

Pohled společnosti na jedince s mentální retardací

Irena Zlatníková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Irena ZLATNÍKOVÁ**
Osobní číslo: **H08258**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Pohled společnosti na jedince s mentální retardací**

Zásady pro vypracování:

Analýza literárních pramenů a zpracování teoretických východisek
Příprava výzkumu, výběr a charakteristika výzkumného souboru
Provedení výzkumu
Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu
Přijetí odpovídajících závěrů
Doporučení pro praxi

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky, Brno: Paido, edice pedagogické literatury, Brno 2006, IBSN 80-7315-120-0.

SLOWIK, J. Speciální pedagogika, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, IBSN: 978-80-247-1733-3.

SOVÁK, M. Defektologický slovník. 1. vydání. Praha: SPN, 1978. 474 s.

ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 184 s., IBSN 80-7178-506-7.

VAŠEK, Š., et al. Špeciálna pedagogika: terminologický a výkladový slovník. 2. vydání. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1995. 245 s., IBSN 80-08-00864-4.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, Ph.D.
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

25. ledna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

6. května 2011

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 16. 4. 2011

..... Zlatušík

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá pohledem společnosti na jedince s mentální retardací. Teoretická část se zaměřuje na hlavní znaky mentální retardace, charakteristiku jedinců s mentální retardací, vysvětluje stupně mentálního postižení, nejčastější příčiny vzniku mentální retardace. Dále popisuje postoj společnosti k jedincům s mentální retardací v minulosti a v současnosti, kde se zaměřuje na zákonnou pomoc, způsoby vzdělávání, možnosti integrace dětí s mentální retardací do běžných základních škol. Popisuje i rodinnou a ústavní péči. Teoretickou část uzavírá kapitola o významu společenských organizací a občanských sdružení pro jedince s mentální retardací. Empirická část se opírá o výzkum provedený formou anonymního dotazníku, který se skládal ze 12 otázek. Cílem bakalářské práce je zjistit pohled dnešní společnosti na jedince s mentální retardací.

Klíčová slova: mentální retardace, vzdělávání, integrace, rodinná péče, ústavní péče, společenská sdružení.

ABSTRACT

This thesis deals with the attitude of individuals with mental retardation. The theoretical part focuses on the main features of mental retardation, a characteristic of individuals with mental retardation, explains the degree of mental disability, the most common causes of mental retardation. It also describes the attitude of society towards individuals with mental retardation in the past and present, where he focuses on legal assistance, training methods, possibilities for integration of children with mental retardation in mainstream schools. It also describes the family and institutional care. The theoretical section concludes the chapter on the importance of community organizations and civic associations for individuals with mental retardation. The empirical part is based on research conducted by anonymous questionnaire, which consisted of 12 questions. The purpose of this work is to find out the attitude to individuals with mental retardation in today's society.

Keywords: mental retardation, education, integration, family care, residential care, social associations

Poděkování, motto a čestné prohlášení, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 MENTÁLNÍ RETARDACE	13
1.1 Hlavní znaky mentální retardace.....	14
1.2 Charakteristika a stupně mentálního postižení.....	14
1.3 Členění mentální retardace	15
1.4 Nejčastější příčiny mentální retardace.....	19
2 HISTORICKÁ EXKURZE DO PROBLEMATIKY	22
2.1 Vývoj přístupu k jedincům s mentálním postižením	22
2.1.1 Prvobytně pospolná společnost	22
2.1.2 Antika	22
2.1.3 Středověk.....	23
2.1.4 Osvícenství	23
2.1.5 Období renesance	23
2.1.6 Období před a po druhé světové válce	25
3 SOUČASNÝ POHLED NA PROBLEMATIKU MENTÁLNÍ RETARDACE A ZPŮSOBY ŘEŠENÍ V SOUČASNOSTI	27
3.1 Zákonná pomoc pro osoby s mentálním postižením	27
3.1.1 Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách	27
3.2 Možnosti vzdělávání jedinců s mentální retardací.....	28
3.2.1 Speciálně pedagogické centrum (SPC)	28
3.2.2 Vzdělávací programy	29
3.2.3 Integrace	30
3.3 Rodinná péče	31
3.4 Ústavní péče	31
4 SPOLEČENSKÉ ORGANIZACE, OBČANSKÁ SDRUŽENÍ A JEJICH ROLE	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA PRAKTICKÉ ČÁSTI	36
5.1 Výzkumný problém – uvedení do problematiky	36
5.2 Metoda výzkumu	36
5.3 Výzkumný soubor a sběr dat	37
5.3.1 Výzkumný soubor	37
5.3.2 Průběh sběru dat	37
6 VLASTNÍ VÝZKUM	38

6.1	VÝSLEDKY VÝZKUMU	38
6.2	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ A DISKUZE.....	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	56
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	59
	SEZNAM OBRÁZKŮ	60
	SEZNAM TABULEK.....	61
	SEZNAM PŘÍLOH.....	62

ÚVOD

Motto:

„Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován takový, jaký je.“

Sestra Michele Pascale-Duriezová

Jak motto naznačuje, každý člověk chce být milován, uznáván a být brán takový, jaký je. U jedinců s postižením tomu není jinak. V každé společnosti se nachází část populace, která se něčím liší. Takovou částí populace jsou i jedinci s mentální retardací.

Winston Churchill řekl: „Přístup je drobnost, která činí velké věci.“ Krásná věta, která vše vystihuje. Naše společnost prošla velkými změnami v přístupu k jedincům s postižením. Změnila se spousta věcí, mluví se o věcech, o kterých se dříve vůbec nemluvalo. Stále více se na ulici setkáváme s jedinci s mentálním postižením. Stávají se pořád více součástí našeho běžného života. Přístup k jedincům s mentální retardací je u každého z nás individuální. Záleží na našem systému hodnot, na znalosti poznání dané problematiky, na osobním prožitku s těmito jedinci. Postoj i pohled můžeme mít negativní, pozitivní nebo neutrální. Negativním postojem může být nedostatek vstřícnosti, otevřenosti, empatie, přátelskosti. Schopnost přijímat toho druhého jaký je, byla již v minulosti velkým problémem. Přitom hodnotu každého člověka neurčuje to, čím je, jestli má nějaké zdravotní postižení, ale to, že je člověk.

