

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Socializace osob s mentálním postižením**

**Socialization of people with mental disabilities**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Autor:

PhDr. Monika Nová, PhD.

Praha 2021

**Poděkování:**

Tímto bych ráda poděkovala všem, kteří mě po celou dobu tvorby mé bakalářské práce podporovali a poděkování přísluší také mé babičce a strýci, kteří mi umožnili sepsat kazuistiku na danou problematiku. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce PhDr. Monice Nové, PhD.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Socializace osob s mentálním postižením“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne:

Jméno autora: Barbora Ilušáková

**Anotace:**

Předmětem této bakalářské práce „Socializace osob s mentálním postižením“ je seznámení se s problematikou osob s mentálním postižením. V práci je vidět celý socializační proces u mentálně postižených osob od narození až po smrt. Je zde zřetelné, s jakými všemi problémy se v životě potýkají a nechybí ani právní úprava. Dále je obsahem práce vzdělávání a zaměstnávání lidí s mentálním postižením a také kognitivní vývoj anebo také jejich partnerský a sexuální život a rodičovství. A v neposlední řadě je popsán proces prožívání zármutku, spojeného se smrtí blízkých osob či dokonce rodičů. V závěrečné kapitole této bakalářské práce tvoří kazuistika, která byla psána na případ mého strýce, který má diagnostikované mentální postižení 3. stupně.

**Klíčová slova:**

edukace, mentální postižení, rodina, socializace, umírání a smrt

**Anotation:**

The subject of this bachelor thesis „Socialization of people with mental disabilities“ is to get acquainted with the item of people with mental disabilities. The work shows the whole socialization process in mentally handicapped people from birth to death. It is clear what all problems they face in life and the legal regulation is not missing. Furthermore, the content of the work is the education and employment of people with mental disabilities, as well as cognitive developmnet or their partner and sexual life and parenthood. And last but not least, the proces of experiencing grief associated with the death of love ones or even parents in described. In the final chapter of this bechelor's thesis, there is a case report that was written for the case of my uncle, who has been diagnosed with a 3rd degrese mental disability.

**Key words:**

Dying and death, education, family, mental disability, socialization

## **Obsah**

<b>Úvod</b>	7
<b>1. Mentální postižení: definice, stupně a právní úprava</b>	8
1.1 Mentální postižení nebo mentální retardace	9
1.2 Označení osob mentálně postižených	10
1.3 Stupně mentálního postižení	11
1.4 Syndromy a poruchy spojené s mentálním postižením	12
1.5 Právní úprava	13
<b>2. Dítě s mentálním postižením v rodině</b>	17
2.1 Reakce rodiny a blízkého okolí	19
<b>3. Kognitivní procesy a utváření osobností u dětí s mentálním postižením</b>	21
3.1 Kognitivní procesy	
<b>4. Edukace</b>	27
4.1 Integrace, segregace, inkluze	29
<b>5. Sociální služby</b>	31
<b>6. Sexuální a partnerský život a rodičovství</b>	34
6.1 Partnerský život a ženy s postižením v roli matky	38
<b>7. Sport</b>	41
<b>8. Umírání a smrt v životě člověka s mentálním postižením</b>	43
<b>9. Kazuistika</b>	48
<b>10. Diskuze</b>	53
<b>Závěr</b>	57
<b>Seznam literatury</b>	58
<b>Zdroje</b>	60

## **Seznam zkratek**

MP – mentálně postižený

CNP – centrální nervová soustava

ZP – zdravotně postižený

TP – tělesně postižený

OSN – organizace spojených národů

TZ – trestní zákoník

PnP – příspěvek na péči

SPC – spec. Pedagogické centrum

MŠ – mateřská škola

ZŠ – základní škola

## Úvod

Na úvod mé bakalářské práce bych chtěla říci, že vybrané téma je pro mne velmi důležitým tématem, které mne provází celý život. Ve své práci s názvem „Socializace osob s mentálním postižením“ se budu zabývat celým socializačním procesem osob s mentálním postižením. Proces bude popsán ode dne, kdy vznikne nový život až po smrt. V první kapitole bude zřetelné, co vlastně pojem mentální postižení znamená, jaké jsou definice nebo jaké existují stupně postižení. Objeví se tam také syndromy, které jsou s postižením spojené, a nebude chybět ani právní úprava, která je v oblasti mentálního postižení a osob s mentálním postižením velmi důležitá. Je důležité podotknout, že i tito lidé mají stejná práva jako zdraví lidé. Ve druhé kapitole se práce věnuje dítěti trpícím mentálním postižením v rodině. U této kapitoly je důležité zmínit, že život se rodině obrátí o 360 stupňů, pokud se narodí dítě s postižením. Práce se dále věnuje kognitivnímu vývoji jedince. Jsou zde vidět kognitivní procesy jako např. zrakové či sluchové vnímání, hrubá a jemná motorika nebo všeobecně vnímání. Důležitým kognitivním procesem je i utváření řeči nebo paměť a pozornost. Lze zmínit i edukaci neboli vzdělávání osob s mentálním postižením. Pro tyto osoby existují speciální a praktické školy, které mohou navštěvovat. Vzhledem k faktu, že existuje inkluze, tak i děti trpící mentálním postižením mohou navštěvovat běžné základní školy. Důležitým tématem jsou i sociální služby, které se poskytují osobám s mentálním postižením (nejen s mentálním postižením, ale i s fyzickým či kombinovaným postižením). V současné době jich je docela velké množství, ne však zcela dostačující. Velkým tématem, o kterém se zřídka kdy hovoří je sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením nebo jejich role rodiče, která není v dnešní době výjimkou. Dle právní úpravy mají nárok na to být rodiči. Málo řešeným tématem není jen osobní život, ale také i sport, kterému se velké množství osob i přes své postižení věnuje a vzhledem k existenci organizací a spolků je to možné. V poslední kapitole je menší formou výzkumu zpracována kazuistika, na mého strýce, který trpí mentálním postižením. Cílem této bakalářské práce bylo více se s problematikou osob s MP seznámit a informovat se.

## 1. Mentální postižení: definice, stupně a právní úprava

Termín mentální postižení je nejčastěji užíván v oboru speciální pedagogiky a má hned několik různých podob, a kromě toho existují také stupně postižení. Má mnoho druhů, projevů a stavů. Pod pojmem mentální postižení si každý jedinec představí něco jiného. Někdo si představí osobu, která má například problémy s komunikací nebo pohybem a někdo osobu, která je úplně imobilní a není schopna komunikovat s okolním světem. Terminologie tohoto pojmu je nejednotná, ale dá se klasifikovat jako deficit intelektu nebo snížení inteligence z důvodu poškození mozku. Dle autora M. Valenty je definice následující: „*Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.*“<sup>1</sup> (1)

Vyskytuje se ale i řada nesprávných definic. U mentálního postižení se nejedná čistě a pouze jen o opožděný vývoj, ale jde o celkové narušení a změny ve vývoji jedince, a proto se uvádí, že mentálně postižené dítě by nemělo být, co se týče vývoje srovnáváno s dítětem zdravým. (1), (14)

„*Nejjednodušeji lze mentální postižení charakterizovat jako snížení intelektu, které se projeví v kognitivní, řečové, motorické a sociální složce osobnosti. Nejvíce je zasažen proces učení, poznávání a orientace ve světě.*“<sup>2</sup> (14)

Dle autora J. Slowíka se dá mentální postižení definovat různými způsoby a ve své knize „Speciální pedagogika“ uvádí několik přístupů. Jedná se o přístup biologický, psychologický, pedagogický, sociální a právní. Pro zjišťování mentálního postižení slouží i řada a testů. Problém bývá, že většina jedinců s mentálním postižením není schopna podrobit se testům a v tom, že výsledná klasifikace nemusí vždy odpovídat

---

<sup>1</sup> VALENTA, M.: Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada, 2012. Str. 29

<sup>2</sup> BAZALOVÁ, B.: Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. Praha: Portál, 2014. Str. 15



realitě a to proto, že jedinci s MP často ani nevědí, na co odpovídají, nebo za ně odpovídají jejich zákonní zástupci. (1)

## 1.1 Mentální postižení nebo mentální retardace

Oba tyto pojmy jsou vlastně synonyma. Jak termín mentální postižení, tak i termín mentální retardace vycházejí z latinských slov „mens“, které znamená mysl a z „retarde“, které vyjadřuje určité zpomalení nebo opoždění. „*Termín mentální retardace znamená opožděnost mentálního, rozumového vývoje.*“<sup>3</sup>Existují však i přesnější definice mentální retardace jako např. „*Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postižení celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je tři až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.*“<sup>4</sup>V dnešní společnosti je označení mentální retardace bráno spíše jako označení hanlivé, a ne zcela vhodné. Vhodnějším termínem je již zmiňované synonymum, a to mentální postižení. „*Méně frekventovaně se vyskytuje termín porucha intelektu. Obecný termín „postižení“ se hojně vyskytuje v českém slovníku, nahradil dříve často užívaný termín handicap.*“<sup>5</sup> Občas se však můžeme setkat s názorem, že označení „mentální retardace“ je mnohem snazší a jednodušší pro přijetí, což mně osobně se nezdá. Mezi těmito pojmy je po přečtení odborné literatury viditelný rozdíl a to ten, že mentální retardace spadá do jakési podkategorie mentálních postižení a

---

<sup>3</sup> BAZALOVÁ, B.: Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. Praha: Portál, 2014. Str. 13

<sup>4</sup> VALENTA, M.: Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada, 2012. Str. 32

<sup>5</sup> BAZALOVÁ, B.: Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. Praha: Portál, 2014. Str. 13

zjednodušeně se dá vyjádřit jako opožděný duševní vývoj. Pojem mentální postižení je tedy takový „zaštitovatel“ různých podob mentálního postižení, a to i tedy zmiňované mentální retardace. „Mnoho rodičů si klade otázku, jaký podíl nesou na vzniku postižení svého dítěte a proč zrovna u jejich dítěte postižení vzniklo.“<sup>6</sup> Příčin vzniku mentálního postižení u konkrétního jedince je velmi mnoho. U novorozenců se příčiny dělí na tři oblasti příčin, a to podle období, ve kterém postižením vzniklo. Prvním obdobím je období prenatalní, což znamená, že postižení se vyvinulo již v době těhotenství (tedy v době před porodem). Nejčastější příčinou vzniku postižení během těhotenství je genetická vada či porucha nebo různé infekční nemoci matky jako např. opary nebo závažnější onemocnění jako syfilis. Příčinou může být ale i úraz, který matka v těhotenství prodělala, radioaktivní záření (rentgeny) nebo příčina o které se hodně mluví a tou je kouření, užívání alkoholu, nebo dokonce užívání drog a jiných omamných látek v době těhotenství. Druhým obdobím je období perinatální, u kterého postižení vzniklo právě během porodu a mohlo být způsobeno tím, že se dítěti bezprostředně po narození nedostalo kyslíku. Avšak způsobit to mohl i těžký porod, při kterém mohlo dojít k nějakému narušení. Dříve nejčastější příčinou vzniku postižení právě v době porodu byl tzv. „klešťový porod“. Postižení mohlo vzniknout i v období postnatálním, které je definováno jako období po porodu až do 2 let věku dítěte. Opět to může být mnoho faktorů a to např. od zánětu mozkových blan až po někdy i banální úrazy. (1), (12), (14)

## 1.2 Označení osob mentálně postižených

K označení osob s mentálním postižením je dle oboru speciální pedagogika nejvhodnější například dítě, dospělý nebo jedinec s mentálním postižením. Za nevhodné a neetické obor speciální pedagogika považuje označování osoby pouze přídavným jménem, a to je v tomto případě „mentálně postižený“. „Na prvním

---

<sup>6</sup> BAZALOVÁ, B.: Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. Praha: Portál, 2014. Str. 15

*místě by terminologie měla vyzdvihnout fakt, že se jedná o člověka, osobu, osobnost, až potom přidat další charakteristiky.*<sup>7</sup> Označení osoby za mentálně retardovanou je hanlivé stejně tak jako dříve užívané termíny jako duševně zaostalí, duševně opoždění a duševně úchylní. Na toto téma vznikla i kampaň, která si dala za úkol vymýtit pojem mentální retardace a je pro zavedení pojmu intelektuálně znevýhodněný. Dále je lze označit jako „people with learning disabilities“, neboli jako osobu s potížemi v učení. Tento termín patří mezi nejnovější a společensky nejvhodnější označení. (1)

### **1.3 Stupně mentálního postižení**

Mentální postižení je rozděleno na čtyři hlavní stupně. Prvním stupněm je lehké mentální postižení, které se vyznačuje IQ v rozmezí mezi 69–50 a na vině je především genetika a dědičnost. V batolecím věku se lehký stupeň projevuje jen jako nenápadné opoždění psychomotorického vývoje. Později v předškolním věku se problém začíná projevovat výrazněji, a to špatným nebo opožděným vývojem řeči, vadami řeči, nedostatečnou slovní zásobou nebo stereotypem ve hře. Největší procento případů se odhalí až při nástupu do školy. Vyskytují se problémy jako špatné logické myšlení, slabší vývoj jemné i hrubé motoriky, slabá paměť, špatná koordinace pohybů a další. Výchova a celkový vliv rodinného prostředí, hraje velkou roli v pozdější socializaci dítěte. Děti s lehkým typem postižení často dokončí speciální základní vzdělání a větší procento z nich se následně i vyučí na učilišti. Jako dospělý jsou také schopni samostatného života nebo si najít zaměstnání. (4)

Druhým stupněm je středně těžké mentální postižení, u kterého se IQ pohybuje mezi 49–35. Tento stupeň nebývá zpravidla způsobený dědičností, ale poškozením CNS. Opožděn je jak vývoj řeči, tak i myšlení. Ve velké části případů se k postižení přidávají další onemocnění jako mozková obrna nebo autismus. Lidé s tímto stupněm postižení mluví v jednoduchých větách a mají malou slovní zásobu. Co se

---

<sup>7</sup> BAZALOVÁ, B.: Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. Praha: Portál, 2014. Str. 14

týče pohybů, tak ty jsou nekoordinované, neohrabané a neobratné a týká se to jak jemné, tak hrubé motoriky. Není však problém nacvičit určité úkony a rituály, díky kterým osoba bude částečně samostatná. Vzdělání dosahují nejčastěji základního, a to ve speciálních školách. Nabízí se také možnost mít zaměstnání, které ale musí být prováděno pod dohledem. (4)

Třetím stupněm je těžké mentální postižení, kde se IQ pohybuje mezi 34–20. Vývoj je znatelně opožděný. V pozdějším věku se projevuje poruchami pozornosti, poruchami koordinace pohybů a poruchami řeči. Ke komunikaci využívají jednoduchých slov nebo neverbální komunikace. U těžkého postižení bývá velkým problémem náladovost a občasná agresivita. Vzdělání je stejné jako u stupně předchozího, a to speciální škola a podpora jedince je nutná po celý jeho život.

