

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PEDAGOGIKY

**PROBLEMATIKA ŽIVOTNÍHO  
DOPROVÁZENÍ ČLOVĚKA S MENTÁLNÍM  
POSTIŽENÍM V RODINĚ**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Bc. Lucie Šubrtová**

Sociální politika a sociální práce, obor Sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Káňová

**Plzeň, 2014**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně  
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 10. dubna 2014

.....

vlastnoruční podpis

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Šárce Káňové za odborné vedení, cenné rady a ochotu při vypracování této práce. Také děkuji všem rodičům za jejich vstřícnost a ochotu spolupracovat.

OBSAH	
ÚVOD .....	8
1 MODEL Y ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ .....	10
1.1 MEDICÍNSKÝ MODEL.....	10
1.2 SOCIÁLNÍ MODEL .....	11
1.3 POPISNÝ MODEL .....	11
1.4 EKOLOGICKÝ MODEL.....	12
1.5 SPIRITUÁLNÍ MODEL.....	13
2 MEZINÁRODNÍ DOKUMENTY .....	14
2.1 VŠEOBECNÁ DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV.....	14
2.2 DEKLARACE PRÁV MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB .....	15
2.3 CHARTA ZÁKLADNÍCH LIDSKÝCH PRÁV EU .....	16
2.4 ÚMLUVA O PRÁVECH OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	16
3 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A MENTÁLNÍ RETARDACE .....	18
3.1 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ .....	18
3.2 MENTÁLNÍ RETARDACE.....	19
3.3 PŘÍČINY MENTÁLNÍ RETARDACE.....	20
3.4 STUPNĚ.....	21
3.5 KLASIFIKACE.....	21
4 PODPORA ČLOVĚKA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	26
4.1 RODINA .....	26
4.2 SOUROZENCI.....	27
4.3 PARTNERSTVÍ.....	27
4.4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	28
5 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	29
5.1 RANÁ PÉČE.....	29
5.2 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	30
5.3 VZDĚLÁVÁNÍ V RÁMCI PROFESNÍ PŘÍPRAVY .....	34
5.4 VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	34
6 PRACOVNÍ ZAČLENĚNÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	36
6.1 PRACOVNÍ REHABILITACE.....	37
6.2 CHRÁNĚNÉ PRACOVNÍ MÍSTO.....	37
6.3 PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ.....	37
7 PODPORA A DOPROVÁZENÍ ZA KOMUNISMU A DNES .....	39
7.1 PODPORA A DOPROVÁZENÍ ZA TOTALITNÍHO REŽIMU .....	39
7.2 PODPORA A DOPROVÁZENÍ V DNEŠNÍ DOBĚ.....	40
PRAKTICKÁ ČÁST .....	42
8 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	43
8.1 KONCEPTUALIZACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU, CÍLE PRÁCE .....	43
8.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	44
8.3 VÝZKUMNÁ STRATEGIE.....	45
8.4 VÝZKUMNÉ METODY A JEJICH UŽITÍ .....	45
8.5 ZPŮSOBY ANALÝZY DAT .....	48
9 VÝSLEDKY .....	49
9.1 KAZUISTIKY .....	58
10 SHRNU TÍ VÝZKUMU.....	64

---

11 ZODPOVĚZENÍ DÍLČÍCH CÍLŮ VÝZKUMU.....	65
11.1 POPSAT, JAKÉ MĚLY OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ A JAKÉ MAJÍ NYNÍ.....	65
11.2 ZJISTIT, JAK VNÍMALI RODIČE FAKT, ŽE MAJÍ DÍTĚ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	66
11.3 ZJISTIT, JAKÝ DRUH PODPORY ZE STRANY ORGANIZACÍ VYUŽÍVAJÍ RODIČE LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	66
ZÁVĚR.....	68
RESUMÉ.....	69
POUŽITÉ ZDROJE.....	70
SEZNAM PŘÍLOH.....	72

## ÚVOD

Lidé s mentálním postižením se řadí mezi nejpočetnější skupinu lidí se zdravotním postižením vůbec. V dřívějších dobách byli tito lidé zavrhováni, ponecháváni vlastnímu osudu či dokonce zabíjeni.

V dnešní době se společnost snaží co nejvíce pomoci těmto lidem a jejich rodinám a tím zkvalitnit jejich život. Kromě státních organizací dnes vznikají i nestátní neziskové organizace, které jsou více a více využívány lidmi s mentálním postižením a jejich rodinami. V dřívějších dobách to však tak nebylo. Vezmeme-li si období komunismu: v této době se jedinci s mentálním postižením většinou oddělovali od „normální“ společnosti a zavírali do ústavů pro mentálně retardované. Lidé nebyli zvyklí je vidat, nevěděli, jak se k nim chovat, jak moc jsou postižení. Rodina se většinou rozhodla umístit své postižené dítě do ústavu.

Cílem diplomové práce je popsat a analyzovat život rodin, vychovávající dítě s mentálním postižením a dále také analyzovat a srovnat možnosti výchovy a vzdělání osob s mentálním postižením za dob komunismu a v dnešní době.

Diplomová práce je rozdělena do několika kapitol. První kapitola vysvětluje modely zdravotního postižení, resp. mentální retardace. Druhá kapitola je věnována mezinárodním dokumentům týkající se problematiky zdravotního postižení. Kapitola třetí se snaží vysvětlit pojmy mentální postižení a mentální retardace, její příčiny, stupně a klasifikaci. Čtvrtá kapitola se zabývá podporou člověka s mentálním postižením, jakou je rodina, sourozenci a sociální služby. Pátá kapitola se týká zejména výchovy a vzdělání lidí s mentálním postižením. Kapitola šestá je věnována pracovnímu začlenění těchto osob. A poslední kapitola teoretické části popisuje, jaké možnosti vzdělávání měli lidé s mentálním postižením za dob komunismu a jaké mají dnes. Výzkumné šetření diplomové práce je zpracováno v osmé kapitole, kde se snažím analyzovat život rodin a jejich dětí (dospělých) s mentálním postižením. A také je zde zkoumán rozdíl ve výchově a vzdělání za dob komunistického režimu a dnes. Výsledky se nacházejí v deváté kapitole, v desáté kapitole je pak shrnutí výsledků. A v kapitole jedenácté se nachází zodpovězení dílčích cílů.

Ke zpracování diplomové práce a výzkumného šetření byly použity tyto metody a techniky: analýza odborné literatury, dotazník, polostrukturovaný rozhovor a kazuistika.

# TEORETICKÁ ČÁST

*„Kolik člověk zná, tolik zmůže.“*

*Titus Maccius Plautus*

## 1 MODELY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

Zdravotní postižení je pojem zastřešující nejen postižení tělesné, mentální, tedy i mentální retardaci, ale také duševní, smyslové a kombinované postižení.

Spolu s rozvojem integračního a inkluzivního úsilí a snahy o začlenění lidí s mentální retardací do běžné společnosti, roste také nutnost změny mnohých společenských systémů a hledání vhodných způsobů, jak k lidem s mentální retardací přistupovat (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

V současné době máme možnost najít několik základních modelů zdravotního postižení: medicínský, sociální, popisný a ekologický, které Lečbych (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012) doplňuje o model spirituální.

### 1.1 MEDICÍNSKÝ MODEL

Prvním a nejrozšířenějším modelem je model medicínský neboli limitační, který definuje mentální retardaci zejména z hlediska podprůměrného obecného intelektového fungování a nedostatečného adaptačního chování. V rámci tohoto modelu je mentální retardace například popsána jako *„závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí“* (Říčan, Krejčířová a kol., 1997, str. 151).

Medicínský model zdůrazňuje nedostatky a omezení člověka s mentálním postižením v oblasti chování a intelektu. V dnešní době u nás převažuje právě tento druh modelu, kdy mentální postižení a mentální retardace znamenají jedno a totéž.

Diagnostika mentální retardace je zjišťována pomocí intelektové úrovně, která je měřena testem inteligence a posuzování adaptivního chování vzhledem k prostředí, ve kterém tento člověk žije. Hranice mentální retardace je stanovena hodnotou IQ pod 70 bodů a jednotlivé stupně mentální retardace (lehká, středně těžká, těžká, hluboká) jsou definovány jako kontinuum, vymezené určitým intervalem hodnoty IQ (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).



## 1.2 SOCIÁLNÍ MODEL

Sociální model, v některých publikacích nazývaný jako model sociální péče, navazuje na medicínský model a jeho výhodou je, že poskytuje péči lidem, kteří byli z nějakého důvodu vyloučeni z rodiny a společnosti. Předpokládá, že lidé s mentálním postižením potřebují celodenní péči z důvodu svých omezení a nedostatků.

Pro lidi s mentálním postižením, kterým rodina nedokáže zajistit vhodné podmínky pro uspokojování jejich základních potřeb, se tedy stává jakousi záchytnou sítí. Tento model se snaží lidi s mentálním postižením chránit před neúspěchem a ponížením, které by na ně mohlo čekat ve světě majoritní společnosti. Pro lidi s mentálním postižením se v rámci tohoto modelu preferuje chráněné prostředí. Dle tohoto modelu je komplexní péče o lidi s mentálním postižením jedinou možnou alternativou. Upozorňuje ale také na to, že komplexnost péče je i velkým rizikem, protože povzbuzuje závislost člověka s mentálním postižením na druhých lidech a omezuje jeho iniciativu (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

## 1.3 POPISNÝ MODEL

Dalším typem modelu je model popisný. Tento model se snaží předcházet negativním jevům, které vyplývají z používání diagnóz k popisu člověka („nálepkování“ – „labeling“) a to zejména stigmatizaci, budování předsudků a zjednodušenému vnímání člověka.

Model zdůrazňuje, že na prvním místě je nutno vidět lidskou bytost a pak až se zajímat o mentální retardaci jako diagnózu. Definice tohoto modelu nejsou zdaleka jednotné, ale spojuje je snaha vidět na prvním místě člověka v kontextu běžného života a běžných činností (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

## 1.4 EKOLOGICKÝ MODEL

Vzhledem k integraci lidí s mentální retardací do běžné společnosti se jako nejvhodnější model mentální retardace jeví ekologický model. Odráží se v pojetí mentální retardace tak, jak jej prosazuje Americká asociace pro duševní a mentální postižení (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities – AAIDD). V tomto pojetí není mentální retardace absolutním znakem, který je vymezen jednotlivcem, ale je dána dynamickou interakcí mezi charakteristikou jedince a charakterem prostředím, ve kterém se tento jedinec pohybuje (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

Tento model stojí na následujících třech pilířích:

- kompetence (capabilities), které tento člověk má a které jsou popisem toho, co jedinec dokáže, co umí a zejména toho, jaké jsou možnosti jeho budoucího rozvoje
- prostředí (environment), které určuje podmínky, ve kterých člověk s mentálním postižením bude žít, učit se, pracovat a setkávat se s ostatními lidmi
- fungování (functioning), které je definováno jako stupeň podpory, kterou člověk s mentální retardací potřebuje, aby mohl v již zmiňovaném prostředí úspěšně žít a tedy „fungovat“. V rámci tohoto pilíře se rámcově rozlišují čtyři základní stupně podpory – občasná, omezená, rozsáhlá a pervazivní. Tyto stupně podpory však nemusejí nutně korespondovat s klasifikací mentální retardace v rámci limitačního pojetí (tj. lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou), ale mohou se měnit vzhledem k prostředí, ve kterém se člověk s mentální retardací pohybuje.

Pozitivum tohoto modelu je kromě praktické využitelnosti s ohledem na integrační tendence také to, že zdůrazňuje interakční povahu mentální retardace mezi jedincem a prostředím (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

## 1.5 SPIRITUÁLNÍ MODEL

Lečbych (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012) doplňuje tyto čtyři modely zdravotního postižení o model spirituální. Model je založen na komplexním vnímání každé bytosti v její tělesné, psychické a duchovní dimenzi, přičemž každá dimenze je rozvinuta v jiné míře. Říká, že existence každého člověka, bez ohledu na případné postižení, naplňuje určitý duchovní účel a spatřuje v jeho existenci nějaký smysl.

V tomto modelu se zdůrazňuje především rovnost a partnerství, podpora vzájemného učení a vzájemného obohacení, důraz je kladen zejména na lidské možnosti než na omezení. Říká, že je důležité nesnažit se jedince s mentálním postižením přizpůsobovat našim představám, ale hlavně se snažit jim porozumět, respektovat jejich vnímání světa a hledat prostor pro společnou spolupráci, která bude pro obě strany přínosná (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

## 2 MEZINÁRODNÍ DOKUMENTY

Všechny současné právní dokumenty odrážejí filozofii, že člověk s mentálním postižením je předmětem sociálních práv. V praxi to představuje snahu o trvalé zlepšování životních podmínek, zajištění rovnoprávného postavení a naplnění základních a specifických potřeb osob s mentálním postižením.

Mezi nejdůležitější dokumenty týkající se této problematiky patří:

- Všeobecná deklaráce lidských práv (1948),
- Evropská konvence o ochraně lidských práv a základních svobod (1950),
- Evropská sociální charta (1961),
- Deklarace práv mentálně postižených osob (1971),
- Deklarace práv zdravotně postižených osob (1975),
- Deklarace o prevenci postižení (1981),
- Úmluva o právech dítěte (1989),
- Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí osob s postižením (1993),
- Helsinská deklaráce o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením (1996),
- Charta základních lidských práv EU (2000),
- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (2007).

### 2.1 VŠEOBECNÁ DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV

Deklarace byla vyhlášena Valným shromážděním OSN dne 10. 12. 1948 a je milníkem v oblasti mezinárodních lidských práv. Není právně závazná, je však souborem hlavních zásad, které by neměl žádný stát, který si říká stát civilizovaný, porušovat. Její politická autorita je uznávána po celém světě.

Valné shromáždění vyhláší tuto Všeobecnou deklaraci lidských práv jakožto společný cíl pro všechny národy a všechny státy za tím účelem, aby se každý jednotlivec a každý orgán společnosti, maje tuto deklaraci stále na mysli, snažil vyučováním a výchovou rozšířit úctu k těmto právům a svobodám a zajistit postupnými opatřeními vnitrostátními i

mezinárodními jejich všeobecné a účinné uznávání a zachovávání jak mezi lidem členských států samých, tak i mezi lidem území, jež jsou pod jejich pravomocí.