Téma mojí bakalářské práce ovlivnila moje profese a můj koníček. Již třetím rokem pracuji jako asistentka pedagoga a vychovatelka ve speciální škole, a zároveň jsem trenérkou mládežnické házené. Sama jsem před rokem a půl integrovala do našeho oddílu, který navštěvují kluci od první do osmé třídy základní školy, dva žáky z naší speciální školy. I přes úvodní objasnění mého cílu integrace směrem k hráčům, jsem nemohla přehlédnout prvotní pohledy, kdy k nám do družstva tito kluci poprvé přišli. Pohledy jsou někdy asi tím nejhorším. Být odlišným ovšem neznamená být horším. Prostě nejsme všichni stejní.

Cílem bakalářské práce je zjistit pohled společnosti na jedince s mentální retardací. Teoretická část práce je koncipována do čtyř kapitol. První kapitola popisuje hlavní znaky mentální retardace, charakteristiku a stupně mentálního postižení, člení mentální retardaci a pojednává o nejčastějších příčinách mentální retardace. Druhá kapitola nás zavede

do historické exkurze problematiky a ukáže vývoj pohledu společnosti k jedincům s mentálním postižením v jednotlivých časových obdobích. Třetí část popisuje dnešní pohled na problematiku jedinců s mentální retardací, zákonnou pomoc, možnosti vzdělávání, integrace a způsoby řešení v současnosti. Společenské organizace, občanská sdružení a jejich role uzavírají teoretickou část bakalářské práce. Metodologická část zpracovává výzkum na téma „Pohled společnosti na jedince s mentální retardací.“ Tam jsem si stanovila výzkumný problém, cíl výzkumu a metodu, kterou jsem provedla pomocí nestandardizovaného dotazníku. Metodologickou část uzavírá vlastní výzkum (výsledky) a vyhodnocení hypotéz.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

V literatuře se setkáváme s pojmy mentální postižení a mentální retardace (MR). Mentální postižení je termín, který zastřešuje a zahrnuje všechny jedince s IQ nižším než 85 (Ludíková, 2005). V současnosti se termín mentální postižení používá jako synonymum k mentální retardaci (Černá a kol., 2009). Podle Vaška a kol. (1995) je mentální postižení širší pojem než mentální retardace. V naší bakalářské jsme se zaměřili na pojem mentální retardace a pod tímto pojmem zahrnujeme jak mentální postižení tak i mentální retardaci.

V psychopedické literatuře najdeme velké množství definic mentální retardace. Lze jí také definovat i jako vývojovou duševní poruchu, se sníženým IQ a snížením kognitivních, řečových, pohybových, sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií (Valenta, Müller, 2004).

V defektologickém slovníku tento termín označuje skupinu jedinců s nerovnoměrným psychickým vývojem. Používá se především v americké odborné literatuře. U nás bývá nahrazován termínem mentální postižení. To však není ve všech případech přesné (Slowik, 2007).

Jak uvádí Zvolský (In Fischer, Škoda, 2008) specifickou skupinu mezi osoby se zdravotním postižením tvoří osoby (děti mládež i dospělí) s mentální retardací. Představují mezi všemi handicapovanými tu nejpočetnější skupinu, a přesto se toho mezi nepostiženou veřejností o nich ví poměrně málo. Jejich počet pořád stoupá. Přesný počet ale není znám. Na základě kvalifikovaných odhadů se ale uvádí, že jejich počet v současné době je asi 3%. Převážně jde o lehkou mentální retardaci, kterou trpí asi 80% jedinců.

Představy „normálních“ lidí o lidech s mentální retardací bývají opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami a často i zcela neopodstatněnými obavami. Mentální retardace není nemoc. Na jejím vzniku se podílí velká řada vnitřních i vnějších činitelů, z nichž bohužel větší část nebyla dosud zcela přesně rozpoznána (Kvapilík, Černá, 1990).

„Je znám fakt, že nedostatečná a nepodnětná výchova (zvláště v prvních stádiích života) může vést k zaostávání v celkovém vývoji jedince. Málokdy lze však přesně určit, zda daný stav byl způsoben pouze odhalenými příčinami. Vedle těchto jevů (nejčastěji biologických) je vždy třeba počítat i s vlivem negativních životních zkušeností, které dítě získává právě proto, že jeho orientace v životním prostředí je snížena“ (Kvapilík, Černá, 1990, s. 7).

1.1 Hlavní znaky mentální retardace

Hlavními znaky mentální retardace jsou:

- vrožený defekt (dítě se již od počátku svého života nevyvíjí tak, jak by mělo),
- nízká úroveň rozumových schopností (obtížnější adaptace na běžné životní podmínky),
- trvalá porucha poznávacích činností, které vznikly v důsledku poškození mozku (i když je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení).

Podle příčiny defektu a závažnosti, ale i podle specificky vhodného působení prostředí, je daná horní hranice dosažitelného rozvoje (Fischer, Škoda, 2008).

1.2 Charakteristika a stupně mentálního postižení

Někteří autoři používají pro označení snížení rozumových schopností další termíny jako slabomyslnost, oligofrenie, zaostalost duševního vývoje. V současné psychologii je nejčastěji užíván termín mentální retardace. I přes samou podstatu postižení, byla vypracována řada klasifikačních systémů. Je při ní užíváno různých hledisek, nejčastější je hloubka postižení, která je vyjadřovaná jednotlivými stupni mentální retardace a to v závislosti na míře intelektu, etiologie a symptomatologie. Velmi užívaným kritériem při posuzování kvantitativní úrovně mentální retardace je výsledek vyjádřený inteligenčním kvociem (Kvapilík, Černá, 1990).

V důsledku organického poškození mozku, se psychika jedinců s MR nemůže normálně rozvíjet (Švarcová, 1998).

Mentální postižení se převážně týká psychických funkcí, a to zejména vizuomotoriky, myšlení, paměti, řeči, pozornosti i citové složky osobnosti v nejrůznějších individuálních variacích míry a hloubky postižení jednotlivých funkcí (Švarcová, 2001).

