

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Sociální integrace mentálně postižených osob

(Domov Dědina)

Lucie Dohnalová

Bakalářská práce

2011

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie DOHNALOVÁ**
Osobní číslo: **H08443**
Studijní program: **B6107 Humanitní studia**
Studijní obor: **Komunitní studia**
Název tématu: **Sociální integrace mentálně postižených osob (Domov Dědina)**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních věd**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Práce se bude zabývat integrací mentálně postižených žen z Domova Dědina. Cílem práce bude zjištění, jakým způsobem probíhá integrace klientek ze zařízení pro mentálně postižené a jak se k této integraci staví lidé z blízkého okolí tohoto zařízení. Výzkumné otázky: Funguje sociální integrace mentálně postižených osob žijících v zařízení pro mentálně postižené? Do jaké míry a jakým způsobem tato integrace probíhá? Jaký postoj k této integraci zaujmají lidé z blízkého okolí? Práce bude kombinací kvalitativních a kvantitativních metod: - nestandardizované rozhovory s klientkami a pracovníky Domova Dědina - dotazníková šetření - studium dokumentů

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Knapíková, M.; Tomanová, H.(2002). Péče o zdravotně postižené občany v Pardubickém kraji. Univerzita Pardubice. Machálková, S.; Pešta, J. (1997). Státní a nestátní aktivity v oblasti péče o mentálně retardované. Univerzita Pardubice. Dolejší, M. (1983). K otázkám psychologie mentální retardace. Praha: Avicem Votava, J.,Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.Praha:Karolinum,2003 Pipeková,J., Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů, Brno 2006 Pörtner, M.,Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči. Praha:Portál 2009 Disman, M., Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum 1993

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jaroslava Šťastná
Katedra sociálních věd

Datum zadání bakalářské práce: **30. dubna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2011**



prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.

děkan

L.S.



doc. MgA. Tomáš Petráň, Ph.D.

vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2010

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 14.3.2011

.....

Lucie Dohnalová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Jaroslavě Šťastné za odborné vedení mé práce, ochotu a poskytnutí cenných informací a rad. Poděkování rovněž patří paní Stanislavě Smolové, vedoucí Domova Dědina v Přepychách, za vstřícnost a čas, který mi věnovala.

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na proces integrace osob s mentálním postižením. V první části práce je problematika integrace charakterizována v obecné rovině. Je zde popsána mentální retardace a některé možnosti integrace lidí s tímto druhem postižením.

Druhá část je věnována vlastnímu výzkumu. Jeho cílem je zjistit, zda se klientky Domova Dědina v Přepychách integrují do běžné společnosti, jak tato integrace probíhá a jaký názor na ni mají obyvatelé Přepych. Praktická část zahrnuje charakteristiku vybraného zařízení a jeho klientek, popis použitých technik sběru dat a interpretaci výsledků výzkumu.

Klíčová slova

Mentální postižení, integrace, klientky Domova Dědina

Annotation

The Bachelor's thesis focuses on the process of integration of people with mental disabilities. The first part of the thesis addresses the issue of integration and is characterized in general terms. It describes mental retardation and some options for the integration of people with this kind of disability.

The second part is devoted to the research itself. Its goal is to determine whether the clients of Domov Dědina in Prepychy integrate into normal society, how this integration is done and how the people living in Prepychy feel about that. The practical part includes characteristic of selected institution and its clients, description of the data collection techniques and interpretation of the results of the research.

Keywords

Mental disability, integration, clients of Domov Dědina

Obsah

Úvod a cíle práce	3
1 Mentální postižení	4
1.1 Definice mentálního postižení	4
1.2 Klasifikace mentálního postižení	5
1.2.1 Lehká mentální retardace (IQ 50-69)	6
1.2.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)	6
1.2.3 Těžká mentální retardace (IQ 20-34)	7
1.2.4 Hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20)	7
1.2.5 Ostatní kategorie	7
1.3 Příčiny mentálního postižení	8
1.4 Četnost osob s mentálním postižením	9
2 Integrace osob s mentálním postižením	11
2.1 Vymezení pojmu integrace	11
2.2 Vývoj postojů k lidem se zdravotním postižením	13
2.3 Úloha poradenských pracovišť v procesu integrace	15
2.4 Systém vzdělávání dětí s mentálním postižením	16
2.4.1 Individuální vzdělávací plán	18
2.4.2 Integrativní edukace žáků s mentálním postižením	19
2.5 Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením	20
2.5.1 Tréninková pracoviště	20
2.5.2 Chráněné dílny	20
2.5.3 Chráněná pracovní místa	21
2.5.4 Podporované zaměstnání	21
2.6 Chráněné bydlení	22
2.7 Integrace v rámci domovů pro osoby se zdravotním postižením	22

3 Integrace klientek Domova Dědina	25
3.1. Charakteristika Domova Dědina	25
3.1.1 Středisko Přepychy	26
3.2 Charakteristika klientek Domova Dědina	26
3.3 Cíl výzkumu	27
3.4 Metodologie	27
3.4.1 Nestandardizovaný rozhovor a studium dokumentů	27
3.4.2 Polostandardizovaný rozhovor	28
3.4.3 Anketa	28
3.5 Výsledky výzkumu	29
3.5.1 Výsledky nestandardizovaného rozhovoru a studia dokumentů	29
3.5.2 Výsledky polostandardizovaného rozhovoru	32
3.5.3 Výsledky ankety	34
3.5.4 Shrnutí výsledků výzkumu	41
Závěr	42
Použitá literatura	43
Seznam tabulek	45
Seznam příloh	I

Úvod a cíle práce

V posledních desetiletích došlo k významným změnám v oblasti přístupu k osobám s mentálním postižením. Tendence vnímat tyto lidi jako odlišné, neschopné nebo nežádoucí, jsou pozvolna nahrazovány snahou o solidaritu a integritu. Tento trend spočívá v nazírání na jedince s mentálním postižením jako na přirozenou součást společnosti, jako na spoluobčany, kteří mají stejná práva a svobody jako ostatní. Tato změna způsobu myšlení podmínila snahu o integraci a rozšířila se do mnoha oblastí společenského života. Cílem integrace je začlenění lidí s mentálním postižením do společnosti, vyrovnání jejich příležitostí uplatnit se. Děti s mentální retardací mají možnost vzdělávat se v běžných školách, dospělí s tímto druhem postižení mají větší šance uplatnit se na trhu práce díky celé řadě podpůrných programů a služeb. Stávající ústavní zařízení procházejí inovací nebo se transformují na nové formy sociálních služeb. Osoby s mentálním postižením potkáváme v každodenním životě čím dál častěji a lidí, které tato integrace pobuřuje, ubývá.

Cílem mé práce je především objasnit, zda funguje integrace mentálně postižených klientek konkrétního zařízení, analyzovat formy této integrace a zjistit, jaké postoje k ní zaujímají obyvatelé obce, kde je zařízení umístěno.

V první kapitole se budu zabývat popisem mentálního postižení, jeho vymezením, příčinami a četností výskytu osob s mentální retardací.

Druhá kapitola bude zaměřena na fenomén integrace jedinců s tímto druhem postižení. Popíšu zde některé možnosti začlenění lidí s mentální retardací do majoritní společnosti.

Třetí kapitola bude věnována samotnému výzkumu, popisu zvolených technik sběru dat a jejich interpretaci.

1 Mentální postižení

V této kapitole se budu věnovat pojmu mentální postižení (mentální retardace) a jeho vymezení. Přiblížím zde příčiny vzniku tohoto druhu postižení, jeho klasifikaci a v neposlední řadě i četnost výskytu osob s mentální retardací v České republice.

Hned v úvodu bych ráda upozornila, že v této práci budu používat stejně jako většina odborných publikací termíny mentální retardace a mentální postižení jako synonyma. Nicméně Švarcová (2000, s. 25) zmiňuje, že opožďování ve vývoji vyjádřené termínem mentální retardace, může v určitém kontextu navozovat představu dočasnosti a relativnosti a působit tak mírněji a optimističtěji než pojem mentální postižení.

1.1 Definice mentálního postižení

Obecně lze říci, že důležitým indikátorem mentální retardace, dříve označované jako oligofrenie, jsou výrazně snížené rozumové schopnosti, vyjádřené prostřednictvím inteligenčního kvocientu.

Matoušek (2003, s. 106) vyčerpávajícím způsobem charakterizuje mentální retardaci jako „vrozené a trvalé postižení osobnosti projevující se nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace, nízkou schopností odhadovat vlastní možnosti, vysokou sugestibilitou, omezenou schopností rozumět řeči a řeč používat, tendencí ke stereotypnímu chování, konkrétním myšlením bez schopnosti zobecňovat a dalšími projevy“. Někteří autoři ve svých definicích zmiňují roli inteligenčního kvocientu. „Mentální retardace je souborné označení pro výrazně podprůměrnou úroveň obecné inteligence (IQ nižší než 70), která se projevuje už v útlém věku a která způsobuje i poruchy přizpůsobování se“ (Lechta, 2010, s. 250).

Přístup k fenoménu mentální retardace jsou značně závislé na odborném a profesním zaměření jednotlivých autorů. Lechta (2000, s. 251) vymezuje pět základních přístupů:

- a) Přístup biologický – mentální retardace je chápána jako postižení v důsledku trvalého organického nebo funkčního poškození mozku.

- b) Přístup psychologický – vnímá mentální postižení jako primárně sníženou úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy.
- c) Přístup sociální – mentální retardace je vnímána jako postižení charakteristické dezorganizací člověka ve společnosti.
- d) Přístup pedagogický – mentální retardace jako snížená schopnost učit se navzdory používání specifických metod.
- e) Přístup právní – mentální retardaci chápe jako sníženou právní způsobilost pro samostatné právní úkony.

Jak již bylo řečeno, typickým znakem osob s mentálním postižením je zpomalený vývoj v oblasti rozumových schopností. Je ale třeba říci, že jejich zaostávání je způsobeno organickým poškozením mozku. Jedinci, jejichž zpomalený vývoj rozumových schopností nebyl způsoben poškozením mozku a jejichž psychické procesy probíhají normálním způsobem, nejsou považováni za osoby s mentálním postižením.

Co se týče diagnostiky mentální retardace, odborníci upozorňují na to, že samotné testování inteligence není dostatečné. Hodnoty IQ se vyznačují určitou kolísavostí a při opakovaných vyšetřeních mohou vykazovat značně odlišné výsledky. Předpokladem pro stanovení mentální retardace je proto celý soubor testů, které zjišťují IQ, některé psychické funkce a osobní vlastnosti, charakteristiky vývoje řeči, charakteristiky citového vývoje a vývoje regulace chování. Součástí diagnostiky jsou také somatická, psychologická a neurologická vyšetření (Švarcová, 2000, s. 30-31).

1.2 Klasifikace mentálního postižení

Existuje několik klasifikací mentální retardace. Většina z nich se opírá o testy inteligence. Jedna z nejrozšířenějších klasifikací mentální retardace pochází z Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vydává Světová zdravotnická organizace a jejíž desátá revize vstoupila v platnost v roce 1992. Tato klasifikace dělí mentální retardaci na lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou, jinou a nespecifikovanou.

Osoby s mentální retardací jsou podle této klasifikace rozděleny do skupin dle stupně svého postižení. Lidé v rámci těchto skupin netvoří homogenní celek. Spojuje je stejný nebo podobný stupeň inteligenčního kvocientu, nicméně liší se ve schopnostech, možnostech a úrovni uspokojování svých potřeb. Švarcová (2000, s. 27-30) charakterizuje jednotlivé stupně mentální retardace následovně.

1.2.1 Lehká mentální retardace (IQ 50-69)

V prvním roce života může být rozvoj pohybových dovedností mírně zpomalen, ale projevy postižení bývají zřejmé až na vyšší vývojové úrovni – často ve věku, kdy dítě nastupuje do školy a musí řešit teoretické úkoly. Většina dětí s mentální retardací se naučí číst a psát, ačkoliv mnohé mají ve škole se čtením a psaním problémy. Obvykle také mívají potíže s rozlišením podstatného a nepodstatného, ale dobře chápou kauzální souvislosti. Při integraci do běžných škol často potřebují osobní asistenci.