Posledním čtvrtým stupněm je hluboké nebo také úplné mentální postižení. Osoby s tímto stupněm mají IQ pod hranicí 20. Je poškozen celý organismus a ve většině případů bohužel dojde k jeho selhání na základě jiných přidružených onemocnění (často onemocnění srdce, plic a ledvin). Osoby jsou imobilní a jsou schopné pouze pár automatických pohybů. Bývá tam porucha smyslů, a to nejčastěji zrak a sluch. Nedokáže se samostatně najíst, tudíž musí být krmen jinou osobou nebo se v těchto případech zavádí sonda. Řeč a komunikace je pouze pomocí určitých zvuků a hlásek a ve větší části jen neverbální. Silnější jedinci se mohou vzdělávat individuálně doma a je také nutná podpora a péče po celý život. (4)

#### **1.4 Syndromy a poruchy spojené s mentálním postižením**

Syndromů spojených s mentálním postižením je hned několik. Jedním z nich je snad všem známý Downův syndrom, který je způsoben tzv. přebytkem 21. chromozomu. Pro osoby trpící Downovým syndromem je typický jejich specifický vzhled, a to menší postava, kulatý a plochý obličej, široký krk, krátké ruce, velký jazyk. Většinou se jedná o středně těžký stupeň postižení. Po sociální stránce jsou tito lidé víceméně v pořádku. Jsou velmi společenští, veselí a usměvaví. Dalším

typem je Prader –Will syndrom což je také genetická vada a je způsobena poruchou 15. chromozomu. Lidé s Prader – Will syndromem mají narušený jak fyzický, tak psychický vývoj. K příznakům patří sklony k obezitě, a to díky jejich nutkavému pocitu neustále přijímat potravu. Lidé s tímto druhem postižení se potýkají s častými změnami nálad a s lehčí formou sebepoškozování. Naopak mezi jejich silné stránky patří čtení a jejich paměť. „*Léčba probíhá na dětské endokrinologii formou podávání růstového hormonu a také podáváním pohlavních hormonů v odpovídajícím věku. Nutná je úprava jídelníčku.*“<sup>8</sup>Mezi druhy mentálního postižení patří i Angelmanův syndrom neboli „*syndrom šťastného dítěte*“ a to díky jejich tendenci se pořád usmívat a mít dobrou náladu. Dalšími příznaky je také opoždění psychomotorický vývoj, špatná koordinace pohybů nebo také epilepsie. Jako další to může být Williamsův syndrom, u kterého se jedná o genetickou vadu 7. chromozomu. Pro osoby postižené tímto syndromem je typické široké čelo, úzké oči a velká ústa a jedinci často trpí poruchu růstu. Za zmínku stojí také syndrom fragilního X, který se u jedinců projevuje neobvyklým reagováním na své okolí, které je doprovázeno plácáním nebo tleskáním rukama a v horších případech i kousáním se do nich. „*Mnohé projevy připomínají poruchu autistického spektra, se kterou se syndrom může kombinovat.*“<sup>9</sup>Jako další lze zmínit například Rettův syndrom, který se vyskytuje u dívek a je to jedna z poruch autistického spektra a další syndrom, který stojí za zmínku je ne moc známý syndrom kočičího křiku, který dostal svůj název kvůli pláči dětí s tímto syndromem, který připomíná kočičí mňoukání. (1), (6)

## 1.5 Právní úprava

Slovní spojení „práva mentálně postižených osob“ mohou v lidech vyvolávat řadu pocitů. Jako první je potřeba si uvědomit, že v tomto případě se spíše jedná o

---

<sup>8</sup> BAZALOVÁ, B.: Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. Praha: Portál, 2014. Str. 31

<sup>9</sup> BAZALOVÁ, B.: Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. Praha: Portál, 2014. Str. 34

záruky v oblasti ochrany společenských a právních vztahů. Je to tedy určitá snaha postihovat osoby v oblasti újmy na zdravotně postižených osobách. Neznamená to však, že veškerá práva ZP jsou pouze ochranná a ty, která tyto osoby zohledňují. Základem práva u všech lidí je postavení ve společnosti, a to především jako osob rovnoprávných a způsobilých na životě. O historii se v souvislosti se ZP osobami mluví jako o tzv. „systémové diskriminaci“. Bohužel se diskriminace postižených osob vyskytuje i v dnešní době, jen už ne v tak velké míře, a ne tak viditelně jako v době totality. Dnes jde spíše o nerespektování nebo neznalost všech odlišností této skupiny obyvatelstva. Práva ZP jsou součástí mezinárodního práva, jež má řadu deklarácí a vyhlášek. Autor J. Michalík v knize „Mentální postižení“ uvádí, že na světě zhruba 10 % z celkové populace trpí nějakým typem postižení a až 80 % z nich připadá na rozvojové země. (1), (14), (16)

OSN má velký zájem na ochraně těchto osob a jde především o respektování lidských práv a rovnost mezi lidmi. Dne 20. prosince 1971 vznikla „Deklarace práv mentálně postižených osob“, která měla vliv na začlenění mentálně postižených osob do společnosti. Uvádí, že MP má mít stejná práva jako ostatní lidé, a to bez ohledu na svůj zdravotní stav. Dále je zde uvedeno, že mentálně postižení má právo na zdravotní péči, na ekonomické zabezpečení a důstojnou životní úroveň, žít doma, a to se svou rodinou či příbuznými. Také má právo na opatrovníka, a především má právo na ochranu před jakýmkoliv zneužíváním, ponižováním nebo vykořisťováním. Na vyhlášení této deklarace navazuje vyhlášení „Mezinárodního roku osob s postižením (1981)“ a cílem bylo rovné a úplné zapojení osob s postižením do normálního života. (14), (16)

Závazné dokumenty:

- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (1953)
- Evropská sociální charta (1961)

- Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení (1996)
- Evropská úmluva o lidských právech a biomedicíně (pro ČR od r. 2001)
- Evropský zákoník sociálního zabezpečení (2001)

Velkým tématem jsou lidé s mentálním postižením a jejich způsobilost k právním úkonům. Největší procento z nich je úplně zbavené svéprávnosti, menší část má svéprávnost pouze omezenou a nejmenší procento osob ZP je svéprávné (nejčastěji u lehkých typů MP nebo u TP). Cílem zbavení svéprávnosti je ochrana postižených osob před následky jejich jednání. Jde o to, že právní úkon může být vykonán písemně nebo slovně. U písemného je zcela jasné, že se jedná o podpis a u slovního existují dva druhy: výslovný (slovy řečený) nebo nevýslovný (přikývnutí). Tudíž zbavení svéprávnosti je v takovýchto případech na místě, aby nedocházelo např. k okrádání MP osob. Znamená to také to, že osoba, která má svou způsobilost omezenou nebo je jí zcela zbavena nemůže sama vykonávat žádné právní úkony ani vstupovat do právních vztahů. Jako dobrý příklad pro vysvětlení lze použít majetek, na který má osoba sice nárok a může ho využívat, ale už ho nesmí pronajímat, prodat či darovat. Listina základních práv a svobod uvádí, že i osobě, které byla práva odebrána, má stále nárok na uplatnění základních lidských práv jako např. vlastnictví majetku a jeho užívání (osoba může nabýt majetku v dědickém řízení ale i jeho zakoupením za své vlastní vydělané peníze) nebo právo na vzdělání či zdravotní péči. Přesnou úpravu a definici pojmu „způsobilost k právním úkonům“ najdeme v občanském zákoníku. Každá osoba zbavená svéprávnosti, má nárok na opatrovníka, jimž může být rodič nebo jiný člen rodiny, ale opatrovník může být přidělen i opatrovníckým soudem. Ochrana ZP osob je ukotvena i trestním zákoníku. Jako největší prohřešky na osobách postižených se berou trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti. Jedním z nich je Znásilnění (§185 TZ), Sexuální nátlak (§ 186 TZ) nebo Pohlavní zneužití (§ 187 TZ) či Lichva (§ 218 TZ). Závažným trestným činem na MP osobách je také Opuštění dítěte nebo

svěřené osoby (§ 195, Týrání svěřené osoby (§ 198) a Únos dítěte a osoby stížené duševní poruchou (§ 200 TZ). (14)

Veškeré trestné činy spáchané na ZP osobách (jak mentálně či duševně postižených osobách tak i na tělesně postižených osobách) jsou brány jako zvlášť závažné, protože pachatel zneužil závislosti, nemoci či postižení osoby. Pachatelem může být jakákoliv zletilá osoba a při šetření se zjišťuje především úmysl té dané osoby. (14), (16)



## 2. Dítě s mentálním postižením v rodině

Každý jedinec, a to pak především když se stává rodičem, má svou představu o rodině a o výchově dětí. Problém nastává v případě, že se do rodiny narodí dítě s mentálním postižením. Narození takového dítěte je pro rodinu velmi tíživou situací, která je samozřejmě i psychicky náročná. Tímto dnem rodičům začíná tzv. běh na dlouhou trať a na rodinu čeká velká změna doposud zaběhnutého stylu života. Pro příznivý vývoj mentálně postiženého dítěte je nejdůležitější, aby rodiče tuto situaci přijali a srovnali se s ní, a to co v nejkratším možném čase.

Díky odlišnosti, kterou s narozením mentálně postiženého dítěte rodina získá, se automaticky přesouvá do negativně hodnocené skupiny a mění se její sociální postavení. Spolu s tím že ve většině případů mění chování i blízké rodiny a blízkého okolí (přátelé, známí, kolegové). Rodiče stojí před těžkým úkolem, kterým je zjišťování všech důležitých informací a někteří také před rozhodnutím, zda si dítě nechat ve své péči nebo jej umístit do péče ústavní. Reakce rodičů je závislá na mnoha faktorech jako např. sociální či finanční situace, ve které se rodina zrovna nachází, bytové podmínky, celkové prostředí ve, kterém by dítě bylo vychováváno nebo také psychický stav rodičů. Hodně záleží i na typu a rozsahu postižení. V prvotních chvílích jsou nejčastějším problémem pocity viny, kdy si rodiče (především muži) vyčítají, že nejsou schopni zplodit zdravého potomka a hledají problém v sobě. Nejdůležitější je získat co nejvíce informací. Pro lehčí vyrovnání se s nastalou událostí jsou k dispozici různé zdravotnické, sociální, pedagogické nebo psychologické instituce. Při návštěvách těchto institucí musí rodiče počítat s možností, že jim odborník sdělí informace, názory či rady, které se jim nebudou zamlouvat a budou pro ně bolestivé.