Donedávna ještě převažoval názor, že MR je porucha trvalá a nezměnitelná, že úroveň inteligence je konstantní a že naměřený inteligenční kvociem zůstává beze změn od předškolního věku až do dospělosti. Z výsledků nejnovějších výzkumů však vyplývá, že lze vhodným pedagogickým a psychologickým působením dosáhnout výrazného

zlepšení. Ale nelze zastírat, že i mezi jedinci s MR najdeme případy, kdy prognóza není příznivá, dochází u nich k zhoršování rozumových funkcí (demenci), většinou v závislosti na druhu onemocnění centrální nervové soustavy. Při posuzování prognózy MR musíme zkoumat nejen samu osobu s postižením, její schopnosti, možnosti její rehabilitace a zlepšení sociální adaptability. Musíme také přihlížet k měnícím se sociálně ekonomickým podmínkám péče o jedince s MR, k sociálním postojům, k humanizaci společnosti a k úrovni speciálního školství, které spolupůsobí v procesu začleňování člověka s mentální retardací do společnosti (Švarcová, 2000).

1.3 Členění mentální retardace

Mentální retardaci klasifikujeme podle současné 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí, kterou zpracovala Světová zdravotnická organizace v Ženevě a v platnosti je od roku 1992. Podle Švarcové (2006) i podle Vágnerové (2004) tato klasifikace dělí mentální retardaci do šesti základních kategorií:

Lehká mentální retardace (oligofrenie) – dříve označovaná jako debilita

- IQ 50-69 (F70)
- Děti jsou vychovávány a vzdělávány ve speciálním školství (ve speciálních mateřských školách, ve zvláštních školách a odborných učilištích).
- Jsou schopny zvládat redukované učivo základní školy doplněné o zvýšený počet hodin pracovního vyučování.
- Jsou schopni si osvojit základní vědomosti, dovednosti, návyky, společenská pravidla a způsoby komunikace v té míře, že jsou schopni integrace do společnosti občanů bez postižení.

V dospělosti jedinci s lehkou mentální retardací uvažují na úrovni dětí středního školního věku. Nejsou schopni abstraktního myšlení, respektují základní pravidla logiky. Jejich verbální projev je na jednodušší úrovni, myšlení a řeč jsou konkrétní. Používají kratší věty, objevují se i občasné nepřesnosti sémantického i syntaktického charakteru. V dospělosti můžou být samostatní, a jsou pracovně začlenitelní. Potřebují pouze dohled a podporu (Vágnerová, 2004).

Středně těžké mentální postižení (oligofrenie) – dříve označovaná jako imbecilita

- IQ 35-49 (F71)
- Výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, omezena soběstačnost a zručnost.
- Neumožňuje již vzdělávání na zvláštní škole (pouze některé děti).
- Jsou otevírány přípravné třídy pro žáky nastupující na zvláštní školy (učí se soběstačnosti, pohybové obratnosti, manuální zručnosti).
- V dospělosti možnost vykonávat jednoduchou manuální práci a zřídka možný úplně samostatný život.

Uvažování můžeme přirovnat k myšlení předškolního dítěte, které ne vždy respektuje pravidla logiky. Verbální projev postrádá konkrétní pojmy a artikulaci. Jsou schopni osvojení běžných návyků a dovedností v sebeobsluze. Můžou vykonávat jednoduché pracovní úkony, kde není potřeba rychlost a přesnost. Potřebují trvalý dohled (Vágnerová, 2004).

Těžké mentální postižení (oligofrenie) – dříve označovaná jako prostá idiocie

- IQ 20-34 (F72)
- Značný stupeň poruchy motoriky.
- Výchova a vzdělávání ve velmi omezené míře.
- Někteří si osvojí jednoduché formy dorozumění, hygienické návyky, určitou míru soběstačnosti - v jídle, oblékání.
- Vyžadují celoživotní náročnou péči jiné osoby.
- Často bývají umístováni v zařízeních ústavní sociální péče.

V dospělosti chápou tito jedinci jen základní souvislosti, uvažují na úrovni batolete. Řeč je omezená, naučí se jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů. Jejich učení je limitované, vyžaduje dlouhodobé úsilí, i pak zvládnou jen základní úkony sebeobsluhy. Často jde o kombinované postižení, postižena bývá i motorika. Jsou závislí na péči jiných lidí (Vágnerová, 2004).

Hluboké mentální postižení (oligofrenie) – dříve označovaná jako těžká idiocie

- IQ nižší než 20 (F73)
- Většina jedinců je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu.
- Výchova a vzdělávání ve velmi omezené míře.
- Neschopni verbální komunikace, odkázáni na dozor.

Jiná mentální retardace (F78)

- Mentální retardaci nelze přesně určit pro přidružená postižení smyslová a tělesná, poruchy chování a autismus.

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

- Je určeno, že jde o mentální postižení, ale pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit

Zvolský, et al. (1996) charakterizují stupně mentální retardace následovně:

1. Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)

- Jedinci v tomto pásmu mentální retardace dokáží vyjádřit své pocity, jsou schopni komunikace s okolím, většinou jsou soběstační v osobní péči.
- Ve škole jsou pomalejší, nedosahují požadovaných výsledků, všechny činnosti zvládají v pomalejším tempu.
- Je vhodné je vést k praktickým činnostem, jsou většinou absolventi základních škol praktických, možnost integrace do běžných základních škol.
- Celkový výskyt počtu jedinců s mentální retardací je 80%, v populaci 2,6%.

2. Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)

- Zde je celkový vývoj jedince (řeč, myšlení) již značně opožděn, opoždění přetrvává do dospělosti.
- V osobní péči nejsou schopni úplné samostatnosti, nutný trvalý dohled.
- Pomocí speciálních vzdělávacích programů může část jedinců získat dovednosti trivia, jsou žáky základních škol speciálních, možnost integrace do běžných základních škol.

- Je málo pravděpodobné, že by tito lidé mohli vést samostatný život.
- V oblasti neurologické, psychiatrické a tělesné se k tomuto postižení přidružují i jiné diagnózy (nejčastěji porucha řeči).
- Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 12%, v populaci 0,4%.

3. Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)

- Ve zvýšené míře se zde projevují přidružené poruchy, mezi nejčastější přidružené diagnózy patří těžká porucha řeči, motoriky a smyslové vady.
- Jsou žáky rehabilitačních tříd speciálních škol, nepředpokládá se u nich osvojení trivia, mají značné omezení psychických procesů a poruchy pozornosti.
- Jen u některých je možnost osvojení si základních hygienických návyků a prvků sebeobsluhy.
- Většinou se jedná o život s trvalým dohledem (odvislé od konkrétního jedince), závislým na péči jiné osoby.
- Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 7%, v populaci 0,2%.

4. Hluboká mentální retardace (IQ nejvýše 20)

- Výrazné omezení v pohybu, tito jedinci jsou inkontinentní.
- Často se vyskytují těžké formy přidružených poruch hybnosti, pervasivní poruchy jako např. autismus, epilepsie
- Velmi problematické je vzdělávání i výchova, ale při vhodném a odborném
- Vedení můžou tito jedinci zlepšit své omezené schopnosti a to zejména v oblasti smyslového vnímání a neverbální komunikace v té nejjednodušší podobě.
- Život s trvalým dohledem, jsou zcela odkázáni na pomoc druhých.
- Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 1%, v populaci 0,2%.

5. Jiná mentální retardace

- Je to kategorie, která je používána v těch případech, kdy nelze běžnými dostupnými metodami určit stupeň intelektové retardace.

6. Nespecifikovaná mentální retardace

- Tato kategorie je méně častá, slouží tehdy, když diagnostik nemá dostatek informací a podkladů, aby mohl určit stupeň IQ, přičemž je však retardace prokázána.

1.4 Nejčastější příčiny mentální retardace

Při narození dítěte s mentálním postižením nebo při pozdějším odhalení jeho mentální retardace se rodiče dítěte i jeho okolí často ptají na otázku příčiny této skutečnosti. Chtějí a požadují jasné a jednoznačné vysvětlení, jak a proč k mentálnímu poškození dítěte došlo. Vede je k tomu obava, aby se poškození neopakovalo při narození dalšího dítěte, ale někdy si i přejí najít „viníka“ této skutečnosti. Obvykle však žádný viník neexistuje. K mentální retardaci vedou různorodé příčiny, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí. Ve výzkumu příčin vzniku mentální retardace vždy vystupují dvě rozdílná hlediska a to:

1. **Hledisko akcentující dědičnost** - méně či více podceňující vlivy prostředí a výchovy na vývoj člověka.
2. **Hledisko zdůrazňující** - převážný vliv prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopností (Švarcová 2006).

Při narození můžeme jen těžko odhadovat, jaké budou vývojové možnosti. V některých činnostech může dítě s mentální retardací své vrstevníky předbíhat, v jiných se zase bude opožďovat (Kvapilík, Černá, 1990).

Mentální opožďování může být způsobeno jak **příčinami endogenními** (vnitřními), tak **příčinami exogenními** (vnějšími). Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. Může se jednat o dědičně podmíněný mentální defekt, kdy je porušená struktura nebo funkce genetického aparátu. K nejznámějším patří např. Downův syndrom (způsobený trizomií 21. chromozomu), mentální retardace bývá však rozdílného stupně. Převážně se pohybuje v pásmu středně těžkého defektu. Dále pak Klinefelterův syndrom (poruchy sex chromozomů XXY), Turnerův syndrom (XO) a další. Tyto dva syndromy jsou spojovány s lehkou mentální retardací. Těžká mentální retardace bývá spojována s Lesch-Nyhanovým syndromem s výrazným sebepoškozováním jedince (Zvolský, 1996).

Exogenní faktory nemusí být bezprostřední příčinnou poškození mozku plodu nebo dítěte. Mohou také hrát roli činitele, který „spouští“ projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikuje její průběh.

Etiologie příčin

Do **prenatálních** příčin řadíme příčiny působící od početí do narození.

1. Hereditální vlivy – patří sem vlivy, které řadíme po předcích zděděné nemoci, jako metabolické poruchy, abnormality, které se ale vykytují zřídka (Zvolský, 1996).

2. Genetické vlivy – můžeme sem zařadit skupinu recesivně podmíněných poruch, které zahrnují většinu metabolických onemocnění jako je např. fenylketonurie, homocystinurie, galaktosemie, Hitlerův syndrom, Tay-Sachsova choroba. Nejznámější z těchto onemocnění je fenylketonurie. Jedná se o špatný metabolismus bílkovin. Hromaděním fenylalaninu v mozkomíšním moku u neléčených dětí dochází k poškození mozku a tím poměrně rychle ke vzniku mentální retardace. Dnes je však screening tohoto onemocnění zaveden již v porodnici. Léčba spočívá v přísném dodržování dietního režimu.

3. Enviromentální vlivy – sem řadíme onemocnění matky zarděnkami, toxoplazmozou, kongenitálním syfilidem, dále pak otravy olovem a přímou intoxikaci embrya či plodu. Platí zde zákonitost, že čím dříve k patologii dojde, tím to má fatálnější následky na zdraví dítěte (Valenta, Müller 2004).

Nedostatek plodové vody (oligohydromnion) může mít také vliv na vznik MR.

4. Vývojové anomálie lebky a CNS

Mikrocefalie – vzniká z důvodu patologicky nedostatečného růstu mozku, kdy mozek je nedostatečně diferencován, závitky jsou málo vyvinuté a ploché a i počet buněk mozkové kůry je menší. Anomálie se stane patrnou v průběhu prvního roku života, fontanely se předčasně uzavírají a hlava neroste úměrně.

Hydrocefalie – porucha cirkulace a chorobného nahromadění mozkomíšního moku, který je nedostatečně vstřebáván či patologicky zmnožen. Hlavová část lebky se zvětší a nitrolební tlak má za následek křeče, poruchy vidění, bolesti hlavy, chování a inteligenci. Nutné je včas aplikovat chirurgickou léčbu (Zahálková, 1996).