Všeobecná deklarace lidských práv mj. říká, že:

1. všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovni co do důstojnosti a práv,
2. každý má všechna práva a všechny svobody, bez jakéhokoli rozlišování, zejména podle rasy, barvy, pohlaví, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního nebo sociálního původu, majetku, rodu nebo jiného postavení,
3. každý má právo na život, svobodu a osobní bezpečnost,
4. nikdo nesmí být držen v otroctví nebo nevolnictví; všechny formy otroctví a obchodu s otroky jsou zakázány,
5. nikdo nesmí být mučen nebo podrobován krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu,
6. každý má právo, aby byla všude uznávána jeho právní osobnost/subjektivita,
7. všichni jsou si před zákonem rovni a mají právo na stejnou ochranu zákona bez jakéhokoli rozlišování,
8. nikdo nesmí být vystaven svévolnému zasahování do soukromého života, do rodiny, domova nebo korespondence, ani útokům na svou čest a pověst,
9. každý má právo na státní příslušnost,
10. každý má právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženství.

## **2.2 DEKLARACE PRÁV MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB**

Tato deklarace byla přijata Valným shromážděním OSN v roce 1971. Je téměř shodná s „Deklarací všeobecných a sociálních práv mentálně retardovaných osob“, která byla přijata v roce 1968 Valným shromážděním Mezinárodní ligy v Jeruzalémě.

Po mnoho let byla tato deklarace nejvýznamnějším mezinárodním nástrojem, který se vztahuje k lidským právům osob s mentálním postižením. Specifikuje některá práva, jakým je právo na řádnou lékařskou péči, na vzdělání, na přípravu na povolání, rehabilitaci a poradenství, právo na ekonomické zabezpečení a určitý životní standard, právo žít s vlastní rodinou a právo podílet se na životě komunity, právo na způsobilého opatrovníka a právo na ochranu před využíváním, zneužíváním a ponižujícím zacházením.

### 2.3 CHARTA ZÁKLADNÍCH LIDSKÝCH PRÁV EU

V rámci EU vznikl v roce 2000 dokument s názvem Charta základních lidských práv EU. Vypracování této Charty bylo významným počinem států sdružených v EU, neboť představuje skutečný katalog lidských práv EU. Ve vztahu k našemu předmětu zkoumání je nutné zaměřit pozornost na čl. 15 této Charty upravující právo na práci a čl. 26, který se výslovně týká zdravotně postižených osob. Podpisem Lisabonské smlouvy z 3. 12. 2007 a za předpokladu jejího přijetí členskými státy EU se Charta základních lidských práv EU stala součástí primárního práva a tedy přímo aplikovatelná a vymahatelná v jednotlivých členských státech.

### 2.4 ÚMLUVA O PRÁVECH OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Dalším významným dokumentem přijatým na půdě OSN je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, která byla přijata v roce 2007. Základním principem Úmluvy je rovnost a nediskriminace. Úmluva tedy chrání osoby se zdravotním postižením před všemi druhy diskriminace a pokrývá občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní práva. Zavazuje smluvní strany nejenom k přijetí zákonů a nařízení dodržující tento princip, ale také k zajištění toho, aby v praktickém životě docházelo k lepší integraci zdravotně postižených lidí do společnosti.

Úmluva vychází z Deklarace práv mentálně postižených osob z roku 1971 a Deklarace práv zdravotně postižených osob z roku 1975 a vstoupila v platnost na základě svého článku 45 odst. 1 dne 3. května 2008. Pro Českou republiku vstoupila v platnost podle odst. 2 téhož článku dne 28. října 2009.

Úmluva se řídí následujícími základními principy:

- respektování lidské důstojnosti a nezávislosti,
- nediskriminace,
- plné zapojení do společnosti,
- respektování odlišnosti,
- rovnost příležitostí,

- přístupnost,
- rovnoprávnost mužů a žen,
- respektování rozvíjejících se schopností dětí a jejich práva na zachování identity.

### 3 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A MENTÁLNÍ RETARDACE

V této kapitole se nachází stručné vysvětlení pojmů mentální postižení a mentální retardace. V mnoha publikacích se tyto dva termíny zaměňují nebo spojují v jeden, zejména v publikacích medicínských. Je zde proto nastínit rozdíl mezi oběma uvedenými.

#### 3.1 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Termín mentální postižení je širší a zastřešující pojem, zahrnující nejen mentální retardaci, ale i jiné kognitivně-sociální znevýhodnění, které omezuje člověka především ve schopnosti učit se. Zahrnuje jedince s IQ pod 85 stupňů, tedy osoby s mentální retardací, dále také demenci či posttraumatickou demenci (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

Světová zdravotnická organizace například definuje mentální postižení jako: *„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Postižení se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami“* (WHO, MKN-10).

Americká asociace pro duševní a mentální postižení (AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) uvádí, že mentální postižení je postižení, vyznačující se významnými omezeními v duševním fungování a adaptivním chování, které se vztahují na mnoho každodenních sociálních a praktických dovedností. Toto postižení vzniká před dosažením věku 18 let. Při definování a vyhodnocování mentálního postižení AAIDD zdůrazňuje, že je třeba vzít v úvahu i prostředí, ve kterém jedinec žije ([http://aaid.org/intellectual-disability/definition#.U0bifPI\\_vRI](http://aaid.org/intellectual-disability/definition#.U0bifPI_vRI)).



### 3.2 MENTÁLNÍ RETARDACE

Termín mentální retardace vznikl z latinských slov mens - mysl, rozum a retardatio - zdržet, zaostávat, opožďovat.

Ve starší literatuře se můžeme setkat s pojmy oligofrenie, slabomyslnost, mentální defekt, zaostalost duševního vývoje, mentální subnormalita apod.

Valenta popisuje mentální retardaci jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, která demonstruje především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností prenatalní, perinatální i postnatální etiologií (Valenta, 2003).

Definice Vágnerové (2004) říká, že „*mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevují neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován*“ (Vágnerová, 2004, s. 298).

Pipeková (2006) dále doplňuje, že se jedná o stav, který je trvalý, vrozený nebo částečně získaný. Tento stav je ale třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence.

Demence je tedy získaný stav, nikoliv vrozený. Jedná se o rozpad nebo postupný úpadek již nabytých intelektových schopností. Rozeznáváme různé druhy demence: stařeckou demenci, posttraumatickou (poúrazovou) demenci po těžkých úrazech hlavy, demenci po nádorových onemocněních, demenci epileptickou, demenci doprovázející pokročilá stádia závislosti na alkoholu nebo jiných drogách apod. (Franiok, 2007).

Definovat mentální retardaci lze z několika úhlů pohledu:

- definice, které zdůrazňují aktuální pásmo inteligence,
- definice, které zdůrazňují biologické faktory,
- definice, které zdůrazňují sociální faktory,

- definice, které zdůrazňují více hledisek (Černá, 2008).

Mentální retardace tedy není nemoc, ale je to trvalý stav s celkovým snížením intelektových schopností. Jedinec trpí poruchou adaptace a hůře se orientuje v čase i prostoru. Toto postižení zasahuje všechny složky osobnosti jedince – duševní, sociální i tělesnou. Jedinec má omezenou schopnost učení, myšlení, paměti, pozornosti, sociální adaptace, prostorové a časové orientace, navazování a udržování sociálních kontaktů.

### 3.3 PŘÍČINY MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardace je celoživotní, vrozené nebo časně získané postižení rozumových schopností. Příčinou mentální retardace je poškození centrální nervové soustavy, na jehož vzniku se může podílet řada vzájemně prolínajících se a spolupůsobících faktorů.

Z etiologického hlediska mohou být příčinou endogenní neboli vnitřní vlivy, které jsou geneticky zakódované. Exogenní neboli vnější vlivy mohou působit od početí až po rané dětství a bývají příčinou poškození mozku dítěte (Švarcová, 2003).

Některé příčiny však můžeme sami ovlivnit. Mentální retardaci totiž také může způsobit špatný zdravotní styl, jako např. nadměrná konzumace alkoholu, cigaret a drog.

Z hlediska doby vzniku dělíme příčiny mentální retardace na prenatální, perinatální a postnatální.

- Mezi prenatální příčiny, jedná se o příčiny vzniklé před porodem, můžeme zahrnout např. vrozené vady metabolismu, chromozomové odchylky a změny, fetální alkoholový syndrom apod.
- Do perinatálních vlivů, které se vyskytují v období porodu, patří těhotenské a porodní či poporodní problémy.
- A mezi postnatální čili poporodní faktory řadíme somatické poruchy, vlivy prostředí, psychosociální vlivy a psychické poruchy (Češková, 2006).

### 3.4 STUPNĚ

Aby se mohl určit stupeň mentální retardace, musí se nejdříve zjistit stupeň inteligence. „Světová zdravotnická organizace (WHO) posuzuje hloubku postižení (retardace) podle toho, jak dalece se jedinec vzdaluje od modálního průměrného výkonu, který má hodnotu IQ 100. Za hranici mentální retardace WHO považuje IQ 70“ (Šiška, 2005, s. 8).

Inteligence je rozumová schopnost řešit různé úkony či situace, učit se ze zkušeností, přizpůsobit se novému prostředí. Je to schopnost správně a rychle jednat, vnímat, myslet, reagovat.

Ke zjišťování inteligence se využívají inteligenční testy. Úroveň inteligence lze vyjádřit číslem neboli inteligenčním kvocientem:

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} * 100,$$

kde je *mentální věk* dán úspěšností při řešení úkolů pro určitou věkovou skupinu a *chronologický věk* se rovná fyzickému věku.

### 3.5 KLASIFIKACE

V souladu s novou verzí Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revizí vydanou Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v Ženevě) se mentální retardace člení do těchto kategorií:

- 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 pod 20),
- F78 jiná mentální retardace,
- F79 nespecifikovaná mentální retardace (používá se v případech, kdy je diagnóza úrovně mentálního postižení obtížná nebo ji není možno stanovit,

jedná se často o situace, kdy se mentální postižení vyskytuje v kombinaci s dalšími postiženími, jako je např. slepota, hluchota atd.).

### 3.5.1 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Jedinci s lehkou mentální retardací dosahují v IQ testech výsledků v pásmu od 69 do 50. Jedná se o nejlehčí a nejméně závažný typ mentální retardace. Lehká mentální retardace se vyskytuje u 80 % jedinců z celkového počtu lidí s mentálním postižením, v populaci je to 2,6 % (Švarcová, 2003).

U této mentální retardace můžeme do 3 let pozorovat jen zpomalený či opožděný vývoj, výraznější problémy se objevují od 3 do 6 let, kdy se u jedince vyskytuje opožděný vývoj řeči, malá slovní zásoba, vady řeči. I přes to je jedinec schopen komunikovat s okolím bez větších obtíží a užívat řeč v každodenním životě. U dětí školního věku se dále objevují potíže se čtením a psaním, i když to se nakonec většina z nich naučí číst a psát, dále nedostatečná zvědavost a stereotyp ve hře. Také se objevuje omezená schopnost logického myšlení a horší paměť. Je zpomalen rozvoj sociálních dovedností a návyků.

Většina z nich i přes to dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj oproti normě mnohem pomalejší. V emocionální sféře jsou jedinci s lehkou mentální retardací labilní, impulzivní a úzkostní (Pipeková, 2006).

Možnosti výchovy a vzdělávání jsou velice dobré, u některých jedinců je možná integrace do běžné základní školy. Ti méně nadaní navštěvují základní školu praktickou. Většinu jedinců lze zaměstnat prací, která ale vyžaduje spíše praktické než teoretické dovednosti.

### 3.5.2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

Jedinci se středně těžkou mentální retardací dosahují v IQ testech výsledků v pásmu od 49 do 35. Středně těžká mentální retardace se vyskytuje asi u 12 % jedinců z celkového počtu lidí s mentálním postižením, v populaci je to 0,4 % (Švarcová, 2003).

Rozvoj řeči je tedy výrazně opožděn, většinou se skládá z jednoduchých výrazů, větých spojení a agramatismů. Celkově je slovní zásoba u těchto jedinců velmi chudá. Někteří jedinci jsou schopni jednoduché konverzace, jiní umí vyjádřit jen nejzákladnější věci jako své potřeby.

Limitované jsou také pokroky ve škole, ale prokazuje se, že i někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní i počítání. Speciální vzdělávací programy mohou pak jedincům s touto mentální retardací poskytnout příležitosti k získávání základních znalostí a dovedností.

Osoby s tímto typem mentální retardace už jsou výrazně omezeny ve schopnosti postarat se sami o sebe, potřebují neustálý dohled a pomoc v každodenním životě. Jsou ale schopny vykonávat jednoduchou manuální činnost, ovšem pouze pod dohledem a jsou-li činnosti přesně a jasně strukturovány. Dále je většina z nich schopna navázat kontakt se sociálním prostředím.

Možnosti výchovy a vzdělávání jsou dobré, avšak oproti předchozí mentální retardaci omezené. Ke vzdělávání dochází podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základních školách speciálních, další vzdělávání je možné ve škole praktické. Jsou schopni jednoduchých manuálních činností pod odborným dohledem nebo v chráněných podmínkách jakými jsou např. chráněná pracovní místa, podporované zaměstnání apod.

### **3.5.3 TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE**

Jedinci s těžkou mentální retardací dosahují v IQ testech výsledků v pásmu od 34 do 20. Těžká mentální retardace se vyskytuje u 7 % z celkového počtu lidí s mentálním postižením, v populaci je to 0,2 % (Švarcová, 2003).

Psychomotorický vývoj je značně opožděn, řeč se nevyvine nebo se vyvine jen z části, kdy je jedinec schopen komunikovat pouze pomocí jednoduchých slov či slabik. U některých jedinců se mohou vyskytovat automatické kývavé pohyby hlavy a trupu. Objevují se potíže při koordinaci pohybů a celkové bývá motorika dosti hrubá. Tyto osoby jsou schopny sebeobsluhy a různých pracovních činností jen z velmi malé části a jsou často

odkázány na pomoc druhých. Řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni. Kombinace s motorickým postižením a s příznaky celkového poškození CNS. Velmi časté jsou stereotypní pohyby, sebepoškozování, afekty a agrese. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou značně omezené, vzdělávání probíhá podle odpovídajícího vzdělávacího programu v základní škole speciální (Valenta, Müller, 2007).

#### **3.5.4 HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE**

Jedinci s hlubokou mentální retardací dosahují v IQ testech výsledků v pásmu od 19 do 0. Při testování už ale musí být použity neverbální testy. Hluboká mentální retardace se vyskytuje u 1 % z celkového počtu lidí s mentálním postižením, v populaci je to 0,03 % (Švarcová, 2003).

Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn. Jedinci jsou značně omezeni ve schopnosti porozumět požadavkům společnosti. Neosvojují si základy řeči, přinejlepším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace (kývání hlavou, výkřiky, grimasy), nejsou schopni se o sebe postarat, je zde nutná trvalá péče i v nejjzákladnějších životních úkonech. Většina jedinců je imobilních nebo velmi omezených v pohybu. Také bývají inkontinentní, tedy neschopni udržet moč, stolicí. Objevují se automatické kývavé pohyby celého trupu. Časté je i sebepoškozování. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou velice omezené. Lze dosáhnout nejjednodušších zrakově prostorových orientačních dovedností (Valenta, Müller, 2007).