Existují fáze vyrovnávání se s tíživou životní situací a problémy a ty jsou zhruba stejné i v případě narození mentálně postiženého dítěte. Jako první přichází fáze šoku a popření, při které si rodiče říkají, že to nemůže být pravda a že se to

nemohlo stát zrovna jim. Čím více informací získají, tím rychleji si fázi šoku a popření projdou a ocitají se ve fázi druhé, kterou je fáze bezmoci. Rodiče si uvědomují, že se situací již nemohou nic udělat, a proto to bývá nejbolestivější fáze ze všech, a právě v této fázi přichází již zmiňované pocity viny. Rodiče bývají mnohem citlivější a mohou mít nepřiměřené reakce i v běžných situacích. Následuje fáze adaptace, kdy jsou rodiče tzv. jako houby a sají informace ze všech dostupných zdrojů. Nejvíce je zajímá, proč postižen vzniklo a kde nastal problém. Díky velkému množství informací, které získají, se postupně začínají s celou situací vyrovnávat. Najdou se i tací, kteří sebe a své dítě vnímají jako oběť a myslí si, že jsou všichni proti nim. Po fázi adaptace přichází fáze smlouvání. Je to přechodná fáze, kdy se rodiče na situaci adaptovali, ale i přesto hledají způsoby a možnosti, jak dítěti pomoci a jak např. zmírnit postižení. Poslední je fáze smíření, kdy děti již přijímají takové, jaké jsou i s vědomím, že se jejich stav nezlepší. Mnozí mohou mít strach z budoucnosti („Co bude, až půjde do školky / školy“ a začne se socializovat i s jinými dětmi). Je zřejmé, že ne ve všech případech dojde ke smíření a dítě pak končí v ústavní péči. Dalším problémem může být, když ke smíření dojde jen jeden z rodičů. Díky tomu dojde k narušení vztahu mezi rodiči a často to končí rozvodem (ve většině případů odchází od rodiny otec) a matka zůstává s postiženým dítětem sama. (1), (4), (7)

Sdělení diagnózy není těžké jen pro rodiče, ale i pro samotné zdravotníky, kteří ji musí sdělit, a proto existuje několik zásad pro sdělování takových informací. Za každou cenu je nutné diagnózu sdělit co nejdříve a pouze v přítomnosti obou rodičů. Dále se doporučuje, aby byl přítomen jak lékař, tak i sociální pracovníce nebo psycholog, protože společně jsou schopni lépe zodpovědět dotazy rodičů. Jako první se sděluje diagnóza, a to jako holý fakt a přidávají se nejdůležitější informace, aby došlo k lepšímu prvotnímu vyrovnání (další informace se sdělují až na dalších setkáních). Nesmí se zapomenout na informace o tom, co všechno je

možné pro dítě udělat. Důležitou zásadou je podpora a zdůraznění toho, že se na lékaře či jiné odborníky mohou kdykoliv obrátit. (4)

## **2.1 Reakce rodiny a blízkého okolí**

Jako první je důležité si pamatovat, že přijetí postiženého dítěte se vždy nesetká s úspěchem a že každý jedinec na narození mentálně postiženého dítěte reaguje jinak. V oblasti psychologie, co se týče přijetí takového dítěte, existují tři postoje. První postoj je odmítavý. Z názvu již vyplývá, že dítě okolím není přijato a může být na něj i negativně pohlíženo. Druhým, neutrálním postojem je lhostejný (lhostejnost lidí v okolí mentálně postiženého dítěte se vyskytuje hlavně v rodinách s nižším sociálním statusem). Třetí postoj je nadměrně ochranný. V tomto případě se jedná o přehnanou ochranu a péči jak ze strany blízkého okolí, tak i ze strany rodičů (nejčastěji ze strany matky). Pravidlem bývá i rozdělení společnosti na dva „tábory“. Jeden se snaží rodině a dítěti pomáhat, a to až do takové míry, že to může být nepříjemné a druhý naopak dělá, že nic nevidí. V nejhorších případech se najdou i lidé, kteří rodiče postiženého dítěte nebo dokonce i samotné dítě napadají (jak slovně, tak v nejhorších případech i fyzicky). Původcem takto agresivní reakce je strach a nedostatek informací.

Nejen že si rodiče musí najít způsob, jak se s nastalou situací sami smíří, ale musí hledat i vhodný způsob, jak diagnózu jejich novorozence oznámit rodině a přátelům. Na velký problém může rodina narazit v případě, že novorozenec s mentálním postižením má doma staršího sourozence. Bývá normální, že novorozenci je věnováno o maličko více pozornosti než staršímu dítěti a v případě, že se narodí ne úplně zdravé dítě, se může tento problém znásobit. Starší sourozenec si může připadat více odstrčený a méněcenný. Na starší dítě je tím pádem vyvíjen i mnohem větší tlak, než by byl v případě, že by měl zdravého sourozence. Velkou roli ovšem hrají rodiče, na kterých je to, jak se k celé situaci postaví. Zda k staršímu dítěti budou zcela upřímní, vysvětlí mu vše, co by měl

vědět a zda budou schopni odpovídat na dotazy, které dítě bude ohledně svého postiženého sourozence pokládat, nebo zda budou naopak velmi málo sdílní a nebudou chtít vysvětlovat. Pokud se k tomu rodiče postaví správným způsobem a celý proces vysvětlování zvládnou dobře, tak starší dítě ve vyspělejší věku může na mladšího sourozence s postižením působit jako určitá tažná síla, pomoc a opora. O to snazší se celá situace může stát i pro rodiče. Zdravému dítěti to dává i dobrý základ do života, kdy bude schopen pomoci slabším a potřebným a nebude brát zdraví jako samozřejmost, ale bude si ho vážit.

Vzhledem k velké psychické i fyzické náročnosti při péči o mentálně postižené dítě rodiče často začínají omezovat kontakty a vztahy s přáteli tak ochabují. V závislosti na stupni postižení nebo na psychickém rozpoložení rodičů se může stát, že se rodiče úplně izolují od všech sociálních kontaktů a tím ztrácí přátele úplně. Negativní projevy okolí jsou dávány najevo, především pokud se jedná o nápadné postižení, nebo když druh postižení není jednoduchý na vysvětlení.

### **3. Kognitivní procesy a utváření osobnosti u dětí s mentálním postižením**

Prvním krokem k tomu, abychom mohli podpořit vývoj dítěte s mentálním postižením, je přesná diagnostika. Dále je důležité zaměřit se jak na osobnost dítěte, tak i na jeho okolní prostředí a jeho vliv na něj. Nikdy bychom neměli srovnávat výkony zdravého dítěte s dítětem s postižením a nesmíme zapomínat, že každý se v něčem liší, ale zároveň se někde najde shoda. A tak tomu je u všech lidských bytostí bez rozdílu. Každý má potřebu cítit lásku, cítit že ho má někdo rád a že je v bezpečí. U dětí mentálně postižených to platí dvojnásob. Pro děti také platí hlavně to, že mají potřebu být úspěšné a cítit, že v určité oblasti jsou talentované. Je jedno, zda je to sport, malování nebo třeba matematika, hlavní je že dítěti musíme dát okusit ten dobrý pocit, a to bez rozdílu na tom, zda je dítě zdravé nebo ne. Dětem zejména v raném dětství je podstatné poskytovat nejrozličnější smyslové vjemy a podněty ke hře a dostatečné množství prožitků. U dětí s postižením je to také důležité, jen je potřeba vše přizpůsobit jejich mentální úrovni. Pokud si s přizpůsobením činností a vjemů neví rodiče rady, stačí to konzultovat buď s pediatrem, nebo dětským psychologem. Oblastí, které se dají různými vjemy a hrami podpořit a rozvíjet je hned několik: sluch, zrak, řeč a slovní zásoba, prostorová či časová orientace, jemná a hrubá motorika, paměť, samostatnost nebo laterálnost. (1), (6), (14)

#### **3.1 Kognitivní procesy**

Za kognitivní procesy lze označit zrakové a sluchové vnímání, řeč, jemnou motoriku, vnímání obecně, pozornost, paměť, logické myšlení, vědomosti či grafomotoriku. Přesně toto jsou oblasti, ve kterých děti s MP zaostávají. Základním kognitivním procesem je vnímání. Pro vnímání je důležitý mozek, dostatek podnětů a funkční CNS. Vnímání jako takové, je souhrn vnímání všeho – prostor, pohyb,

čas a další vjemy. Dělí se na optické, haptické, čichové, sluchové a chuťové. Součástí vnímání jsou tzv. počítky (výsledky cití). Výsledkem vnímání jsou vjemy, což je soubor počítků. V důsledku poškození CNS je toto všechno u dětí s mentálním postižením zpomaleno. Zpomalené tempo vnímání má za následek horší orientaci, a to především jedná-li se o nové prostředí. Zhoršené je vnímání jak prostoru, tak i času a největším problémem bývá tzv. inaktivita, při které dítě nejeví žádný zájem ani nevytváří žádnou snahu. U zrakového vnímání je nejhorší, že dítě se nevydrží dlouho soustředit jen na jednu věc a míchá hned několik věcí a tím pádem i detailů do sebe nebo někdy nevnímá vůbec to, na co kouká. Projevuje se to u jednodušších činností (malování) i u činností těžších (čtení, u kterého jim mohou splývat řádky). Další oblastí vnímání je sluch, který je jedním z nejdůležitějších smyslů, jelikož úzce souvisí s řečí. Kvůli pomalejšímu vývoji řeči dochází k pomalejšímu vývoji sluchu a všechny faktory s tím spojené vedou právě k problémům s řečí. Vyplývá z toho pomalejší fixace slovní zásoby a jazyka jako takového. (1), (14)

Motorika je soubor všech pohybových předpokladů a schopností a je rozdělena na hrubou a jemnou. Hrubou motorikou se rozumí pohyby a jejich koordinace společně s koordinací končetin. To, do jaké míry je právě hrubá motorika poškozena, závisí na stupni MP. Jemná motorika zahrnuje především pohyby prsty a jedná se tedy o vyrábění, kreslení, modelování, skládání a opět poškození závisí na stupni MP. U dětí s nižším stupněm postižení je dá jemná motorika trénovat a je zde šance na mírné zlepšení, nikdy však nebude dokonalá jako u zdravého člověka (trénováním lze dosáhnout určité normy až ve vyšším věku). U těžších stupňů postižení se motorika dá také trénovat, ale jen v minimálním procentu případů člověk dosáhne normy (jedná se o přetrvávající problémy s vázáním tkaniček nebo stříháním papíru apod.). Oblastí související s jemnou motorikou je tzv. grafomotorika. Jedná se o část jemné motoriky, kterou člověk využívá především při grafických činnostech jako je psaní nebo kreslení. Stejně jako hrubá i jemná

motorika, tak i grafomotorika se odvíjí od stupně postižení. Dá se však také trénovat a lidé s nižším stupněm postižení se v ní v průběhu života mohou zlepšovat. Projevem špatné gramotoriky je zpravidla nechut' k psaní a kreslení. Mezi kognitivní procesy patří také lateralita neboli vyhraněnost / dominance jedné z mozkových hemisfér. Jedná se tedy o to, zda je člověk levák nebo pravák. Podle slov profesora Karla Herforta se u lidí s mentálním postižením častěji vyskytuje dominance pravé hemisféry, tudíž leváctví. Dále se uvádí, že většina osob s MP nemá lateralitu zcela vyhraněnou a vyskytuje se u nich ambidextrie (používání levé i pravé ruky stejně). Další oblastí kognice je paměť, kterou lze definovat jako schopnost přijímat nové informace, uchovávat je a následně je vybavovat a dělit se na tři základní druhy – krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Paměť je u osoby s MP stejně jako ostatní pomalá a v některých případech velmi komplikovaná v osvojování nových informací a dovedností. Využívají tedy paměť motorickou, která jim umožňuje zapamatovat si např. recept na špagety, ale prakticky nejsou schopni tyto informace využít. Mohou si také pamatovat pojmy, které někde zaslechly, ale už je nedokážou je použít a věty s nimi nedávají smysl. Problémem je, že nejsou schopni rozpoznat věci, které jsou důležité a věci, které nejsou. Další významnou oblastí jsou fatické funkce neboli řeč, čtení a psaní. Stejně jako motorika, se i fatické funkce odvíjejí od stupně MP a vážnosti postižení CNS. V případě lehkého stupně postižení je velká šance, že se člověk naučí číst a psát, a to zhruba na úrovni dítěte v 1. nebo 2. třídě. U středně těžkého postižení bývá řeč na docela dobré úrovni, ale problémem může být menší slovní zásoba, koktání a jiné vady řeči nebo pomalejší vybavování si pojmů. Třetí stupeň neboli těžké mentální postižení ve většině případů u psaní hovoří pouze o různých čárách a čmáranicích na papíře. Co se týče řeči, tak lidé s tímto stupněm postižení mají velmi malou slovní zásobu a jsou schopni říkat pouze pár naučených slov (např. máma, táta, jíst apod.). Posledním stupněm je hluboké nebo úplné mentální postižení, u kterého nejsou psaní vůbec schopni, a řeč zůstává na úrovni základních

puďů, a lidé v tomto případě vydávají jen určité zvuky. Je to způsobeno tím, že 99 % lidí s hlubokým nebo úplným mentálním postižením zůstávají celý svůj život na lůžku a rozvoj je minimální. Důležité jsou také emoce, což je soubor psychických jevů a stavů. Stejně tak jako se nejrůznější odchylky vyskytují v ostatních oblastech, tak tomu není jinak ani u emocí. I když mnohé MP osoby mohou vypadat na první pohled po emoční stránce v pořádku, tak opak je pravdou. Velká část z nich trpí psychickými poruchami, jako jsou fobie, emoční labilita, úzkosti, deprese, nebo až deprese. Mívají nepřiměřené reakce v situacích běžného života (hádka, pití alkoholu). Intenzivněji dokážou vnímat změny nálad u osob ve svém okolí a mohou se dostat i do situací, kdy se některých jedinců projeví agrese. středně těžkého mentálního postižení bývá řeč na docela dobré úrovni, ale problémem může být menší slovní zásoba, koktání a jiné vady řeči nebo delší vybavování si pojmů. V ústavní péči se v případě hodně agresivních jedinců volí cesta farmakoterapie. Bohužel se vyskytují případy, kdy farmakoterapie není využívána jako prostředek, který má osobu zklidnit v době největšího vzteku a agrese, ale naopak se užívá v průběhu celého dne, a to prý z důvodů, aby agresivním stavům předcházeli. S emocemi souvisí adaptabilita a sociabilita. Adaptabilita je schopnost přizpůsobovat se společnosti, okolnímu prostředí. Pojem sociabilita je také schopnost přizpůsobovat se podobně jako adaptabilita, ale navíc má za úkol začleňovat se do společnosti. U osob s mentálním postižením je, jak již víme opožděný vývoj, ze kterého nám v tomto případě vyplývá porucha procesu adaptace a socializace a její opožděnost i v zcela běžných životních situacích. Adaptabilita a sociabilita jsou oblasti, ve kterých se též vyskytují časté změny nálad a u některých jedinců i sklony k agresi. Často se přidávají i poruchy chování. Osoba s MP není schopna vyřešit banální situaci jako např. že ujede autobus, a právě to jsou situace, u kterých se projeví poruchy chování nebo nepřiměřené reakce jako třeba pláč. Poslední větší oblastí je sebeobsluha. Jedná se o soubor činností, které souvisí i s přiznáním příspěvku na péči: mobilita, orientace, komunikace,



stravování a pití, oblékání a obouvání, péče o zdraví, osobní aktivity, hygiena, výkon fyziologické potřeby a péče o domácnost (posuzuje se pouze u osob starších 18 let). (1), (14)

Dle těchto činností se posuzuje nárok na příspěvek o péči a jeho výše a dělí se to opět na 4 stupně – lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost, úplná závislost.