Dalšími jsou **perinatální** příčiny, kam patří příčiny působící těsně před, během a těsně po porodu. Tato poškození mají mezi škodlivými faktory významné postavení. Škodlivým faktorem může být předčasný porod. Ale i během porodu se můžou vyskytnout komplikace (Ludíková a kol., 2005). Převážně to může být mechanické poškození mozku při porodu, dále hypoxie či asfyxie, nízká porodní váha dítěte nebo dlouhodobá přenášení dítěte. Podle Valenty, Müllera (2004) perinatální encefalopatie (organické poškození mozku) bývá udávána jako příčina lehké mozkové dysfunkce (LMD), dětské mozkové obrny (DMO) a asi v desetíně až dvacetině případů způsobují mentální retardaci. K perinatálním příčinám patří též i nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka- hyperbilirubinémie, kdy bilirubin (odpadový produkt metabolismu červeného krevního barviva hemu) neodchází z těla ven a tím působí na nervovou soustavu dítěte.

Posledními příčinami jsou **postnatální** příčiny čili v době po narození. Zde může mentální retardaci způsobit mnoho vlivů. Podle Ludíkové a kol.(2005) se v této skupině objevuje značná multifaktoriálnost. Zařazujeme sem například zánět mozku způsobený mikroorganismy a to

- klíšťová encefalitida, meningocefalitida, meningitida, virózy různého typu,
- dále pak mechanické vlivy jako mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku a v neposlední řadě traumata (Valenta, Müller, 2004).

Snížení intelektových schopností může však zapříčinit jak sensorická, tak i sociokulturní a citová deprivace dětí nebo jedinců, kteří vyrůstají v nepodnětném rodinném prostředí, v institucionální péči a taky v prostředí, které je pro ně nepřátelské a cizí. Jak dále uvádí Valenta, Müller (2004) toto prostředí se může podílet na poklesu inteligenčního kvocientu až o 20 bodů. Ale včasná saturace (nasycení) těchto potřeb může intelektový deficit upravit. Proto nelze definovat MR jako trvalou poruchu. Sociokulturní deprivaci trpí především děti těch rodičů, kteří mají snížený intelektový potenciál, takže dochází ke kumulaci patologických faktorů způsobujících hlavně lehkou MR.

2 HISTORICKÁ EXKURZE DO PROBLEMATIKY

Postoj společnosti k jedincům s mentální retardací a celkově k lidem s handicapem nebyl v minulosti přívětivý.

Podle Vančové (2005) lze obecně z pohledu jednotlivých společensko – historických epoch hovořit o následujícím kontinuu vývoje postojů společnosti k jedincům s postižením:

- Společnost bez mentálně postižených.
- Mentálně postižení mimo společnost.
- Mentálně postižení vedle intaktních.
- Mentálně postižení spolu s intaktními.

2.1 Vývoj přístupu k jedincům s mentálním postižením

2.1.1 Prvobytně pospolná společnost

V této společnosti určovaly vztah k jedincům s postižením životně existenční zřetele. Úsilí o zachování rodiny je nutná a vedla k tomu, aby se zbavovali nemocných jedinců, neschopných pracovat. To vedlo k jejich vyloučení, opuštění nebo k jejich přímé likvidaci (Vítková, 1998).

V tomto období neexistovala ani žádná forma institucionální péče. *„Duševní choroby byly vykládány z pohledu magie. Vyhánění ducha – exorcismus – bylo chápáno jako způsob léčby. První internační institucí se stal chrám, který plnil funkci léčebnou i trestní. Zmínky tzv. ústavní péče zaznamenané v Řecku jsou spojeny se zakládáním léčebných ústavů, označovaných jako asklépia“ (Pipeková, 2006, s. 299).*

Péči tu zajišťovali lékaři a i kněží. Jedinci s postižením museli respektovat chrámovou léčbu, pokud tak nečinili, byli „vyobcováni“ ze společnosti, což znamenalo jistou smrt.

2.1.2 Antika

Antická společnost již měla značně bohatou teorii duševních nemocí (melancholie, delirium, mánie), které byli vykládány různými školami, přičemž etiologie poruch byla organická.

Hippokrates dokazoval, že mentální onemocnění má příčiny vzniku z mozku a poslední velký lékař antického období Galén (Galenos Claudius) definoval i symptomatické psychické poruchy, dokonce odlišoval slabomyslnost vrozenou od získané (Valenta, Müller, 2004).

2.1.3 Středověk

Raný středověk již nenavazoval na vědění antických myslitelů a neuznával jejich koncept duševní poruchy uváděné jako nemoci (Zvolský, 1996). V tomto období vznikají klášterní hospitály (v roce 520 v Lyonu, o něco později v Kolíně nad Rýnem, v Paříži, Římě a jinde). Péče v těchto zařízeních byla sociálně – charitativní. Tady o jedince s postižením pečoval mnich, který měl určitou medicínskou průpravu. Zaznamenáváme i vznik azylových zařízení pro „kretény“, při špitálech v Churu a Sitten ve Švýcarsku a v admonském klášteře ve Štýrsku, v roce 1074 (Valenta, Müller, 2004).

Duševní poruchy byli v tomto období chápány jako trest boží, posedlost zlým duchem a ve většině případů je pravděpodobné, že mnoho osob upálených v té době pro čarodějnictví by dneska neslo diagnózu mentální retardace (Kysučan, 1990).

Z tohoto období je známý podivný „institut péče o mentálně postižené a jinak duševně postižené“, jímž byly tzv. lodě bláznů, což bylo primitivní zařízení a jejich hlavním úkolem byla segregace jedinců s postižením ze „zdravé společnosti“ (Valenta, Müller, 2004).

2.1.4 Osvícenství

Přineslo vznik velkých špitálů a internačních budov, které ovšem neplnily funkci lékařskou, ale vězeňskou. Na začátku 18. století se začaly stavět velké ústavy, kde byli umístěni jedinci s mentální retardací spolu s vojáky, duševně chorými, kriminálníky a se žebráky. Až Philip Pinel se zasloužil o humanizování péče ve velkých špitálech a otevřel tak cestu k morální léčbě (hodnota řádu, organizovanost, kázeň) a nový pohled na nemocného člověka (Mühlpachr, 1999).