#### **3.5.5 JINÁ MENTÁLNÍ RETARDACE**

Do této kategorie spadají jedinci, u kterých nelze určit stupeň mentální retardace pomocí obvyklých metod nebo je to nesnadné, např. nevidomí, neslyšící, nemluvící, jedinci s těžkými poruchami chování, autismu apod. (Švarcová, 2003).

### 3.5.6 NESPECIFIKOVANÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

U jedinců v této kategorii je prokázána mentální retardace, ale neexistuje dostatek informací pro zařazení klienta do jedné ze shora uvedených (Švarcová, 2003).

Někteří autoři uvádějí a popisují ve svých publikacích ještě jeden stupeň mentální retardace a to mírnou mentální retardací (IQ 85 – 69). Švarcová (2003, s. 32) uvádí, že *„toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně rozvíjet, nýbrž bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Děti s opožděným rozumovým vývojem, u nichž k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin, než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady apod.), se nepovažují za mentálně postižené.“*

## 4 PODPORA ČLOVĚKA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Podpora a doprovázení člověka s mentálním postižením hrají důležitou roli v jeho životě. Základní podpůrnou sítí pro dítě i dospělého s mentálním postižením hraje jeho rodina. Dále ale také sourozenci, neméně důležité je i partnerství a sociální služby.

### 4.1 RODINA

Rodina je první a nejdůležitější sociální (společenské) prostředí, se kterým přichází dítě do kontaktu. Je to nejpřirozenější prostředí pro život a výchovu dítěte. Je však třeba se zaměřit na *„úplnost či neúplnost rodiny, vzájemnou shodu a vztahy mezi rodiči a širší rodinou, stupeň narušení rodiny, počet sourozenců a postavení dítěte mezi nimi, dispozice dítěte, typ a náročnost výchovy, způsob trestání dítěte, projevy lásky resp. zanedbávání dítěte, agresivitu vůči dítěti, event. týrání dítěte, prostředí, ve kterém rodina žije, včetně materiálního zajištění“* (Pipeková, 2006, s. 69).

Nejen dříve, ale i dnes plní rodina různé funkce. Základní funkcí je funkce reprodukční. Ta má význam jak pro společnost jako celek, tak i pro jedince samotného. Z toho vyplývá další funkce a to funkce výchovná. Jak již bylo zmíněno, rodina je první prostředí, do kterého se dítě dostane. Rodina by tedy měla učit dítě přizpůsobovat se životu, osvojovat si základní návyky a způsoby chování, měla by jej připravit na budoucí samostatný život. Rodinné prostředí by mělo být pro dítě stimulační. To znamená, že by rodina měla zajistit uspokojení základních potřeb a to nejen fyzikálních a materiálních, ale především citových a duševních.

Švarcová (2006) uvádí, že rodina je nepostradatelnou institucí pro dítě, ale i u dospělého člověka s mentálním postižením hraje důležitou roli. Hlavním úkolem rodiny je naučit člověka s mentálním postižením co možná největší samostatnosti, která dále vede k dosažení dospělosti nebo alespoň k pocitu smysluplnosti a naplnění života. I přes to, že jedinec dosáhne určité míry samostatnosti, je odchod od rodiny většinou nereálný. Hlavní překážkou je citová závislost člověka s mentálním postižením i rodičů a zakotvení určitých rolí, z nichž vyplývá, že dospělý s mentálním postižením přebírá roli závislého dítěte (Vágnerová, 2008).



## 4.2 SOUROZENCI

Výchova dítěte s mentálním postižením je velice fyzicky i psychicky náročná, ovšem platí, že by dítě nemělo být jedináčkem. Lékaři i psychologové doporučují, aby rodiče, kterým se narodilo postižené dítě, měli ještě alespoň jedno, samozřejmě pokud je to zdravotně možné. Radost ze zdravého, dobře se vyvíjejícího dítěte totiž přináší do rodiny uklidnění, které pochopitelně prospívá všem (<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006101101>).

Jestliže se však narodilo dítě s mentálním postižením až po dítěti zdravém, hrozí zde nebezpečí, že si k němu především matka vytvoří zvláštní citový vztah a starší zdravé dítě bude zatlačeno do pozadí. Dítě s mentálním postižením bývá citlivější, žárlivější, sobectější a zranitelnější než jiné dítě. Proto je důležité, aby se oba rodiče zapojili do výchovy a rozdělili si péči o děti. Vhodné je i zapojení prarodičů.

Jak uvádí Bartoňová (2006), lásku je třeba rovnoměrně rozdělit mezi obě děti, zdravé i postižené. Postupem času by se ze zdravého dítěte měl stát jakýsi ochránce dítěte s postižením a dítě s postižením by mělo svého sourozence milovat a mít v něm oporu. To platí v případě, že je dítě s postižením mladší než zdravý sourozenec. V opačném případě je dosti pravděpodobné, že po nějaké době svého mladšího sourozence začne napodobovat. Později se bude snažit se mu vyrovnat.

## 4.3 PARTNERSTVÍ

I v životě člověka s mentálním postižením hraje důležitou roli partnerství a může mu do života člověka s mentálním postižením vstoupit partner. Každý člověk potřebuje někoho milovat a být milován. Tato potřeba je jednou ze základních lidských potřeb bez ohledu na přítomnost postižení (Valenta, Müller, 2007).

Ne vždy se však potřeba partnerství u člověka s mentálním postižením vytváří. Jedinec může být pouze obklopen láskou členů rodiny, kteří mu prakticky nedají možnost poznat náklonnost nebo lásku jiného charakteru, než rodičovského. Někdy bývá obtížné navázat partnerství s potencionálním partnerem, protože k tomu není příležitost a ani možnost poznat osobu se stejnou mentální úrovní a i se stejnou potřebou.

#### 4.4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje okruh lidí v nepříznivé sociální situaci. Těmto lidem je na základě tohoto zákona poskytována pomoc a podpora prostřednictvím sociálních služeb. Sociální služby dle zákona sestávají ze služeb sociální péče, služeb sociální prevence a sociálního poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje každý zřizovatel sociálních služeb, kdežto odborné sociální poradenství je poskytováno ve speciálních poradnách, pro lidi s mentálním postižením jsou to poradny pro osoby se zdravotním postižením.

Pro lidi s mentálním postižením (a nejen pro ně) a jejich rodinu jsou určeny pečovatelské služby, služby osobní asistence, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, denní a týdenní stacionáře, ústavy sociální péče a chráněné bydlení.

Cílem sociálních služeb je co možná největší podpora samostatnosti člověka s mentálním postižením a jeho integrace do běžné společnosti. Při poskytování sociálních služeb musí být samozřejmě dodržována práva člověka.

## 5 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením je celoživotní proces. U jedinců s mentálním postižením je potřeba permanentního rozvíjení, stálého opakování a prohlubování jejich znalostí a dovedností. Základy výchovy jsou samozřejmě zakotveny v rodině. Výchova a vzdělávání člověka s mentálním postižením je mnohem obtížnější a náročnější na pedagogické dovednosti, čas a trpělivost rodičů než výchova a vzdělávání člověka bez postižení.

### 5.1 RANÁ PÉČE

Aby mohlo dítě vyrůstat v přirozeném, tedy rodinném, prostředí, je potřeba podpora rodiny a to zejména v oblasti informační, sociální a finanční (Bartoňová, 2006).

První podporou dítěte s mentálním postižením a jeho rodiny je raná péče. Vymezuje ji Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který ji dále popisuje jako terénní službu, někdy doplněnou ambulantní formou služby, která je poskytována dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, jež je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Základními činnostmi, které jsou v rámci služby poskytovány, jsou:

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

## 5.2 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Vzdělávání dětí a mládeže v ČR se řídí zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Nedílnou součástí komplexu výchovy, vzdělávání, péče a podpory jedinců s mentálním postižením jsou speciálně-pedagogická centra (dále jen SPC). Jejich činnost je vymezena Vyhláškou č. 72/2005Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách školských poradenských zařízení. Tato centra bývají součástí mateřských škol speciálních, základních škol speciálních nebo praktických, mohou ale působit samostatně. Poradenská centra poskytují poradenské služby školám a školským zařízením pro osoby s mentálním postižením, rodičům dětí s mentálním postižením, orgánům státní správy ve školství i dalším resortům zabezpečujícím péči o osoby s mentálním postižením. Hlavním úkolem SPC je pravidelná a dlouhodobá práce s dítětem s mentálním postižením od nejranějšího věku až do ukončení školní docházky a s jeho rodiči, která se provádí buď ambulantně v centru nebo ve škole či v rodině dítěte (Švarcová, 2003).

Důležitou normou je také Národní program vzdělávání, který zpracovává Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a vláda jej pak předkládá parlamentu ČR ke schválení. Pro každý obor jsou vypracovány tzv. rámcové vzdělávací plány, které pak specifikují na každé škole individuálně tzv. školské vzdělávací programy.

Podrobněji pak specifikuje speciální vzdělávání ještě podzákonná norma - vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Ta specifikuje pro osoby se znevýhodněním tzv. podpůrná opatření vzdělávání.

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se řídí „školními vzdělávacími programy“, které vycházejí z „rámcových vzdělávacích programů“. Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání je základním dokumentem pro předškolní vzdělávání všech dětí; k tomu, aby byly podmínky pro předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením optimální, je třeba zajistit zvláště toto:

- „osvojení specifických dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy a

základních hygienických návyků v úrovni odpovídající věku dítěte a stupni

*postižení*

- *využívání vhodných kompenzačních (technických a didaktických) pomůcek*
- *zajištění přítomnosti asistenta (podle míry a stupně postižení)*
- *snížení počtu dětí ve třídě“ (Výzkumný ústav pedagogický, 2006, 37).*

### **5.2.1 BĚŽNÁ ZÁKLADNÍ ŠKOLA**

Základní vzdělávání v běžné základní škole probíhá dle Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu.

Od roku 2004, kdy nabývá účinnosti novela vyhlášky č. 291/1991 Sb. o základních školách mohou být žáci s lehkou mentální retardací integrováni do běžných základních škol. Integrací se tedy rozumí snahy o zapojení dítěte do vzdělávacího systému běžných škol. Systém integrace u nás upravuje Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Ta dále popisuje, že tito žáci by se měli učit v dobře vybavené škole pod vedením kvalifikovaných pedagogů, mít možnost zabývat se zájmovou činností, získat vhodné zaměstnání, bydlení atd. (Pipeková , 2004).

Integrace žáka s mentálním postižením probíhá na základě žádosti zástupce žáka a vyjádření příslušného odborného lékaře a pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra. Je však nezbytné zajistit individuální program se speciálně-pedagogickou podporou.

### **5.2.2 ZÁKLADNÍ ŠKOLA PRAKTICKÁ (DŘÍVE ZVLÁŠTNÍ)**

Základní škola praktická je určena dětem školního věku s lehkým mentálním postižením, případně dětem s úrovní rozumových schopností v pásmu podprůměru, které nejsou z různých důvodů schopny prospívat v základní škole (Švarcová, 2003).

Hlavním úkolem praktických škol je, aby žáci dosáhli co možná nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a osobnostních kvalit a to pomocí speciálních výchovných a

vzdělávacích prostředků a metod. Konečným cílem těchto škol je pak příprava žáků na přijetí a absolvování dalšího vzdělání v podobě odborných učilišť, praktických škol a středních odborných učilišť, případně jiných typů středních škol a z toho vyplývající zapojení a integraci do běžného života.

Hlavní oblasti vzdělávání žáků jsou: jazyk a jazyková komunikace, matematika a její aplikace, informační a komunikační technologie, člověk a jeho svět, člověk a společnost (dějepis, výchova k občanství), člověk a příroda (fyzika, chemie, přírodopis, zeměpis), umění a kultura (hudební výchova, výtvarná výchova), člověk a zdraví (výchova ke zdraví, tělesná výchova), člověk a svět práce. Základní škola praktická trvá 9 let.

### **5.2.3 ZÁKLADNÍ ŠKOLA SPECIÁLNÍ (DŘÍVE POMOCNÁ)**

Základní škola speciální je určena dětem školního věku se středně těžkým mentálním postižením. Hlavním cílem této školy naučit žáky sebeobsluhy, osobní hygieny, osvojení si pracovních dovedností. Dalším úkolem speciální školy je vybavit žáky tzv. triviem základních vědomostí a dovedností, to znamená naučit je číst, psát a počítat. Speciální škola také připravuje žáky na další vzdělávání. Absolventi mají možnost pokračovat ve svém vzdělávání v praktické škole a tím získat kvalifikaci k vykonávání jednoduchých pracovních činností (Švarcová, 2003).

Hlavní oblasti vzdělávání žáků jsou: rozumová výchova (čtení, psaní, počítání, věcné učení), smyslová výchova, pracovní a výtvarná výchova, tělesná a sportovní výchova, estetická výchova a logopedická péče. Základní škola speciální trvá 10 let.

### **5.2.4 PŘÍPRAVNÝ STUPEŇ ZÁKLADNÍ ŠKOLY SPECIÁLNÍ**

Přípravný stupeň základní školy speciální, ve kterém se připravují na povinnou školní docházku, je určen žákům se středně těžkým a těžkým mentálním postižením. Dítě může tento stupeň navštěvovat od školního roku, ve kterém dosáhne věku pěti let, do zahájení povinné školní docházky.

V této třídě bývá obvykle 4 až 6 žáků a učební oblasti jsou: rozumová výchova, smyslová výchova, pracovní a výtvarná výchova, hudební a pohybová výchova, rehabilitační tělesná výchova. V těchto třídách se využívají netradiční a alternativní metody komunikace, především nonverbální komunikační metody, symboly Bliss, znaková řeč Makaton, sociální čtení, globální metoda, psaní hůlkovým písmem apod. Důležité je také prostorové vybavení třídy jako vybavení rehabilitačními pomůckami, kromě učebny by měly mít rehabilitační třídy k dispozici ještě jednu třídu nebo jinou místnost, která by se mohla využívat k individuální práci se žáky, ke cvičení, relaxaci a odpočinku (Švarcová, 2003).

Dalším typem vzdělávání je *individuální vzdělávání*, tzv. „domácí škola“. To je způsob plnění školní docházky bez pravidelné účasti na vyučování ve škole a není primárně určen pro děti s postižením. Je to možnost, kterou na základě žádosti rodičů může povolit ředitel školy, avšak pouze na 1. stupni ZŠ. Dítě je vyučováno doma a do školy dochází každé pololetí na přezkoušení (č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání).