Stupně	Do 18 let	Nad 18 let
1. stupeň	3 300 Kč	880 Kč
2. stupeň	6 600 Kč	4 400 Kč
3. stupeň	9 900 Kč (v institucionální péči) 13 900 Kč (v domácí péči)	8 800 Kč (v institucionální péči) 12 800 Kč (v domácí péči)
4. stupeň	13 200 Kč (v institucionální péči) 19 200 Kč (v domácí péči)	13 200 Kč (i institucionální péči) 19 200 Kč (v domácí péči)

Tabulka 1 - Výše PnP dle stupňů závislosti

<https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

Stupně	Do 18 let	Nad 18 let
1. stupeň	3 činnosti	3-4 činnosti
2. stupeň	4-5 činností	5-6 činností
3. stupeň	6-7 činností	7-8 činností
4. stupeň	8-9 činností	9-10 činností

Tabulka 2 - Posuzování zvládnání činností PnP

<https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

U tabulky č. 1 je vidět že u 3. a 4. stupně závislosti se částky liší, podle umístění závislého. V domácí péči vyšší částka nahrazuje i část příjmu pro pečující osobu, protože vzhledem k vysokému stupni závislosti nemůže chodit do zaměstnání. Tabulka č. 2 ukazuje kolik činností a v jakém stupni závislosti není osoba schopna sama zvládnout. Od toho se následně odvíjí výše příspěvku. U prvního stupně není schopnost postarat se o sebe nijak významně narušena. Při druhém stupni závislosti jsou lidé s MP schopni zvládnout zhruba polovinu úkonů, ale bývají to často zautomatizované úkoly (čištění zubů, příprava snídaně) nebo primitivní úkoly. Osoba se zvládne i sama obléknou, ale ne vždy přiměřeně aktuálnímu počasí, tudíž se tato činnost bere jako nezvládnutá. U třetího stupně se jedná o osoby, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby a k nezvládnutým činnostem už se přidávají

problémy s mobilitou. Čtvrtý stupeň závislosti také vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby a to 24 hodin denně. Jako nezvládnuté bývají branné prakticky všechny činnosti.

## 4.Edukace

Osoby s mentálním postižením mají dle zákona právo na vzdělání jako všichni a mají právo i na vzdělání inkluzivní, a ne pouze na vzdělávání v praktických či speciálních školách. Bohužel i přes to, tyto děti navštěvují právě praktické a speciální školy a inkluzivního vzdělávání využívají pouze děti s nejlehčími typy postižení. Bývá to z důvodu, že vedení školy porušuje legislativu a odmítá přijmout žáka s postižením i přesto, že je z tzv. spádové oblasti. Jako poslední byli ke vzdělávání připuštěni i lidé s těžkým mentálním postižením, kteří dříve byli označováni jako nevzdělatelní (zákon č. 561/2004 Sb.). Právě zákon č. 561/2004 Sb. řídí celou síť škol pro osoby s postižením, a to speciální mateřské školy, praktické a speciální základní školy, praktické školy a odborné učiliště. Skoro všechny školy však nabízejí možnost otevření speciálních tříd právě pro osoby se speciálními vzdělávacími potřebami. Pro děti s postižením stejně jako pro všechny slouží například i školní družiny nebo internáty. (2), (12), (14)

Podporu speciálních a praktických škol nebo speciálních tříd podporuje speciálně pedagogická centra. SPC je tým odborníků, který tvoří speciální pedagog, psycholog a sociální pracovníce a mají za úkol starat se o diagnostiku a fungovat jako podpora, a i jako poradna. Nejhlavnějším úkolem však je podpora integrace každého jednoho žáka. Právě děti s mentálním či jiným druhem postižení tvoří druhou největší skupinu žáků vůbec a stejně jako u zdravých dětí se jejich edukace dělí na 3 etapy – předškolní období, vzdělávání v době povinné školní docházky a střední+ celoživotní vzdělávání. Předškolní vzdělávání u osob s mentálním postižením nabízí speciální mateřské školy, které vlastně až na pár rozdílů fungují jako běžné mateřské školy, které plní pouze funkce formativní a informativní. Stejně funkce plní i speciální mateřská škola, ale přidávají se k nim ještě další funkce jako reedukační, diagnostická, kompenzační, rehabilitační a terapeutická. Některé MŠ plní i funkci respitní, která má za úkol pomoci rodičům, které se starají o postižené dítě a ulevit jim. I přesto je několik stovek dětí začleněno v běžných

mateřských školách. Některé základní speciální školy mají tzv. přípravné stupně, které jsou určeny především pro děti se středně těžkým nebo s těžkým mentálním postižením a zpravidla je navštěvuje pouze 4–6 žáků. Dítě může do přípravného stupně chodit maximálně po dobu 3 let. Dále existují tzv. přípravné třídy, které mají běžné základní školy, a i ty navštěvuje velká část dětí s MP. Tato přípravná třída trvá pouze po dobu jednoho školního roku a je to jakási příprava na zahájené povinné školní docházky. (2), (12)

Další etapou je již zmiňovaná povinná školní docházka neboli základní škola. Základní školy pro děti s postižením existují dvě, a to praktická a speciální. Praktická ZŠ je nejčastěji využívaným školským zařízením u žáků s MP lehkého typu. a název praktická má svůj význam. Jsou vybaveny nejrůznějšími dílnami (textilní, keramická, dřevodílna apod.), zahrádkami se skleníky, kuchyňkami a některé mají dokonce cvičné byty, které pro některé mohou být velkým přínosem. Jedná se o školu s klasickou devítiletou školní docházkou a je také rozdělena na 1. a 2. stupeň. První stupeň se tady ještě dělí na 1. období (1. -3. třída) a 2. období (4. – 5. třída). U vysvědčení převládá slovní hodnocení, ale může obsahovat i hodnocení v podobě známek. Speciální ZŠ se od praktické ZŠ liší v tom, že vzdělává žáky v rozumových schopnostech, ale pouze na úrovni, kterou jsou schopni zvládnout. Škola totiž vzdělává převážně žáky s těžkým až hlubokým postižením. Děti se zde naučí základy čtení, psaní, počítání, sebeobsluhy nebo některých praktických dovedností. Kromě praktických a speciálních škol existují i další způsoby, jak vzdělávat děti s MP. Prvním z nich je individuální vzdělávání neboli domácí vzdělávání. Tato výjimka však neplatí pouze pro děti s postižením. Domácího vzdělávání lze využít jen na prvním stupni a podmínkou je, že dítě musí každé pololetí docházet do školy na přezkoušení. Druhou možností je vzdělávání dětí s hlubokým mentálním postižením a tuto možnost musí schválit příslušný krajský úřad, a to pouze na doporučení od lékaře. Podmínkou je vyzkoušení všech dostupných možností vzdělávání. Krajský úřad na základě uznání tohoto typu

vzdělávání přiděluje SPC, jehož pracovníci za žákem docházejí domu. Po splnění povinné školní docházky přichází třetí etapa a tou je střední a celoživotní vzdělávání. Stejně jako každý má i osoba s MP právo vybrat si jakoukoliv střední školu a mohou být přijati, pokud splní veškeré podmínky pro přijetí, které si škola stanoví. Avšak jen malé procento žáků s MP jde na běžné střední školy a raději volí cestu praktických škol nebo odborných učilišť. Praktické školy existují jak jednoleté, tak i dvouleté. Možnosti jednoletých škol využívají hlavně žáci s těžkým postižením a školy mají za úkol je připravit na život v praktické rovině. Připravují se individuálně a dle aktuálních schopností a dovedností každého jedince. Dvouleté jsou určeny pro žáky s lehkým nebo také pro žáky se středně těžkým postižením a rozšiřují si zde své znalosti, učí se pracovním dovednostem a návykům a jsou tím pádem připravováni na výkon jednoduchých povolání. (2), (12), (14)

Co se týče celoživotního vzdělávání, tak existují kurzy. Oba jsou pod záštitou Ministerstva školství. První je „Kurz k získání základů vzdělání“ a poskytují ho pouze speciální ZŠ a může být poskytován formou denního studia i individuálně. Je určen pro osoby s těžkým typem postižení, které nebyli nikdy vzdělávané anebo vzdělávání nedokončili. Druhý kurz s názvem „Kurz pro získání základního vzdělání“ je poskytován jak speciálními a praktickými ZŠ tak i běžnými základními školami a občasně i školami středními. Má formu denního i dálkového studia. Trvá maximálně po dobu jednoho školního roku a jeho ukončení je podmíněno úspěšným složením zkoušky. Tento kurz není limitován věkem. (2)

#### **4.1 Integrace, segregace, inkluze**

Pojem integrace znamená sjednocení, a pokud mluvíme o integraci ve školství, tak se jedná o začleňování žáků se specifickými vzdělávacími potřebami na běžných školách. Podílí se na ní jak samotné dítě, tak i rodiče, kamarádi, spolužáci a jiní vrstevníci, učitelé, cizí lidé nebo volnočasové aktivity a prostředí, ve kterém žije. Lze říct, že integrace je nejvyšším stupněm socializace. (14)

Segregace neboli oddělování. Jedná se o proces, kdy je člověk oddělován od společnosti a v případě segregace u vzdělávání se jedná o oddělování člověk od společnosti na základě jeho specifických vzdělávacích potřeb. Pojem inkluze je dnes hodně řešeným a relativně trendy pojmem, který v překladu znamená začlenění. Inkluze je vyšším stupněm integrace. Jejím cílem je začlenění žáků, a to bez rozdílů a má za úkol zabránit tomu, aby někdy v průběhu vzdělávání dítě bylo ze společnosti vyloučeno. (12), (14)

## 5. Sociální služby

Sociální služby jsou souborem mnoha institucí a zařízení s nejrůznějšími zaměřenými. Mají za úkol pomáhat při socializaci jedince a mají mu pomoci, pokud se právě nachází v nepříznivé životní situaci. Mohou také pomoci lidem v zapojení do života, a to v maximální možné míře. U sociálních služeb najdeme velké množství cílových skupin a jednou z nich jsou právě osoby se zdravotním postižením (mentálním, tělesným, kombinovaným). Jedná se především o podporu nebo o proces zachování či navrácení soběstačnosti a je zde snaha o to, aby osoba mohla zůstat ve svém přirozeném prostředí (co nejdéle a nejlépe do konce života) nebo se do něj co nejdříve vrátit. Dále se snaží například o snižování sociálních a zdravotních rizik. Sociální služby dělíme na služby sociální péče, poradenství a prevence a mají 3 formy poskytování – terénní, ambulantní a pobytové. I osoba s MP postižením může využít všech sociálních služeb, protože postižení nevyklučuje krizové životní situace, ale pro běžné situace jsou zde služby, které jsou pro osoby s postižením přímo určené. Je to raná péče, osobní asistence, domovy pro osoby se zdravotním postižením, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, odlehčovací služby, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, sociálně terapeutické dílny nebo sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

Raná péče je služba sociální prevence a je poskytována hlavně terénní formou. Je určena pro rodiny s dětmi s postižením od 3 do 7 let věku dítěte a má za úkol podporovat vývoj dítěte i celé rodiny. Další službou je osobní asistence, což je služba sociální péče a jedná se o službu terénní formy. Poskytuje se osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, postižení nebo chronického onemocnění, které potřebují nepřetržitou péči jiné fyzické osoby. Výhodou této služby je, že je poskytována bez časového omezení. Pomáhá lidem při zvládnutí běžných úkonů, jako je péče o vlastní osobu, osobní hygiena, péče o zdraví nebo také při

zprostředkování kontaktu s okolím. Dále se může jednat o doprovod k lékaři, na úřad, nákup nebo o pomoc při zajišťování stravy či chodu domácnosti. (14)

Domov pro osoby se zdravotním postižením je služba sociální péče a je poskytována pobytovou formou. Dříve byly označovány jako ústavy. Služba může spolupracovat s rodinou, ale to jen pokud s osobou nepřerušila kontakty, jak tomu často bývá. Vzdělávací a výchovnou funkci v těchto případech zastávají pracovníci služby. Lze zmínit i centra denních služeb, což je také služba sociální péče a poskytuje se jako ambulantní služba. Je pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, postižení nebo chronického onemocnění, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Úkolem této služby je posílení soběstačnosti a samostatnosti a jedná se tím pádem o určitou prevenci před sociálním vyloučením. Poskytuje podobné činnosti jako osobní asistence, ale navíc poskytuje činnosti výchovné, vzdělávací a aktivizační. Další známou službou jsou denní a týdenní stacionáře a obojí jsou to služby sociální péče. Denní stacionáře se poskytují ambulantní formou a pomáhají lidem s postižením s běžnými úkony, provádí výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, a navíc ještě sociálně terapeutické činnosti. Jako příklad bych uvedla naši Farní charitu v Karlových Varech, kde služba denního stacionáře funguje. Nabízí zde 4 dílny (výtvarnou, keramickou, chovatelskou a dřevodílnu), jídelnu se cvičnou kuchyňkou, klubovnu se spoustou her a hlavolamů a malou tělocvičnu. Pořádá i výlety spojené s canisterapií nebo hipoterapií a pravidelně každý týden je přímo ve stacionáři muzikoterapie. Týdenní stacionáře jsou formou pobytovou a nabízejí stejné služby jako denní stacionáře, ale navíc nabízejí odpočinek pro pečující osoby. Odlehčovací služba je podobná týdennímu stacionáři, protože také nabízí odpočinek pro pečující osoby a poskytované služby jsou stejné.