Lidé s lehkým mentálním postižením dosahují schopnosti užívat řeč účelně, jsou schopni běžné konverzace, ale může u nich být omezena slovní zásoba. I když je jejich vývoj pomalejší, většinou dosáhnou samostatnosti v praktických dovednostech i v osobní péči.

Osoby s lehkým mentálním postižením lze často zaměstnat nenáročnou prací, která nevyžaduje teoretické schopnosti. Vhodná je nekvalifikovaná nebo málo kvalifikovaná práce. V sociokulturním kontextu, který by nekladl velké nároky na teoretické znalosti, by mentální retardace nemusela působit žádné vnější potíže.

U osob s lehkým mentálním postižením se mohou objevit přidružené choroby nebo vývojové poruchy.

1.2.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)

Bývá diagnostikována v kojeneckém nebo batolecím období. Středně těžké mentální postižení je charakteristické pomalým pohybovým vývojem a opožděným rozvojem chápání a užívání řeči. Úroveň schopnosti dorozumět se je velice individuální a komunikace má mnoho podob. Někteří jedinci jsou schopni vést relativně plynulou konverzaci, jiní se vyjadřují pouze jednoslovnými výrazy nebo gestikulací.

Děti se středně těžkou mentální retardací jsou ve škole limitovány. Některé z nich se naučí číst a psát.

Schopnost postarat se o sebe je u osob se střední mentální retardací výrazně omezena, nicméně stupeň soběstačnosti je variabilní. Někteří jedinci potřebují občasný dohled, jiní vyžadují asistenci a přímou fyzickou pomoc. Jen zřídka jsou schopni samostatného života. Mohou zvládat lehkou manuální práci, jestliže jsou dílčí úkoly pečlivě strukturovány.

U jedinců se střední mentální retardací se často vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění.

1.2.3 Těžká mentální retardace (IQ 20-34)

Snížená úroveň schopností, která byla popsána v kategorii středně těžké retardace, je v tomto případě mnohem výraznější. Ve většině případů se vyskytuje rozsáhlé omezení motoriky.

Jedinci s tímto stupněm postižení jsou schopni chápat pouze základní souvislosti, řečové schopnosti jsou omezeny do té míry, že si v průběhu života osvojí jen několik slovních výrazů.

Včasná systematická a profesionální péče v oblasti rehabilitační a vzdělávací může u těchto osob přispět k rozvoji motoriky, komunikačních dovedností a rozumových schopností.

1.2.4 Hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20)

Osoby s tímto stupněm retardace jsou často upoutány na lůžko – bývají imobilní nebo mají velmi výrazně omezené pohybové schopnosti. Dorozumívají se jednoduchými gesty a zvuky, mají jen nepatrnou nebo žádnou schopnost zajistit si samostatnou osobní péči. Velmi citlivě vnímají zvukové podněty.

U jedinců s hlubokou mentální retardací se mohou projevit těžké neurologické nebo tělesné nedostatky omezující hybnost, epilepsie, poruchy zraku a sluchu.

1.2.5 Ostatní kategorie

Jiná mentální retardace je kategorie používaná tehdy, je-li stupeň mentální retardace nemožné určit běžnými metodami nebo je-li toto určení zvláště obtížné.

Důvodem nemožnosti určení stupně mentálního postižení bývají přidružená poškození v oblasti somatické nebo senzoričké.

Nespecifikovaná mentální retardace je kategorie používaná v případech, kdy není dostatek informací k zařazení jedince do jedné z uvedených kategorií, přestože u něho bylo mentální postižení diagnostikováno.

1.3 Příčiny mentálního postižení

Pro lékaře a mnohdy i pro samotné rodiče dětí s mentální retardací je zásadní znát příčinu vzniku jejich postižení. Znat příčinu mentální retardace by znamenalo větší možnosti v oblasti prevence. Jak již bylo řečeno, mentální postižení vzniká v důsledku poškození mozku. Funkční soustavy lidského mozku jsou však i v jednadvacátém století oblastí nejméně probádanou a poznanou, a proto se dosud nepodařilo najít konkrétní příčinu vzniku mentální retardace. „K mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí“ (Švarcová, 2000, s. 51).

Mentální opoždování může být způsobeno endogenními (vnitřními) nebo exogenními (vnějšími) činiteli. „Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. (...) Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Mohou také hrát roli činitele, který ‚spouští‘ projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikuje její průběh“ (Švarcová, 2000, s. 51).

Obecně se za nejčastější příčiny mentální retardace považují následky úrazů, infekcí a intoxikací, poruchy výměny látek, makroskopické léze mozku, anomálie chromozomů, nezralost nebo vážné duševní poruchy.

Podle Zvolského (1996, s. 157-158) jsou nečastějšími příčinami mentálního postižení:

- a) Dědičnost – současné studie a výzkumy prokazují, že mentální retardace většinou vzniká součinností vrozených a environmentálních faktorů. Lehká mentální retardace vzniká většinou vlivem zděděné inteligence a rodinného prostředí.

- b) Sociální faktory – nízká inteligence je zde zapříčiněna výchovou v nižších sociálních vrstvách, nestabilním prostředím a chudobou. Takové děti často podléhají sociokulturní deprivaci způsobené rodinou nebo různými institucemi (dětské domovy).
- c) Environmentální faktory – zahrnují infekční onemocnění, otravu medikamenty, anoxie, aj.
- d) Specifické genetické příčiny:
- Recessivně podmíněné – tvoří největší skupinu specifických genetických příčin. Zahrnují dědičná metabolická onemocnění.
 - Dominantně podmíněné – vyskytují se velice zřídka.
 - Podmíněné poruchou chromozomů.
 - Podmíněné chromozomovými abnormalitami.
- e) Nеспецифicky podmíněné poruchy – u těchto poruch nebyla zjištěna metabolická ani chromozomální vada, porodní trauma či jiné poškození plodu nebo dítěte.

1.4 Četnost osob s mentálním postižením

Předpokládá se, že počet osob s mentální retardací v celosvětovém měřítku stoupá. Tento nárůst může být způsoben stále se zlepšující péčí pediatrů o novorozence, kteří by jinak zemřeli, a je tedy doprovázen snižující se kojeneckou úmrtností. Důvodem nárůstu může být také způsob evidence mentálně postižených osob, který se stále zdokonaluje, takže vzrůst počtu osob s mentální retardací může být do jisté míry relativní.

Literatura udává, že podíl osob s mentálním postižením se v České republice pohybuje kolem 3-4 %. Tyto údaje však byly založeny spíše na odhadech odborníků, protože v této oblasti neexistovala žádná souhrnná statistická data. Důvodem neexistence kompletní evidence byla zejména neochota lékařů poskytnout informace o svých pacientech, a tím porušit lékařské tajemství.

První souhrnný výzkum v této oblasti se na území České republiky uskutečnil relativně nedávno. Usnesením vlády České republiky v roce 2003 bylo Českému statistickému úřadu uloženo zajistit koordinaci statistiky o občanech se zdravotním postižením. Následovala realizace výzkumu s názvem VŠPO 07 a na

základě tohoto šetření byla zveřejněna statistika četnosti výskytu zdravotně postižených osob v České republice.

Podle odhadů Českého statistického úřadu u nás žije 1 015 548 zdravotně postižených osob, což znamená, že každý desátý člověk v České republice trpí nějakým typem zdravotního postižení. Mezi nejčastější formy zdravotního postižení patří choroby vnitřních orgánů, následovány nemocemi pohybového ústrojí a duševním postižením. Počet mentálně postižených osob v absolutních číslech je 106 699 a tvoří tak čtvrtou nepočetnější skupinu zdravotně postižených. Mezi mentálně retardovanými osobami převládají muži (58 675). Příčinou postižení je u téměř 60 % mentálně retardovaných osob vrozená porucha. Následkem nemoci vzniká mentální postižení u 24 % jedinců. Následkem úrazu vzniká mentální retardace zhruba u 5 % osob. Nejpočetnější skupinou mentálně postižených osob z hlediska stupně jejich retardace jsou lidé se středně těžkým postižením (33 700), následováni osobami s těžkým postižením (33 034). Třetí nejpočetnější skupinou jsou jedinci s lehkou mentální retardací (24 036) a lidé s velmi těžkou mentální retardací (15 036) tvoří nejméně početnou skupinu (Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007, 2008).

2 Integrace osob s mentálním postižením

V první kapitole jsem shrnula charakteristiku mentální retardace. V druhé kapitole bych se ráda věnovala integraci lidí s tímto druhem postižení, jejímu vymezení a vybraným formám.

2.1 Vymezení pojmu integrace

Integrace v širším slova smyslu označuje proces začleňování jedince do společnosti. V souvislosti se zdravotním postižením lze integraci chápat jako začleňování postižené osoby do běžné společnosti, tedy společnosti, která zdravotním postižením netrpí. Integrace je „snaha o začleňování sociálně nebo zdravotně znevýhodněných lidí do společnosti, včetně pracovního začlenění“ (Matoušek, 2003, s. 86).

„Integraci ve vztahu k jedincům s postižením lze chápat jako jistý stav soužití osob s postižením a intaktní společnosti při akceptování přijatelné míry konfliktnosti“ (Vašátková; Vyhnálková, 2008, s. 12).

Jedinci s různými druhy postižení jsou jednou ze skupin ohrožených sociálním vyloučením. Současné integrační snahy eliminují rizika sociálního vyloučení a osobám se zdravotním postižením pomáhají zajistit adekvátní postavení ve společnosti. Účelem integrace je zrovnoprávnění osob se zdravotním postižením s ostatními členy společnosti a zároveň akceptace jejich zdravotního stavu.

Novosad (In Matoušek, 2003, s. 86) rozlišuje asimilační a adaptační směr integrace. Asimilační integrace znamená, že jedinec se zdravotním postižením by měl sám usilovat o začlenění do společnosti – tedy, že handicapovaná menšina by se měla snažit přizpůsobit většinové společnosti. Adaptační směr považuje problém sociálního vyloučení za záležitost minoritní i majoritní společnosti. Následná integrace je pak výsledkem kooperace postižené menšiny a majoritní společnosti.

Integrace má několik stupňů, které odrážejí míru schopnosti jedince se zdravotním postižením, začlenit se do společnosti. Světová zdravotnická organizace (In Vašátková; Vyhnálková, 2003, s. 13) definuje následující stupně integrace:

- a) sociálně integrovaný – jedinec se účastní všech společenských činností.
- b) účast inhibovaná – týká se osob, u nichž existence postižení vyvolává určitou nevýhodu, která pro ně znamená mírné omezení v plné účasti na společenských činnostech.
- c) omezená účast – jedinec je svým postižením omezen tak, že se neúčastní obvyklých společenských činností, jeho omezení se projevuje např. v manželství a rodinném životě, sexuálním životě apod.
- d) zmenšená účast – v důsledku svého postižení tito lidé nejsou schopni navázat náhodné vztahy a jejich kontakty jsou omezené pouze na oblast domova, rodiny, pracoviště apod.
- e) ochuzené vztahy – zde je patrné výrazné omezení ve fyzickém, psychickém a sociálním vývoji bez naděje na zlepšení.
- f) reprodukované vztahy – jedinci s postižením jsou schopni navázat a udržovat vztahy jen s vybranou úzkou skupinou lidí.
- g) narušené vztahy – týkají se jedinců, kteří nejsou schopni udržet trvalé vztahy s ostatními lidmi.
- h) společensky izolované – jde o osoby, jejichž míra integrace je pro jejich izolovanost nezjistitelná.

Sociální integrace velice úzce souvisí s procesem socializace. Socializace je, jednoduše řečeno, proces začleňování člověka do společnosti. „Proces od stadia bezmocného novorozence až po osobu, která si dobře uvědomuje sebe samu a orientuje se ve své vlastní kultuře, označujeme jako socializaci“ (Giddens, 1999, s. 39). Socializace osobnosti probíhá většinou podvědomě, v průběhu celého života. V rámci socializace si člověk osvojuje systém hodnot, norem, postojů a forem chování, které mu umožňují přirozeně se začlenit do společnosti a být součástí společenského života.