Dále se může uskutečnit i vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením. Jedná se o institut, který se aplikuje v případech dětí s nejzávažnějším mentálním postižením, tzv. hlubokým, které vzhledem ke svému postižení nejsou schopny vzdělávat se v žádné základní škole, dokonce ani ve škole speciální. Vzdělávání těchto dětí je proto organizováno individuálně podle jejich duševních a fyzických možností a započítává se do povinné školní docházky. Tuto možnost může povolit krajský úřad spolu se souhlasem rodičů a na základě doporučení odborného lékaře a školského poradenského zařízení (zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání).

### **5.3 VZDĚLÁVÁNÍ V RÁMCI PROFESNÍ PŘÍPRAVY**

Po ukončení povinné školní docházky mají absolventi s mentálním postižením možnost profesní přípravy v závislosti na úrovni mentálních schopností na jednoleté či dvouleté praktické škole nebo odborných učilištích s dvouletou či tříletou dobou studia.

#### **5.3.1 PRAKTICKÁ ŠKOLA**

Je určena žákům s mentálním postižením, kteří dokončili povinnou školní docházku. Má za úkol připravit žáky na výkon jednoduchých činností dle zaměření a činností v oblastech praktického života. Cílem přípravy je poskytnout žákům doplnění a rozšíření všeobecného vzdělání, dát jim základy odborného vzdělání a základy manuálních dovedností v oboru podle zaměření.

Hlavní odborné předměty, které jsou zde vyučovány, jsou rodinná výchova, ruční práce a praktická cvičení. Všeobecně vzdělávací předměty učebního plánu prohlubují dovednosti a vědomosti nabyté v základní škole.

#### **5.3.2 ODBORNÁ UČILIŠTĚ**

Jsou určena žákům s mentálním postižením, kteří absolvovali praktickou školu. Tato učiliště jsou zaměřena na přípravu pro výkon jednoduchých činností žáků, kteří nejsou schopni samostatně pracovat a jejich pracovní uplatnění musí být řízeno, popř. kontrolováno jinými osobami. Příprava v těchto učilištích trvá 2 až 3 roky a je ukončena vykonáním závěrečné zkoušky.

### **5.4 VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Dospělí jedinci s mentálním postižením mají také možnosti vzdělávání a seberealizace. Mohou se vzdělávat buď v různých večerních kurzech, nebo v kurzech pro doplnění vzdělání.



#### **5.4.1 VEČERNÍ KURZY**

Jsou zaměřeny nejen na další vzdělávání absolventů praktických a speciálních škol, ale mohou je absolvovat i ti, kteří povinnou školní docházku neabsolvovali. Večerní kurzy se věnují především rozvíjení komunikačních dovedností, opakování probraného učiva, procvičuje se orientace v prostředí, lidé se učí se pracovat s počítačem apod.

Večerní školy zpravidla zřizují občanská sdružení, popř. rodiče. Vyučuje se v nich většinou dvakrát týdně po dvou až třech hodinách zejména odpoledne. Bývají zřizovány ve školách speciálních, praktických, ale i v běžných základních školách. Organizací večerních škol se zabývají většinou neziskové organizace, např. Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením.

#### **5.4.2 KURZY NA DOPLNĚNÍ VZDĚLÁNÍ**

Tyto kurzy jsou poskytovány základní školou praktickou či základní školou speciální. Možnost účastnit se těchto kurzů mají i ty osoby s mentálním postižením, které ještě neměly možnost vzdělávat se.

Obsah vzdělávání těchto kurzů vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální a pro žáky jsou podle stupně dosaženého vzdělání a míry jejich znalostí, schopností a potřeb vypracovány individuální vzdělávací plány.

## 6 PRACOVNÍ ZAČLENĚNÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Práce je nedílnou součástí života každého člověka. Pomocí práce se člověk realizuje a buduje nějaké hodnoty. Je to základní lidská činnost společenské povahy a má uspokojovat celou škálu lidských potřeb. Prací rozvíjí člověk i svou vlastní přirozenost, schopnosti, které v něm jsou a hru těchto sil podrobuje své vlastní moci. Právo pracovat má každý člověk, bohužel šanci nalézt vhodné pracovní uplatnění nemají všichni lidé stejnou. Vzniká to díky tomu, že je společnost rozdělena na „práceschopné“ a „práceschopné“. Lidé díky tomuto už nevěnují pozornost možnostem určitého člověka, ale jen jeho omezením. I lidé s mentálním a jakýmkoliv druhem postižení mohou pracovat.

Novosad (2002) uvádí, že práce má pro člověka přínos v rovině:

1. existenční a materiální (odměna, mzda, uspokojení osobních potřeb...),
2. rozvojový a tvořivý (rozvoj tělesných a duševních schopností...),
3. kooperační a socializační (spolupráce s druhými, komunikace...),
4. estetický a kulturní (umělecká tvorba...),
5. relaxační (odvedení od jednostranné zátěže, psychického napětí...).

Šiška (in Pipeková, 2006) uvádí, že práce poskytuje lidem ekonomickou nezávislost a vyšší životní standard, také pozitivně ovlivňuje sebeurčení člověka a jeho seberealizaci. Status být zaměstnaným u člověka s postižením pozitivně ovlivňuje postoje společnosti ke zdravotně postiženým. Pracovní místo v integrovaném prostředí je prostředkem pro vytváření a rozvíjení sociálních interakcí pracovníka s postiženým a jeho okolí. Dále také uvádí, že práce je jeden ze způsobů, kterým většina lidí pokračuje v učení a rozvíjení dovedností, kompetencí a intelektových schopností a placená práce přispívá k vysvobození z dlouhodobé závislosti na podpůrných službách a péči okolí.

U osob s mentálním postižením je okruh výběru povolání omezen zdravotními problémy (zejména u kombinovaných postižení) a sníženou úrovní rozumových schopností, která se projevuje pomalejší schopností učit se novým dovednostem. Navíc vznikly různé mýty o pracovních schopnostech lidí s mentálním postižením, např. že podávají nižší pracovní výkony, s jejich najímáním rostou i náhrady na pojištění nebo tím, že dojde k umístění člověka s mentálním postižením na pracoviště, rostou i náklady ze strany zaměstnavatele.

## 6.1 PRACOVNÍ REHABILITACE

Je to souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené (zákon č. 435/2004).

Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména činnost poradenskou zaměřenou na volbu povolání volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti (zákon č. 435/2004).

## 6.2 CHRÁNĚNÉ PRACOVNÍ MÍSTO

Jedná se o pracovní místo, které zaměstnavatel vytvoří pro svého zaměstnance se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Úřad práce poskytuje zaměstnavateli na zřízení takového místa příspěvek. Podmínkou však je, že chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu tří let (zákon č. 435/2004, §75).

## 6.3 PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ

Jak uvádí Šiška (2005, 53) jedná se o „metodu podpory zaměstnance s postižením na pracovišti založeným na vzájemné důvěře“. Dále uvádí, že „metoda podporovaného zaměstnávání je pružný systém podpory lidí s těžším stupněm mentálního postižení na jejich cestě k zaměstnání v integrovaném prostředí.“

Je však kladen důraz na práci jak se zaměstnancem s postižením, tak se zaměstnavatelem a všemi, kteří přijdou se zaměstnancem s postižením do styku. Zaměstnanci se zdravotním postižením poskytuje podporu tzv. pracovní asistent přímo na pracovišti. Pracovní asistent ze začátku zaměstnanci pomáhá po celou dobu výkonu práce, až se asistentova podpora postupně snižuje a zaměstnanec je schopen samostatně vykonávat svoji pracovní činnost a má i další potřebné kompetence k tomu, aby mohl být zaměstnán na otevřeném pracovním trhu (Šiška, 2005).

Ke speciálním programům podporovaného zaměstnávání patří program „Tranzit“, což je program, který je realizován pro žáky posledních ročníků speciálních (praktických) škol a jeho cílem je zprostředkovat těmto žákům praxe v běžných zaměstnáních na otevřeném trhu práce. Cílem je také získat po ukončení školy odpovídající místo ([http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/rigorozni\\_PZ.pdf](http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/rigorozni_PZ.pdf)).

## 7 PODPORA A DOPROVÁZENÍ ZA KOMUNISMU A DNES

V této kapitole se nachází jakési shrnutí podpory a doprovázení za totalitního režimu a v dnešní době.

### 7.1 PODPORA A DOPROVÁZENÍ ZA TOTALITNÍHO REŽIMU

Období komunistického režimu, které u nás probíhalo do roku 1989, bylo v oblasti péče o osoby s mentálním postižením spojeno s několika legislativními úpravami. K úpravám s největší právní silou náleží Zákon č. 95/1948 Sb., o jednotném školství, Školský zákon č. 31/1953 Sb. a Zákon č. 188/1960 Sb., o soustavě výchovy a vzdělávání. Zákon o jednotném školství (95/1948 Sb.) „*zřizoval školy zejména pro mládež tělesně vadnou a s vadami smyslu a řeči, duševně a mravně vadnou, postiženou chorobami a umístěnou v léčebných ústavech a ozdravovnách*“. Dále zde byl Školský zákon z roku 1953 (č. 31/1953 Sb.), který říká, že „*dochází k edukaci žáků s mentálním postižením na druhém cyklu škol - vznikají zvláštní učňovské školy připravující tyto na výkon jednoduchých manuálních povolání*.“ Zákon o soustavě výchovy a vzdělávání z roku 1960 (č. 188/1960 Sb.) popisuje, že se „*rozšiřuje síť speciálních škol o speciální mateřské školy. V oblasti předškolní institucionální péče o mentálně postižené děti jsme v tomto ohledu patřili mezi modelové země*“ (Valenta, Müller, 2003, s. 33).

Za dob totalitního režimu se jakkoli postižení jedinci většinou oddělovali od „normální“ populace a zavírali do ústavů. Lidé je nebyli zvyklí vídat, nevěděli, jak se k nim chovat, jak moc jsou postižení.

V tomto období tedy převažoval názor, že osoby s mentálním postižením by měly být umístěny a vychovávány spíše v ústavních zařízeních. Zejména pak osoby se středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací. Při narození dítěte s mentálním postižením bylo rodičům ihned doporučováno využít možnosti kojeneckého ústavu a následně si pořídit dítě další (Matoušek, 2005).

Byl zde vybudován snad nejrozsáhlejší systém speciálních škol, do kterých byly umístěny děti i s nepatrným postižením. Jedinci s těžším stupněm mentálního postižení

byli umisťováni do velkokapacitních ústavů pro mentálně retardované s celoročním provozem, kde jim byla poskytována péče v základních oblastech. Často ale nekvalifikovaným personálem.

Vzhledem k tomu, že období komunistického režimu je charakteristické centralizací péče o mentálně postižené, neměli rodiče příliš velkou šanci výběru vzdělávání pro své děti. Rodiny s dětmi s mentálním postižením se dříve museli obejít bez pomoci sociálních služeb, protože ty v té době ještě neexistovaly. Jejich možnost pak byla: buď se starat o své dítě s mentálním postižením doma a nebo jej umístit do prostředí ústavu. V důsledku toho často o své dítě pečovali tak dlouho, jak jen to bylo možné. Velké ústavy nebyly přes vysoké náklady na provoz schopny zajistit podporující, domácí prostředí, jaké mohou pro své klienty vytvořit menší instituce.

Díky tomuto bylo v roce 1969 založeno Sdružení pro pomoc mentálně postiženým, nyní Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením (SPMP), což byla dobrovolná, zájmová organizace určena rodičům dětí s mentálním postižením, které má na svědomí paní Božena Görtlerová. Vizí této společnosti bylo, že lidé s mentálním postižením a jejich rodiny mají stejné životní příležitosti jako všichni ostatní ve společnosti. Hlavním cílem bylo a je tedy zlepšit podmínky života občanů s mentálním postižením žijících v rodinách i v péči sociálních či vzdělávacích zařízení. SPMP se především snažila informovat své členy o tom, jaká péče je lidem s mentálním postižením poskytována ve světě. Starala se také o zveřejňování zkušeností rodičů mentálně postižených dětí a samozřejmě i cenných rad odborníků z této oblasti (<http://www.spmpcr.cz/cs/uvod/z-historie-spmpcr/>).

## **7.2 PODPORA A DOPROVÁZENÍ V DNEŠNÍ DOBĚ**

Po pádu komunismu se postupně situace začala měnit. Současná společnost se zasazuje o to, aby mohli lidé s mentálním postižením svůj život prožít doma v rodinném prostředí, co nejpřirozeněji, tak, jako jejich „zdraví“ sourozenci. Začaly proto vznikat sociální služby, které mohou mít dle zákona o sociálních službách formu pobytovou, terénní a ambulantní. Velkokapacitní ústavy, jejichž historie sahá až do devatenáctého století, začaly tak postupně doplňovat i nové druhy služeb, které si kladly za cíl zajistit, aby osoby s postižením nemusely kvůli svému postižení opouštět přirozené prostředí a rodinu či

jiné blízké osoby. Tyto nově vzniklé služby se nejen zaměřují na smysluplné trávení volného času dětí a dospělých s mentálním postižením, ale některá zařízení se zaměřují i na rozvoj dovedností, zvyšování samostatnosti a podporu sociálního začleňování jejich uživatelů, tedy osob s mentálním postižením (Matoušek, 2005).

Stěžejním dokumentem je v této oblasti v České republice považována „*Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*“, která byla schválena usnesením vlády č. 127 ze dne 21. února 2007 ([http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf)).

Jedná se tedy převážně o soukromý, neziskový sektor, který má pomoci rodinám a jejich dětem (dospělým) s mentálním postižením. Důvodem vzniku nestátních neziskových organizací je fakt, že státem či veřejnou správou poskytované služby nestačí, nebo jsou pro některé skupiny občanů nevyhovující a nedostupné (Novosad 2009).

Patří sem organizace, které jsou do určité míry institucionalizovány, mají soukromou povahu (nejsou součástí státní správy), nerozdělují zisk (své zisky nerozdělují mezi vlastníky nebo vedení organizace) a případný zisk musí být použit na cíle dané poslání organizace. Organizace jsou tedy samosprávné, autonomní (řídí svou vlastní činnost, mají svá vlastní vnitřní pravidla, nejsou ovládány zvenčí) a jsou dobrovolné.

# PRAKTICKÁ ČÁST

*„Vědění je poklad, ale praxe je klíč k němu.“*

Thomas Fuller



## 8 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Praktická část vychází z problematiky popsané v teoretické části práce, jež se zabývá problematikou mentálního postižení, člověkem s mentálním postižením v rodině, rodinou a sourozenci člověka s mentálním postižením. Dále popisuje možnosti výchovy a vzdělání osob s mentálním postižením. Výzkumná část se pak zabývá analýzou života rodin a jejich dětí (dospělých) s mentálním postižením a srovnáním možností výchovy a vzdělávání za dob totalitního režimu a dnes.

V této části kapitoly se nachází konceptualizace výzkumného problému a cíle práce, dále vymezení výzkumného souboru a výzkumné strategie. A popis metod a analýzy dat.

