Graf č. 3 reakce na konflikt.

Graf zobrazuje, že mezi nejčastější reakce při konfliktech patří pláč, tak uvedlo 70 % respondentek. Přesně 60 % dotázaných sdělilo, že častou reakcí je stěžování si někomu a mluvení o problému. Mezi často vyskytovanou reakcí je i sebepoškozování. Klientky uvedly, že samy sebe škrabou, koušou nebo tahají za vlasy. Další častou reakcí klientek na konflikt je, že rozbijí nějakou věc. Jedna klientka uvedla, že nedávno ze vzteku rozbila zrcadlo. Pouze 10 % respondentek se doznává, že jsou schopny při konfliktu někoho uhodit.

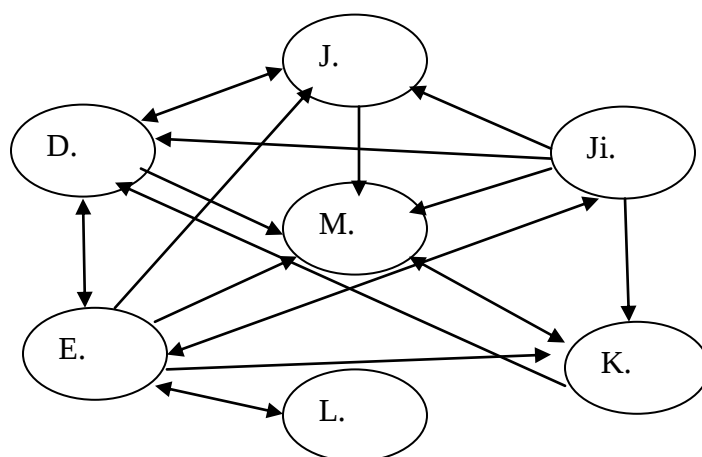
Vzájemné vztahy klientek na oddělení

V salónku, kde klientky tráví většinu svého volného času, byl proveden sociometrický výzkum zaměřený na vztahy ve skupině. Výzkum byl realizován formou dotazníku a nestandardizovaných rozhovorů, kdy byly sedmi klientkám předloženy tři jednoduché obličeje znázorňující emoce k druhému člověku: 1. Radostný obličej, je to má kamarádka, mám ji ráda, rozumíme si. 2. Je to kamarádka, ale příliš času spolu netrávíme. 3. Smutný obličej, s tímto člověkem si příliš nerozumím, máme odlišné zájmy a občas se pohádáme (viz. příloha č. 5). Každá z klientek pak k ostatním přiřadila obličej, který vyjadřoval vztah k dané klientce.

Výsledkem bádání je sociogram, který ukazuje největší oblíbenost a největší počet kamarádek paní M., na druhém místě je pak paní D. Průzkum ukazuje jako nejméně oblíbenou členku ve skupině paní L., na druhém místě paní J. Vycházela jsem z těchto výsledků a zjišťovala formou rozhovoru s paní J. vztah k paní L. „*L. nemám ráda. Byla zlá. Kvůli tyčinkám. Nechtěla mi dovolit vzít si tyčinku a sama měla. Nadávala. A špatně mluví.*“ Paní J. jsem vzhledem k tomu, že nepatří ve skupině k oblíbeným, položila ještě otázku, zda si myslí, že ostatním vadí, že je Romka. „*Ne, jim je to jedno. Říkají mi Havráнку, ale to je přezdívká,*“ vyjádřila se paní J. Proč paní D. ohodnotila paní L. smutným obličejem, odpověděla: „*Protože L. bouchá s válečkou v noci a se stolkem. Něco asi hledá.*“

Z šetření vyplývá, že stejně jako v jakékoli jiné malé sociální skupině, i zde je celá škála sociometrických statusů. (Nakonečný 1999) Na základě výsledků sociometrického šetření a zúčastněného pozorování je paní M. „hvězdou“ skupiny. Paní je D. je takzvaným vůdcem. Paní J. spadá spíše mezi akceptované osoby malé sociální skupiny. Paní L. má status outsidera. Z výsledků pozorování, ale především vyplývá fakt, že důvodem posledně zmíněného statusu klientky, může být narušená komunikační schopnost. Ve skupině ale přesto převažují sympatické vztahy nad antipatickými.