V současné sociální psychologii se pojem socializace chápe jako „proces, který zahrnuje nejen osvojení si sociálních zkušeností cestou ‚zapojení se‘ do společnosti, do soustavy sociálních vztahů, ale i reprodukci této soustavy

v důsledku aktivní činnosti daného (ať už postiženého, nebo intaktního) člověka, jeho aktivního zapojení do sociálního prostředí“ (Lechta, 2010, s. 78). Průběh socializace značně ovlivňuje život jedince a možnosti jeho integrace. Stěžejní vliv má primární socializace. Způsob, jakým se rodiče postaví k postižení svého dítěte, výrazně ovlivní utváření jeho osobnosti a postoj ke společnosti. Na dítě s postižením má samozřejmě negativní dopad odmítání rodičů. „Dítě, zejména v raných etapách svého vývoje, potřebuje citlivou mateřskou péči, citové zázemí rodiny, individuální přístup a trpělivé výchovné vedení, které se potom pozitivně projeví v kvalitě a úrovni jeho pozdějšího života“ (Švarcová, 2000, s. 133). Opačným extrémním postojem je zaujetí příliš ochranného přístupu. Rodiče mají pocit, že musí své dítě za každých okolností chránit, snaží se ho nezatěžovat, a to i za cenu jeho izolace. Dítě časem přijme submisivní roli a jeho míra samostatnosti je hluboko pod jeho reálnými možnostmi. Stejně chyby jsou zřejmé i v sekundární socializaci. Širší veřejnost se uchyluje k týmž extrémům. Osoby s postižením jsou společností mnohdy odmítány nebo je na ně naopak brán přílišný ohled. To může znesnadňovat jejich socializaci. „Vede to k tomu, že se snaží setkávat více se stejně postiženými.(...) To vše samozřejmě ještě více komplikuje soužití s majoritní společností, ve které by měli postižení žít jako rovnocenní partneři“ (Lechta, 2010, s. 82).

2.2 Vývoj postojů k lidem se zdravotním postižením

Postoje společnosti k osobám se zdravotním postižením prošly v průběhu staletí významnými změnami – od odmítání a segregace, přes akceptaci, až po integraci.

Pro počáteční období je typický odmítavý přístup k postiženým jedincům. Toto období je označováno jako represivní. Lidé se zdravotním postižením byli vnímáni jako nežádoucí, neschopní, zatěžující. Společnost se od nich odvracela. „V prvobytně nepospolité společnosti vztah k postiženým jedincům určovaly existenční zřetele. Zachovat kmen jako celek vyžadovalo mnohdy vyloučit slabé a nemocné, kteří snižovali zdatnost a životaschopnost skupiny, k níž náleželi“ (Vašátková; Vyhnálková, 2008, s. 8). Vyloučení ze společnosti mělo dvě formy – likvidaci a segregaci. Pro likvidaci bylo charakteristické usmrcování jedinců.

Většina postižených jedinců byla usmrcena hned po narození. Sovák (In Lechta, 2010, s. 57) uvádí, že o osudu novorozenců s postižením ve Spartě rozhodovala rada starších, a to podle tzv. Lykurgovy ústavy. Děti s postižením byly házeny do propasti nebo pohozeny v pustině. Výjimkou byl v období starověku Izrael a egyptské Théby, kde platil zákaz zabíjení postižených novorozenců. V Aténách bylo usmrcování novorozenců povoleno podle Solónových zákonů, a to na základě vyjádření a doporučení porodní báby.

Přístup k lidem s postižením v antickém Římě byl založen na podobných principech. Podle Lechty (2010, s. 57-58) měl otec právo zabít postižené dítě hned po narození. Jedinci s lehčím postižením byli často ušetřeni smrti, museli však procházet různými výcviky, aby mohli být později prodáni do otroctví.

V období feudalismu byli lidé s postižením často stíháni a upalováni církevní inkvizicí. Sociální vyloučení bylo patrné i u kočovných kmenů. „Za segregaci v tomto období lze chápat skutečnost, že některé kočovné národy nechávaly své defektní jedince na místech svých bývalých sídlišť“ (Vaš'atková; Vyhnálková, 2008, s. 8). I přesto se v období starověku a středověku začaly objevovat první výrazné charitativní tendence a akceptace postižených jedinců. Tyto tendence se nezdálo opírat o náboženské tradice. U Židů platil zákaz zabíjení postižených novorozenců. Přesto tyto děti nebyly vnímány pozitivně. „Samotná postižení, případně onemocnění, (...) byla v židovském myšlení většinou považována za trest Boha za hříchy člověka. Byla v jistém smyslu potupou a chápána negativně“ (Lechta, 2010, s. 59). Křesťanství, které vychází ze stejné tradice jako judaismus, stavělo na podobných principech. Tolerovalo právo postižených lidí na důstojný život. Krom akceptace se u křesťanů začaly objevovat charitativní tendence. „Ve středověku byl poměrně vysoký počet lidí s postižením, postupně zejména při církevních zařízeních vznikaly první útulky a špitály, které postiženým poskytovaly alespoň nejnutnější zaopatření“ (Vaš'atková; Vyhnálková, 2008, s. 8). Některá církevní zařízení dokonce započala první pokusy o výchovu a vzdělávání postižených dětí. Lechta uvádí (2010, s. 60), že císař Konstantin zakázal pod trestem smrti zabíjet jedince s postižením. I přes tento zákaz se však likvidace postižených osob prováděla – nelegálně. Scholastická teorie rozšířila učení o křesťanské povinnosti

hmotně přispívat na pomoc lidem s postižením.

Osvícenství přineslo myšlenku nutnosti vzdělávat všechny a dostat školství do pravomoci státu. V důsledku těchto snah začala vznikat zařízení a ústavy, kde byla osobám s postižením poskytnuta speciální péče. V souvislosti s osvícenstvím lze tedy hovořit o počátcích institucionalizované péče o lidi s postižením.

Na počátku dvacátého století vznikla speciální pedagogika, jejímž cílem bylo poskytnout vzdělání dětem s postižením. Byla vybudována síť vzdělávacích zařízení. Obor speciální pedagogiky se rychle rozrůstal, rozšiřovala se nabídka odborné literatury z této oblasti. Současně s jeho rozvojem však vyvstal problém. Děti s postižením se kulminovaly ve vzdělávacích zařízeních pro ně určených a byly segregovány od společnosti (Lechta, 2010, s. 64). V této době byla rovněž většina dospělých jedinců s těžším, zejména mentálním postižením, segregována v ústavních zařízeních.

Rostoucí segregace a separace jedinců s postižením vyvolala v druhé polovině dvacátého století myšlenku nutnosti jejich integrace. „V celosvětovém měřítku je stádium integračních postojů charakterizováno snahou o dosažení plné nezávislosti postižených a jejich partnerského soužití s intaktními na bázi integrace obou vrstev.(...) V naší republice se postupně tyto integrační snahy začaly prosazovat do oblasti edukační péče a následně i do sféry sociálního zabezpečení“ (Vašátková; Vyhnálková, 2008, s. 9). Snaha o integraci osob s mentálním postižením začala pronikat do sféry školství, trhu práce i sociální péče.

2.3 Úloha poradenských pracovišť v procesu integrace

Nezastupitelnou úlohu v procesu integrace osob s postižením mají poradenská pracoviště. Účelem takových pracovišť je poskytování informací o možnostech integrace, zmírnění a eliminace příčin, které postiženému jedinci v integraci brání. V oblasti vzdělávání postižených jedinců se poradenští pracovníci zaměřují na spoluvytváření a vyhodnocování individuálních vzdělávacích programů. Jejich úkolem je také poskytovat rady pedagogickým pracovníkům v oblasti vzdělávání dětí s různými druhy postižení.

„V současné době není speciální poradenská péče poskytována v České republice pouze státem, ale mimo rezorty zdravotnictví, školství, práce a sociálních věcí se na ní podílí i řada soukromých, charitativních a jiných iniciativ. Speciální poradenství je chápáno jako komplex poradenských služeb, jež jsou zacíleny na určité specifické skupiny jedinců, kteří jsou znevýhodněni zdravotně či sociálně“ (Vašátková; Vyhnálková, 2008, s. 15).

V České republice funguje mnoho pracovišť, které se zabývají speciálním poradenstvím. Vašátková a Vyhnálková (2008, s. 16-17) uvádějí například tyto:

- Raná péče - je souhrnem programů, které jsou poskytovány dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám. Tyto programy provozují poradenství, socioterapii, rodinnou terapii, komunitní práce, krizovou intervenci a terénní sociální práce. Cílem tohoto poradenství je zmírnit důsledky postižení dítěte a ve spolupráci s rodinou usilovat o co nejvyšší možnou míru integrace. Raná péče je určena dětem se zdravotním postižením do 4 let, s kombinovanou vadou do 7 let, a je uskutečňována především formou návštěv poradce v rodině.
- Speciálně pedagogická centra – jsou školská účelová zařízení. Poskytují poradenství rodinám dětí se zdravotním postižením, školám a dalším zařízením, které jsou orientovány na péči o zdravotně postižené děti. Obvykle se specializují na určitý druh postižení. Klientelu tvoří děti od 3 let až do ukončení školní docházky a zaměřují se především na děti, které se integrují do běžných škol. Ve speciálně pedagogických centrech pro mentálně postižené působí sociální pracovníce, psycholog, speciální pedagog-psychoped, popřípadě další odborníci.
- Pedagogicko-psychologické poradny – jsou samostatná poradenská zařízení, která se vyskytují v každém okrese. Zaměřují se především na pomoc při výukových či výchovných problémech žáků, pomoc při profesionální orientaci žáků, poskytování pedagogicky psychologických služeb školským a výchovným zařízením. Na rozdíl od speciálně pedagogických center se pedagogicko-psychologické poradny více orientují na diagnostiku bez návazné speciálně pedagogické péče.

- Poradny pro rodinu a mezilidské vztahy – specializují se především na rodinné a osobní poradenství. Jsou určeny dětem i dospělým jedincům.

2.4 Systém vzdělávání dětí s mentálním postižením

Současný školský systém vychází z předpokladu, že každému jedinci má být poskytnuta možnost vzdělávat se. Společnost by měla umožnit dětem s mentálním postižením, aby se seberealizovaly, rozvíjely své schopnosti a dosáhly maximální možné úrovně vzdělání v rámci školského systému. „Vzdělání není jenom jakýmsi zdrojem inovací a změn v kvalitě pracovní síly, ale má zásadní význam i pro rozvoj lidské osobnosti a kvality života“ (Krebs, 2007, s. 416). Pro děti s mentálním postižením funguje systém speciálních zařízení, který jim umožňuje vzdělávat se v rámci školských institucí.

Děti s mentální retardací v předškolním věku mají možnost navštěvovat speciální mateřské školy denního nebo internátního typu. V rámci povinné školní docházky se mohou žáci s mentální retardací vzdělávat v základní škole praktické nebo základní škole speciální. Základní školy praktické, dříve zvláštní školy, jsou určeny především pro jedince, kterým jejich postižení neumožňuje prospívat v běžné základní škole. Jejich cílem je rozvinout u svých žáků co nejvyšší stupeň znalostí a dovedností. Žáky základních škol speciálních, dříve škol pomocných, jsou převážně děti s takovým stupněm mentálního postižení, který jim nedovoluje vzdělávat se v běžné škole ani v základní škole praktické. Hlavním cílem základních škol speciálních je vybavit žáky znalostmi a dovednostmi z oblasti čtení, psaní a počítání. U základních škol speciálních může být navíc zřízen přípravný stupeň, určený pro žáky s těžkým mentálním postižením nebo mentálním postižením s přidruženými vadami. Žáci s mentální retardací, kteří ukončili povinnou školní docházku, se mohou dále vzdělávat. Pro absolventy základních škol praktických a speciálních jsou určeny dvouleté a tříleté programy odborných učilišť a jednoleté a dvouleté programy praktických škol. Odborná učiliště nabízejí škálu učebních oborů, z nichž si žák vybírá podle svých zájmů a schopností. Jsou určena pro absolventy základních škol praktických. Praktické školy jsou zřizovány pro absolventy základních škol praktických a základních škol speciálních (Lechta, 2010, s. 180-181; Švarcová, 2000, s. 59-86).