### 8.1 KONCEPTUALIZACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU, CÍLE PRÁCE

Výzkumný problém se týká problematiky životního doprovázení člověka s mentálním postižením. Hlavním cílem diplomové práce je analyzovat život osob s mentálním postižením a jejich rodin. Dalším cílem práce je analýza a srovnání možností výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením za dob totalitního režimu a dnes, neboť od roku 1989 se situace postupně měnila k lepšímu a v současné době mají lidé s mentálním postižením a jejich rodina možnost využívat mnoho služeb. Dříve narození lidé však tolik možností neměli.

Na základě vymezení výzkumných cílů byly stanoveny tři dílčí cíle:

1. Popsat, jaké měly osoby s mentálním postižením možnosti vzdělávání a jaké mají nyní.
2. Zjistit, jak vnímali rodiče fakt, že mají dítě s mentálním postižením.
3. Zjistit, jaký druh podpory ze strany organizací využívají rodiče lidí s mentálním postižením.

## 8.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR

V procesu hledání vhodných respondentů byla uskutečněna spolupráce s několika neziskovými organizacemi. Se souhlasem pracovníků a učitelů byl rodičům dětí (dospělých) s mentálním postižením rozdán dotazník s několika otázkami, podle kterých byli vybráni vhodní respondenti. Tímto způsobem byly vybrány čtyři rodiny.

Dále probíhalo získávání respondentů metodou sněhové koule. Tato metoda je využívána k získávání nových případů na základě procesu postupného nominování dalších osob již známými případy. Vlastní proces výběru začíná u jednoho nebo více jedinců, o nichž se ví, že splňují daná kritéria (např. vychovávají dítě s mentálním postižením). S těmito jedinci je proveden rozhovor, při němž jsou požádáni, aby „nominovali“ další osobu, popřípadě osoby, které znají a které splňují ty samá kritéria jako oni a zprostředkovali s touto osobou (osobami) kontakt. S těmito osobami je následně proveden rozhovor, při němž se opakuje předchozí. Tímto způsobem pak narůstá okruh respondentů (Hartnoll a kol., 2003).

Výběr souboru nebyl náhodný, ale předem stanovený. Účelně byli zvoleni rodiče a jejich děti (dospělí) ve věku od 15 do 48 let. Výzkumu se tedy zúčastnilo 8 rodin, resp. rodičů, kteří doprovází dítě (dospělého) s mentálním postižením. Těchto 8 rodičů bylo fragmentováno na dvě skupiny. První skupinu tvořili rodiče, kteří doprovází osobou s mentálním postižením, narozenou v období od roku 1989 do roku 1998, tedy v době postkomunistické, ve druhé skupině byli rodiče doprovázející člověka s mentálním postižením narozeného do roku 1980, tedy vychovávaného a vzdělávaného v době komunismu.

Rodiny byly nazvány podle písmen abecedy, tedy rodiny A, B, C a D, které doprovází dítě s mentálním postižením od 15 do 25 let věku (1. skupina), a rodiny E, F, G a H doprovázející dospělého člověka s mentálním postižením nad 34 let věku (2. Skupina).

Z hlediska úrovně mentální retardace byly v tomto souboru čtyři osoby s lehkou mentální retardací, jedna osoba v hraničním pásmu lehké mentální retardace a středně těžké mentální retardace, dvě osoby se středně těžkou mentální retardací a jedna osoba s posttraumatickou, tedy poúrazovou demencí. Dvě osoby měly ještě Downův syndrom.

Setkání a rozhovory s rodiči probíhaly v jejich přirozeném prostředí, tedy v jejich domácnosti, a jeden rozhovor se uskutečnil pomocí videohovoru přes Skype.

### **8.3 VÝZKUMNÁ STRATEGIE**

Jako hlavní výzkumnou strategii byl zvolen kvalitativní výzkum, který klade důraz na důkladné (hloubkové) poznání zkoumaného sociálního jevu, události. Snaží se o vytvoření komplexního, holistického obrazu zkoumaného problému, o porozumění lidem v různých sociálních situacích a jejich interpretacím těchto situací. Hlavním cílem je vytváření nových teorií. Kvalitativní výzkum se zabývá zejména otázkami proč a jak. Výzkumník si předem vybírá téma a určuje výzkumné otázky, které může během výzkumu předělávat či doplňovat. V průběhu výzkumu nevznikají jen výzkumné otázky, ale také hypotézy i nová rozhodnutí, jak modifikovat zvolený výzkumný plán a pokračovat při sběru dat i jejich analýze. Výzkumník vyhledává jakékoliv informace o dané problematice, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek (Hendl, 2005).

### **8.4 VÝZKUMNÉ METODY A JEJICH UŽITÍ**

Pro získání vhodných respondentů byla nejdříve použita dotazníková metoda. Dotazník byl rozdán do několika neziskových organizací pro lidi s mentálním postižením a do jedné základní školy praktické. Dotazník vyplnilo celkem 15 rodin, resp. rodičů. Celkem bylo však rozdáno 40 dotazníků. Dle výsledků dotazníků byly vybrány 4 rodiny. Dále byly rodiny nalezeny metodou sněhové koule, tedy doporučením od jiných rodin. Stěžejní výzkumnou metodou diplomové práce byla metoda polostrukturovaného rozhovoru. A na základě polostrukturovaných rozhovorů a dotazníků byly vytvořeny kazuistiky.

Základní témata dotazníku a rozhovoru:

- základní informace o respondentech, tedy o rodinách a dětech (dospělých) s mentálním postižením,
- vzdělání dětí (dospělých) s mentálním postižením,

- spolupráce rodiny s organizací (organizacemi).

#### **8.4.1 DOTAZNÍK**

Tato metoda je asi nejrozšířenější a nejpropracovanější technikou získávání dat a je nejméně náročný na čas. Jeho příprava i zpracování je rychlá. Klade malé požadavky na počet výzkumníků. Dotazník je také vstřícný směrem k respondentům. Poskytuje větší čas na rozmyšlení pro respondenta a poměrně přesvědčivou anonymitu ([http://www.mvso.cz/data/upload/Projekty/41Metodologie\\_vedeckovyzkumne\\_cinnosti.pdf](http://www.mvso.cz/data/upload/Projekty/41Metodologie_vedeckovyzkumne_cinnosti.pdf)).

Dotazník (viz příloha) se skládal z 8 předem připravených otázek, na které rodiče odpovídaly dle kategorií od a) do e). Dotazník měl zjistit základní údaje o respondentech a jejich dětech (dospělých) s mentálním postižením.

#### **8.4.2 POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR**

Rozeznáváme tři typy rozhovoru: prvním typem rozhovoru je rozhovor nestrukturovaný, kdy nemáme dopředu vytvořený plán, kterého bychom se drželi. Rozhovor probíhá přirozeně a nenásilně. Druhým typem je rozhovor strukturovaný, v němž máme předem vytvořené schéma, podle kterého se řídíme po celou dobu rozhovoru, a třetím typem je rozhovor polostrukturovaný. U polostrukturovaného rozhovoru si vytváříme určité schéma, které je pro nás jako tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Obvykle je možné zaměňovat pořadí otázek. Dle potřeby a možností tedy toto pořadí upravujeme, abychom tím maximalizovali výtěžnost rozhovoru. Můžeme k daným otázkám pokládat i otázky doplňující. Některé pasáže (okruhy) ponecháváme více na tazateli, včetně samotného znění a pořadí otázek, jiné části mohou mít naopak plně strukturovanou formu a vyžadujeme u nich po tazateli striktní dodržení pořadí a znění otázek (Miovský, 2006).

Rozhovor je metoda, která má za účel získat vylíčení živého světa respondenta s respektem k interpretaci významu popsanych jevů (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

Osobnímu rozhovoru s respondenty vždy předcházela telefonický nebo e-mailový kontakt, ve kterém jsem rodičům vysvětlila, o co se bude jednat, jaká je podstata a účel výzkumu, případně jsem zodpověděla jejich otázky, a také jsem je ujistila o naprosté anonymitě a změně veškerých údajů. Rozhovory proběhly s rodiči osob s mentálním postižením a se samotnými osobami s mentálním postižením během listopadu 2013 při předem sjednané návštěvě u nich doma. Jeden rozhovor proběhl pomocí videohovoru přes Skype z důvodu místa bydliště rodiny. Všichni respondenti byli ještě jednou před rozhovorem seznámeni s tématem diplomové práce a účelem rozhovoru. V rozhovoru nebyly předem sestavené otázky, pouze daný soubor témat a volně přidružených otázek, ale jejich pořadí, volba slov a formulace byla pozměněna, případně bylo něco dovysvětleno, pokud respondent nerozuměl dané otázce. Rozhovory trvaly v průměru 1 hodinu. Se souhlasem respondentů byly zaznamenány na diktafon a později přepsány.

Rozhovory začínaly seznámením a vysvětlením tématu diplomové práce. Poté byli rodiče vybídnuti začít volně vyprávět svůj příběh. Usměrnění byli pouze v okamžiku, kdy začali zacházet do jiného druhu tématu. Rozhovory s rodiči byly ještě doplněny o rozhovory s jejich dětmi s mentálním postižením.

### **8.4.3 KAZUISTIKA**

Na základě rozhovorů a analýzy dokumentů byly vytvořeny kazuistiky. Kazuistika je podrobná studie jedné osoby, kdy se zaměřujeme na různé oblasti jejího života a snažíme se sestavit celkový obraz daného případu v co nejširších souvislostech tak, aby tento obraz byl strukturován výzkumnou otázkou a cílem (Hendl in Miovský, 2006).

S ohledem na ochranu osobních údajů a zachování anonymity byla změněna jména všech dětí a dospělých s mentálním postižením. Všichni rodiče souhlasili s uvedením informací.

## 8.5 ZPŮSOBY ANALÝZY DAT

Hlavní metodou výzkumu je otevřené kódování dle zakotvené teorie, kterou Strauss a Corbinová (1999) uvádějí jako teorii induktivně odvozenou ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů.

Základním procesem zakotvené teorie je kódování nebo také proces analýzy dokumentů. Analyzování ale ve skutečnosti znamená interpretování daných údajů. Kódování je rozděleno na tři typy, které mají dané pořadí. Ve skutečnosti se však vzájemně prolínají.

Prvním typem je otevřené kódování, kdy označujeme jevy, určujeme a pojmenováváme kategorie. Strauss a Corbinová (1999) to označují jako proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizaci a kategorizaci údajů. Cílem otevřeného kódování je vytvoření kategorií, které budou pojímat konkrétní jevy z údajů zobecněných do pojmů. Druhým typem kódování je axiální kódování, ve kterém se jednotlivé kategorie uvádějí do vztahů mezi sebou. Posledním typem kódování je selektivní kódování, kdy po výběru (identifikaci) centrální kategorie tuto kategorii systematicky uvádíme do vztahu s ostatními popsányými kategoriemi (Miovský, 2006).

Z dat, získaných metodou dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru, byl nejdříve vytvořen přepis. Ten byl postupně analyzován a interpretován pomocí otevřeného kódování. Poté byly sestaveny kazuistiky, které jsou jakýmsi doplněním dané problematiky. Byly pozměněny veškeré údaje tak, aby bylo chráněno soukromí a anonymita rodin a osob s mentálním postižením.

## 9 VÝSLEDKY

V této kapitole se nacházejí výsledky z dat získaných metodou dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru, které byly analyzovány a interpretovány pomocí otevřeného kódování.

Tab. č. 1: Charakteristika výzkumného vzorku

Rodina	Věk dítěte (dospělého)	Pohlaví	Bydlení	Vzdělání	Pracuje
<b>1. skupina</b>					
<b>A</b>	15	muž	s rodiči	ZŠ praktická	ne
<b>B</b>	20	muž	s matkou	běžná ZŠ	ne
<b>C</b>	22	žena	týdenní stacionář, víkendy s rodiči	ZŠ praktická, praktická škola dvouletá	ne
<b>D</b>	16	žena	s rodiči	ZŠ speciální	ne
<b>2. skupina</b>					
<b>E</b>	40	muž	chráněný byt, dříve ústav	zvláštní škola, vzdělávací kurz pro dospělé	ano
<b>F</b>	34	žena	s rodiči, dříve ústav	pomocná škola (neukončená)	ne
<b>G</b>	42	žena	domov pro osoby se zdravotním postižením	pomocná škola	ano
<b>H</b>	48	žena	domov pro osoby se zdravotním postižením	zvláštní škola	ne, dříve ano

Zdroj: vlastní šetření, 2013

## 1. skupina

### Rodina A

Chlapec z rodiny A se narodil jako první a plánované dítě. Narodil se zdravý, ale po prodělání meningitidy mu byla diagnostikována lehká mentální retardace.

*„... syn se narodil jako naše první a plánované dítě. Narodil se zdravý. Ale za několik měsíců od porodu dostal meningitidu a pak začaly ty problémy. Doktorka řekla, že se jeho vývoj zastavil. Udělala mu několik vyšetření a pak nám řekla, že má lehkou mentální retardaci a že se nebude normálně vyvíjet. Byl to pro nás šok. Ale snažili jsme se s tím vyrovnat, i když s tím se asi úplně nevyrovnáte nikdy“.*

*„... mohli jsme ho dát do ústavu, ale nechtěli jsme. Rozhodli jsme se s mužem, že se o něho budeme starat. Našli jsme si informace o mentálním postižení a i paní doktorka nám pomáhala. Moc jí za to děkuju“.*

Chlapec chodil do běžné mateřské školy a momentálně navštěvuje základní školu praktickou a nyní je v posledním ročníku.

*„... syn teď chodí do deváté třídy na základní škole praktické. Když byl malý, chodil do normální školky. Měl tam i jednu kamarádku, ale ta pak šla do normální základní školy. To on zezáčátku nechápal. Proč nemohl jít s ní. Teď už to ví. Teď už ví, že musí chodit do této školy, kde má stejně postižené kamarády“.*

*„... chodí do školy rád. Rád se i učí, i když mu to moc nejde. Ale je důležité, že se snaží. Ví, že když se nebude učit, tak nebude mít práci. A on chce mít práci. Chce mít peníze, aby mohl bydlet sám“.*

Po škole by chtěl chlapec pokračovat v dalším studiu. A poté si najít práci uklízeče.