Komentář k sociometrickým statusům v salónku, sdělila jedna z pracovnic výchovného oddělení: „*V kolektivu je vždycky nějaká vůdčí osobnost. V salónku je to paní D. Je velice autoritativní, má respekt. Ty "svoje" si srovná sama.*“



Sociogram č. 1

Dotazníkové šetření s personálem

Následovalo dotazníkové šetření s personálem Domova Větrný mlýn ve Skaličce. Záměrem dotazníku bylo zjistit odpovědi na stanovené cíle práce. Dotazník byl rozdělen do tří částí. První část se skládala z uzavřených otázek, druhá a třetí část dotazníku se skládala z výčtových otázek.

Počet respondentů: 6 pracovníků domova.

V první části se respondentky shodly na tom, že i lidé s mentálním postižením mají konflikty jako majoritní společnost. V názorech respondentů převládala odpověď, že je rozdíl v řešení konfliktů osob s mentálním postižením od většinové společnosti. Výsledky ukazují, že rozdíl je především v přístupu řešení konfliktů. Respondentky sdělily, že ovlivnění řešení konfliktů spočívá především ve snížení rozumových schopností, nepochopení situace a reakce druhého člověka. Pět ze šesti pracovníků Domova poukazuje na fakt, že se většinou jedná o konflikt interpersonální, jedna respondentka uvedla, že se vyskytují i konflikty skupinové.

V druhé části respondentky potvrzují nejčastější odpověď klientek, že nejčastěji si klientky stěžují na jinou klientku paní vychovatelce, dále se jedná o spor vyvolaný třetí osobou. Pro srovnání s výsledky klientek, tuto odpověď uvedly 2 z 10. Jako další nejčastější konflikt klientek podle personálu je spor zájmů, s touto odpovědí se ztotožňují také 2 z 10 klientek. Ve srovnání s výsledky získanými s klienty s výsledky získanými od personálu se dá porovnat jediná shodná odpověď – stížnost na jinou klientku paní vychovatelce (viz. tabulka č. 1).

Třetí část dotazníku se zabývala reakcí klientek na konfliktní situace. Respondentky uvedly, jako tři nejčastější reakce na konflikt sebepoškozování, stěžování a pláč. Výsledky třetí části dotazníkového šetření se shodují s výsledky uvedenými klientkami (viz. tabulka č. 2).

Pracovnice Domova	Klientky
Stížnost na jinou klientku vychovatelce	Stížnost na jinou klientku vychovatelce
Spor vyvolaný třetí osobou	Spor vyvolaný nepochopením
Spor zájmů	Spor názorů na situaci

Tabulka č. 1 Nejčastější druh konfliktu, srovnání názorů pracovníků s výpověďmi klientek.

Pracovnice Domova	Klientky
Sebepoškozování	Pláč
Stěžování	Stěžování
Pláč	Mluví o problému

Tabulka č. 2 Nejčastější reakce na konflikt, srovnání názorů pracovníků s výpověďmi klientek.

5.5 Shrnutí

Stále častěji je problematika osob s postižením diskutována. Z šetření vyplývá, že ani osoby s mentálním postižením se nevyhnou konfliktům. Rozdíl v řešení konfliktů je v jejich spontánnosti. Výsledky ukazují, že převažují sympatické vztahy ve skupině. A obdobně jako v kterékoli jiné malé sociální skupině se i zde vyskytují sociometrické statusy jako vůdce, hvězda nebo outsider.

6 Závěr

Zabývali jsme se analýzou vztahů osob s mentálním postižením. Cílem bylo zjistit, zda mají lidé s mentálním postižením konflikty stejně jako majoritní společnost. Výsledky můžeme považovat za shodné s většinovou společností. I takto postižení lidé se dostávají do konfliktů a prožívají své vztahy a emoce, každý jako individuální jedinec osobitě po svém. Rozdíl můžeme pozorovat ve stylu řešení konfliktu, zatímco majoritní společnost se snaží o konstruktivní řešení, mentálně postižení jednájí pouze intuitivně a impulzivně.