Současným trendem v oblasti vzdělávání dětí s mentálním postižením je dosažení co největší možné míry integrace. V první části této subkapitoly jsem popsala současný systém výchovy a vzdělávání žáků s mentální retardací v rámci speciálních zařízení. Tyto školy lze chápat jako přípravu na možné budoucí pracovní uplatnění ve společnosti, nicméně integrace během samotného vzdělávání je v těchto zařízeních velice omezená.

Od roku 1989 je v České republice dětem se zdravotním postižením, označovaným také jako děti se speciálními vzdělávacími potřebami, umožněno vzdělávání v běžných školách mezi intaktními dětmi. Individuální integrace se uskutečňuje na úrovni předškolního vzdělávání, povinné školní docházky i středního školství, a je vhodná pro děti se zdravotním postižením, které jsou schopné v běžném školském systému prospívat. Lechta (2010, s. 172-174) uvádí přehled možností individuální integrace:

Předškolní vzdělávání je nepovinné a je zajišťováno mateřskými školami. Třída mateřské školy, do které jsou zařazeny děti se zdravotním postižením, má nejméně 12 a nejvíce 19 dětí. O přijetí dítěte se zdravotním postižením rozhoduje ředitel mateřské školy na základě vyjádření školského poradenského zařízení.

Povinná školní docházka je zajištěna základní školou. Třída základní školy má nejvíce 30 žáků a individuálně integrovat se do ní může maximálně 5 žáků se zdravotním postižením.

Střední školství zajišťuje žákům úplné střední, úplné střední odborné nebo střední odborné vzdělání. V rámci jedné třídy střední školy lze individuálně integrovat 5 žáků.

Kromě individuální integrace je na všech třech zmíněných úrovních možná i skupinová integrace. Předpokladem skupinové integrace je zřízení speciální třídy pro děti se zdravotním postižením v běžné mateřské, základní či střední škole

2.4.1 Individuální vzdělávací plán

Pro zapojení postiženého dítěte do vzdělávání v rámci běžných škol je nutné vytvořit individuální vzdělávací plán, který se vypracovává v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka. Individuální vzdělávací plán je

výsledkem spolupráce rodičů, třídního učitele a dalších odborníků. Odpovídá za něj ředitel školy.

Individuální vzdělávací plán podle Lechty (2010, s. 177-178) obsahuje:

- údaje o obsahu, rozsahu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické péče,
- údaje o cíli a vzdělávání žáka,
- seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek,
- vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka,
- způsob klasifikace a hodnocení,
- způsob spolupráce s rodiči,
- návrh případného snížení počtu žáků ve třídě,
- formu denního režimu,
- způsob úpravy prostředí atd.

Školské poradenské zařízení kontroluje dvakrát ročně dodržování postupů stanovených v individuálním vzdělávacím plánu a na základě toho je sepsána zpráva a o postupech a výsledcích dítěte.

2.4.2 Integrativní edukace žáků s mentálním postižením

Žák, který se bude vzdělávat v běžné škole, musí splňovat několik kritérií:

- musí být schopen plnit požadavky vzdělávacího systému,
- nesmí svým chováním a projevy narušovat vzdělávací proces ostatních dětí,
- neměl by vyžadovat nadměrnou individuální pomoc na úkor ostatních žáků.

V procesu vzdělávání dětí s mentální retardací se uplatňují speciálně-výchovně vzdělávací metody. Vašek (In Lechta 2010, s. 263) uvádí několik nejdůležitějších metod vzdělávání mentálně postižených dětí: metoda vícenásobného opakování informace, metoda nadměrného zvýraznění informace, metoda zvýraznění informace instrukčními médii, metoda zapojení více kanálů do

přijímání informací, metoda optimálního kódování, metoda intenzivní zpětné vazby, metoda pozitivního posilování a metoda individuálního přístupu.

Vzdělávací proces žáka s mentální retardací je ovlivněn především stupněm jeho postižení a výskytem přidružených poruch, kvalitou rodinného prostředí a kvalitou školy z hlediska její vybavenosti a prostředí. Velice důležitý je přístup školy. Pedagogové by měli respektovat specifika osobnosti dítěte, respektovat chování žáka vyplývající z jeho postižení. Je nutné spolupracovat s rodiči dítěte, protože bez podpory rodiny a vzájemné spolupráce nemůže být osobnost dítěte v maximální možné míře rozvíjena.

2.5 Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením

Možnosti uplatnění osob se zdravotním postižením jsou velice omezené. Z milionu zdravotně postižených osob v současnosti pracuje necelých 16% (Hovorková, 2010, s. 1c). Faktorem ovlivňujícím pracovní integraci zdravotně postižených jedinců je zejména stupeň jejich postižení. Mezi mentálně retardovanými lidmi, kteří se pracovní integrují, převládají osoby s lehkým postižením. U jedinců s těžšími stupni mentální retardace je pracovní uplatnění velice obtížně realizovatelné, ne-li nemožné. Dalším významným faktorem je vzdělání, které je u osob s mentálním postižením na trhu práce často nedostačující.

Pro jedince s mentální retardací, kteří nejsou schopni pracovní se uplatnit bez pomoci zvnějšku, existuje několik možností podpory. Mezi ty významné patří tréninková pracoviště, chráněné dílny, chráněná pracovní místa a podporované zaměstnání.

2.5.1 Tréninková pracoviště

Tréninková pracoviště fungují jako příprava na budoucí povolání. Jejich aktivity jsou orientována na trénink pracovních činností a nácvik zvládnání zátěže srovnatelné s běžným zaměstnáním. Cílem takového tréninku je rozvíjení pracovních dovedností klientů, jejich příprava na budoucí zaměstnání a zprostředkování kontaktu s okolím.

Cílovou skupinou tréninkových pracovišť jsou obvykle lidé se zdravotním postižením, kteří chtějí pracovat nebo si práci vyzkoušet. Tito lidé se během tréninku naučí novým činnostem a osvojí si pracovní návyky. Tréninková pracoviště mohou být realizována například formou sociálně terapeutických dílen nebo sociální rehabilitace.

2.5.2 Chráněné dílny

Chráněné dílny představují pro osoby se zdravotním postižením možnost pracovního uplatnění. Jsou určeny především pro lidi, které nelze umístit na volná pracovní místa na trhu práce. Obvykle zde pracují zejména osoby s mentálním a duševním postižením.

„Chráněnou pracovní dílnou se podle ustanovení § 76 odst. 1 zákona o zaměstnanosti rozumí pracoviště zaměstnavatele, vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců(...) Chráněná pracovní dílna musí fungovat po dobu minimálně dvou let ode dne, který je udán v dohodě“ (Komendová, 2009, s. 143).

2.5.3 Chráněná pracovní místa

Chráněná pracovní místa poskytují pracovní příležitost osobám se sníženou možností uplatnění na trhu práce. Jedná se zejména o osoby s mentálním, duševním nebo tělesným postižením.

„Chráněným pracovním místem se podle ustanovení § 75 odst. 1 zákona o zaměstnanosti rozumí pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Musí být provozováno po dobu nejméně dvou let ode dne sjednaného v dohodě“ (Komendová 2009, s. 142). Zaměstnavatelé mohou dostat na vytvoření chráněného pracovního místa finanční příspěvek.

2.5.4 Podporované zaměstnání

Podporované zaměstnání je systém služeb, který umožňuje člověku s postižením najít a udržet si zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Cílovou

skupinou jsou lidé, kteří mají omezenou možnost uplatnit se na trhu práce. Jde například o jedince se zdravotním postižením nebo lidi po návratu z výkonu trestu.

Votava (2005, s. 117) uvádí, že důvodem pro podporované zaměstnání jsou obvykle překážky, které vyplývají z dané situace postiženého. Klient například nemá běžné pracovní návyky, protože dlouho nepracoval. Není dostatečně asertivní, neumí řešit konflikty nebo se ubránit neadekvátnímu jednání okolí. Systém podporovaného zaměstnání mu s těmito problémy může pomoci. Součástí podporovaného zaměstnání je pracovní asistence. Asistent pomáhá jedinci zvládnout pracovní dovednosti, začlenit se do pracovního kolektivu a orientovat se v novém pracovním prostředí.

2.6 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová rezidenční služba, která klientům poskytuje pomoc na základě jejich individuálních potřeb. Umožňuje jim v co nejvyšší možné míře vést běžný způsob života a integrovat se, protože vychází z představy, že potřeby člověka s postižením lze nejlépe uspokojovat v jeho přirozeném prostředí.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje chráněné bydlení následovně: „Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení“.

Chráněné bydlení se vyvinulo jako jedna z alternativ k ústavním zařízením a je určeno především osobám, které jsou v důsledku svého postižení nebo nemoci dlouhodobě či trvale znevýhodněné. Votava (2005, s. 87) podotýká, že se tento způsob bydlení nejčastěji organizuje pro osoby s mentálním postižením nebo pro psychiatrické pacienty, kterým dělá problémy udržovat v bytě řád a pořádek, hospodařit s penězi nebo dojíždět na chráněná pracoviště.

Chráněné bydlení je komplexem služeb, který poskytuje svým klientům především ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při

prosazování práv a zájmů, poradenství nebo pomoc při kontaktu se společenským prostředím. Klienti jsou vedeni k samostatnosti a běžnému způsobu života, podporováni v pohybu mimo chráněné bydlení a v kontaktu se sociálním okolím (Chráněné bydlení, 2010).

2.7 Integrace v rámci domovů pro osoby se zdravotním postižením

V posledních desetiletích se velice změnil pohled společnosti na osoby s mentálním postižením. Se stále rostoucím vědomím nutnosti integrace se objevily první snahy o změnu v oblasti ústavní péče.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením, dříve ústavy sociální péče, jsou určeny osobám s postižením, které nemohou žít ve svých rodinách a z různých důvodů nevyužily jiných forem sociální péče. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách popisuje domov pro osoby se zdravotním postižením takto: „V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“

Trendem posledních několika let je zajistit domovům pro osoby se zdravotním postižením maximální možnou míru integrace, normalizace a humanizace. Jak Švarcová (2000, s. 139) uvádí, integrace nepředstavuje negaci mentálního postižení jedince, takže nelze počítat s tím, že všichni lidé s mentálním postižením se v plné míře zapojí do světa nepostižených. Integrace má své možnosti i limity. V tomto smyslu je chápána jako překonání nepřirozeného oddělení lidí s mentální retardací od společnosti.

V minulosti byly ústavy sociální péče izolovány od okolního světa. Byly situovány na okrajích měst a obcí tak, aby nepohoršovaly okolí. Současná snaha o integraci si často žádá přemístění těchto domovů z odlehlých míst do frekventovanějších částí měst a obcí.

Požadavek normalizace podle Švarcové (2000, s. 139-140) znamená, že lidé v těchto zařízeních mají žít poměrně normálním životem, podobně jako lidé nepostižení. Mohou chodit do školy a do zaměstnání, mohou mít své zájmy

a koníčky, mohou mít svůj majetek a své přátele. Mohou se stýkat s ostatními lidmi a volně se pohybovat i mimo areál těchto zařízení.

Požadavek humanizace se nevztahuje jen na péči o postižené jedince, ale i na samotnou společnost. Lidé by měli osoby s mentálním postižením vnímat jako rovnoprávné členy společnosti vyžadující ve srovnání s ostatními více pozornosti a péče. Humanizace společnosti se projevuje v postojích, jednání a zacházení a ve vytvoření podmínek pro život.