*... „, chtěl by pracovat. Baví ho uklízení a celkově starání se o domácnost. Tak uvidíme. Byla bych ráda, kdyby si našel práci. Taky bych chtěla, aby šel do chráněného bytu a trochu se osamostatnil. Vím, že je schopný se o sebe jakžtakž postarat sám“.*



*„... občas chodíme ven, na nějaké akce, které pořádá třeba Ledovec. Byli jsme na svíčkování a taky na pouti. Líbí se mu tam. Má tam i kamaráda. A má rád jejich psa. Celkově má rád zvířata. Přemýšleli jsme s manželem, že bychom mu také pořídili psa, aby se naučil se o něj starat.“*

Chlapec dále doplňuje:

*„... mám rád školu. Rád chodím do školy. Mám tam kamaráda. Paní učitelka je na nás hodná. Občas se koukáme i na televizi.“*

*„... chtěl bych mít práci. Mám rád uklízení a taky vaření. S mámou děláme koláče. Mám rád nejvíc tvarohový.“*

## **Rodina B**

Chlapec z rodiny B se narodil jako zdravé dítě. Chodil do běžné mateřské školy, do běžné základní školy. V 16 letech se však zranil, prodělal klinickou smrt a byl 2 měsíce v bezvědomí. Lékaři sdělili jeho rodičům, že má pouze malé šance na přežití, spíše žádné.

*„... když mu bylo 16 let, skákal z nějakého útesu. Jenže dopadl na kámen a začal se topit. Než ho kamarádi vytáhli, trvalo to skoro 8 minut. Nedýchal. Oživovali ho a pak začal dýchat. Přijela sanitka a odvezli ho do nemocnice“.*

*„... doktoři říkali, že už se z toho nejspíš nedostane, ať si neděláme moc naděje. Ale já jsem to nevzdávala a věřila, že se z toho dostane“.*

*„... můj syn se z toho dostal. Ze začátku vůbec nekomunikoval, nehýbal ani rukama ani nohama. Ale nevzdal to a teď aspoň těma rukama může hýbat“.*

Nyní chlapec žije u matky. Otec si ho bere jednou týdně na pár dní k sobě. Třikrát týdně navštěvuje denní stacionář a účastní se programu, ve kterém se učí anglicky.

*„... chodí do staciku, kde je spokojený. Učí se tam i anglicky. Jenže není to ten samý kluk co býval před úrazem. Je smutný, nešťastný. Dokonce jednou snědl léky a museli mu vypumpovat žaludek. Je to špatný období teď“.*

## Rodina C

Dívka z rodiny C se narodila v termínu, ale při porodu prodělala asfyxii. Byla několik minut bez kyslíku. Poté jí lékaři diagnostikovali lehkou mentální retardaci.

*„... dcera se narodila s potížemi. Přiškrtila se pupeční šňůrou. Nemohla několik minut dýchat. Nepamatuji si to. Doktor mi dal nějaké léky a já jsem ihned usnula“.*

*„... potom za mnou ten doktor přišel. Už jsem věděla, že je něco špatně podle toho, jak se tvářil. Řekl mi, že dcera nebude zcela v pořádku. Že nejspíš bude mentálně postižená. Když jsem se ho zeptala, jak moc bude postižená, řekl, že to zatím neví“.*

Dívka žila s rodiči doma, kde se o ni matka starala. Poté začala chodit do základní školy praktické, kterou dokončila, a pokračovala praktickou školou, kterou studovala dva roky.

*„... byla s námi doma. Chtěla jsem se o ni starat a ne jí dávat někam do ústavu“.*

*„... začala chodit do praktický školy, protože chtěla pracovat. Teď ale pracovat nechce, že jí prý práce nebaví“.*

Nyní přes týden bydlí v týdenním stacionáři a na víkendy jezdí domů k rodičům.

*„... bydlí v tom stacionáři. Líbí se jí tam a je tam spokojená. Má tam kamarádku, která občas jezdí k nám. Naučila se tam dokonce vařit a pracovat na tkalcovském stavu. Dostala jsem od ní k narozeninám šálu“.*

## Rodina D

Dívka z rodiny D se narodila se středně těžkou mentální retardací a Downovým syndromem. Rodiče se to dozvěděli již v těhotenství matky a rozhodli se nechat si dítě ve své péči.

*„... dcerka se narodila s Downovým syndromem. Když jsem byla v pátém měsíci, řekla mi to doktorka. Doporučila mi jít na potrat, ale já jsem nechtěla. To by byla vražda! Navíc jsme si řekli, že dítě je požehnání, ať je zdravé nebo nemocné“.*

*„... zůstala jsem s ní doma a manžel pracoval. Pak jí vzali do speciální školky, tak jsem byla ráda, že mám chvíli čas na sebe a na domácnost. Teďko jsem začala pracovat na částečný úvazek jako prodavačka“.*

Dívka chodila do speciální mateřské školy a nyní navštěvuje základní školu speciální. Po škole by chtěla pokračovat ve studiu a najít si práci.

*„... chodí do speciální školy. Její sestra už má svoji rodinu ona by jí chtěla taky. Proto jsme jí s manželem pořídili psa, aby se o něj starala a představila si, že je to jakoby její dítě“.*

Dívka dále doplňuje:

*„... škola mě baví. Paní učitelka je hodná. Učím se s mamkou. I se ségrou. Ta taky chodí do školy, takže se obě učíme“.*

## **2. skupina**

Z dotazníků a rozhovorů bylo zjištěno, že všichni čtyři dospělí, patřící do 2. skupiny, byli již od mala v ústavní péči (ústav pro mentálně retardované) a jejich rodiče si je brali pouze na víkendy či prázdniny. V každém případě ale odjeli zpět do ústavu. Po revoluci se však situace změnila.

### **Rodina E**

Muž z této rodiny se narodil s lehkým mentálním postižením.

*„...muj syn se narodil jako naše první dítě. S manželem jsme tenkrát vůbec dítě neplánovali, mně bylo čerstvých 18. Byla to náhoda. Narodil se předčasně, v sedmém měsíci těhotenství. Šel císařským řezem. A byly i nějaké komplikace. Ani nevím už, kolik vážil. Vím, že byl strašně malinký a že mi ho hned po porodu vzali. Po několika hodinách přišel doktor a oznámil mi, že porod byl s komplikacemi a že není zcela v pořádku a že bude nejspíš retardovaný. A jestli si ho chci nechat nebo jestli ho chci dát do ústavu a mít*

*ještě jedno dítě. Že bude lepší, když si ho nenechám a dám ho tam, že se tam o něj dobře postarají. Byla jsem v šoku z toho, jak mi to řekl. Přemýšleli jsme s manželem, jestli si ho necháme nebo ne. Rozhodli jsme se nechat si ho“.*

*„... pak jsme si s manželem pořídili ještě dvě děti. Holčičku a chlapečka. Péče o tři děti už byla náročná, ale zvládala jsem to. Maminka mi pomáhala“.*

Do svých pěti let žil chlapec v rodině, ale po smrti otce ho matka musela umístit v ústavu pro mentálně retardované, protože nezvládala péči o tři děti.

*„... po smrti mého manžela jsem vše přestala zvládat. Nemohla jsem chodit do práce, protože jsem se starala o děti. O postiženého syna, o mladší dceru a ještě jednoho malého syna. Neměla jsem peníze na jídlo ani na bydlení, stát nám zrovna moc peněz nedával. Po dlouhém rozmyšlení jsem se rozhodla dát Martina do ústavu do školkového oddělení“.*

Matka si brala syna skoro každý víkend k sobě domů. V ústavu chodil do zvláštní školy, kterou dokončil.

*„... brala jsem si syna skoro každý víkend, jezdila jsem za ním do ústavu a na prázdniny si ho brala domů. V ústavu potom vychodil zvláštní školu, dneska se tomu říká škola praktická“.*

Když však bylo jejímu synovi 16 let, zjistila, že jejího syna někdo bije. Rozhodla se, že si svého syna vezme do vlastní péče. Odešla tedy z práce, aby se o něho mohla doma starat. V té době měla již přítele, který je i se všemi jejími dětmi živil a pomohl jí v náročné životní situaci.

*„... potom syn začal mít modřiny na nohách, později i na rukách. Když jsem se ho zeptala, kdo mu to udělal, vždy řekl, že upadl. Nechtělo se mi tomu věřit. To by je neměl takhle moc a navíc takhle pořád. Začalo se to prošetřovat a později jsem se dozvěděla, že ho jeden pracovník ústavu mlátí. Rozhodla jsem se, že si ho vezmu zpátky domů. Ten pracovník tam byl pořád, nevyhodili ho“.*

Žil tedy s matkou doma a v nedávné době se zúčastnil vzdělávacího kurzu pro dospělé, který úspěšně dokončil. Nyní žije v chráněném bytu se spolubydlicím. Našel si práci a pracuje jako pomocný pekař v jiném městě, kam každý den dojíždí.

„... syn si před čtyřmi roky udělal vzdělávací kurz pro dospělé. Ted' bydlí v chráněném bytě. Má tam spolubydliciho. A začal pracovat jako pekař. Jezdíme za ním s dcerou jednou za měsíc, občas přijede ke mně. Jsem ráda, že pracuje“.

Muž dále doplňuje:

„... bydlím s kamarádem. Občas jezdím za mamkou domů. Jsem pekař v pekárně. Ale musím do práce každý den jezdit“.

„... chtěl bych mít holku. A oženit se. A taky mít děti. Líbí se mi L. v pekárně“.

## **Rodina F**

Žena z této rodiny se narodila s lehkou až středně těžkou mentální retardací a Downovým syndromem. Rodičům bylo po jejím narození doporučeno umístění do kojeneckého ústavu.

„... moje dcera byla vymodlená. Chtěli jsme s manželem ještě jedno dítě. Ale otěhotněla jsem až ve 35 letech. Moje dcera se narodila s Downovým syndromem. Tenkrát jsem vůbec nevěděla, co to je a co to obnáší a tak jsme se na doporučení doktorů rozhodli, že jí dáme do kojeňáku, že se tam o ní dobře postarají, protože všemu rozumí a my ne. Nechtěla jsem, aby se na mě lidi dívali špatně. Ted' už je to jiný, ale tenkrát si na takovýhle lidi ukazovali a smáli se. Byla to hrozná doba“.

Žena z rodiny F prošla kojeneckým ústavem a ústavem pro mentálně retardované, při němž chodila do pomocné základní školy. V deseti letech začala mít chronické obtíže a tak si ji rodiče vzali do své péče. Školu už bohužel nikdy nedokončila.

„... chodila do školy, ale začla mít pak nějaké chronické problémy, tak jsme se s manželem rozhodili, že si ji vezmeme k sobě domů.“

Matka zůstala v domácnosti, kde se o ni starala. Nyní žije s rodiči a pravidelně navštěvuje denní stacionář, který se nachází nedaleko od jejich domu. Denní stacionář je jakousi formou běžné domácnosti, kde se učí běžným činnostem jako je vaření, praní, uklízení, žehlení a starání se o domácí zvířata. Nepracuje a zatím pracovat nechce. Je spokojená doma, kde má veškerý servis od maminky. Rodiče ani neusilují o to, aby pracovala.

*„ ... jestli chce pracovat, může pracovat, ale jestli nechce, nutit jí nebudeme. Ted' chodí do denního stacionáře, kde je spokojená a má tam kamarády. Já jsem začala pracovat na částečný úvazek“.*

### **Rodina G**

Žena z rodiny G s těžkou mentální retardací. Po narození bylo rodičům doporučeno umístění do kojeneckého ústavu. Hned po narození byla tedy dívka dána do kojeneckého ústavu.

*„ ... doktoři nám řekli, že nebude normální. Byl to pro nás šok. Nevěděli jsme, co dělat. A tak jsme se rozhodli: dáme ji do ústavu. Dodneška svého rozhodnutí lituju. Bylo to hrozný“.*

Při ústavu začala chodit do základní pomocné školy. Povinnou školní docházku dokončila. Po uzavření ústavu v roce 1991 si ji vzali rodiče do vlastní péče. U nich však pobyla jen pár let. Nyní žije v domově pro osoby se zdravotním postižením, kde pracuje jako pomocná uklízečka.

*„ ... když zavřeli ten ústav, vzali jsme si ji k sobě. Byla jsem ráda, že ji mam doma. Ale péče o ni nešla zvládat. Ona je agresivní a neví, co dělá, když je zlá a nadává“.*

*„ ... od doktorů dostává léky, které jí pomáhají. Ted'ko bydlí v domově pro osoby se zdravotním postižením a je tam spokojená. I se uklidnila a je hodná. To nebyla, když jsem jí měla doma“.*

*„ ... má nějakou mladou asistentku, která za ní chodí každý den. Dokonce pracuje. Jako uklízečka. A taky si našla nějakýho přítele. Ale ještě jsme ho s mužem neviděli. Ale jsem ráda, že je takhle samostatná. Ale manželovi se nelíbí, že má přítele“.*

### **Rodina H**

Žena z rodiny H se narodila jako zdravé dítě. Po pár měsících jí však byla diagnostikována lehká mentální retardace.

*„...moje dcera byla zdravá, když se narodila. Aspoň mi to ta doktorka říkala. Jenže mně se na ní stejně něco nezdálo. Už jsme měli jednu postiženou dceru a tak vim, jak to vypadá. Zašla jsem s ní teda na vyšetření“.*

Po několika vyšetřeních se ukázalo, že jejich dcera má lehkou mentální retardaci. Rodiče se tehdy rozhodli si ji nechat. Matka tedy zůstala v domácnosti a starala se o obě dcery s mentálním postižením. Po odchodu manžela se však rozhodla dát je obě do ústavu pro mentálně retardované.

*„... když mi odešel manžel, zhroutila jsem se z toho. Byla jsem i v nemocnici a brala léky na uklidnění. Ocitla jsem se na ně sama. Musela jsem je tam dát. Neměla jsem jinou možnost. Musela jsem do práce, a kdo by se o ně staral? Jedný byly 3 roky a druhý 5 let. Nešlo to jinak“.*

Prošla zde školkovým oddělením a poté zvláštní školou, kterou dokončila. Tento ústav pro mentálně retardované se poté změnil na ústav sociální péče (nyní domov pro osoby se zdravotním postižením), kde žije spolu se svojí sestrou, která trpí též lehkou mentální retardací. Chvilí zde pracovala v prádelně.

*„... obě jsou teďko v tom domově. Líbí se jim tam. Jezdím občas za nima, ale jsem stará a je to přece jenom docela daleko, tak jezdím jenom občas. Mám mladšího bratra, který mě tam čas od času vezme“.*

Žena dále doplňuje:

*„... pracovala jsem tady v prádelně. Ale nebavilo mě to a tak už nepracuju. Teďko jsem začala vyšívát. Chodí za mnou jedna kamarádka a tak mě to naučila“.*

## 9.1 KAZUISTIKY

Kazuistiky jsou shrnutím všech informací o respondentech, které byly zjištěny pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru a dotazníku. Jména všech dětí (dospělých) s mentálním postižením jsou vymyšlena.