Za zmínku stojí i chráněné bydlení, což je pobytová služba, která nabízí jak skupinové, tak i individuální bydlení. Klasicky poskytuje pomoc při poskytování stravy, ubytování, zajištění chodu domácnosti a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Ze služeb sociální prevence to jsou sociálně terapeutické dílny, které jsou



pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení a nejsou kvůli tomu schopni se uchytit na trhu práce. Úkolem je tedy podpora ve zdokonalování jejich pracovních návyků skrze různé terapie. Poslední službou pro osoby s mentálním postižením jsou sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Je to především pro osoby, které jsou z důvodu svého postižení ohroženy sociálním vyloučením, a služba zprostředkovává kontakt s okolním prostředím.

## 6. Sexuální a partnerský život a rodičovství

Dobrou zprávou je, že sexualita u osob s mentálním postižením přestává být tak málo řešeným tématem jako byla doposud, a to hlavně v odborných kruzích. Přeci jen je potřeba si uvědomit, že sexualita a sexuální život je součástí všech lidí na planetě, a to bez rozdílu. V předešlých letech kolovaly o sexualitě osob s postižením nejrůznější mýty jako např. že, jsou zcela asexuální nebo naopak hypersexuální nebo že nepotřebují projít běžnou sexuální výchovou a stačí jim pouze základy. Jsou zde skupiny osoby, které mají jiný názor a jinak nahlízejí na sexualitu postižených osob. První skupinou jsou rodiče, kteří hrají tu nejhlavnější roli v oblasti podávání informací a upevňování zodpovědnosti u svých dětí s mentálním postižením. Problém nastává tehdy, když rodič své postižené dítě bere jako malé i přesto, že už je to dospělý člověk se svými potřebami. Rodiče si tedy myslí, že není potřeba předávat důležité informace v oblasti sexuálního života. Další skupinou rodičů jsou ti, kteří si myslí, že zrovna jejich potomek nikdy nepovede sexuální život a ani nikdy nebude řešit vztahové otázky. Zastávají názor, že vzhledem ke svému postižení nemají potřebu sexuality nebo na ni dokonce nemají ani nárok. Další skupinou osob, která do oblasti sexuality u lidí s mentálním postižením zasahuje, jsou lékaři a jedná se jak o praktického lékaře, tak i o odborníky jako jsou gynekologové nebo sexuologové. Ti celou situaci vnímají z jiného hlediska než právě starostlivý rodiče, ale i přes jejich odborný pohled se dodnes stává, že ani někteří lékaři nemají o tomto tématu dostatek informací, a dokonce při vyšetření nehovoří přímo s postiženou osobou, ale pouze s jeho doprovodem. Poslední důležitou skupinou jsou samotní lidé s mentálním postižením. Po sexuální stránce se každý jedinec vnímá jinak, ale tak tomu je i u „zdravých“ osob. Nejvíce záleží na tom, jak se s nimi téma sexuality řešilo a do jaké míry a je jedno, zda v rodině nebo v nějaké instituci (škola, sociální služby). Sexualita se také ve značné míře odvíjí od stupně postižení, kterým osoba trpí. V knize autorky M. Venglářové a P. Eisnera (2013) jsou popsány principy přístupu

k sexualitě. Jako první lze uvést pomoc s prožíváním sexuality a v tomto případě se jedná o jakési usměrnění sexuality na společností přijatelné hranice. Další jsou právě specifika sexuality, které je potřeba respektovat. V této oblasti a konkrétně u mentálně postižených má každý odlišná specifika a ta se liší především dle věku, ve kterém osoba začne o sexualitu projevovat zájem nebo začne být sexuálně aktivní (u osob bez postižení je tento věk průměrně stejný, ale u osob s postižením se může hodně lišit). Třetí jsou sexuální projevy, a to jak ty vhodné, tak i ty nevhodné. K nevhodným projevům sexuality dochází v důsledku nízké informovanosti a stává se, že k nim dochází i na veřejnosti. Jako prevence před těmito nevhodnými projevy na veřejnosti funguje určitá osvěta, sexuální výchova a poskytování informací ze strany rodičů a dalších institucí. Dalším principem je rozvoj zodpovědnosti a kvůli rozvoji je nutné hovořit o tom, kde jsou hranice a co si kdo smí dovolit a co už ne. Ze zákona platí, že to, co po vás vyžaduje partner, nesmí být v rozporu s tím, co chcete vy, a proto je nastavení hranic velmi důležité. S rozvojem zodpovědnosti souvisí i zodpovědnost za zdraví a jedná se především o prevence před pohlavně přenosnými chorobami. I pro osoby s postižením platí, že by měli využívat všech možných dostupných prostředků jako je antikoncepce, která by se měla užívat nejlépe v kombinaci s použitím kondomu. Dalším důležitým bodem jsou také pravidelné kontroly u lékaře (ženy na gynekologie a muži na urologii). Šestý princip je rodičovství a záleží jen a jen na dané osobě, zda se rozhodne stát se rodičem či ne a nikde není uvedeno, která z variant je u osob s MP správná a která špatná. Pokud se člověk s postižením rozhodne stát se rodičem, tak je důležité ho podpořit a dát mu co nejvíce užitečných rad a informací o tom, co to obnáší. A posledním je prevence před sexuálním násilím a je důležité vědět, že se zvýšením stupně postižení se zvyšuje i zranitelnost jedince. Nejčastějším problémem u lidí s MP je neschopnost se útoku bránit, velká důvěra i v cizí lidi anebo neschopnost celou situaci vyhodnotit jako ohrožující. Proto je nutné, aby i osoby s mentálním postižením znali svá alespoň základní práva a byli dobře

informovaní v oblasti sexuality a také aby si dokázali nastavit hranice, které jsou pro ně v této oblasti přípustné a za které už nejdu. (3), (8), (15)

Existují i druhy sexuality a jsou to atypické projevy, potřeba sexuální aktivity s druhou osobou, autostimulace nebo asexualita. Na tyto druhy navazují již zmiňované nevhodné sexuální projevy na veřejnosti. Za těmito slovy se skrývá mnohdy i velké množství problémů. Odstranit se tyto projevy dají pomocí terapie, ale někdy je však nelze odstranit úplně a dojde pouze k jejich zmírnění. Lidí s těžkým či hlubokým stupněm postižení si ani neuvědomují nevhodnost těchto projevů. Příčin, proč k tomu dochází je hned několik a lze uvést např. pokus na sebe upozornit nebo nějakým způsobem zaujmout či ohromit nebo se může jednat pouze i o důsledek nepohodlí, které mentálně postižená osoba pocituje. Tyto veřejné projevy sexuality můžeme rozdělit na ty, které nejsou mířené na konkrétní osobu a na ty, které na konkrétní osobu mířené jsou. Další dělení nevhodných sexuálních projevů je slovní a fyzické. Vzhledem ke svému postižení, si tyto osoby neuvědomují, že to druhému může být až krajně nepříjemné a ve většině případů to ani nerozpoznají. Projevy mohou být mířené buďto na úplně cizí lidi nebo na členy rodiny, kamarády, vrstevníky, sociální pracovníky a terapeuty nebo na personál nejrůznějších zařízení (obchody, hotely, služby). Pokud je postižená osoba nám nějak blízká tak je nejdůležitější projevy v danou chvíli zastavit a do budoucna se je snažit usměrnit, a hlavně dotyčnému vysvětlit, že ne všem to, co dělá, může být příjemné. Dále je tady otázka patologie, ve které se jedná o odchylky či různé deviace a nejproblematičtější z nich je snaha o navázání sexuálního kontaktu s dětmi. U mentálně postižených lidí se to nebere jako pedofilie, protože ve velkém množství případů to má zcela jiné příčiny. Příčinami může být stejná mentální úroveň jako dětí, malá informovanost či nerozpoznání věku sexuálního objektu, anebo malá či žádná příležitost k realizaci v sexuální oblasti. (8), (15)

Velkým problémem je sexuální násilí a zneužívání páchané na osobách mentálně či jinak postižených. Jedná se o trestný čin v oblasti lidské důstojnosti, který je

sexuálně motivován. Trestných činů máme v této oblasti hned několik. Může to být sexuální nátlak, kdy pachatel nutí osobu k nějaké sexuální aktivitě pod výhružkou, nebo pohlavní zneužití či znásilnění. Právě osoby postižené či jinak znevýhodněné jsou jedním z nejsnadnějších cílů sexuálního i jiného násilí, a to hlavně z důvodu snížených a omezených možností, jak se bránit (slovně i fyzicky). Osoby s těžkým a hlubokým nejsou schopné ani podat popis pachatele nebo popsat situaci, která se odehrála, a právě kvůli tomu jsou případy často odložené a mnohdy nevyřešené. Pro tyto případy platí §367 trestního zákoníku, který udává povinnosti překazit trestný čin v jakékoliv formě (pokud tím nebude ohrožen náš život). Způsobů sexuálního zneužívání je mnoho, ale všechny způsoby na osobě mohou zanechat následky, které budou mít mnohem větší rozsah, jedná-li se o osobu s mentálním postižením. Bohužel většina z nich nikdy nepřizná, že byli obětí sexuálního násilí či zneužívání, a to ze strachu, že jim nikdo neuvěří nebo se jim bude smát. I přes to, že takto závažný problém není přímo vyřčený, tak existuje šance na odhalení. Aniž by si to uvědomovali tak tzv. „vysílají“ signály, podle kterých se dá poznat, že na osobě byl spáchán nebo je páchán doposud trestný čin v oblasti sexuality. Důvodem k tomu, že se osoba nebrání, nemusí být vždy pouze neschopnost se bránit, ale může to být i z důvodu, že na dotyčnou osobu byl vyvíjen nátlak pod výhružkami a strach je pro osoby s mentálním postižením často silnější. Některé osoby nemusejí celou situaci brát jako nepříjemnou a špatnou nebo vlastně neví co se reálně děje a o co se jedná. Ve vážnějších případech k sexuálnímu násilí dochází doma nebo v pobytovém zařízení sociálních služeb a zde osoba mlčí ze strachu, že přijde o své blízké nebo kamarády a že ztratí jistotu, kterou jí domov poskytuje. V případě podezření na páchání trestného činu na člověku s mentálním postižením je dobré o tématu s osobou citlivě pohovořit, dovést dotyčného na kontrolu k lékaři a popřípadě i ke specialistovi – psycholog. Nejvíce důležitá je opět prevence formou osvěty a sexuální výchovy. Trestné činy v sexuální oblasti však nemusejí být páchány jen zdravou osobou na osobě

s mentálním postižením, ale mohou být páčány i přímo osobou s postižením. Zde se jedná o již zmiňované nevhodné sexuální projevy na veřejnosti či nezdravá náklonnost k dětem. V mírnějších případech se jedná pouze o nevhodné projevy a některé případy mohou vyústit až v sexuální napadení. Opět existují důvody, které ke spáchání takového činu osobu s postižením vedou. Nejčastěji k tomu dojde kvůli nízké či dokonce žádné informovanosti a neschopnost poznat, že tyto veřejné sexuální projevy jsou společensky nevhodné. Často také nemusí rozumět odmítnutí a slovu ne, což může být způsobeno i pudy, které v člověku převládají a osoba pak není schopna se i přes veškerou snahu ovládat. Malé procento případů pak tvoří deviace. (8), (15)

### **6.1 Partnerský život a ženy s postižením v roli matky**

Oblast partnerského života osob s mentálním postižením je také opředena mnoha předsudky a mýty. Pravdou však je, že jen malé procento z nich je na takové mentální úrovni, aby byli schopni vést svůj vlastní život s partnerem/ partnerkou. Pouze jedna čtvrtina má v dnešní době sexuální zkušenost s opačným pohlavím nebo jinou fyzickou osobou. Pojem vztah u lidí s mentálním postižením vždy nemusí představovat partnerský vztah, tak jak ho známe. Může se jednat o vztah, který bude spíše kamarádkského rázu nebo o partnerský vztah, který je založen na společně stráveném čase a na společné zábavě ve formě návštěvy kina, divadla, ZOO nebo výletu. Dále to může být vztah, ve kterém obou jde čistě o pocit, že je má ten druhý rád, že jsou někým milováni a pak je tady partnerský vztah, ve kterém oba protějšky vyžadují určitou sexuální aktivitu. (8), (15)