Švarcová (2000, s. 140) definuje několik znaků humanizace, normalizace a integrace ústavních zařízení:

- Přejmenovat ústavních zařízení tak, aby v nich nebylo obsaženo slovo „ústav“.
- Pro označení osoby využívající služeb těchto zařízení užívat výraz „klient“.
- Snažit se o integraci klientů, podporovat je v navazování kontaktů i mimo ústavní zařízení.
- Kultivovat bydlení: snížit počet osob v jedné místnosti na maximálně tři klienty.
- Minimalizovat zdravotnický personál.
- Otevřít dům pro všechny návštěvy.
- Vyjít mezi lidi. Klienti by měli chodit do města, na různé pochůzky, do obchodů, na poštu apod.
- Zavést pracovní terapii a chráněné dílny.
- Pořádat prodejní výstavy výrobků, které představují styk klientů s okolím.
- Zajistit pracovní uplatnění pro klienty, kteří mají zájem pracovat a kterým to jejich zdravotní stav umožňuje.
- Přetvořit ústavní zařízení do podoby běžné domácnosti.
- Zapojit klienty do běžných aktivit v domácnosti (vaření, uklízení atd.).

„Ústav sociální péče není špitál ani vězení. Je to náhradní domov a supluje se zde rodinná péče“ (Švarcová 2000, s. 143).

3 Integrace klientek Domova Dědina

Tato kapitola je věnována vlastnímu výzkumu. Nejprve zde přiblížím charakteristiku Domova Dědina a jeho klientek. Následovat bude popis cílů výzkumu a metod sběru dat, které jsem zvolila. V závěrečné části se čtenáři seznámí s výsledky výzkumu.

3.1 Charakteristika Domova Dědina

Domov Dědina je samostatná příspěvková organizace s právní subjektivitou. V kontextu sociálních služeb je definován jako domov pro osoby se zdravotním postižením.

Domov Dědina je pokračovatelem Svatojánského ústavu pro péči o hluchoněmé a slabomyslné ženy, který byl založen roku 1928 v Hradci Králové. V roce 1951 bylo toto zařízení přestěhováno do kapucínského kláštera v Opočně pod Orlickými horami. O postižené obyvatelky zprvu pečovaly řádové sestry, které byly roku 1982 zcela nahrazeny civilním personálem. Roku 1986 byla dokončena výstavba dvou dalších budov a kapacita zařízení tak vzrostla ze třiceti na stovku uživatelů. V roce 1999 bylo k opočenskému zařízení připojeno středisko v Klášteře nad Dědinou. Kapucínský klášter v Opočně postupně přestal vyhovovat stále rostoucím požadavkům z hlediska bezpečnostních předpisů, hygieny i techniky a nesplňoval tak kritéria standardů poskytované péče. Vedení ústavu se proto rozhodlo vystavět zařízení nové. V září 2005 byl položen základní kámen a celá výstavba nového zařízení byla dokončena v srpnu 2007. Tím se uzavřela etapa přesídlování opočenského ústavu sociální péče. Tento název přestalo zařízení používat a nahradil jej stávající název - Domov Dědina.

Domov Dědina se orientuje na pobytové služby pro ženy s mentálním postižením. Nabízí celoroční pobyt více než stovce uživatelů ve čtyřech střediscích: Opočno, Přepychy, České Meziříčí a Klášter na Dědinou. Klientkám je zde poskytnuto ubytování, strava, zdravotní péče, pomoc při provádění běžných úkonů v oblasti péče o vlastní osobu. Domov Dědina nabízí svým klientkám celou škálu vzdělávacích, zájmových a pracovních aktivit: kurz rozvoje osobnosti, kurz vaření a pečení, práci v multifunkční dílně, rekreační jezdectví, canisterapii, kurz plavání.

Centrální částí tohoto zařízení je středisko v Opočně. Nachází se zde centrum pro vzdělávací a zájmové aktivity, fyzioterapie a administrativní zázemí pro všechny čtyři lokality. Kromě pobytové služby poskytuje Domov Dědina také služby denního stacionáře s kapacitou pěti uživatelék. Denní stacionář je provozován rovněž ve středisku v Opočně (Domov Dědina, 2007).

3.1.1 Středisko Přepychy

V současnosti Domov Dědina v Přepychách poskytuje služby pětaticeti klientkám. Zahrnuje dva dvojdomky, které jsou od sebe vzdáleny zhruba 1,5 km. Dvojdomky se svým vnitřním uspořádáním podobají běžnému rodinnému domu. Každý dvojdomek má dvě domácnosti a každá domácnost je určena pro devět klientek. Domácnost zahrnuje společnou kuchyň, jídelnu, společenskou místnost a zimní zahradu. Pokoje uživatelék jsou jednolůžkové nebo dvoulůžkové a ke každému je připojeno sociální zařízení s toaletou a sprchovým koutem.

Domky jsou situovány na okraji obce Přepychy v těsném sousedství ostatních domů. Klientkám je tak umožněno žít na klidném místě, ale zároveň v blízkosti centra obce.

3.2 Charakteristika klientek Domova Dědina

Domov Dědina poskytuje své služby dospělým ženám s mentálním postižením, popřípadě s přidruženou tělesnou či smyslovou vadou, které nemohou žít samostatně nebo s podporou terénních služeb ve svém přirozeném bydlišti (Domov Dědina, 2007).

Klientky jsou postižené různými stupni mentální retardace, od lehké, přes středně těžkou, až po těžkou. Ženy, které mají kromě mentálního postižení i vážnější tělesný handicap, využívají služeb střediska Opočno, jehož prostory jsou bezbariérové a k dispozici je zde zdravotnický personál.

Podmínkou pro přijetí do zařízení je věk minimálně osmnáct let. Horní věková hranice není stanovena. V současnosti je nejmladší klientce třicet a nejstarší třiasedmdesát let.

3.3 Cíl výzkumu

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na klientky Domova Dědina v Přepychách. Hlavním cílem mého výzkumu je zjistit, zda se klientky Domova Dědina v Přepychách zapojují do běžného života společnosti. Dalším cílem této práce je upřesnit, jakým způsobem a v jakých formách tato integrace probíhá, a jak se k integraci klientek Domova Dědina staví obyvatelé Přepych.

3.4 Metodologie

Při vlastním výzkumu jsem použila kombinaci několika metod: nestandardizovaného rozhovoru s vedoucí pracovnící střediska Přepychy, polostandardizovaného rozhovoru s klientkami střediska Přepychy, studia dokumentů a ankety pro obyvatele Přepych.

3.4.1 Nestandardizovaný rozhovor a studium dokumentů

Nestandardizovaný rozhovor s vedoucí pracovnící střediska Přepychy jsem ze všech použitých metod realizovala nejdříve. Důvodem, proč jsem zvolila právě tento druh rozhovoru, byla především potřeba zmapovat situaci. Nestandardizovaný rozhovor se často používá v situacích, kdy tazatel nemá takový dostatek informací o zkoumaném jevu, aby mohl použít striktně daných otázek standardizovaného rozhovoru či dotazníku. Jak uvádí Disman (2006, s. 308), podstatou nestandardizovaného rozhovoru je velice obecný plán, kterému dá obsah a formu teprve interakce s respondentem. Následující otázka se často odvíjí od odpovědi na otázku předchozí.

Interview s vedoucí pracovnící střediska Přepychy jsem realizovala v rámci dvou dnů. Celý rozhovor jsem zaznamenávala na diktafon, samozřejmě s jejím informovaným souhlasem. Výsledkem rozhovoru bylo zhruba 90 minut záznamového materiálu, který jsem následně zpracovala do písemné podoby.

Nestandardizovaný rozhovor s vedoucí pracovnící střediska Přepychy byl doplněn studiem dokumentů, které má přispět k dosažení kompaktnějšího pohledu na zkoumaný jev. Dokumentem, který jsem při výzkumu použila, byla kronika Domova Dědina.

3.4.2 Polostandardizovaný rozhovor

S klientkami střediska Přepychy jsem uskutečnila polostandardizovaný rozhovor. Polostandardizovaný rozhovor je kombinací standardizovaného a nestandardizovaného rozhovoru, což znamená, že některé jeho části mohou být plně strukturované a jiné naopak nestrukturované. Tento druh rozhovoru jsem zvolila zejména proto, že schopnost porozumět otázkám je u respondentek s mentální retardací individuální a do určité míry omezená. Během rozhovoru bylo u některých respondentek nutné otázky specifikovat, dovysvětlit nebo změnit jejich pořadí.

Rozhovor jsem realizovala během dvou dnů s deseti klientkami. Respondentky byly vybrány pracovníky Domova Dědina s přihlédnutím k jejich schopnosti komunikovat. Pro interview nám bylo poskytnuto přímo v zařízení klidné místo s dostatkem soukromí. U rozhovoru jsem byla přítomna pouze já a respondentka. Výjimkou byl rozhovor s hluchoněmou klientkou, který byl tlumočen do znakové řeči třetí osobou.

Do polostandardizovaného rozhovoru jsem zahrnula otázky otevřené i uzavřené.

3.4.3 Anketa

Anketa byla určena pro obyvatele Přepych. Jejím cílem je nejen potvrdit existenci případné integrace klientek Domova Dědina, ale především zjistit, jaké postoje k integraci zaujímají právě obyvatelé Přepych.

Hlavními metodikami ankety bývá obvykle rozhovor nebo dotazník. Já jsem zvolila metodu rozhovoru. Během rozhovoru je důležité, aby byl tazatel neutrální, nedoprovázel svůj slovní projev gesty nebo mimikou, četl doslovné znění otázek a neposkytoval doplňující informace, protože hlavní riziko rozhovoru představuje osoba samotného tazatele, která může ohrozit standardizaci (Novotná, 2010).

Anketní šetření jsem realizovala během tří dnů, kdy jsem uskutečnila rozhovor se třiceti respondenty. Rozhovor probíhal před místním obchodem, kde je zároveň situována autobusová zastávka. Na tomto místě je v rámci obce poměrně vysoká frekvence výskytu potencionálních respondentů. Aby anketní šetření zachytilo v co nejvyšší možné míře sociální strukturu, oslovovala jsem různé typy lidí.

Proto jsem také rozhovory realizovala v dopoledních i odpoledních hodinách. Tím se zvýšila pravděpodobnost výskytu různých typů lidí z hlediska věku, pohlaví a ekonomického statusu.

3.5 Výsledky výzkumu

V této části čtenáře seznámím s výsledky svého výzkumu prostřednictvím tabulek a písemných komentářů. Následovat bude jejich shrnutí.

3.5.1 Výsledky nestandardizovaného rozhovoru a studia dokumentů

O rozhovor jsem požádala vedoucí pracovníci Domova Dědina v Přepychách, která mi poskytla potřebné informace i materiál.

Vycházky

Klientky se mohou volně pohybovat mimo areál Domova Dědina. Četnost vycházek je individuální a odvíjí se především od potřeb a přání jednotlivých žen. Klientkám je doporučeno nahlásit vycházku některému z pracovníků zařízení, nicméně jejich povinností to není. V praxi se uživatelky tímto doporučením většinou řídí. Je třeba zdůraznit, že klientky mohou ven kdykoliv. O vycházku si nedovolují, pouze ji hlásí.

Některé uživatelky Domova chodí na vycházky samostatně, jiné se venku pohybují výhradně s doprovodem pracovníků sociální péče. O tom, zda je klientka schopná chodit ven bez doprovodu, rozhoduje celý tým pracovníků Domova Dědina. Jejich rozhodnutí je pouze doporučením a nemusí být trvalé. S ženami, které se nejsou schopny pohybovat mimo zařízení bez doprovodu, je prováděn nácvik. V některých případech se pak klientky naučí zvládat vycházky samostatně.

Ženy, které jsou schopny chodit ven samy, nejsou ve vycházkách nijak omezovány. Možnosti ostatních klientek jsou do jisté míry závislé na počtu pracovníků ve službě.