2.1.5 Období renesance

Toto období přineslo první klasifikaci duševních poruch a znamenalo velkou změnu vztahu společnosti k jedincům s postižením a jejich výchovu a vzdělávání. Basilejský lékař Felix

Platter ve své knize Pojednání o nemocech ducha nazval mentální retardaci Imbecilitas mentis (duševní zblbnutí) a klasifikoval ji následovně:

- Hebetudo mentis - idiotie.
- Tarditas ingenii - imbecilita.
- Imprudentia seu defectus judicii - slabomyslnost.
- Oblivio - zapomnětlivost.
- Memoria imminuta - velká ztráta paměti (Černoušek, 1994).

Období renesance je spojeno se jménem jednoho z největších humanistů - J. A. Komenským, který ve svých dílech upozorňoval na nutnost vzdělávání všech dětí bez ohledu na typ a stupeň jejich postižení.

První speciálně pedagogickou specifikaci žáků se Komenský zabýval ve své Didaktice velké, a to zejména z hlediska jejich typologie. Komenský popsal šest systému, pro nás je však zajímavá čtvrtá a pátá skupina, kde autor udává popis a metodické pokyny jak postupovat. Když to přeneseme do dnešní terminologie, tak čtvrtá skupina obsahovala kategorii žáků s lehkou mentální retardací. V ní Komenský popisoval, že u těchto žáků je potřeba postupovat s výukou pomalu, silně motivačně, názorně, s redukcí učiva a individuálním speciálně pedagogickým přístupem. Do páté skupiny „učitel národů“ zařadil žáky s hlubším stupněm mentální retardace a to spíše torpidního typu. Popisuje, že vzdělávání těchto žáků je obtížné, zvláště v případě, kdy se dané postižení kombinuje s poruchou chování. Na edukaci žáků s MR aplikoval Komenský pedagogické principy, které fungují i v dnešní době. Je to hlavně princip individuálního přístupu, přiměřenosti, názornosti, konkrétnosti a do středu zájmu učitele postavil žáka a ne učivo. Teprve **Řád školní o vyučování z roku 1905** umožňuje zřizovat zvláštní pomocné třídy. Ministerstvo kultury dva roky po vydání řádu upravuje podmínky pro přijetí žáka do těchto škol a vydává pokyny k jejich vyučování. Například, že na jednoho učitele bylo určeno 15 – 20 žáků, pomocná škola měla 3 – 5 tříd, vyučování jednoho předmětu nesmělo přesáhnout 25 minut a další (Valenta, Müller, 2004).

2.1.6 Období před a po druhé světové válce

Na počátku 20. století se pohled společnosti odráží hlavně v uplatňování lidských práv osob s mentální retardací. V roce 1924 byla přijata Deklarace práv dítěte. Tvořila základ všem dalším deklaracím o právech dítěte (1959). Musíme se zmínit i o organizaci rodin dětí s mentální retardací - Evropská liga společnosti mentálně handicapovaných, která vznikla v šedesátých letech. Měla za úkol zvyšovat zájem o jedince s mentálním handicapem a to bez ohledu na rasu, národnost či přesvědčení a zabezpečovala v jejich prospěch dostatečnou péči v oblasti vzdělávací, léčebné, bytové, zaměstnávání a sociálních služeb (Vítková a kol., 2004).

Období po druhé světové válce (1948 - 1989) se neslo v myšlence budování základů legislativní podpory speciálního školství. Z osobností můžeme vzpomenout dva naše speciální pedagogy, a to Miloše Sováka a Františka Kábeleho. Hlavně Kábele posunul hranici a ovlivnil vývoj oboru speciální pedagogika. Před rokem 1989 jsem se mohli pouze ve výjimečných případech setkat se vzděláváním dítěte s mentálním postižením v běžném školském zařízení. Jednalo se jen o výjimky, které však nebyly do té doby legislativně ošetřeny, prosazovali si je sami rodiče, a tak všechno bylo na libovůli personálu školy (Michalík, 1999).

Celková reforma speciálního školství nastala až po roce 1989 a to i celkové situace v české společnosti. Cílem v tomto období byla transformace velkých ústavů sociální péče, zlepšení jejich materiálního vybavení, komplexnost péče o klienty a celková změna v přístupu k nim (Pipeková, 2006).

Toto období můžeme spojit s uvedenými legislativními úpravami:

- Zákon o jednotném školství (95/48 Sb.) - zřizoval školy hlavně pro mládež tělesně, duševně a mravně vadnou, postiženou chorobami, umístěnou v léčebných ústavech a ozdravovnách a dále pak s vadami smyslů, řeči. Tento uvedený zákon pozitivně ovlivnil vývoj péče jedinců s MR.
- Školský zákon z roku 1953 (31/53 Sb.) - již rozšiřuje edukaci žáků s MR na druhém cyklu škol - vznikají zvláštní učňovské školy, které je připravují na výkon jednoduchých manuálních povolání.

- Zákon z roku 1960 (188/60 Sb.) - rozšiřoval speciální školy o speciální mateřské školy (realizováno o 3 roky později). V tomto období jsme v oblasti předškolní institucionální péče o jedince s MR a v péči o dyslektiky patřili mezi modelové země.

Můžeme říci, že v tomto období dochází k největšímu nárůstu, co se týče počtu zvláštních škol na území tehdejšího Československa (Valenta, Müller, 2004). Dále se v tomto období začala prosazovat i myšlenka preventivní péče, která vycházela ze zásady, že je lepší postižením a onemocněním předcházet, než je napravovat a léčit. Myšlenku této péče v plném rozsahu rozpracoval a realizoval prof. MUDr. Rudolf Jedlička se svými spolupracovníky (Vítková, 1998).