Dalším velmi tabuizovaným tématem je homosexualita u lidí s mentálním postižením. Mnoho lidí má za to, že něco takového není ve spojení s postižením možné, ale mnohé výzkumy posledních let dokazují, že se i v této komunitě osob sexualitu reálně vyskytuje. U velkého počtu z nich se však jedná pouze o experimentování s vlastní sexualitou v mladém věku a homosexualita tak není trvalá. Můžeme o ní hovořit hlavně v rámci různých domovu a pobytových služeb,

kde mnohdy ženy a muži žijí odděleně a v závislosti na tom k experimentům se sexualitou dochází. (15)

Co se týče žen s mentálním postižením, které se ocitnou v roli matky nebo si tuto roli zvolí samy, tak i toto téma je společností tabuizované. Celý proces začíná už u plánu stát se matkou a u celkové přípravy na mateřství. Pro dnešní společnost jsou lidé s MP stále bráni jako lidé, kteří vzhledem ke svému postižení nejsou schopni jednak dítě počít a následně se o něj plnohodnotně starat a vychovávat ho. V dřívějších letech byla společnost hodně nakloněna sterilizaci a během let 1964 až 1987 bylo sterilizováno mnoho žen a následně se ukázalo, že ani jedna z nich nepodstoupila sterilizaci dobrovolně. Ač se to může zdát nesmyslné či dokonce nereálné, tak i ženy s mentálním postižením mají s těhotenstvím podobné zkušenosti jako ženy bez postižení, a dokonce jsou schopny prožívat i stejné pocity a emoce. Především i ženy s MP mají touhu a potřebu stát se matkou. Většina se setká s negativními reakcemi své rodiny a svého okolí, ale rozhodnutí, zda si dítě nechají je na nich, a tak velká část své děti donosila. V období před porodem, během porodu a po porodu je potřeba jim věnovat zvýšenou pozornost a péči a je důležité, aby na ně personál porodnice bral ohled. Protože i ženy mající mentální postižení mají stejná práva, a hlavně pocity a stejně tak cítí strach o své dítě. Péče v porodnicích bohužel nedosahuje takových kvalit při péči o matku s postižením, jaké by měla dosahovat a bývá to z důvodu nízké informovanosti ale i kvůli předsudkům. Mateřství představuje velkou změnu pro každou ženu a velká část z nich má v sobě zakořeněný pocit, že je důležité se starat především o potřeby dítěte. Při péči je potřeba jim poskytnout podporu a v začátcích mnohdy i menší pomoc. Problém vzniká, pokud dojde k sociální izolaci, se kterou se ženy s postižením v roli matek často potýkají a v důsledku toho nedochází k socializaci samotného potomka, což vede ke vzniku dalších problémů. Na výchově se kromě matky často podílí i rodina a blízké okolí a je zde i možnost obrátit se na příslušné pracoviště OSPOD, kde může dopomoci sociální pracovnice. Oddělení sociální

právní ochrany dětí se nepodílí pouze na dopomoci, ale podílí se i na ochraně práv jak dítěte, tak i samotné matky a někde existuje i možnost účasti na kurzech a přednáškách speciálně pro matky s mentálním či jiným typem postižení. (3)



## 7. Sport

Jako první je důležité říct, že i osoby s mentálním postižením mají svůj svaz, a to přesněji Český svaz mentálně postižených sportovců, který sdružuje jak sportovní skupiny, tak i jednotlivce. Celý svaz je pod záštitou Unie zdravotně postižených sportovců. Úplně každý bez rozdílu má právo znát pocit úspěchu a pocit toho, že něco dokázal. Mezi úkoly svazu patří tvorba podmínek pro sportovní, tělovýchovné, a dokonce i pro turistické aktivity. Je zde snaha vést osoby s mentálním postižením ke sportovnímu chování a svaz může pořádat i soutěže. Kromě sportovců, které berou sport např. jen jako zábavu tak podporují i sportovce, kteří se sportu věnují na vrcholové úrovni. Konkrétně ve svazu pro mentálně postižené sportovce je v nabídce hned několik sportů: florbal, kopaná, lyžování, plavání, nohejbal, basketbal, cyklistika, tenis, stolní tenis, přespolní běh, atletika a turistika. Svazy pořádají i speciálně upravené olympiády pro mentálně postižené, kterých se mohou účastnit všechny osoby s intelektuálním postižením, kterým je alespoň 8 let a jejich IQ dosahuje maximálně 75. Spodní hranice IQ pro účast neexistuje a olympiád se tedy mohou účastnit i lidé s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením. Stejně jako klasické olympiády existují na mnoha úrovních, jako jsou regionální, národní, mezinárodní, evropské a světové. Na nich se lze účastnit lyžování, běhu na lyžích, zemního hokeje, přehazované, plavání, cyklistiky, gymnastiky kopané nebo stolního tenisu. (13)

Jakákoliv pohybová aktivita je důležitou součástí běžného života všech lidí a pro některé je dokonce neodmyslitelnou součástí, a to opět platí pro všechny bez rozdílu. Význam mají pohybové aktivity v mnoha oblastech, a to v biologické, psychologické, společenské, výchovy a vzdělávání a zdravotní oblasti. Pro osoby s mentálním postižením je důležitá zejména oblast společenská / sociální, která má velký vliv na socializaci člověka. Sport zde může hrát velkou roli také v přípravě na budoucí život, protože rozvíjí charakter člověka a naučí ho různým dovednostem, spravedlnosti, morálnímu jednání a člověk může získat i řadu

vědomostí a postojů k životu. Velmi důležitá je tolerance chyb a poskytování zpětné reflexe. Je nutné si uvědomit, že sport má být především zábava a nemůže dítě nijak poškozovat. K poškození dítěte, a to hlavně toho, které má mentální postižení vede zadávání nesmyslných úkolů a malá nebo žádná tolerance. Pro takové dítě to může mít i rozsáhlé psychické následky v podobě strachu a nechuti danou aktivitu nadále vykonávat. U každého dítěte je potřeba vyvinout snahu k tomu, aby si ke sportu vybuchovalo kladný vztah, a toho lze dosáhnout tolerancí, ochotou pomoci, respektem anebo třeba udělováním pochval i ve chvílích, kdy se postiženému dítěti úplně nedaří. (13)

## 8. Umírání a smrt v životě člověka s mentálním postižením

S rostoucí kvalitou zdravotnictví a kvalitou sociálních služeb, roste i věková hranice, které se lidé s mentálním postižením dožívají. Tudíž velká většina musí řešit otázky spojené se smrtí členů rodiny a v horším případě otázky spojené se smrtí vlastních rodičů. Rodiče v životě osoby s mentálním postižením hrají tu nejdůležitější roli, a to ve všech směrech a často bývají jedinou oporou, kterou člověk má. Zároveň jako rodiče mentálně postiženého dítěte by měli být připraveni na to, co bude s dítětem po jejich odchodu. Pro mnoho z nich je to vážné téma, které se s vyšším věkem stává děsivější. Je dobré, aby rodiče našli ve svém okolí takové zařízení sociálních služeb, nejlépe domov pro osoby se zdravotním postižením a aby dítě na přechod začali postupně připravovat. Postupná příprava by měla začít tak, že se tam osoba napřed zúčastní nějakého denního programu, následně celého dne, víkendu a pak třeba i celého týdne. Smrt rodičů tedy bude lehčí v tom, že v daném zařízení už bude mít vybudované nějaké sociální zázemí a přechod nebude tak náročný. Po smrti rodičů nastává velké množství změn, které jsou spojené jednak s velkou ztrátou, ale také např. s nevyhnutelným stěhováním se pryč z domova, ve kterém žili celý život, změnou prostředí a v horších případech i změnou lokality (jiné město, jiná část velkého města jako např. Praha, Brno). Hodně z nich po smrti rodičů končí v psychiatrických léčebnách nebo v nevhodně zvolených zařízeních sociálních služeb. Nejedná se vždy však pouze o smrt blízkých či rodičů, ale i o stárnutí a smrt samotného člověka s postižením. I pro tyto lidi je nejlepší možností, aby mohli stárnout a dožít ve svém přirozeném prostředí. Ne všichni ale mají takové štěstí, a někteří musí být na tuto fázi života přemístěni do zařízení sociálních služeb či do nemocnice, a to kvůli vysokému věku rodičů, se kterým je spojena neschopnost se o své dítě plnohodnotně postarat. Týká se to především osob, které trpí těžkým či hlubokým typem mentálního postižení a ti, kteří ke svému postižení mají řadu přidružených nemocí. (5)

Poprvé až v 90. letech 20. století začali vznikat služby jako např. chráněné bydlení či domovy pro osoby se zdravotním postižením a bylo možné, aby se uskutečnilo tzv. stárnutí osob s mentálním postižením ve skupině/ komunitě. V dnešní době však existují i zařízení a služby, které umožňují kompromis mezi stárnutím v zařízení a v přirozeném prostředí osoby a může to být např. odlehčovací služba nebo mobilní hospic. Tyto služby jsou schopné postarat se o osobu v jeho přirozeném prostředí, ale zároveň nabízejí i pobytové služby, které umožňují pečujícím osobám dopřát si odpočinek. Problémem bývá malá informovanost pečujících osob a ty pak tyto služby nevyužijí. Lidé s MP patří mezi nejpočetnější skupiny, a to právě proto, že roste kvalita zdravotnických a sociálních služeb. V dřívějších dobách by dítě s postižením zemřelo po porodu, nebo by výjimečně přežilo novorozenecké nebo kojenecké období. Dle nejrůznějších zdrojů se lidé s MP dožívají v průměru 60 let, ale neplatí to pro všechny. Nižšího věku se dožívají lidé s kombinovaným postižením nebo lidé s Downovým syndromem. Jak zmiňuje autorka T. Cimrmannová ve své knize Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku u osob s mentálním postižením (2020) tak k prvotnímu setkání se smrtí u těchto osob dochází již v dětství, kdy se s ní setkávají v přírodě, v pohádkách nebo ve svém okolí. Už v tuto chvíli začíná role rodiče jakožto informátora a je důležité dětem vysvětlit dva základní koncepty: nevratnost a nefunkčnost, což znamená, že musí porozumět tomu, že zesnulá osoba se nevrátí a že již nevykoná ani žádnou aktivitu. Je nutné vyhnout se tomu, že ze smrti a z rituálů s ní spojených vytvoříme téma, které bude tabu, protože i lidé s mentálním postižením potřebují, a hlavně mají právo znát pravdu. Jejich reakce na smrt se může od ostatních lidí lišit a je dobré to mít na paměti. Ztrátu může doprovázet velký vztek, agrese i autoagrese, sebepoškozování, deprese nebo velká zmatenost, a to všechno vede nevyhnutelně ke vzniku dalších psychických onemocnění. I to je důvodem toho, že by člověk měl znát pravdu a měl by být seznámen se všemi fakty a rituály abychom těmto stavům předešli. V dnešní společnosti stále někteří zastávají názory, že tito lidé nemají

právo na zármutek nebo že neumí být smutní a neumí truchlit, protože nejsou schopni takovýchto emocí. (5)

Pokud se bavíme o řešení zármutku v zařízeních sociálních služeb tak je nejdůležitější vztah, který má personál k truchlící osobě. Ti bohužel často nevědí, co v těchto situacích dělat a tím pádem neposkytují takovou oporu, která může mít za následek řadu konfliktů a agresi klienta, což je v horších případech řešeno podáním medikamentů, a to není dobře. Personál zařízení by měl být vyškolen tak aby věděl jak v, tak těžkých chvílích s člověkem komunikovat, aby věděl, co bude následovat a také aby věděl, jak se zachovat v případě, že se dostanou do chvíle, kdy samotný klient bude nemocný a bude umírat. V tomto případě by měl personál vědět, jak tuto zprávu sdělit případným spolubydlícím a rodině a co dělat ve chvíli, kdy dojde ke smrti. Mezi lidmi s postižením se také vyskytují jedinci, kteří mají nějaké náboženské vyznání, a proto je důležité řešit i otázku spirituality. Informace nebo v tomto případě spíše dezinformace o tom, že člověk s mentálním postižením nemůže být nábožensky založen, nejsou pravdivé. Člověk se k náboženství a spiritualitě dostává prostřednictvím své rodiny a okolí a ne sám. Proto by i těmto lidem mělo být v zařízeních sociálních služeb umožněno se nadále spiritualitou zaobírat a v případě se v rámci ní i rozvíjet. Víra jim může hodně pomoci v těžkých chvílích a může jim dodat naději a ve víře mohou situaci i lépe porozumět. Dle standardů kvality poskytování sociálních služeb by mělo být dodrženo právo např. na lidskou důstojnost, soukromí, respekt ale patří sem i právo na přítomnost duchovního. Spirituálních potřeb existuje mnoho a nejdůležitější pro osoby s postižením bývá pocit lásky a bezpečí, jistoty, pocit užitečnosti, respektu a hlavně pocit toho, že ho někdo podporuje a že se má na koho obrátit. Prožívání zármutku je u osob s mentálním postižením je časově náročnou záležitostí a jsou v tomto období extrémně zranitelní. V případě, že situace není dobře zvládnutá, může dojít k narušení důvěry v okolní svět. Je také nutné nebrat klienta jako dítě a podávat mu informace jako normální dospělé osobě, akorát trochu uzpůsobené

mentální úrovni. Cílem je vytvoření prostředí, kde se bude cítit bezpečně a bude vědět, že má v někom oporu a pochopení a kde bude vědět, že nikdy nebude sám, protože samota bývá nejzávažnějším problémem ve chvílích zármutku. Celý proces truchlení trvá po dobu přibližně jednoho roku. Mezi doporučené postupy, jak zármutek zvládnout patří především citlivá komunikace, a to jak verbální, tak i neverbální. Verbální komunikace zde zahrnuje mluvení o pocitech a emocích či vyprávění si o zesnulé osobě. V neverbální komunikaci se v těchto případech lze věnovat ukazování fotografií, poslechu hudby a mnohdy je potřeba i vřelé objetí či sevření ruky. Dále se doporučuje nesnažit se celý proces truchlení urychlit, snažit se zabránit velkým změnám, jako je stěhování a provádět osobu rituály, mezi které může patřit realizace na uspořádání smutečního obřadu, možnost vybrat smuteční oznámení, květiny nebo hudbu a s tím spojená účast na samotném pohřbu. Může se jednat i o pouhé prohlížení fotografií, při kterém bude osoba popisovat, při jaké události fotografie vznikla. Rituály mohou zahrnovat i zapalování svíček za zesnulého a také návštěvy hřbitova. Problémem mohou být určité výjevy, které osoba může ve své představivosti vidět nebo slyšet a ty je potřeba řádně vysvětlit a zásadní je opět komunikace. Avšak i úmrtí někoho tak blízkého jako jsou rodiče je pro člověka s postižením zvládnutelnou situací. (5)