Příležitosti vycházek jsou různé a odvíjí se od zájmů, potřeb a přání klientek. Většina z nich chodí na procházky nebo na nákup. Některé navštěvují knihovnu

nebo kostel, jiné jdou raději na sportovní utkání. Klientky mají možnost volby, takže záleží na nich, k jaké kadeřnici chtějí chodit nebo jaké společenské události se zúčastní. Navštěvují koncerty, výstavy, přednášky, poutě a jiné společenské akce. Za doprovodu pracovníků sociální péče dojíždí k lékaři (Kronika Domova Dědina).

Kontakt s rodinou a přáteli

Frekvence osobního kontaktu s rodinou a přáteli je rovněž individuální. Některé klientky se se členy své rodiny stýkají několikrát do měsíce, jiné několikrát do roka. Jsou zde i ženy, které rodinu nemají nebo s ní nejsou v kontaktu. Mnoho uživatelék má mimo zařízení také přátele.

Klientky mají možnost setkávat se s rodinou a přáteli v Domově Dědina i mimo něj. Lidé, kteří navštíví klientku přímo v zařízení, se ohlašují u pracovníků Domova. Návštěvní doba není striktně daná. Domov Dědina umožňuje po předchozí dohodě přátelům a rodinám klientek přespat přímo v zařízení. Tato služba je určena především těm rodinám klientek, které dojíždějí zdaleka.

Pokud klientka jede na návštěvu za svou rodinou nebo přáteli na víc než jeden den, je nutné tuto skutečnost ohlásit některému z pracovníků Domova. Uživatelky tuto možnost využívají.

Některé z žen vlastní mobilní telefon, takže kontakt s rodinou nebo přáteli jim je zprostředkován také telefonicky.

Pracovní uplatnění klientek

Domov Dědina v Přepychách má celkem šest pracujících klientek. Čtyři z nich vybírají jednou za čtrnáct dní na místní burze poplatek za použití WC. Další dvě uklízí dvakrát týdně prostory fotbalového hřiště v Přepychách. Všechny tyto ženy jsou zaměstnankyněmi Sokola Přepychy a za odvedenou práci jsou odměňovány finančně nebo formou poukázek, za které mohou nakoupit v místním obchodě.

Vedoucí pracovnice zařízení mi potvrdila, že zájem pracovat mají i další klientky. Proto se Domov Dědina snaží zprostředkovat jim práci. Zatím se to však příliš nedaří, protože nabídka práce pro osoby s tímto druhem postižení je velice omezená.

Další aktivity

Další formou integrace klientek Domova Dědina je sociální rehabilitace a práce v sociálně terapeutických dílnách. Těto možnosti využívají celkem čtyři klientky střediska v Přepychách. Dvě z nich se jednou týdně účastní práce v pekárně Láry Fáry v Kvasinách. Další dvě dojíždí jednou za týden do kavárny Láry Fáry v Náchodě. Kavárna je formou sociální rehabilitace, pekárna formou práce v sociálně terapeutických dílnách, takže se zde provádí nácvik činností a klientky nejsou finančně odměňovány. Cílem těchto forem sociálních služeb je umožnit osobám s mentální retardací naučit se něco nového a zdokonalovat se v tom, zprostředkovat jim kontakt s lidmi, případně je připravit na budoucí povolání. Kapacita míst v kavárně a pekárně je omezená. Vedoucí pracovnice Domova v Přepychách uvádí, že o tato místa mělo zájem více klientek, ale přijata byla pouze třetina z nich.

Kontakt klientek se společností může představovat také možnost koupit si jejich výrobky. Klientky Domova Dědina v Přepychách vyrábějí dekorativní předměty přímo ve středisku v Přepychách nebo ve středisku v Opočně, které disponuje multifunkční dílnou. Jejich výrobky se prodávají na burze v Přepychách a v opočenském obchodě s keramikou, výtěžek z prodeje je použit na nákup dalšího materiálu.

Společenské akce pořádané Domovem Dědina

Domov Dědina pravidelně pořádá společenský ples a den otevřených dveří. Obě akce jsou otevřeny široké veřejnosti. Občané Přepych jsou o těchto událostech informováni prostřednictvím pozvánek vylepených na informační tabuli v obci.

Společenský ples se koná každý rok v březnu. Ačkoliv je určen především pro klientky Domova Dědina a klienty dalších obdobných zařízení v blízkém okolí, vítá se i účast široké veřejnosti.

Den otevřených dveří je rovněž určen veřejnosti. Domov Dědina se zde prezentuje, seznamuje návštěvníky s prostředím areálu a službami, které jsou klientkám poskytovány.

Jak mi bylo sděleno, o společenský ples není ze strany veřejnosti velký zájem. Den otevřených dveří má větší návštěvnost, a to především z řad členů rodiny současných i potencionálních klientek.

3.5.2 Výsledky polostandardizovaného rozhovoru

Rozhovor jsem provedla s deseti klientkami Domova Dědina – středisko Přepychy.

Všech deset respondentek potvrdilo, že se pohybují venku, mimo areál Domova Dědina. Osm z nich může chodit ven bez doprovodu, dvě se mohou pohybovat mimo areál zařízení výhradně za doprovodu pracovníků Domova.

Abych zjistila, při jakých příležitostech respondentky chodí ven, sestavila jsem nabídku možností, ze kterých bylo možno vybírat (procházky, nákupy, lékař, kadeřník, kino, knihovna, společenské akce nebo sportovní turnaje a jiná možnost). Všechny respondentky uvedly, že chodí mimo areál zařízení k lékaři, ke kadeřníkovi, na společenské akce nebo sportovní turnaje a nakupovat. Devět z nich chodí na procházky, čtyři potvrdily, že navštěvují knihovnu. Žádná z dotazovaných nechodí do kina a jedna respondentka navíc uvedla, že navštěvuje kostel.

Frekvence, s jakou se respondentky pohybují mimo areál zařízení, jsou různé, nicméně všechny potvrdily, že chodí ven minimálně třikrát týdně. Všechny dotazované se také shodly na tom, že jim je umožněno chodit mimo areál Domova dostatečně často.

Když jsem se respondentek ptala, jak se k nim chovají lidé, které potkávají venku, nezaznamenala jsem negativní odpověď. Všech deset žen uvedlo, že se k nim lidé chovají dobře. Některé z nich mi sdělily, že je občané Přepych zdraví, povídají si s nimi a pomáhají jim například při nákupu.

Na dotaz, zda znají osobně někoho z Přepych, tři respondentky odpověděly, že ne. Je ale nutné podotknout, že jedna z těchto žen žije ve středisku Přepychy teprve měsíc. Sedm respondentek potvrdilo, že osobně znají někoho z Přepych, z toho tři znají některé místní obyvatele jménem, zbytek respondentek uvedl, že zná obyvatele Přepych pouze „od vidění“.

Polovina dotazovaných tvrdí, že má přátele i mimo areál zařízení. Z toho se tři respondentky se svými přáteli stýkají výhradně mimo Domov Dědina. Zbývající dvě uvedly, že se s kamarády stýkají v areálu Domova i mimo něj. Jedna dotazovaná se s přáteli stýká minimálně jednou za týden, dvě respondentky jednou za měsíc a dvě dotazované méně než jednou za měsíc.

Další série otázek se zaměřovala na kontakt s rodinou. Jedna respondentka rodinu nemá, tudíž na tyto otázky neodpovídala. Devět respondentek se shodlo na tom, že kontakt s rodinou je jim ze strany Domova Dědina umožněn dostatečně často. Dvě dotazované uvedly, že se se členy své rodiny stýkají výhradně v areálu Domova, jedna respondentka udržuje osobní kontakt s rodinou výhradně mimo toto zařízení a zbývajících šest respondentek se setkává se členy své rodiny v Domově Dědina i mimo něj. Frekvence osobního kontaktu s rodinou je individuální. Čtyři respondentky se se členy rodiny stýkají méně než jednou za měsíc, ostatní alespoň jednou do měsíce. Některé z dotazovaných s rodinou udržují také telefonický kontakt.

Když jsem se respondentek ptala, komu by se svěřily v případě, že by je něco trápilo nebo měly nějaký problém, šest z nich se odvolávalo na některého z pracovníků Domova Dědina. Dvě dotazované by se obrátily na svou kamarádku z tohoto zařízení a jedna na člena své rodiny. Jedna z respondentek uvedla, že neví.

Další otázky byly zaměřeny na pracovní uplatnění klientek. Tři z deseti respondentek uvedly, že pracují. Dvě z nich vybírají peníze za použití WC na místní burze. Do práce docházejí jednou za čtrnáct dní. Jedna respondentka uklízí dvakrát týdně prostory místního hřiště. Na otázku, zda se jim v práci líbí, odpověděly všechny tři kladně. Když jsem se ptala, co se jim na jejich práci líbí nejvíce, dvě z nich uvedly možnost vydělat si peníze a jedna možnost setkávat se s lidmi. Všechny tři se shodly na tom, že kdyby měly příležitost, chtěly by pracovat častěji.

Ze zbývajících respondentek, které nepracují, by jich rádo pracovalo šest. Jedna respondentka uvedla, že o práci nemá zájem.

Čtyři z deseti dotazovaných se účastní sociální rehabilitace nebo práce v sociálně terapeutických dílnách. Dvě respondentky dojíždějí do pekárny Láry

Fáry v Kvasinách a dvě do kavárny Láry Fáry v Náchodě. Všechny čtyři tam dojíždějí jednou týdně a shodují se na tom, že se jim tato práce líbí. Hlavním důvodem, proč se jim práce líbí, je pro tři z nich možnost naučit se něco nového, pro jednu možnost setkávat se s lidmi. Na dotaz, zda by chtěly do kavárny nebo pekárny jezdit častěji, odpověděly tři z nich kladně. Jedna respondentka uvedla, že neví. Dotazované, které pracují v pekárně, dojíždějí do Kvasin autobusem a obě absolvují cestu tam a zpátky bez problému. Respondentky, které pracují v kavárně, dojíždějí do Náchoda vlakem. Obě se shodly na tom, že během cesty jim činí menší problémy vystupování z vlaku.

Čtyři respondentky, které se neúčastní práce v kavárně ani pekárně, mají o tuto službu zájem. Zbývající dvě zájem nemají.

3.5.3 Výsledky ankety

Anketa obsahuje celkem patnáct otázek. Všechny jsou uzavřené nebo polootevřené a některé z nich jsou filtrační, takže žádný respondent neodpovídal na všech patnáct otázek. Výsledky ankety jsem zpracovala pomocí tabulek a písemných komentářů.

1. Víte o tom, že ve Vaší obci je domov pro osoby s mentálním postižením – Domov Dědina?

Tato otázka je filtrační a jejím cílem bylo zjistit, jestli respondent vůbec tuší, že v jeho obci je toto zařízení umístěno. Všichni respondenti na ni odpověděli kladně.

Tabulka č. 1 Odpovědi na otázku č. 1

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Ano	30
Ne	0

Zdroj: autor

2. Potkal/a jste někdy jednu nebo více klientek Domova Dědina mimo toto zařízení?

Druhá otázka je rovněž filtrační a zjišťuje, zda se klientky Domova Dědina pohybují i mimo areál zařízení. I na tuto otázku odpověděli kladně všichni respondenti.

Tabulka č. 2: Odpovědi na otázku č. 2

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Ano	30
Ne	0

Zdroj: autor

3. Jak často potkáváte klientky Domova Dědina?

Tento bod zjišťuje frekvenci výskytu klientek Domova Dědina v obci. Většina respondentů klientky Domova Dědina potkává minimálně jednou za týden.

Tabulka č. 3: Odpovědi na otázku č. 3

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Minimálně jednou za týden	28
Minimálně jednou za měsíc	2
Méně než jednou za měsíc	0

Zdroj: autor

4. Zdravíte se vzájemně s klientkami Domova Dědina?

Na čtvrtou otázku převážná většina respondentů odpověděla kladně.

Tabulka č. 4: Odpovědi na otázku č. 4

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Ano	28
Ne	2

Zdroj: autor

5. Dal/a jste se někdy do řeči s klientkou Domova Dědina?

Tato otázka je filtrační. Téměř dvě třetiny respondentů na ní odpověděly kladně.