Podle teoretického východiska Holé (2003) jsme zjistili, že v otázce konfliktů z pohledu počtu zúčastněných se nejčastěji jedná o konflikty interpersonální, tedy spor dvou osob. V oblasti konfliktů podle psychologické charakteristiky Křivohlavého (2002), se hojně vyskytují konflikty názorů a zájmů.

Druhým cílem práce bylo rozpoznat, o jaký druh konfliktu se u klientek s mentálním postižením nejčastěji jedná. Výsledky ukazují, že nejčastějším důvodem sporu je stížnost na jinou klientku vychovatelce, tuto odpověď uvedlo celkem 81 % respondentů. Mezi časté důvody konfliktů osob s mentálním postižením dle výsledků také patří spor vyvolaný nepochopením, spor názorů na situaci, spor vyvolaný třetí osobou a spor zájmů.

Třetím cílem práce bylo zjistit, jaké jsou obvyklé reakce klientek při konfliktech. Celkem 56 % respondentů se shodlo, že nejčastější reakcí je jít si někomu stěžovat. Klientky také uvedly, že při konfliktu často pláčou a chtějí s někým mluvit o daném problému. Podle pracovníků Domova je také běžnou reakcí na konfliktní situace sebepoškozování. To potvrzuje i 50 % dotázaných klientek.

Čtvrtým cílem bylo rozpoznání vztahů mezi klientkami na oddělení. Ze sociometrického šetření vyplývá, že i ve skupině jedinců s mentálním postižením se vyskytují sociometrické statusy. Ve skupině se vyskytuje oblíbený člověk neboli hvězda skupiny, kterou má každý rád, ostatní členy skupiny baví, stále se usmívá. Dalším zjištěným statutem je vůdce, výsledky pozorování ukázaly vlastnosti vůdce. Klientka má respekt a autoritu, určuje chod a řád své skupiny, patří mezi jediné, se kterou se klientky rozdělí, mají-li například sladkost. Z řeči těla si bylo během pozorování možné všimnout vzpřímené postavy a rukou v bok, které symbolizují právě vůdčí osobnost. Na oddělení se vyskytuje i status outsidera.

Z pozorování ale usuzujeme, že důvodem zmíněného statusu může být narušená komunikační schopnost klientky. Výsledky celého sociometrického šetření byly následně potvrzeny i výchovnou pracovnící daného oddělení.

Stanovená hypotéza č. 1: *Klientky mezi sebou mají běžné konflikty jako majoritní společnost*, byla šetřením potvrzena. Hypotéza č. 2: *Nejčastějším sporem klientek je spor zájmů*, nebyla potvrzena. Poslední hypotézu č. 3: *Nejčastější reakcí řešení konfliktů je jít si někomu stěžovat*, získané výsledky potvrdily.

Výsledky práce mohou být dalším dílčím krokem k hlubšímu poznání osob s mentálním postižením. A otevíráme tak cesty pro další výzkum v této oblasti.

Seznam literatury a dalších zdrojů

Monografie:

ČERNÁ, M. a kol. 2006. *Česká psychopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

HOLÁ, L. 2003. *Mediace: Způsob řešení mezilidských konfliktů*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 80-247-0467-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Konflikty mezi lidmi*. 2. přeprac. Praha: Portál. 192 s. ISBN 80-7178-642-X.

KŘIVOHLAVÝ, J. 1973. *Konflikty mezi lidmi*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 304 s. ISBN neuvedeno.

LANGER, S. 1996. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesniografie, výchova*. 3., přeprac. vyd. Hradec Králové: Kotva. 273 s. ISBN 80-900254-8-X.

LEČBYCH, M. 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.

MATOUŠEK, O. 1999. *Ústavní péče*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.

MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

PIPEKOVÁ, J. a kol. 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. 234 s. ISBN 82-85931-65-6.

PLAMÍNEK, J. 1994. *Řešení konfliktů a umění rozhodovat*. 1. vyd. Praha: Argo. 198 s. ISBN 80-85794-14-4.

RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. a kol. 2004. *Speciální pedagogika*. 2., doplň. a aktualiz. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.

SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

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

ŠVARCOVÁ, I. 2003. *Mentální retardace vzdělávání, výchova, sociální péče*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. 192 s. ISBN 80-7178-821-X.

ŠVARCOVÁ, I. 2006. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.

TITZL, B. 1998. *Postižený člověk ve společnosti : Hledání počátků*. Praha: Pdf. UK. 120 s. ISBN 86039-30-7.

VÁGNEROVÁ, M.; HADJ-MOUSSOVÁ, Z. a kol. 2000. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 230 s. ISBN 80-7184929-4.

VALENTA, M.; MÜLLER, O. 2009. *Psychopedie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.

VALENTA, M.; KOZÁKOVÁ Z. 2006. *Psychopedie 1: Pro výchovné pracovníky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 61 s. ISBN 80-244-1187-3.

VANČURA, J. 2007. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 151 s. ISBN 978-80-87029-14-5.

VÍTKOVÁ, M. 2004. *Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe*. 2. vyd. Brno: MSD. 248 s. ISBN 80-86633-22-5.

Elektronické monografie:

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. [online], 1999. [cit. 10. 3. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.ssvp.wz.cz/Texty/male%20skupiny.html>>.

Stručný průvodce zákonem o sociálních službách. MPSV ČR. [online]. 2006. [cit. 22. 2. 2012]. Dostupné na WWW <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>>.

Svět práce a kvalita života. Výzkumný projekt v rámci programu Moderní společnost a její proměny. [online] 2006. ISBN 80-86973-08. [cit. 19. 2. 2012]. Dostupné na WWW: <http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/svet_prace.pdf>.

Elektronické články:

MAŠLÁŇ, P. Skalička dokončila revitalizaci návsi a staví pavilon. In *Hranický deník* [online]. 19. 11. 2011. [cit. 1. 3. 2012]. Dostupné na WWW: <http://hranicky.denik.cz/zpravy_region/skalicka-dokoncila-revitalizaci-navsi-a-stavi.html>.

Svět sedmi miliard [online]. 2011, [cit. 19. 2. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=1726>>.

Právní předpisy:

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

Vyhláška č. 182/1991 Sb., o sociálním zabezpečení

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Ostatní prameny:

www.alzheimercentrum.cz

www.czso.cz

www.grafomotorika.eu

www.itsolution.cz

www.mpsv.cz

www.parkinsonova-choroba.cz

www.portageproject.org

www.schizofrenie.psychoweb.cz

www.uspskalicka.cz

vz.statnisprava.cz

Seznam příloh

Příloha č. 1: Fotografie hlavní budovy Domova Větrný mlýn Skalička

Příloha č. 2: Fotografie hlavní budovy, pohled z boku

Příloha č. 3: Fotografie kapličky v areálu Domova

Příloha č. 4: Fotografie nového rozestavěného pavilonu

Příloha č. 5: Obličeje použité ke zjištění vztahů mezi klientkami

Příloha č. 6: Dotazníky pro klientky

Příloha č. 1: Fotografie hlavní budovy Domova Větrný mlýn Skalička



Příloha č. 2: Fotografie hlavní budovy, pohled z boku



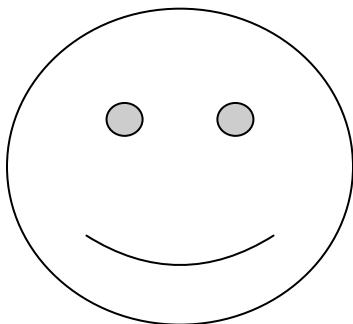
Příloha č. 3: Fotografie kapličky v areálu Domova



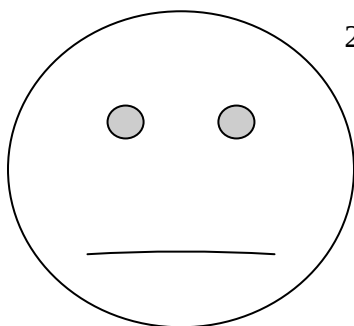
Příloha č. 4: Fotografie nového rozestavěného pavilonu