### 1. skupina

#### Rodina A

**Jméno:** Patrik

**Datum narození:** 3. 12. 1998

**Druh postižení:** lehká mentální retardace

**Osobní rovina:** Patrik se narodil jako první a plánované dítě. Narodil se zdravý. Těhotenství matky bylo bez závažných obtíží, porod proběhl normálně bez komplikací. Patrik vážil přes 3 kg a měřil 51 cm. Několik týdnů po porodu ale dostal meningitidu. Po několika vyšetřeních se rodiče dozvěděli, že má lehkou mentální retardaci.

**Rodina:** Rodina Patrika je úplná, oba rodiče jsou pracující. Matka má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou a pracuje jako účetní. Otec je vyučen a pracuje jako elektrikář. Mladší bratr Patrika chodí do páté třídy běžné základní školy.

**Vzdělání:** Patrik navštěvuje poslední ročník základní školy praktické. Poté by chtěl dále pokračovat ve studiu a chtěl by pracovat jako uklízeč. Práce ho baví. Rodiče Patrika velmi podporují. Patrik by si chtěl najít práci a bydlet v chráněném bytu.

**Bydlení:** Patrik žije s rodiči a mladším bratrem v panelovém domě o velikosti 3+1. Dle matky doma hodně pomáhá, zvláště s uklízením a vařením. Rodiče přemýšlí, že by Patrikovi koupili psa, o kterého by se sám staral.

#### Rodina B

**Jméno:** Petr

**Datum narození:** 1. 8. 1993

**Postižení:** posttraumatická demence, invalidní vozík, špatná koordinace pohybů



**Osobní rovina:** Petr se narodil jako zdravé dítě. Porod matky byl bez komplikací. Petr měl zdravou váhu i délku. Ve čtyřech letech začal chodit do běžné mateřské školy, poté začal navštěvovat běžnou základní školu, kterou dochodil. O prázdninách se ale zranil skokem do vody a byl několik měsíců hospitalizován v nemocnici. Dva měsíce byl v kómatu. Po probuzení Petra lékaři rodičům oznámili, že Petr bude trpět posttraumatickou demencí a bude celkově ochrnutý. Petr ale bojoval a dnes je sice upoután na invalidní vozík, ale zbytkem těla může pohybovat.

**Rodina:** Rodina je neúplná, rodiče jsou rozvedeni. Matka má ukončené vysokoškolské vzdělání a je učitelkou. Otec, který s nimi nežije, má ukončené středoškolské vzdělání a žije se jako automechanik. Jednou týdně si ho na pár dní bere k sobě domů. Se svým osudem Petr není smířený, chtěl by zase žít normálním způsobem, najít si práci, přítelkyni a odstěhovat se od matky do vlastního bytu. Starší bratr Petra má již vlastní rodinu a nežije s nimi. Jezdí je však pravidelně s rodinou navštěvovat.

**Vzdělání:** Petr chodil do běžné základní školy, kterou dochodil. Poté byl několik měsíců v nemocnici. Po částečném zotavení začal navštěvovat denní stacionář v Plzni a pravidelně se účastní programu tohoto stacionáře, ve kterém se učí anglicky.

**Bydlení:** Trvale bydlí Petr u matky v rodinném domě, ale jednou týdně si ho bere otec na pár dní k sobě.

### Rodina C

**Jméno:** Jitka

**Datum narození:** 30. 1. 1992

**Postižení:** lehká mentální retardace

**Osobní rovina:** Jitka se narodila jako druhé a neplánované dítě. Těhotenství matky proběhlo bez komplikací, porod však bohužel ne. Dítě šlo pozpátku a kolem krku mu uvízla pupeční šňůra. Prodělalo asfyxiu.

**Rodina:** Rodina je úplná, rodiče oba pracují. Matka má dokončené středoškolské vzdělání a pracuje jako prodavačka. Otec vyučen, pracuje jako zedník. Jitčini starší bratři žijí mimo společnou domácnost, jeden z nich má již svoji rodinu, druhý pobývá v Anglii.

**Vzdělání:** Jitka dochodila základní školu praktickou a poté začala studovat praktickou školu dvouletou, kterou úspěšně zakončila závěrečnou zkouškou.

**Bydlení:** Jitka v týdnu bydlí v týdenním stacionáři, do kterého dojíždí a o víkendech pobývá u rodičů. Ve stacionáři je spokojená a chtěla by zde začít i pracovat jako zahradnice.

**Rodina D**

**Jméno:** Marie

**Datum narození:** 13. 2. 1998

**Druh postižení:** středně těžká mentální retardace, Downův syndrom

**Osobní rovina:** Marie se narodila jako druhé a plánované dítě. Už v těhotenství se ale rodiče dozvěděli nemilou zprávou a to, že jejich dítě bude mít Downův syndrom. Rodiče se rozhodli pro to si dítě nechat. Matka porodila císařským řezem. Dítě vážilo 2,53 kg a měřilo 47 cm.

**Rodinná oblast:** Rodina je úplná, oba rodiče pracují. Matka má ukončené středoškolské vzdělání a pracuje na částečný úvazek jako prodavačka, otec má ukončené vysokoškolské vzdělání a pracuje jako elektrotechnik. Starší sestra studuje vysokou školu a žije s nimi.

**Vzdělání:** Marie navštěvuje 8. ročník základní školy speciální. Zatím nechce studovat dál, škola jí prý nebaví.

**Oblast bydlení:** Marie žije s rodiči a starší sestrou v bytovce o velikosti 3+1. Mají psa, o kterého se Marie stará.

**2. skupina****Rodina E**

**Jméno:** Martin

**Datum narození:** 22. 9. 1973

**Druh postižení:** lehká mentální retardace

**Osobní rovina:** Martin se narodil jako první a neplánované dítě. Narodil se předčasně, v sedmém měsíci těhotenství císařským řezem. Porod proběhl s komplikacemi. Po několika hodinách doktor oznámil rodičům, že porod byl s velkými komplikacemi a že Martin bude nejspíš retardovaný. Rodiče se rozhodli pro to nechat si ho ve své péči. Po smrti otce se matka však rozhodla dát ho do ústavu. Martinovi bylo 5 let. Po incidentu s pracovníkem ústavu se rozhodla matka vzít si ho zpět do své péče.

**Rodina:** Rodina je neúplná. Matka má dokončené středoškolské vzdělání a pracuje jako prodavačka. Otec byl vyučen a pracoval jako svářeč, bohužel zemřel, když bylo Martinovi 5 let. Mladší sestra a bratr žijí mimo společnou domácnost a oba mají již své rodiny.

**Vzdělání:** Martin dochodil zvláštní (dnes praktickou) školu v tehdejším ústavu. Po několika letech strávených s matkou doma si udělal vzdělávací kurz pro dospělé a nyní pracuje jako pekař. Do práce denně dojíždí.

**Bydlení:** Martin do svých 5 let bydlel u rodičů. Po smrti otce však musel do ústavu, kde dochodil zvláštní školu. Když mu bylo 16 let, vzala si ho matka zpět do své péče, protože bylo zjištěno, že ho jeden pracovník ústavu bije. Nyní bydlí v chráněném bytu se spolubydlícím. Pracuje jako pekař a denně do práce dojíždí. Matka ho pravidelně navštěvuje a jednou měsíčně jezdí k ní domů.

### **Rodina F**

**Jméno:** Ludmila

**Datum narození:** 7. 3. 1980

**Druh postižení:** hraniční pásmo lehké a středně těžké mentální retardace, Downův syndrom

**Osobní rovina:** Ludmila se narodila jako druhé a plánované dítě. O dítě se rodiče snažili několik let. Když matka otěhotněla, bylo jí už 35 let. Bohužel se holčička narodila s Downovým syndromem. Lékaři rodičům doporučili umístění Ludmily v kojeneckém ústavu

**Rodina:** Rodina je úplná. Matka je vyučená kadeřnice a nyní pracuje na částečný úvazek jako uklízečka. Otec je vyučený obráběč kovů a je ve starobním důchodu. Starší sestra Ludmily žije mimo společnou domácnost a má svoji vlastní rodinu. Občas jezdí rodičům pomáhat.

**Vzdělání:** Ludmila v ústavu chodila do pomocné školy, tu ale však neukončila pro svoje chronické obtíže.

**Bydlení:** Ludmila byla od svého narození v ústavu. Když jí bylo 10 let, začala trpět chronickými obtížemi a rodiče si ji vzali do své péče. Nyní s nimi žije a třikrát týdně navštěvuje denní stacionář v Plzni. Uvádí, že je zde spokojená.

### **Rodina G**

**Jméno:** Romana

**Datum narození:** 14. 10. 1971

**Druh postižení:** středně těžká mentální retardace

**Osobní rovina:** Romana se narodila jako třetí a neplánované dítě. Když matka otěhotněla, bylo jí 37 let. Těhotenství matky bylo problémové. Matka onemocněla a musela brát nějaké léky. Romana

se narodila císařským řezem. Lékaři rodičům sdělili, že Romana nebude normální dítě a doporučili jim umístění do kojeneckého ústavu. Hned po narození byla tedy Romana dána do kojeneckého ústavu.

**Rodina:** Rodina je úplná, matka má ukončené středoškolské vzdělání a nyní je ve starobním důchodu. Otec je vyučený dělník a také je ve starobním důchodu. Sestra i bratr Romany žijí mimo společnou domácnost a oba mají již své rodiny. Sestra pravidelně rodiče navštěvuje, bratr nikoliv.

**Vzdělání:** Romana v ústavu dochodila pomocnou školu. Poté začala pracovat v ústavu jako pomocná síla v kuchyni. Po revoluci byl však ústav zavřen a rodiče se rozhodli vzít si Romanu k sobě domů.

**Bydlení:** Po uzavření ústavu žila Romana několik let u rodičů, poté se rodiče rozhodli dát ji do ústavu sociální péče, který se dnes nazývá domov pro osoby se zdravotním postižením a kde žije dodnes. Pracuje zde jako pomocná uklízečka. Rodina ji pravidelně navštěvuje, občas jezdí domů. Líbí se jí zde, chtěla by však bydlet v chráněném bytu se svým přítelem.

## **Rodina H**

**Jméno:** Klára

**Datum narození:** 25. 12. 1965

**Druh postižení:** lehká mentální retardace

**Osobní rovina:** Klára se narodila jako druhé a plánované dítě. Těhotenství i porod matky proběhly bez komplikací. Klára se narodila v termínu, vážila 3,156 Kg a měřila 51 cm. Po několika měsících se matka rozhodla jít s dcerou na vyšetření, protože se jí nezdál dceřin vývoj. Navíc rodiče měli již zkušenosti v oblasti mentální retardace, jelikož jejich první dcera se narodila s mentální retardací. Po několika vyšetřeních se ukázalo, že i Klára trpí lehkou mentální retardací.

**Rodina:** Rodina je neúplná. Matka je již ve starobním důchodu, dříve pracovala jako dělnice. Otec pracoval jako strojvedoucí, ale opustil je, když byly Kláře 3 roky. Klářina o dva roky starší sestra trpí též lehkou mentální retardací.

**Vzdělání:** Klára vychodila v ústavu pro mentálně retardované zvláštní školu. Poté v ústavu pracovala jako pomocná síla v prádelně.

**Bydlení:** Klára žila nejdříve se svými rodiči. Po odchodu otce však byla Klára se svoji sestrou umístěna do ústavu pro mentálně retardované. Nyní se ústav nazývá domov pro osoby se zdravotním postižením, kde Klára se sestrou žijí. Matka za Klárou a její sestrou pravidelně jezdí na

návštěvy, občas si je bere k sobě domů. Z důvodu vysokého věku se o ně již nemůže starat. Obě sestry jsou zde však spokojené.

## 10 SHRNUTÍ VÝZKUMU

Z výsledků vyplynulo, že všechny osoby s mentálním postižením z druhé skupiny, tedy ty, co byly vzdělávány a vychovávány za dob komunismu, byly umístěny buď po svém narození, nebo později, do ústavu pro mentálně retardované. Z rozhovorů s rodiči vyplynulo, že většinou tak jednali na základě doporučení lékařů a mysleli si, že to pro jejich dítě bude to nejlepší řešení. Jedna z matek sdělila, že jednala tak proto, že od nich odešel manžel a ona se z toho psychicky zhroutila. Jiná matka vysvětlila své jednání tím, že po smrti svého manžela se ocitla ve finanční tísní a musela jít do práce. A tím tak ztratila možnost se starat o své dítě s postižením. Všechny ženy (rodiče) však uvedly, že svého rozhodnutí litují a nyní by se rozhodly jinak, protože jak všechny uvedly, dneska jsou zde jiné možnosti a jsou zde organizace, které pomáhají rodinám s dětmi (dospělými) se zdravotním postižením.

V jednom případě šlo dítě do péče rodičů po uzavření ústavu. Ve druhém případě šla jedna dívka do péče rodičů poté, co onemocněla chronickými potížemi. Jednoho chlapce si matka vzala do své péče po zjištění, že jejímu dítěti je v ústavu ubližováno. Jedna žena byla v ústavu od mala až dodnes (dnes se tento ústav nazývá domov pro osoby se zdravotním postižením).

Dále vyplynulo, že čtyři osoby s mentálním postižením absolvovali povinnou školní docházku (základní škola praktická či speciální, dříve základní škola zvláštní či pomocná, jeden respondent absolvoval základní vzdělání na běžné základní škole), dvě z nich v ústavu pro mentálně retardované. Dvě osoby s mentálním postižením z druhé skupiny nedokončily základní vzdělání a dvě děti s mentálním postižením z první skupiny ještě plní povinnou školní docházku v základní praktické a speciální škole. Jedno z dětí je v posledním ročníku, druhé v předposledním.

Čtyři osoby využívají pobytové služby (dvě domov pro osoby se zdravotním postižením a jedna týdenní stacionář, jedna osoba žije v chráněném bytu), ostatní osoby s mentálním postižením jsou v péči rodiny.

## 11 ZODPOVĚZENÍ DÍLČÍCH CÍLŮ VÝZKUMU

V této části se nachází stručné zodpovězení dílčích cílů, které byly stanoveny na začátku tohoto výzkumu.

### 11.1 POPSAT, JAKÉ MĚLY OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ A JAKÉ MAJÍ NYNÍ

Z rozhovorů vyšlo, že děti s mentálním postižením, které se narodily v době komunismu a procházeli v této době výchovou a vzděláním, neměly tolik možností, které mají děti s mentálním postižením v dnešní době. Rodiče se tehdy museli rozhodnout a měli pouze dvě možnosti: buď si dítě nechají, budou se o ně starat sami, dítě bude chodit do tehdy zvláštní či pomocné školy (dnes nazývané jako školy praktická a speciální), nebo jej dají do ústavu již od útlého věku, kde dítě projde školkovým oddělením, poté zvláštní či pomocnou školou a pak zde bude žít i nadále. Tehdy jiné možnosti nebyly. Zcela chyběl neziskový sektor, kde by trávili děti i dospělí s mentálním postižením svůj čas, zatímco by rodiče chodili do práce. Žádné denní či týdenní stacionáře nebyly, nebyly žádné organizace věnující se lidem s postižením, žádná poradenská centra.