Tabulka č. 5: Odpovědi na otázku č. 5

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Ano	19
Ne	11

Zdroj: autor

6. Dal/a byste se do řeči s klientkou Domova Dědina, kdyby k tomu byla příležitost?

Na šestou otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce neodpověděli kladně. Odpovídalo tedy jedenáct respondentů. Jeden z nich by o rozhovor s klientkou Domova neměl zájem, zbývajícím dotazovaní by zájem měli.

Tabulka č. 6: Odpovědi na otázku č. 6

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Ano	6
Spíše ano	4
Spíše ne	1
Ne	0

Zdroj: autor

7. Víte o tom, že Domov Dědina pravidelně pořádá společenské akce otevřené pro širokou veřejnost (ples, den otevřených dveří)?

Tato otázka je filtrační. Kladně na ní odpověděly téměř dvě třetiny respondentů.

Tabulka č. 7: Odpovědi na otázku č. 7

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Ano	18
Ne	12

Zdroj: autor

8. Účastnil/a jste se někdy společenské akce pořádané Domovem Dědina?

Osmá otázka je filtrační a zároveň je určena pouze těm respondentům, kteří na sedmou otázku odpověděli kladně. Na tento dotaz tedy odpovídalo osmnáct respondentů. Většina z nich na něj odpověděla záporně.

Tabulka č. 8: Odpovědi na otázku č. 8

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Ano	4
Ne	14

Zdroj: autor

9. Proč jste se nezúčastnil/a společenské akce pořádané Domovem Dědina?

Devátá otázka je určena respondentům, kteří na osmou otázku odpověděli záporně. Na tuto otázku tedy odpovídalo čtrnáct respondentů. Nejčastějším důvodem neúčasti na těchto akcích byl podle respondentů nedostatek času.

Tabulka č. 9: Odpovědi na otázku č. 9

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Protože nemám zájem o společenské akce obecně	5
Protože nemám zájem o společenské akce pořádané Domovem Dědina	0
Protože nemám čas	9
Jiný důvod	0

Zdroj: autor

10. Zúčastnil/a byste se společenské akce pořádané Domovem Dědina, kdyby k tomu byla příležitost?

Desátá otázka byla zaměřena pouze na respondenty, kteří v sedmé otázce uvedli, že neví o společenských akcích pořádaných Domovem Dědina. Na desátou otázku tedy odpovídalo dvanáct respondentů a většina z nich zvolila odpověď „spíše ano“.

Tabulka č. 10: Odpovědi na otázku č. 10

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Ano	0
Spíše ano	10
Spíše ne	2
Ne	0

Zdroj: autor

11. Proč byste se nezúčastnil/a společenské akce pořádané Domovem Dědina?

Tento dotaz byl zaměřen pouze na respondenty, kteří u předchozí otázky uvedli odpověď „spíše ne“ a „ne“, tudíž na jedenáctou otázku odpovídali dva respondenti. Oba dva uvedli jako důvod neúčasti na této akci nedostatek času.

Tabulka č. 11: Odpovědi na otázku č. 11

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Protože nemám zájem o společenské akce obecně	0
Protože nemám zájem o společenské akce pořádané Domovem Dědina	0
Protože nemám čas	2
Jiný důvod	0

Zdroj: autor

12. Vadí Vám, když se klientky Domova Dědina zapojují do běžného života v obci a pohybují se mimo areál tohoto zařízení?

Z odpovědí na tuto otázku je zřejmé, že převážné většině respondentů integrace klientek nevadí.

Tabulka č. 12: Odpovědi na otázku č. 12

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Ano	0
Spíše ano	1
Spíše ne	3
Ne	26

Zdroj: autor

13. Proč Vám vadí, že se klientky Domova Dědina zapojují do běžného života v obci?

Třináctá otázka byla zaměřena pouze na respondenty, kteří v předchozí otázce vyjádřili, že jim integrace klientek vadí. Na tuto otázku tedy odpovídal jeden respondent. Ten jako důvod uvedl obtěžující chování klientek.

Tabulka č. 13: Odpovědi na otázku č. 13

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Protože jsou pro své okolí nebezpečné	0
Protože svým chováním obtěžují okolí	1
Jiný důvod	0

Zdroj: autor

14. Klientky Domova Dědina by se podle Vás měly do běžného života v obci zapojovat:

Tabulka č. 14: Odpovědi na otázku č. 14

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Více	11
Méně	1
Takhle je to dostačující	12
Vůbec	0
Nemohu posoudit	6

Zdroj: autor

Většině respondentů současný stav vyhovuje nebo by uvítali větší míru integrace klientek. Jeden respondent je naopak pro menší míru zapojení klientek do života v obci.

15. Obyvatelé Přepych podle Vás Domov Dědina spíše:

Tabulka č. 15: Odpovědi na otázku č. 15

Odpověď respondentů	Počet respondentů
Vítají	2
Nevadí jim	16
Je jim to jedno	4
Vadí jim	0
Nemohu posoudit	8

Zdroj: autor

Více než polovina respondentů je toho názoru, že obyvatelům Přepych umístění Domova Dědina v jejich obci nevadí.

3.5.4 Shrnutí výsledků výzkumu

Hlavním cílem práce bylo především objasnit, zda se klientky Domova Dědina zapojují do běžného života společnosti. Rozhovor s vedoucí pracovnicí střediska v Přepychách, občany obce i samotnými klientkami potvrdil, že integrace těchto žen do majoritní společnosti skutečně probíhá. Klientky se volně pohybují mimo areál Domova, využívají stejných služeb jako ostatní a navazují kontakty s lidmi mimo zařízení. Míra integrace není u všech žen stejná. Odvíjí se od individuálních potřeb, přání, schopností a rozsahu postižení.

Dalším cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem integrace probíhá. Zapojení klientek do společnosti má podle výsledků výzkumu různé podoby a formy. Uživatelky se pohybují mimo zařízení při různých příležitostech. Chodí k lékaři, do knihovny, do kostela, na koncerty, přednášky, sportovní turnaje, nakupovat. Ty schopnější si dokáží vyřídit jednoduché pochůzky. Většina z nich se stýká se svou rodinou, některé mají přátele a známé mimo zařízení. Několik klientek navázalo kontakt s obyvateli Přepych.

Šest uživatelek je zaměstnáno Sokolem Přepychy a mnoho dalších by rádo pracovalo. Nabídky práce jsou však velice omezené. Čtyři klientky dojíždějí jednou týdně do kavárny nebo pekárny Láry Fáry, kde mají možnost pohybovat se mezi lidmi a naučit se novým dovednostem. I další klientky mají o tyto služby zájem, jejich kapacita je však omezená.

Domov Dědina pravidelně pořádá ples a den otevřených dveří. Lidé také mají možnost kupovat produkty, které ve svém volném čase vyrobily samy klientky. To vše přispívá k integraci.

Dalším úkolem výzkumu bylo zjistit názory obyvatel Přepych na integraci. Z výsledků ankety vyplynulo, že obyvatelé Přepych integraci klientek Domova Dědina nevnímají negativně. Patrné je to například z odpovědí na dvanáctou otázku ankety. Pouze jediný respondent z třiceti dotazovaných vyjádřil, že mu zapojení klientek do běžného života v obci vadí. Většina respondentů také uvedla, že se s klientkami vzájemně zdraví a téměř dvě třetiny dotazovaných se s nimi někdy daly do řeči. Samy klientky během rozhovoru uvedly, že se k nim lidé venku chovají dobře.

Závěr

Během posledních dvaceti let došlo k významné změně v přístupu k lidem s postižením a tato změna byla jednoznačně pozitivní a v mnohém přínosná. Osoby s mentálním postižením se pozvolna stávají plnohodnotnou a zcela přirozenou součástí společnosti. Snaha o integraci pronikla do oblasti školství, trhu práce i každodenního života. Děti se zdravotním postižením mají možnost vzdělávat se v běžné škole s pomocí individuálního vzdělávacího plánu, dospělí mají větší šanci uplatnit se na trhu práce. Vznikají chráněná bydlení, která umožňují svým obyvatelům žít co nejběžnějším způsobem života. Významnou úlohu v procesu integrace mají poradenská pracoviště, která takto znevýhodněným osobám poskytují relevantní informace.

Významnou změnou procházejí také ústavní zařízení, která se přizpůsobují trendům humanizace a normalizace života klientů. Domov Dědina v Přepychách je podle mého názoru zařízením, které takovou změnu úspěšně absolvovalo. Život jeho obyvatel se v mnohém podobá životu „normálního“ člověka. Klientky se účastní běžných domácích prací, údržby areálu i zájmových činností. Přirozenou součástí jejich života je kontakt s lidmi mimo zařízení. Výsledky mého výzkumu prokazují relativně vysokou míru jejich integrace. Samozřejmě je třeba podotknout, že míra zapojení klientky do majoritní společnosti je individuální a do jisté míry závislá na jejich potřebách i rozsahu postižení. Výsledky ankety i rozhovor s klientkami nasvědčují tomu, že obyvatelé Přepych hodnotí současný vývoj integrace spíše pozitivně. Přesto je ze strany místních obyvatel k této problematice patrný pasivní přístup. Ten se projevuje především v malé účasti tamních obyvatel na společenských akcích, které Domov Dědina pořádá. Řešením by mohla být nápaditější a rozsáhlejší prezentace formou plakátů, pozvánek v místním rozhlase nebo novinách. Celkové osvětě by jistě napomohly také pravidelné příspěvky pracovníků Domova do místních novin.

Z výsledků výzkumu také vyplynulo, že závažným problémem v procesu integrace je nedostatek pracovních míst pro osoby s mentálním postižením. V tomto případě je patrně nejefektivnějším řešením změna legislativy, která by zajistila výraznější zvýhodnění zaměstnavatelů při zaměstnávání osob s handicapem.

Seznam použité literatury

Monografie:

DISMAN, Miroslav. 2006. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha : Karolinum, 2006. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

GIDDENS, Anthony. 1999. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. 595 s. ISBN 80-7203-124-4

KOMENDOVÁ, Jana. 2009. *Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Ostrava : KEY Publishing, 2009. 158 s. ISBN 978-80-7418-022-4.

KREBS, Vojtěch, et al. 2007. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha : ASPI, 2007. 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.

LECHTA, Viktor, et al. 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky : Dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1. vyd. Praha : Portál, 2010. 435 s. ISBN 978-80-7367-679-7.

MATOUŠEK, Oldřich. 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

NOVOTNÁ, Eliška. 2010. *Lokální ankety*. 2. vyd. Praha : Oeconomica, 2010. 60 s. ISBN 978-80-245-1634-9.

ŠVARCOVÁ, Iva. 2000. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7

VAŠŤATKOVÁ, Jana; VYHNÁLKOVÁ, Pavla. 2008. *Moderní trendy ve speciální pedagogice s přesahem do sociální sféry*. 1. vyd. Olomouc : HANEX, 2008. 61 s. ISBN 978-80-7409-014-1.

VOTAVA, Jiří, et al. 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

ZVOLSKÝ, Petr. 1996. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha : UK, 1996. 207 s. ISBN 80-71-84-203-6

Elektronické zdroje:

Domov Dědina [online]. 2007 [cit. 2011-02-18]. Dostupné z WWW:
<<http://www.domov-dedina.cz/index.php?id=2020>>.

Chráněné bydlení [online]. C2002-2010 [cit. 2011-02-12]. Dostupné z WWW:
<<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=392>>.

Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007 [online].
2008 [cit. 2011-01-14]. Dostupné z WWW:
<<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>>

Další zdroje:

HOVORKOVÁ, Kateřina. Z milionu postižených lidí pracuje jen šestnáct procent. *Mladá fronta DNES*. 2011, roč. 22, č. 58, s. 1c. ISSN 1210-1168

Kronika Domova Dědina

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Odpovědi na otázku č. 1	34
Tabulka č. 2: Odpovědi na otázku č. 2	35
Tabulka č. 3: Odpovědi na otázku č. 3	35
Tabulka č. 4: Odpovědi na otázku č. 4	35
Tabulka č. 5: Odpovědi na otázku č. 5	36
Tabulka č. 6: Odpovědi na otázku č. 6	36
Tabulka č. 7: Odpovědi na otázku č. 7	36
Tabulka č. 8: Odpovědi na otázku č. 8	37
Tabulka č. 9: Odpovědi na otázku č. 9	37
Tabulka č. 10: Odpovědi na otázku č. 10	38
Tabulka č. 11: Odpovědi na otázku č. 11	38
Tabulka č. 12: Odpovědi na otázku č. 12	39
Tabulka č. 13: Odpovědi na otázku č. 13	39
Tabulka č. 14: Odpovědi na otázku č. 14	40
Tabulka č. 15: Odpovědi na otázku č. 15	40

Seznam příloh

Příloha č. 1: Záznamový arch rozhovoru s klientkami	II
Příloha č. 2: Anketa	VI
Příloha č. 3: Seznam společenských akcí pro klientky Domova Dědina Přepychy 2010	IX
Příloha č. 4: Fotografie ze života klientek Domova Dědina	XII

Záznamový arch rozhovoru s klientkami

1. Chodíte někdy ven, mimo areál zařízení?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano:

2. Chodíte mimo areál zařízení někdy sama?

- a) ano
- b) ne, chodím jen s doprovodem

3. Chodíte mimo areál zařízení:

- a) na procházky
- b) nakupovat
- c) k lékaři
- d) ke kadeřníkovi
- e) do kina
- f) do knihovny
- g) na sportovní turnaje nebo společenské akce (plesy, slavnosti, poutě)
- h) jinam:

4. Jak často chodíte mimo areál zařízení?

.....
.....

5. Je Vám umožněno chodit mimo areál zařízení dostatečně často?

- a) ano
- b) ne

6. Jak se k Vám chovají lidé, které potkáváte mimo areál zařízení?

.....
.....
.....

7. Znáte osobně někoho z Přepych? (sousedy, známé)

- a) ne
- b) jen „od vidění“
- c) ano, i jménem

8. Máte přátele i mimo areál zařízení?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano:

9. Kde se se svými přáteli setkáváte?

- a) v areálu Domova Dědina
- b) mimo areál Domova Dědina
- c) obojí: v areálu i mimo něj

10. Jak často se se svými přáteli setkáváte?

.....
.....

11. Je Vám umožněn kontakt s rodinou dostatečně často?

- a) ano
- b) ne
- c) mám určité výhrady: jaké:

12. Jak často se setkáváte se svou rodinou?

.....
.....

13. Kde se setkáváte se svou rodinou?

- a) v areálu Domova Dědina
- b) mimo areál Domova Dědina
- c) obojí: v areálu i mimo něj

14. Kdybyste měla nějaký problém nebo Vás něco trápilo, komu byste se svěřila?

.....
.....
.....

15. Chodíte do zaměstnání?

- a) ano
- b) ne

Pokud ne:

16. Chtěla byste chodit do zaměstnání, kdybyste měla možnost?

- a) ano
- b) ne

Pro pracující (otázka č. 17-21)

17. Kde a jakou práci vykonáváte?

.....
.....
.....

18. Líbí se Vám v zaměstnání?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano:

19. Co se Vám na vašem zaměstnání nejvíce líbí?

- a) možnost vydělat si peníze
- b) možnost užitečně strávit volný čas
- c) možnost setkávat se s lidmi
- d) jiná možnost:

.....
.....

20. Jak často chodíte do zaměstnání?

.....
.....

21. Chtěla byste pracovat častěji, kdybyste měla možnost?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

22. Účastníte se práce v kavárně nebo pekárně Láry Fáry?

- a) ano
- b) ne

Pokud ne:

23. Kdybyste měla možnost, chtěla byste se účastnit práce v kavárně nebo pekárně?

- a) ano
- b) ne

Pro pracující v kavárně nebo pekárně (otázka č.24-30)

24. Pracujete v:

- a) kavárně
- b) pekárně

25. Líbí se Vám pracovat v kavárně/pekárně?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano:

26. Co se Vám na práci v kavárně/pekárně nejvíce líbí?

- a) možnost setkávat se s lidmi
- b) možnost naučit se něco nového
- c) možnost užitečně strávit volný čas
- d) jiná možnost:

27. Jak často pracujete v kavárně/pekárně?

.....
.....

28. Chtěla byste v kavárně/pekárně pracovat častěji, kdybyste měla možnost?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

29. Jakým dopravním prostředkem se dostáváte do kavárny/pekárny?

- a) autem
- b) autobusem
- c) vlakem
- d) jinak:

30. Dělá Vám problémy cestovat do kavárny/pekárny a zpět?

- a) ano proč:
- b) ne

Anketa

- 1. Víte o tom, že ve Vaší obci je domov pro osoby s mentálním postižením – Domov Dědina?**
- a) ano
 - b) ne

- 2. Potkal/a jste někdy jednu nebo více klientek Domova Dědina mimo toto zařízení?**
- a) ano
 - b) ne

Pokud odpověď na otázku č. 2 byla „ano“:

- 3. Jak často potkáváte klientky Domova Dědina?**
- a) minimálně jednou za týden
 - b) minimálně jednou za měsíc
 - c) méně než jednou za měsíc

- 4. Zdravíte se vzájemně s klientkami Domova Dědina?**
- a) ano
 - b) ne

- 5. Dal/a jste se někdy do řeči s klientkou Domova Dědina?**
- a) ano
 - b) ne

Pokud odpověď na otázku č. 5 byla „ne“:

- 6. Dal/a byste se do řeči s klientkou Domova Dědina, kdyby k tomu byla příležitost?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

- 7. Víte o tom, že Domov Dědina pravidelně pořádá společenské akce otevřené pro širokou veřejnost (ples, den otevřených dveří)?**
- a) ano
 - b) ne

Pokud odpověď na otázku č. 7 byla „ano“:

8. Účastnil/a jste se někdy společenské akce pořádané Domovem Dědina?

- a) ano
- b) ne

Pokud odpověď na otázku č. 8 byla „ne“:

9. Proč jste se nezúčastnil/a společenské akce pořádané Domovem Dědina?

- a) protože nemám zájem o společenské akce obecně
- b) protože nemám zájem o společenské akce pořádané DD
- c) protože nemám čas
- d) jiný důvod:

Pokud odpověď na otázku č. 7 byla „ne“:

10. Zúčastnil/a byste se společenské akce pořádané Domovem Dědina, kdyby k tomu byla příležitost?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Pokud odpověď otázkou č. 10 byla „ne“ nebo „spíše ne“:

11. Proč byste se nezúčastnil/a společenské akce pořádané Domovem Dědina?

- a) protože nemám zájem o společenské akce obecně
- b) protože nemám zájem o společenské akce pořádané DD
- c) protože nemám čas
- d) jiný důvod:

12. Vadí Vám, když se klientky Domova Dědina zapojují do běžného života v obci a pohybují se mimo areál tohoto zařízení?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Pokud byla odpověď na otázku č. 12 „ano“ nebo „spíše ano“:

13. Proč Vám vadí, že se klientky Domova Dědina zapojují do běžného života v obci?

- a) protože jsou pro své okolí nebezpečné
- b) protože svým chováním obtěžují okolí
- c) jiný důvod:

14. Klientky Domova Dědina by se podle vás měly do běžného života v obci zapojovat:

- a) více
- b) méně
- c) takhle je to dostačující
- d) vůbec
- e) nemohu posoudit

15. Obyvatelé Přepych podle Vás DD spíše:

- a) vítají
- b) nevadí jim
- c) je jim to jedno
- d) vadí jim
- e) nemohu posoudit

Seznam společenských akcí pro klientky Domova Dědina 2010

TERMÍN	AKCE	MÍSTO KONÁNÍ	POČET UŽIVATELEK	POČET DOPROVOD
11.2.	Valentýnská zábava	Chotělice	4	1
4.3.	XIII.společn. ples	České Meziříčí	34	4
19.3.	Koleda	Kvasiny	4	1
22.3.	Velikonoční aranžování	Přepychy: pohostinství Katka	9	1
26.3.	Zahradkářská prodejní výstava	Častolovice	4	1
30.3.	Koncert V. Neckáře a skupiny Bacily	Rychnov nad Kněžnou	4	1
18.-23.4.	Relax.pobyt – lázně	Velké Losiny	8	2
19.-24.4.	Rekreace	Sněžné v Orł.horách	26	6
11.3-29.4.	Kurz Plavání	Dobruška	6x4uživatelky	6x1doprovod
5.6.	Zámecká slavnost	Žampach	4	1
24.6.	Zahrad.slavnost	Opočno	34	3

21.8	Žampašská pouť	Žampach	14	1
10.9.	Festival – město pohádky	Jičín	11	2
21.9.	Zahradní slavnost s Kutnou Horou	Opočno	34	4
5.-7.10.	Návštěva sestry a kamarádek	Rudná u Karl. Varů	2	1
8.10.	Zahrada vých. Čech	Častolovice	11	2
9.-16.10.	Rehabilitační pobyt s Domovem pod Žampachem	Mariánské Lázně	2	-
12.10.	Zábava Rytmus	Rokytnice v Orł.horách	7	1
24.10.	Rekreační jezdeckví	Čánka	3x8uživatelék	3x1dopr.
4.11.	Country bál	Lukavice	10	1
2.12.	Mikulášská zábava	Kutná Hora	11	2
8.12.	Vánoční aranžování	Přepychy: pohostinství Katka	6	2
14.12. 15.12.	Vánoční koncert ZŠ Opočno a skupiny Pouta Pardubice	Opočno: KND	2x4uživatelky	2x1doprovod

19.12.	Vánoční koncert ZUŠ Opočno a sboru Mezisimo	Opočno: kostel	4	1
14.10.-16.12.	Kurz plavání	Dobruška	7x4uživatelky	7x1doprovod
21.12.,22.12.	Předvánoční posezení uživatelů a pracovníků	Přepychy: D2,D1	34	-
22.12.	Vánoční besídka ZŠ Přepychy	Přepychy: pohost.Katka	2	1
22.12.	Vánoční koncert G.A Z.Svědíků	Semechnice: kaple	5	1
29.12.	Loučení s rokem 2010	Přepychy D2	31	-

Zdroj: kronika Domova Dědina

Fotografie ze života klientek Domova Dědina

Obrázek č. 1 – Jeden z dvojdomků Domova Dědina



Zdroj: Domov Dědina

Obrázek č. 2 – Jeden z dvojdomků Domova Dědina (letecký snímek)



Zdroj: Domov Dědina

Obrázek č. 3 – Klientky a pracovnice Domova Dědina v areálu zařízení



Zdroj: Domov Dědina

Obrázek č. 4 – Klientky Domova Dědina během domácích prací



Zdroj: Domov Dědina

Obrázek č. 5 – Jedna z klientek Domova Dědina při pečení koláčů



Zdroj: Domov Dědina

Obrázek č. 6 – Klientky Domova Dědina v zimní zahradě Domova Dědina



Zdroj: Domov Dědina

Obrázek č. 7 – Klientky Domova Dědina v multifunkční dílně



Zdroj: Domov Dědina

Obrázek č. 8 – Jeden z výrobků klientek Domova Dědina



Zdroj: Domov Dědina

Obrázek č. 9 – Klientky Domova Dědina na výletě v ZOO Dvůr Králové



Zdroj: Domov Dědina

Obrázek č. 10 – Klientky Domova Dědina na výletě v Ratibořicích



Zdroj: Domov Dědina

Obrázek č. 11 – Klientky Domova Dědina na festivalu Jičín – město pohádky



Zdroj: Domov Dědina

Obrázek č. 12 – Klientky Domova Dědina v cukrárně



Zdroj: Domov Dědina

Obrázek č. 13 – Klientky Domova Dědina na kurzu plavání v Dobrušce



Zdroj: Domov Dědina

Obrázek č. 14 – Ples Domova Dědina



Zdroj: Domov Dědina