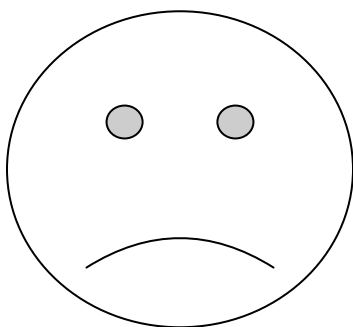
Příloha č. 5: Obličejové použité ke zjištění vztahů mezi klientkami



1. Radostný obličej, je to má kamarádka, mám ji ráda, rozumíme si.



2. Je to kamarádka, ale příliš času spolu netrávíme.



3. Smutný obličej, s tímto člověkem si příliš nerozumím, máme odlišné zájmy a občas se pohádáme.

Příloha č. 6: Dotazníky pro klientky

Druh konfliktu	ANO	NE
Stížnost na jinou klientku vychovatelce		
Stížnost na jinou klientku řediteli		
Spor o jídlo (větší počet káv, cukrovinek)		
Spor o vzhled (mastné vlasy, závidění kusu oblečení či doplňků)		
Spor zájmů (jeden se chce dívat na tv, druhý poslouchat radio)		
Spor vyvolaný třetí osobou		
Spor názorů na situaci		
Spor vyvolaný nepochopením (chyba v komunikaci)		

Reakce při konfliktech	Ano, takto reaguji	Ne, takto nereaguji
Smějete se, jako by se nic nestalo		
Děláte, že se nic neděje		
Mluvíte o problému bez vytáček – přímo		
Vybíjíte svoji zlost křikem		
Vybíjíte svoji zlost tím, že rozbijete nějakou věc		
Vybíjíte svoji zlost, že někoho uhodíte		
Vybíjíte svoji zlost tím, že se poškozujete – ubližujete sami sobě		
Někomu si stěžujete		
Pláčete		

Anotace

Jméno a příjmení:	Nad'a Petrová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012
Název práce v češtině:	Analýza vztahů mezi klienty v domově pro osoby se zdravotním postižením
Název práce v angličtině:	The Analysis of Relation between Disabled People in the Asylum
Anotace práce:	Teoretická část bakalářské práce se věnuje obecné charakteristice mentální retardace a snaží se podat ucelený pohled na oblast ústavní péče osob s mentálním postižením. Závěrečná část vymezuje pojem konflikt, zabývá se druhy konfliktů a jejich řešením. Výzkumná část práce se věnuje otázce vztahů mezi osobami s mentálním postižením, jaké jsou jejich konflikty, jaká je nejčastější příčina sporů a jaké jsou reakce při konfliktu osob s mentálním postižením.
Klíčová slova:	Mentální postižení, mentální retardace, ústavní péče, funkce ústavů, rizika ústavů, kvalita života, sociální služby, konflikt, řešení konfliktů.
Anotace práce v angličtině:	Theoretical part of the bachelor thesis deals with general characteristics of mental retardation and tries to give a comprehensive view on institutional care of persons with mental disabilities. The final section defines the concept of conflict, deals with different kinds of conflicts and their solutions. The research part investigates the question of relationships between people with intellectual disabilities, what types of conflicts they have, what is the most common cause of disputes and what are the reactions to conflicts of people with mental disabilities.
Klíčová slova v angličtině:	Mental disability, mental retardation, institutional care, features and functions of institutions, risks of institutions, quality of life, social services, conflict and conflict resolution.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Fotografie hlavní budovy Domova Větrný mlýn Skalička Příloha č. 2: Fotografie hlavní budovy, pohled z boku Příloha č. 3: Fotografie kapličky v areálu Domova Příloha č. 4: Fotografie nového rozestavěného pavilonu

	Příloha č. 5: Obličejové použité ke zjištění vztahů mezi klientkami Příloha č. 6: Dotazníky pro klientky
Rozsah práce:	60
Jazyk práce:	Český