Pro osoby s mentálním postižením dnes existují i tzv. hospice, které poskytují paliativní péči. Hospic je zdravotnické a sociální zařízení a je určeno pro osoby, které trpí těžkými, vážnými nemocemi anebo nevléčitelnými nemocemi. Jsou zde uspokojovány psychosociální, biologické a spirituální potřeby nemocného. Službou, která je poskytována v hospicích je paliativní péče, což je komplexní služba, která je poskytována klientovi, jenž trpí těžkou či nevléčitelnou nemocí. Má za úkol zlepšit kvalitu klientova života během nemoci a funguje na procesech zmírňování bolesti. Může trvat dny, měsíce ale někdy dokonce i roky. Hospic se poskytuje na třech úrovních. První je domácí hospicová péče, která pacientovi může zajistit 24hodinovou péči v jeho přirozeném prostředí. Dále se hospic a

paliativní péče poskytují jako součást nějaké sociální služby, především jako součást domovů pro seniory a dnes už i jako součást domovů pro osoby se zdravotním postižením. Poslední úroveň, kde se poskytuje, jsou zdravotnická zařízení, ve kterých bývají zřízena speciální oddělení poskytující paliativní péči. Bohužel péče o těžce nemocné osoby s mentálním postižením je dodnes celosvětovým problémem. Jak již bylo zmiňováno, tak se často dostávají do nevhodných zařízení sociálních služeb a těmi jsou v tomto případě nejčastěji domovy pro seniory. Vzhledem k nízké informovanosti o této problematice nejsou ani správně nastavené a následně zvolené metodické postupy v péči o takového člověka. (5)

## 9. Kazuistika

Pan Petr (43 let) má diagnostikované mentální postižení a to 3. stupně neboli těžké mentální postižení (dle diagnostiky v roce narození: těžká mentální retardace). Byl diagnostikován také na poruchu autistického spektra a trpí dyslexií, dysgrafií, dysortografií, dyskalkulií a dyspraxií. Porod proběhl přirozenou cestou ve 40. týdnu těhotenství. Jednalo se o druhé těhotenství matky. Mentální postižení vzniklo na základě vrozené genetické vady a vzhledem k této vadě, ženy v této rodině nemohou porodit chlapce. Přesněji se jedná o špatné štěpení chromozomu z matky na syna.

Matka (71 let) pana Petra má diabetes mellitus 2. stupně a v dřívějších letech prodělala rakovinu –liposarkom ve stehně (pravá noha). V rodině z matčiny strany se vyskytují srdeční choroby. Matka má středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou a nyní je ve starobním důchodu. Otec (71 let) má diabetes mellitus 2. stupně a je po transplantaci srdeční chlopně a několikanásobném bypassu. Vystudoval střední odborné učiliště zakončené zkouškou. Celý život je kuřák. Nyní je ve starobním důchodu. Pan Petr má sestru (47 let), která byla prvorozená. Po zdravotní stránce je naprosto v pořádku. Během druhého těhotenství matky prodělala zarděnky. Je vyučená na středním odborném učilišti. Pan Petr kromě svého postižení má také diabetes mellitus 2. Stupně stejně jako rodiče. Již několik let má kardiostimulátor, vyskytuje se u něj onemocnění DNA, onemocnění ledvin (ledvinová kolika, ledvinové kameny) a trpí paradentózou. Je tedy v péči jak svého praktického lékaře, tak i v péči kardiologa, urologa, diabetologa, psychiatra a jako dítě navštěvoval logopedii.

Jako dítě navštěvoval jesle a následně mateřskou školu. Poté absolvoval 4 roky v praktické škole a další 4 roky ve škole speciální. Má tedy dokončené základní vzdělání, které bez větších problémů zvládnul. Nyní několikrát v týdnu navštěvuje Farní charitu v Karlových Varech, kde dochází do denního stacionáře a navštěvuje dílny (keramická, dřevodílna, chovatelská). V denním stacionáři má dlouholeté



kamarády, a krom dílen navštěvují přilehlou zahradu, kde mají možnost pečovat o různá zvířata (králíci, slepice, kozy, prasata, papoušci). Dále jezdí na nejrůznější výlety po ČR i mimo ni, chodí na procházky a docházejí na hipoterapii. Co se týče zaměstnání tak pan Petr po dokončení základního vzdělání měsíc pracoval jako pomocná síla v kuchyni v jednom karlovarském hotelu. Práce ho bavila, ale vzhledem k lokalitě bydliště pro něj bylo dojíždění náročné a práci ukončil. Mezi jeho největší zájmy patří poslech hudby, který si umí náležitě vychutnat. Dále také rád pečuje o zvířata, a to jak ta, která se nacházejí ve Farní charitě tak i o zvířata, která má doma (kočka a pes a dříve pomáhal s péčí o slepice a prasata). Rád skládá puzzle a většinu času tráví sledováním televize, kde sleduje především sport a nejraději hokej. V televizi však nesleduje pouze sport, ale také má v oblíbě nejrůznější akční filmy či pohádky. Velmi rád sleduje i filmy z české produkce a to hlavně žánr komedie, ze kterých si pamatuje mnoho hlášek a při filmu je odříkává. Mezi jeho přednosti patří práce s počítačem, se kterým pracuje velmi obstojně vzhledem ke svému postižení. Sleduje tam platformu YouTube, na které sleduje nejrůznější videa o vlacích a autobusech. Mezi jeho záliby lze zahrnout i konzumaci jídla.

Co se týče motoriky, tak má zhoršenou především hrubou motoriku. Jeho pohyby nejsou koordinované, má špatnou rovnováhu a pojí se k tomu i špatná orientace v prostoru a čase. Špatnou má také jemnou motoriku, která je však na lepší úrovni než motorika hrubá. Velmi dobře vyšívá a tvoří různé výrobky v dílnách v denním stacionáři. V oblasti hygieny je prakticky samostatný. Ví, kdy má jít do sprchy, vyčistit si zuby nebo oholit vousy, protože se jedná o zautomatizované úkony. Občas je však potřeba mu to připomenout a dohlédnout na něj. V oblasti sebeobsluhy má opět řadu zautomatizovaných úkonů. Ráno sám vstane, připraví si nápoj a je schopen si samostatně nachystat snídani či večeři. Samostatně bez pomoci je schopen i připravené jídlo konzumovat (k jídlu je schopen používat jak lžíci, tak i vidličku a příborový nůž). Co se týče další přípravy pokrmů, tak po

připomenutí ví, že si má ohřát oběd, a i kdy tak má učinit. S dopomocí je schopen připravit i jednoduché pokrmy jako např. špagety či bublanina. Oblékání také zvládá sám bez větších obtíží a jediným problémem v tomto případě je, že se nedokáže obléci přiměřeně aktuálnímu počasí (především v letních měsících, kdy je schopen odejít z domu v bundě a čepici). V zimě takové problémy nemá, protože ví, že je venku zima a musí se dostatečně obléct. V oblasti řeči a komunikace má také problémy. Na to jaký má typ postižení tak je jeho slovní zásoba docela velká, ale v porovnání se slovní zásobou zdravého člověka je malá. Často opakuje věty a slova, komolí slova a mnohdy špatně artikuluje. Největším problémem jsou slova jako fialová, čvachtanice nebo nosorožec. I přes to všechno má velmi přátelskou povahu (do doby, než mu je narušen jeho běžný rytmus), je veselý a mezi svými kamarády oblíbený. V oblíbě ho mají i rodinný známý a sousedé. Je komunikativní a vždy se snaží zapojit do konverzace. Je také velmi ochranný a má tedy potřebu svou rodinu chránit. Cítí pocit strachu o ni. V případě, kdy dojde na alkohol (rodinné oslavy, grilování apod.) je kvůli jednomu dřívějšímu incidentu agresivní a alkohol vylívá. To vše je však ve snaze své blízké chránit před úrazem. Celý život žije se svými rodiči. Rodina (matka, otec a pan Petr) nyní žije v rodinném domě na okraji Karlových Varů. Diagnózu se rodiče od lékařů dozvěděli až zhruba mezi 6–12 měsíci věku dítěte. Lékaře vyhledali z důvodu nestandardně pomalého vývoje. Rodiče dle vyprávění neměli vůbec představu o tom, co je čeká. Lékařem jim bylo nabídnuto i umístění do ústavní péče, které však odmítli. Matka se s diagnózou vyrovnávala velmi těžce a stejně tak i otec. Vztahy v rodině se s narozením mentálně postiženého dítěte nijak výrazně nezměnili. Jak už to bývá, tak dítě se stalo prioritou a starší dcera byla odsunuta na „druhou kolej“. Velkou oporou byli i prarodiče (matky rodiče), kteří žili ve stejném domě, a tak s péčí pomáhali. Stejně tak pomáhala i starší dcera, která má i přes to všechno ke svému bratrovi kladný vztah. Rodiče jsou už nyní se stavem syna smíření, ale trvalo to velmi dlouhou dobu. Není se čemu divit, protože v té době, kdy se pan

Petr narodil (1978) bylo téma postižení lidí stále tabu. Rodiče se prošli výsměchem ze strany několika konkrétních lidí. Jedna část lidí se rodině vysmívala a odsuzovala ji a druhá polovina reagovala dobře a rodinu podporovali. Pan Petr je velmi fixovaný na matku, se kterou trávil a doposud tráví nejvíce času. Otec pracoval jako zedník mimo Karlovy Vary, takže jedno období byl doma pouze o víkendech. Pan Petr doma rád pomáhá. Pomůže s péčí o zvířata, s úklidem, s pracemi na zahradě a ostatními věcmi. Dle mého názoru vede šťastný a spokojený život, ve kterém mu nic nechybí.

Ráda bych zmínila zařízení, o kterých si myslím, že jsou zajímavá a vhodná pro vykonávání praktické výuky. Jedním z nich je několikrát zmiňovaná Farní charita v Karlových Varech nebo pobočka organizace Rytmus. Zcela jistě je velmi zajímavé i Denní centrum Mateřídouška a i jejich sociálně terapeutické dílny. Dále jako ideální místo pro výkon praktické výuky vidím Domov Pramen v Mnichově u Mariánských lázní. Toto zařízení bych nedoporučila pouze jako místo pro výkon praxe, ale také jako místo k žití právě pro osoby se zdravotním postižením. Existuje také velké množství organizací a sociálních služeb, které mohou být pro osoby s mentálním postižením velkou pomocí. Konkrétně v Karlovarském kraji, jich je mnoho. Jak jsem již zmiňovala v kapitole „Sociální služby“ tak jsou zde např. denní či týdenní stacionáře (Denní centrum Mateřídouška, Farní charita Karlovy Vary, Oblastní charita Ostrov), domovy pro osoby se zdravotním postižením (Domov Pata, Pramen, Sokolík, Rudné u Nejdku, Mariánská, Radošov) či domovy se zvláštním režimem (Matyáš – Nejde). Dále jsou zde zařízení podporující chráněné a samostatné bydlení (Dolmen, Mravenec, Občanské sdružení chráněné bydlení Sokolov), služby sociálního poradenství, kterých je v Karlovarském kraji velká spousta anebo odlehčovací služby, které se zde také poskytují. Je možnost využít i osobní asistence, kterou poskytuje Agentura domácí péče LADARA (poskytuje se převážně seniorům, ale i osobám se zdravotním postižením). Dále lze

zmínit sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením (Tyflocentrum Karlovy Vary) nebo sociálně terapeutické dílny (Farní charita Karlovy Vary, Denní centrum Mateřídouška) a sociální rehabilitace (Rytmus, Tyflocentrum, Tyfloservis). Záměrně jsem si vybrala zařízení a sociální služby v Karlovarském kraji, protože i přesto, že studuji v Praze, tak praktickou část výuky vykonávám vždy zde. Všechny služby a zařízení, která jsem zde vyjmenovala, bych mohla doporučit. Se všemi mám buďto přímo osobní zkušenost nebo je to zkušenost z mého blízkého okolí. Se všemi zařízeními a službami nás také seznamovali v odborných předmětech na střední škole a velká část učitelů v nějakém z těchto zařízení i pracovala.