3 SOUČASNÝ POHLED NA PROBLEMATIKU MENTÁLNÍ RETARDACE A ZPŮSOBY ŘEŠENÍ V SOUČASNOSTI

Posledním stádiem ve vývoji pohledu společnosti na jedince s mentální retardací je současnost. Toto stádium je zaměřeno hlavně na primární, sekundární a terciární prevenci v oblasti komprehenzivní rehabilitace. Důležitou roli zde hraje neziskový sektor, který v tomto období vzniká (Renotiérová, 2007).

3.1 Zákonná pomoc pro osoby s mentálním postižením

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

Upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory i pro osoby s mentálním postižením (mentální retardací).

Příspěvek na péči - je určen osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby s účelem zajištění potřebné pomoci. Výše příspěvku je odvozena od věku osoby, která na něj má nárok. Zákon rozlišuje příspěvek osobám do 18 let věku a osobám starším 18 let. Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku. Pro výši příspěvku je nutné určit stupeň závislosti konkrétní osoby. Zákon rozlišuje 4 stupně závislosti - závislost lehká, závislost středně těžká, těžká závislost, úplná závislost (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Podle výše uvedeného zákona zahrnují sociální služby **sociální poradenství, služby sociální prevence a péče**, kde cílem je zabezpečit základní životní potřeby lidí, které nemohou být zajištěny bez péče jiného člověka. Poskytují se jako služby ambulantní, terénní nebo pobytové. Jsou poskytovány osobám bez úhrady nákladu, za částečnou nebo plnou úhradu.

Pro nejmenší děti a jejich rodiče je poskytována sociální služba **raná péče (0-7 let)**. Její podpora spočívá v depistážní činnosti (vyjíždění do rodin - terénní sociální služba), v sociálním a psychologickém poradenství. Již dětské doktorky by měli rodiče odkazovat na ranou péči.

Pro starší děti, mládež a dospělé jsou podle zákona pro osoby s mentální retardací určeny:

- Domovy pro osoby se zdravotním postižením.

- Stacionáře (denní, týdenní).
- Sociálně terapeutické dílny (podpora při zdokonalování pracovních návyků a dovedností)
- Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením (zprostředkování kontaktu se společenským prostředím)
- Chráněné bydlení.
- Domovy se zvláštním režimem.
- Centra denních služeb.
- Odlehčovací služby.
- Podpora samostatného bydlení.
- Pečovatelská služba.

3.2 Možnosti vzdělávání jedinců s mentální retardací

3.2.1 Speciálně pedagogické centrum (SPC)

- je pro ředitele a učitele základní školy, žáky se zdravotním postižením a jejich rodiče, zcela nepostradatelnou institucí (Valenta, Müller, 2004).

„Snahou současné společnosti je normalizace života dětí s mentálním postižením. Aby toho mohlo být dosaženo, bylo nutné pomoci rodinám těchto dětí nejen po stránce zdravotní a sociálně právní, ale i po stránce pedagogické“ (Franiok, 2008, s. 71).

Tam, kde rodina žije a kde je potřeba, aby se zapojila s dítětem s postižením do společnosti, bylo nutné zajistit poradenský servis (Kubová, 1995).

SPC realizuje depistáž, speciálně pedagogickou, psychologickou diagnostiku dětí s mentálním postižením, ranou péči, ambulantní a poradenskou činnost, ale i poskytování konzultací a metodické pomoci učitelům a rodičům. SPC centra pomáhají při vypracovávání individuálně vzdělávacích programů pro žáky a učitelům a rodičům půjčuje i speciální pomůcky, učebnice a odbornou literaturu (Valenta, Müller, 2004).

U dětí s mentální retardací to může být právě pedagog centra, kdo jim poradí a pomůže s chápáním projevů dítěte. Právě proto, aby se co nejlépe zajistila tato raná stádia vývoje

dítěte, je nutné, aby se speciálně pedagogická péče posunula z původních třech let dítěte již na dobu od narození (Franiok, 2008).

3.2.2 Vzdělávací programy

Jak uvádí Slowik (2007) druhem léčby pro jedince s postižením může být i vzdělávání a tím i jeho úspěšné začlenění do společnosti. Speciální pedagogika se postupně vyprofilovala při hledání optimálních přístupů k lidem s postižením. Je potřeba je vychovávat, vzdělávat a rozvíjet je tak, aby nakonec byli schopni prožívat i navzdory různým znevýhodněním a mohli vést kvalitní a smysluplný život. Vždyť trend celoživotního učení a trvalého osobnostního rozvoje se lidí s postižením týká stejně jako všech ostatních.

Dle § 16 zákona č. 561/2004 Sb. mají děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení.

Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných upravuje, kdo je žákem speciální školy, pro které žáky je určený individuální vzdělávací plán.

Pro žáky a studenty se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování stanoví vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení nebo zvýhodnění. Délku středního a vyššího odborného vzdělávání může ředitel školy ve výjimečných případech jednotlivým žákům nebo studentům se zdravotním postižením prodloužit, nejvýše však o dva školní roky.

Síť speciálních škol a zařízení pro děti, žáky s MR

- Speciální předškolní zařízení - mateřská škola, jak uvádí (Valenta, Müller, 2004), je organizovaná stejně jako běžné předškolní zařízení a plní funkce formativní, informativní, diagnostickou, reedukační, kompenzační, rehabilitační, léčebně výchovnou, popřípadě respitní (odlehčovací).

- ZŠ praktická (bývalá pomocná škola), řídí se vzdělávacím programem zvláštní školy, kde jsou zařazeni žáci s lehkou MR. Výuka probíhá podle rámcového vzdělávacího programu ZŠ praktické, který si každá škola vytváří sama.
- ZŠ speciální, řídí se vzdělávacím programem pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy. Zde se vzdělávají zpravidla žáci s mentálním postižením středně těžkého stupně. Vzdělání v základní škole speciální je desetileté (Franiok, 2008).
- Odborné učiliště a praktické školy jsou možností pokračování pro jedince s MR ve svém vzdělávání a to s tříletou, dvouletou nebo jednoletou přípravou
- Večerní školy jsou jednou z celoživotních forem vzdělávání. Jejich zřizovatelem jsou občanská sdružení. Umožňují lidem s MR efektivně využívat svůj volný čas a vzájemně se stýkat (Fischer, Škoda, 2008).