V dnešní době pomáhá rodičům dětem s postižením již od narození dítěte s mentálním postižením tzv. služba rané péče, která je určena pro děti od útlého věku až do sedmi let a je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Dále mohou být děti s mentálním postižením integrované do běžné mateřské či základní školy a s pomocí asistenta ji mohou dochodit. Další možností je základní škola praktická či speciální. Tímto ale vzdělání skončit nemusí. Děti se mohou po dokončení základní školní docházky dále vzdělávat a to buď v praktické škole jednoleté či dvouleté nebo dokonce jít na odborné učiliště. Mohou se vyučit např. pekařem, košíkářem, uklízečkou apod. I vzdělávání dospělých je už dnes běžnou praxí. Jsou zde v nabídce večerní kurzy či kurzy na doplnění vzdělání. Dokonce mohou žít i samostatně mimo ústav či rodinu a to v tzv. chráněných bytech. Toto zde vůbec za dob komunismu neexistovalo. Buď zůstal dospělý s mentálním postižením v rodině, nebo žil v ústavu. Žádné podpůrné organizace pro rodiny s dětmi či dospělými s mentálním postižením zde nebyly. Rodiče byli často odkázáni si pomoci sami.

## **11.2 ZJISTIT, JAK VNÍMALI RODIČE FAKT, ŽE MAJÍ DÍTĚ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Všichni rodiče z obou skupin vnímali fakt, že má jejich dítě mentální postižení téměř shodně. Pro všechny to byla informace, která těžce zasáhla do jejich života. Ve většině případů rodiče před narozením dítěte o jeho postižení nevěděli, proto na danou situaci nebyli připraveni. Pouze jedna rodina uvedla, že věděla o narození své dcery s Downovým syndromem. U dvou rodin se mentální postižení objevilo později. Jedna rodina prožívala těžké chvíle, když se jejich syn zranil a nyní trpí posttraumatickou demencí. Všichni rodiče se s postižením svého dítěte snažili smířit, ale ne vždy se to povedlo.

Rodiče dětí (dospělých) z druhé skupiny se vždy rozhodli pro ústav pro mentálně retardované. Ať už bezprostředně po porodu, nebo později. Nebyli na danou situaci připraveni a nevěděli, co vše to obnáší. Informovanost o mentálním postižení zde byla nulová. Navíc všem rodinám bylo po porodu doporučeno lékaři, aby své dítě dali do ústavu pro mentálně retardované z důvodu lepší péče, která v té době vůbec nebyla profesionální.

## **11.3 ZJISTIT, JAKÝ DRUH PODPORY ZE STRANY ORGANIZACÍ VYUŽÍVAJÍ RODIČE LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Téměř všechny rodiny využívají nějaký druh podpory ze strany organizací, institucí, určených pro rodiny a jejich děti (dospělé) s mentálním postižením.

Tři rodiny z 1. skupiny se shodují v tom, že jsou rády, že mají své dítě s postižením doma a mohou se tak o něho starat. Tyto tři rodiny spolupracují se SPC (speciálním pedagogickým centrem) a dvě ještě navíc se SPMP (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením). Jedna rodina využívá služeb týdenního stacionáře, kde přes týden jejich dcera bydlí a na víkendy potom jezdí domů. Muž s posttraumatickou demencí využívá pravidelně služeb denního stacionáře. Zde se účastní programu, ve kterém se učí anglicky.

Rodiny z 2. skupiny uvedli spolupráci se SPMP. Dvě osoby z této skupiny žijí v domově pro osoby se zdravotním postižením (z nichž jedna má osobní asistentku), jedna osoba žije v chráněném bytu, kde má také k dispozici asistentku, která za ním dochází



tříkrát týdně a zjišťuje, zda je vše v pořádku, radí mu, pomáhá s hospodařením na nákupy, učí ho vařit nebo mu pomáhá s vařením. Jedna žena využívá služeb denního stacionáře, do kterého dochází tříkrát týdně.

## ZÁVĚR

Doprovázení člověka jiným člověkem je přirozenou součástí lidské společnosti od dob jejího vzniku až do současnosti. Každý člověk je v průběhu svého života doprovázen druhými lidmi a naopak, protože někdy mohou nastat chvíle, kdy si člověk neví rady sám a potřebuje pomoci od ostatních. U lidí s mentálním postižením je to trochu jinak. Lidé s mentálním postižením jsou často odkázáni na pomoc druhých a potřebují mít nějakého „doprovázejícího“, ať už je to rodič, asistent nebo jiná osoba, který je naučí osvojení základních schopností a dovedností.

V dnešní době jsou možnosti doprovázení lidí s mentálním postižením na mnohem větší úrovni, než byly za totalitního režimu, kdy nebyly „normální“ lidé zvyklí jedince s postižením vídat, protože tito lidé byli zavíráni do ústavů a tak se do společnosti moc nedostali. Nyní si společnost na lidi s postižením pomalu zvyká, nenahlíží na ně už jako na „něco“ jiného, nemocného, a snaží se jim všemožně pomoci. Vznikají různé neziskové organizace věnující se těmto lidem a jejich rodinám.

## RESUMÉ

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část popisuje mentální postižení, mentální retardaci a její klasifikaci a stupně. Dále je teoretická část věnována možnostem výchovy a vzdělávání pro osoby s mentálním postižením. Praktická část má pak za úkol analyzovat život rodin a jejich dětí (dospělých) s mentálním postižením. Dalším cílem práce je srovnat možnosti vzdělání pro osoby s mentálním postižením za dob totalitního režimu a dnes.

Téma diplomové práce jsem si vybrala záměrně proto, abych se dozvěděla, jaké byly možnosti pro rodiny a jejich děti (dospělé) s mentálním postižením právě z hlediska vzdělávání v době, kdy zde panoval komunistický režim.

Klíčová slova: mentální retardace, lidé s mentálním postižením, možnosti výchovy a vzdělávání, rodina

## SUMMARY

The thesis is divided into the theoretical part and the practical part. The theoretical part describes intellectual disability, mental retardation and its classification and degree. The theoretical part is further devoted to upbringing and education for people with intellectual disabilities. The practical part is then the task of analyzing the lives of families and their children (adults) with intellectual disabilities. Another aim of this thesis is to compare the educational opportunities for people with intellectual disabilities in times of a totalitarian regime and today.

I have chosen the topic of this thesis purposely so that I could learn what were the options for families and their children (adults) with intellectual disabilities from the perspective of education at a time when the communist regime prevailed.

Keywords: mental retardation, people with intellectual disabilities, options of upbringing, family

## POUŽITÉ ZDROJE

1. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities: Definition of Intellectual Disability [online]. 2013 [cit. 2014-04-07]. Dostupné z: [http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.U0I-M\\_1\\_vRK](http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.U0I-M_1_vRK).
2. BARTOŇOVÁ, Denisa. *Rodina s postiženým dítětem. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu* [online], 2001-2005. 2006 [cit. 2013-01-09]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2006101101>.
3. ČERNÁ, Marie. 2008. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1565-3.
4. ČEŠKOVÁ, Eva. 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.
5. FRANIOK, Petr. 2007. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 80-7368-274-5.
6. HARTNOLL, Richard; Paul GRIFFITH; Colin TAYLOR; Vincent HENDRICKS; Peter BLANKEN; Dusan NOLIMAL; Irena WEBER; Mohamed TOUSSIRT; Rodolphe INGOLD. 2003. *Snowball Sampling*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-08-0.
7. HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
8. LEČBYCH, Martin. *Psychologické aspekty podporovaného zaměstnávání u lidí s mentálním postižením* [online]. Olomouc [cit. 2014-03-14]. Dostupné z: [http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/rigorozni\\_PZ.pdf](http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/rigorozni_PZ.pdf). Rigorózní práce. Univerzita Palackého v Olomouci.
9. MATOUŠEK, Oldřich. 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství Slon. ISBN 80-86429-19-9.
10. MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
11. NOVOSAD, Libor. 2002. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky. Somatopedie*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN: 807083563X.
12. OLECKÁ, Ivana; Kateřina IVANOVÁ. Metodologie vědecko-výzkumné činnosti. In: Moravská vysoká škola Olomouc, o. p. s. [online]. 2010 [cit. 2014-04-14]. Dostupné z: [http://www.mvso.cz/data/upload/Projekty/41Metodologie\\_vedecko-vyzkumne\\_cinnosti.pdf](http://www.mvso.cz/data/upload/Projekty/41Metodologie_vedecko-vyzkumne_cinnosti.pdf).
13. PIPEKOVÁ, Jarmila. 2004. *Humanizační trendy v edukaci jedinců s mentálním postižením*. In VÍTKOVÁ, Marie, aj. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido.
14. PIPEKOVÁ, Jarmila. 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.
15. PIPEKOVÁ, Jarmila. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-40-3.

16. ŘÍČAN, Pavel, Dana KREJČÍŘOVÁ a kol. 1997. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-512-2.
17. STRAUSS, Anselm, Juliet CORBINOVÁ. 1999. *Základy kvalitativního výzkum: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice:Albert. ISBN 808583460X.
18. ŠVARCOVÁ, Iva. 2006. *Mentální retardace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.
19. ŠVARCOVÁ, Iva. 2003. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-821-X.
20. ŠVARŘÍČEK, Roman; Klára ŠEĐOVÁ a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
21. VÁGNEROVÁ, Marie. 2004. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-929-4.
22. VALENTA, Milan; Jan Michalík; Martin Lečbých a kol. 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-3829-1.
23. VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER. 2007. *Psychopedie*. Praha: Parta. ISBN: 978-80-7320-099-2.
24. Zákon č. 95/1948 Sb., o jednotném školství, Školský zákon č. 31/1953 Sb.
25. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
26. Zákon č. 188/1960 Sb. o soustavě výchovy a vzdělávání.
27. Zákon č. 435/2004 o zaměstnanosti.
28. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.
29. Deklarace práv mentálně postižených osob (1971).
30. Charta základních lidských práv EU (2000).
31. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (2007).
32. Všeobecná deklarace lidských práv (1948).

## SEZNAM PŘÍLOH

1. Příloha č. 1: Dotazník
2. Příloha č. 2: Okruhy rozhovoru

## 1. Dotazník

Dobrý den, milí rodiče,

jmenuji se Lucie Šubrtová a jsem studentkou navazující magisterského studia Sociální práce na Pedagogické fakultě Západočeské univerzity v Plzni.

V rámci diplomové práce na téma Problematika životního doprovázení člověka s mentálním postižením v rodině se zabývám tématem výchovy a vzdělání v dnešní době a v době komunismu.

Ráda bych Vás, vážení rodiče, požádala o spolupráci. Dotazník je samozřejmě anonymní a nebudou zveřejněna žádná Vaše osobní data.

Dotazník se skládá z 8 otázek. U všech otázek je možné vybrat pouze jednu z nabízených odpovědí (zaškrtnutím). Na základě splnění daných kritérií bych Vás po vyplnění dotazníku požádala o další spolupráci. Uveďte, prosím, na sebe nějaký kontakt (e-mail nebo telefon), pokud se mnou budete chtít nadále spolupracovat.

Vyplnění dotazníku Vám zabere maximálně 10 minut Vašeho času. Děkuji.

S pozdravem

Lucie Šubrtová

lucinkasubrtova@seznam.cz

**Jméno:**

**Kontakt:**

**Otázka č. 1 – Jaký druh mentálního postižení má Vaše dítě?**

- a) lehká mentální retardace

- b) středně těžká mentální retardace
- c) těžká mentální retardace
- d) jiná, vypište: .....

**Otázka č. 2 – Má Vaše dítě ještě nějaké přidružené postižení?**

- a) ne
- b) ano

**Otázka č. 3 – Pokud jste na otázku č. 2 odpověděl/a ano, jaké?**

- a) Downův syndrom
- b) autismus
- c) smyslové postižení
- d) tělesné postižení
- e) jiné, vypište: .....

**Otázka č. 4 – Kdy se narodilo Vaše dítě s mentálním postižením?**

Vypište: .....

**Otázka č. 5 – Jaké vzdělání má Vaše dítě (dospělý) s mentálním postižením dosažené?**

- a) běžná ZŠ
- b) ZŠ praktická (dříve zvláštní)
- c) ZŠ speciální (dříve pomocná)
- d) vyšší vzdělání než základní

**Otázka č. 6 – Bylo někdy Vaše dítě v ústavní péči?**

- a) ano



- b) ne

**Otázka č. 7 - Spolupracujete jako rodina s nějakou institucí nebo organizací?**

- a) PPP (pedagogicko-psychologická poradna)
- b) SPC (speciálně pedagogické centrum)
- c) Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením (SPMP)
- d) charitativní instituce

**Otázka č. 8 - Které služby z uvedeného seznamu využíváte?**

- a) osobní asistence
- b) denní stacionář
- c) týdenní stacionář
- d) domov pro osoby se zdravotním postižením
- e) jiné, vypište: .....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku!

## 2. Okruhy rozhovoru

### A. 1. skupina

#### DÍTĚ/DOSPĚLÝ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

- Kdy se narodil/a?
- Má nějaké sourozence? Popř. kolik?
- Jak jste reagovali na narození dítěte s mentálním postižením?
- Nechali jste si ho/ji ve své péči?

#### VZDĚLÁNÍ DÍTĚTE/DOSPĚLÉHO S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

- Do jaké školy chodí (chodil/a)?
- Chcete, aby pokračoval/a dále ve studiu?

#### BYDLENÍ

- Kde bydlí?
- Navštěvujete ho/ji pravidelně?
- Jezdí občas za Vámi?

#### PRÁCE

- Pracuje?
- Chcete, aby pracoval/a?

#### SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- Spolupracujete s nějakou organizací?
- Co dělá Váš syn/dcera ve svém volném čase?

## **B. 2. Skupina**

### DOSPĚLÝ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

- Kdy se narodil/a?
- Má nějaké sourozence? Popř. kolik?
- Jak jste reagovali na narození dítěte s mentálním postižením?
- Co Vám řekli doktoři?
- Proč jste si ho/ji nenechali ve své péči?
- Navštěvovali jste ho/ji v ústavu?
- Vzali jste si ho do své péče?

### VZDĚLÁNÍ DÍTĚTE/DOSPĚLÉHO S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

- Do jaké školy chodil/a?

### BYDLENÍ

- Kde bydlí?
- Navštěvujete ho/ji pravidelně?
- Jezdí občas za Vámi?

### PRÁCE

- Pracuje?
- Chcete, aby pracoval/a?

### SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- Spolupracujete s nějakou organizací?
- Co dělá Váš syn/dcera ve svém volném čase?