## 10. Diskuze

V první části diskuze bych ráda vyjádřila svůj názor k použité literatuře. Nejvíce souhlasím s autorkou knihy *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje* Barborou Bazalovou a s autorkou knihy *Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku: u osob s mentálním postižením* Terezou Cimrmanovou. Obě tyto knihy se mi svým zpracováním velmi líbily. Celkový obsah obou knih se dobře četl a především sdílím postoj k problematice mentálního postižení, o které byly knihy psány. Naproti tomu jsem se nedokázala názorově příliš ztotožnit s autorem knihy *Světy postižených* Bohuslavem Blažkem. V knize jsou uvedeny informace a pasáže, které se mi zcela nezamlouvaly. Je možné, že je to způsobeno neaktuálností knihy (knihy byla vydána v roce 1988). Dále také nejsem schopna se zcela ztotožnit s knihou *Ženy s mentálním postižením v roli matek*. Víím, že je to právo každého mít dítě, ale z osobního důvodu mám názor, že by tomu tak být nemělo.

Téma bakalářské práce bylo inspirováno situací v mé rodině. Bratr mé matky má diagnostikované mentální postižení 3. stupně a již v útlém věku jsem tedy s touto problematikou přišla do kontaktu. Nejen můj strýc trpí mentálním postižením, ale také syn mé prarabky má diagnostikovanou stejnou formu postižení. Jak se svým strýcem tak i se synem mé prarabky jsem trávila mnoho času o prázdninách. S klienty Farní charity, kterou můj strýc pravidelně navštěvuje, jsem byla na různých výletech a na nejrůznějších akcích. Už v té době mě téma mentálního postižení velmi zajímalo a rodina mi trpělivě zodpovídala veškeré mé otázky a vysvětlovala situaci. Vzhledem k tomu, kolik času jsem s lidmi s mentálním postižením strávila, tak jsem nikdy neměla vůči těmto lidem žádné předsudky a naopak jsem se jich zastávala ve chvílích, kdy to bylo nutné. Myslím, že právě to ve mne probudilo jakési sociální citění a touhu pomáhat lidem, kteří jsou znevýhodněni a to nejen z důvodu nějakého postižení, ale také i z důvodu vysokého věku. Po nástupu na střední školu jsem své první praxe absolvovala ve zmíněné Farní charitě v Karlových Varech. Zde došlo k neshodě s vedením zařízení, ale i

přesto bych své praxe hodnotila kladně a to z důvodu toho, že jsem mohla nahlédnout přímo do dění a fungování charity. Velice se mi líbí přístup, jaký mají zaměstnanci ke klientům. Praxe v tomto zařízení pro mne byla přínosem a to i v tom, že jsem zjistila, že to není cílová skupina, které bych se do budoucna chtěla věnovat. Svě další praxe jsem tedy směřovala na seniory, se kterými mne práce baví více. Ráda bych se vyjádřila i k situaci v dnešní době. Pokud bych srovnala dobu, kdy jsem byla dítě a dobu, ve které žijeme teď tak musím podotknout, že i za těch několik let se situace změnila. V dřívějších letech (před zhruba 15-20 lety) situace nebyla tak dobrá jako je dnes a to z toho důvodu, že téma mentálního postižení bylo stále ještě někde tabu. Ne však tak tabu jako v době, kdy se můj strýc narodil (70. - 80. léta). Na počátku 21. století byla problematika mentálně postižených osob již docela v povědomí a hovořilo se o ní, ale nelze to srovnat s dnešní dobou, kdy se o tématu hovoří prakticky všude. Zmiňují ho média a to dnes docela ve velkém a dokonce se pořádá velká spousta sbírek pro tyto lidi, ve velkém množství se vydává literatura s touto problematikou a téma již není tabu ani pro školy. Pokud bych měla něco říci o době socialismu, tak v tomto období byla situace kolem postižených osob velmi špatná. O jejich problematice se nemluvilo a domovy a různá zařízení (v té době povětšinou ústavy) byly na okrajích měst nebo v jeho odlehlých částech. Považovali je jako méněcenné a společnost je nepřijímala jako sobě rovné nebo jako normální a bála se jich. Proto zařízení existovala pouze na málo viditelných místech. Co se týče nějaké medializace problematiky, tak jak jsem již zmiňovala, tak v médiích můžeme vidět velké množství článků či reportáží, které na ni poukazují. Prakticky denně můžeme na internetu anebo v televizi nalézt zmínku o mentálním či jiném postižení. Téma je tedy dnes dost medializované a řekla bych, že do jisté míry je jakýmsi fenoménem. V posledních letech vznikla velká řada organizací, nadací a zařízení, které si dávají za úkol podporovat a pomáhat osoby trpící mentálním postižením. Nadace mají na svědomí množství sbírek, při kterých se vybírají nejen finanční prostředky, ale i nejrůznější

materiální věci na pomoc těmto osobám. Medializace je tedy v dnešní době do značné míry velká, ale dle mého názoru stále chybí osvěta k této problematice. Nepřijde mi hezké, že i dnes se najdou lidé, kteří vůči těmto skupinám lidí trpí předsudky anebo se jich dokonce bojí a označují je za nebezpečné.

Má bakalářská práce na téma „Socializace osob s mentálním postižením“ pro mne byla velkým přínosem i přesto, že o daném tématu již docela velký přehled mám. Dozvěděla jsem se spoustu informací, které i pro mne byli nové. Jako nejvíce přínosnou vidím kapitolu s názvem „Umírání a smrt v životě člověka s mentálním postižením“ a to z toho důvodu, že vzhledem k situaci v rodině je to pro nás otázka blízké budoucnosti. Začala jsem si uvědomovat, že strýcovi rodiče (mí prarodiče) zde nebudou navždy a začala jsem si uvědomovat jejich smrtelnost. V současné době je to téma, které nás trápí asi nejvíce. Vzhledem k tomu v jakém období babička strýce vychovávala, tak má dodnes zafixované, že veškeré domovy a zařízení pro osoby s mentálním postižením jsou ústavy, ve kterých se k těmto lidem personál nechová hezky a nechce ho tedy umístit do žádného zařízení. Problém nastane v případě, že oba jeho rodiče zemřou a velmi dlouhou dobu se čeká na volné místo v takovémto zařízení (v Karlovarském kraji to jsou v průměru 2 roky). Kromě toho, že pro mne tato kapitola byla velkým přínosem, tak pro mne však byla i velmi těžká na zpracování a to zejména po psychické stránce. Bohužel zde není nikdo, kdo by naplno mohl strýci dělat opatrovníka a není zde nikdo, kdo by mu dal takovou péči, jakou potřebuje (tu mu je schopna dát dle mého názoru jen matka).

Jako další bych chtěla říci, že sdílím názory veřejnosti na mentálně postižené osoby, které jsou pozitivní a kladné. Souhlasím s tím, že jsou to lidé jako všichni ostatní, že mají mít stejná práva. Nejvíce se mi líbí organizace Rytmus, která má jedno ze svých zařízení i v Karlových Varech. Je to organizace, která pořádá nejrůznější kurzy a to jak pro osoby s mentálním postižením tak i pro osoby pečující. Dále se zaměřuje na sociální rehabilitaci, poradenskou činnost nebo na podporu samostatného bydlení. Posláním organizace Rytmus však není jen pomoc

osobám s postižením, ale zabývá se také vzděláváním lidí, které má za úkol změnit náhled právě na tuto skupinu osob, a snaží se přiblížit, jaký život osoby s postižením mají. Bohužel se mi nepodařilo dostat se do této organizace na praxe, ale určitě bych to během svého studia chtěla zkusit znovu. Ke splnění praxí jsem však využila již zmiňovanou Farní charitu v Karlových Varech, kterou navštěvuje i můj strýc. Jako celek zde praxe byla dobrá, bohužel byli viditelné určité nedostatky, které tato služba má. Tyto informace však nechci posílat dál a nechávám si je nyní už pouze pro sebe. Jediné co mohu sdělit je to, že se nedostatky následně v zařízení řešily.

Vzhledem k tomu, že ve své bakalářské práci nemám výzkum jako takový, ale pouze kazuistiku, tak nemohu hodnotit výsledky. V práci však lze nalézt informace, které mne překvapili. Velkým překvapením byl fakt, že osoby s mentálním postižením mohou vlastnit majetek i přesto, že s ním nemohou nijak disponovat (v případě, že byli zbaveni svéprávnosti) a celkově některé právní úpravy. Takto bych mohla zhodnotit i knihu *O čem se NEmluví*, která mi v problematice osob s Downovým syndromem „otevřela oči“ a začala jsem na tento syndrom pohlížet jinak. Tudíž bych celou bakalářskou práci hodnotila z mého pohledu kladně a mohu říci, že byla přínosem nejen mě, ale i mé matce, se kterou problém péče o jejího bratra po smrti rodičů řešíme.



## Závěr

Cílem bakalářské práce bylo více se seznámit a více nahlédnout na téma mentálního postižení. Vzhledem k mým zkušenostem, jsem se chtěla dozvědět více i z teoretické části tohoto tématu. V mé bakalářské práci jsem se snažila popsat celý proces socializace osob s mentálním postižením a to od jejich narození až po jejich smrt. Jako první jsem se zabývala mentálním postižením jako komplexním celkem a popsala jsem, o co se vlastně jedná. Je zde uvedeno hned několik definic od mnoha autorů. Nechybí ani popis stupňů mentálního postižení a syndromů, které jsou s postižením spojené. V neposlední řadě je zde i právní úprava, která je pro ochranu osob s MP velmi důležitá.

Je zde popsán i proces socializace s první sociální skupinou v životě – rodinou. Je vidět, že ne vždy se přijetí setká s úspěchem. Často nastává problém, pokud má dítě s postižením staršího sourozence, kterému rodiče celou situaci dostatečně nevysvětlí. Práce se zabývá i procesem kognice, který se u osob s mentálním postižením výrazně liší od kognitivního procesu zdravých lidí. Důležité je vědět také to, že i tito lidé mohou dosáhnout alespoň základního vzdělání a někteří dokonce mohou získat i výuční list. V další kapitole lze vidět sociální služby poskytované osobám s postižením a právě sociální služby mohou v jejich životě hrát velkou roli.

Největším a nejsložitějším tématem pro mne osobně byla kapitola s názvem „Umírání a smrt u osob s mentálním postižením“ protože se mě hodně dotýká. Vzhledem k tomu, že můj strýc, o kterém jsem psala i mou kazuistiku, trpí mentálním postižením 3. stupně a hlavně téma smrti rodičů postižené osoby je nyní čím dál více bližším a bližším.

Cílem mé bakalářské práce bylo více se seznámit s problematikou socializace u osob s mentálním postižením a to zejména po teoretické stránce a také se zajímat o témata, které jsou i v dnešní době tabu a všem není příjemné o nich mluvit a řešit je.

## Seznam literatury

- 1) BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. ISBN: 978-80-262-0693-4. (1)
- 2) BENDO VÁ, P. a ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3854-3. (2)
- 3) BERNOLDO VÁ, J. a STRNADO VÁ, I. a ADAMČÍKOVÁ, Z. *Ženy s mentálním postižením v roli matek*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN: 978-80-246-4329-8. (3)
- 4) BLAŽEK, B. a OLMRO VÁ, J. *Světy postižených*. Praha: Avicenum, 1988. ISBN: 13,00 (4)
- 5) CIMRMANNO VÁ, T. a kol. *Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku: u osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2020. ISBN: 978-80-262-1575-2. (5)
- 6) ČADILO VÁ, V. a JŮN, H. a THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-319-2. (6)
- 7) CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení*. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-588-1. (7)
- 8) MANDZÁKOVÁ LIŠTIAK, S. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0502-9. (8)
- 9) SOLOVSKÁ, V. a kol. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0369-8. (9)
- 10) STRUSKOVÁ, O. *O čem se NEmluví: příběhy mladých lidí s Downovým syndromem*. Praha: Maxdorf, 2016. ISBN: 978-80-7345-511-8. (10)
- 11) ŠELNER, I. *Fenomén člověk s postižením*. Olomouc: Caritas, 2012. ISBN: 978-80-87623-06-0. (11)
- 12) ŠVARCO VÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-821-X 215,00. (12)

- 13) TILINGER, P. a LEJČAROVÁ, A. a kol. *Sport u osob s intelektovým postižením*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN: 978-80-246-2037-4. (13)
- 14) VALENTA, M. a MICHALÍK, J. a LEČBYCH, M. a kol. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně- právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3829-1. (14)
- 15) VENGLÁŘOVÁ, M. a EISNER, P. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0373-5. (15)
- 16) VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN: 80-246-0057-9. (16)

## Zdroje

Tab. č. 1 – *Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky* [online]. MPSV: [29. 3. 2021] Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

Tab. č. 2 – *Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky* [online]. MPSV: [29. 3. 2021] Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

*Katalog sítě poskytovatelů sociálních služeb v Karlovarském kraji* [online] Karlovarský kraj 2008-2012 [cit. 2. 4. 2021] Dostupné z: [www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Documents/social-zal/Katalog\\_poskytovatelu.pdf](http://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Documents/social-zal/Katalog_poskytovatelu.pdf)