3.2.3 Integrace

V poslední době jsou vyvíjené tendence k výchovné integraci dětí s postižením. Zdůrazňuje se nutnost výchovy a vzdělávání těchto dětí v běžných školních zařízeních. Výuka některých vyžaduje podstatné úpravy učebních plánů i osnov. Proto bylo doporučeno, aby speciálně pedagogická témata byla zahrnuta do přípravy a dalšího vzdělávání učitelů všech stupňů a druhů škol (Kvapilík, Černá, 1990).

V dnešní době se vyvíjejí názory, že bude možno v krátké době zrušit všechny speciální školy a všechny děti přejdou do škol v místě bydliště, a budou navštěvovat školu spolu s intaktními dětmi. Značný počet speciálních pedagogů (učitelů) se k integraci staví kladně, ale jen za podmínek, že budou splněné všechny nezbytné podmínky k tomu, aby děti s mentální retardací byli v „normální“ škole vzdělávání na horní hranici svých schopností a možností. Důležité a zřejmé je, že žák s velmi lehkým postižením se může poměrně snadno integrovat do běžné školy. Čím je ale postižení závažnější, tím je celá situace složitější. Pro jedince s velmi závažnými formami postižení, nepřipadá integrace v běžné škole v úvahu. Dalšími faktory, hrající roli v procesu integrace, jsou faktory psychologické. I mezi jedinci s postižením existuje škála osobnostních zvláštností jako v ostatní populaci. Usměrnovat vztahy ve třídě s integrovanými žáky je pro pedagogy náročným úkolem. Vyžaduje pedagogickou zkušenost, ale i velkou spolupráci s rodiči a dalšími odborníky.

Pokud má být vzdělávání žáků s mentální retardací efektivní, mělo by probíhat ve třídě s malým počtem dětí a s učitelem s psychopedickou kvalifikací (Švarcová, 2000).

3.3 Rodinná péče

Každý rodič přistupuje k narození svého dítěte s určitými představami, vkládá do něj své naděje, touhy, nesplněná přání. Když se ale narodí dítě s mentálním postižením, se náhle vše rozplyne. Rodiče si vyčítají své selhání v rodičovské roli. Neschopnost zplodit zdravého potomka je traumatizujícím okamžikem v životě rodiče. Reakce na tuto situaci ovlivňuje převalující postoj společnosti. Pokud ale dojde k postižení dítěte v pozdějším věku, nedochází zde k znehodnocení rodičovské prestiže. To je ta odlišnost ve vnímání společnosti, že později vzniklá vada je srozumitelnější, vždyť lidé můžou přeci během života onemocnět. Pro život a výchovu dítěte s mentální retardací je rodina nejpřirozenějším prostředím. Poskytuje mu pocit bezpečí, jistotu, emocionální stabilitu a v neposlední řadě množství podnětů pro jeho rozvoj. Říká se, že postižení dítěte znamená postižení celé rodiny. Rodina se musí vypořádat především s nepředvídatelnými reakcemi svého okolí. I na netaktní a necitlivé poznámky si musí časem zvyknout, zejména tehdy pokud dítě budí pozornost svým odlišným vzhledem. Na druhé straně se však setkávají i s dobrými lidmi, kteří je chápou a pomáhají jim.

Pro dítě a jeho vývoj je důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi okolnostmi a zaujali k němu pozitivní postoj. Postoje rodičů jsou ale naneštěstí různé, a takovým nejméně vhodným přístupem je odmítavý postoj vůči dítěti. Pokud se oba rodiče nevyrovnají s faktem, že jejich dítě je postižené, mají zpravidla tendenci jej umístit do zařízení ústavní péče (Švarcová, 2006).

3.4 Ústavní péče

Postoje společnosti k zařízením ústavního typu v poslední době taky prošly vývojem plným různých peripetií (Švarcová, 2006).

Celý systém ústavní péče spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (MPSV ČR). Péče je zajišťována prostřednictvím sociálních služeb a to zejména: péče o vlastní osobu, ubytování, stravování, ošetření, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc s výchovou, pomoc při prosazování vlastních zájmů, poskytnutí informací

a zprostředkování kontaktů se společenským prostředím. Nový zákon o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.), který vešel v platnost 1. 1. 2007, již nehovoří o ústavech sociální péče, nýbrž o **Domovech pro osoby se zdravotním postižením** (§ 4 od. 1).

Podle zákona jsou pro osoby s mentální retardací určeny:

- Domovy pro osoby se zdravotním postižením (DPZ).
- Stacionáře (denní, týdenní).
- Chráněné bydlení.

Dle Valenty, Müllera (2004) jsou tyto domovy děleny dle věku klientů:

- Domovy pro mládež s mentálním postižením (od 3 do 26 let, klienti však zůstávají v ústavu i po dovršení této věkové hranice).
- Domovy pro dospělé občany s mentálním postižením (od 26 let s těžším stupněm mentálního postižení, občany postižené mentální retardací těžšího stupně s tělesnou či smyslovou vadou).

Švarcová (2001) klasifikuje DZP dle délky pobytu (Zákon č. 100/1988 Sb., § 87, odst. 4) následovně:

- DZP s denním pobytem.
- DZP s týdenním pobytem.
- DZP s celoročním pobytem.
- DZP s přechodným pobytem.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením prošly od roku 1989 velkými společenskými změnami. Tyto změny se projevily modernizací trvalé péče o klienty s mentálním postižením (zařízení rodinného typu integrované v zástavbě, chráněné bydlení atd.).

Základními prvky proměny jsou principy atomizace, normalizace a humanizace.

4 SPOLEČENSKÉ ORGANIZACE, OBČANSKÁ SDRUŽENÍ A JEJICH ROLE

Na péči o jedince s MR se podílí v rámci právních předpisů státní instituce, občanská sdružení (nebo také obecně prospěšné společnosti a nadace) a společenské organizace.

Po roce 1989 začala vznikat občanská sdružení, které byli zaměřené na obhajobu práv těchto občanů a na poskytování potřebných služeb, které do této doby chyběli. V nedávně době vznikla i sdružení, které mají církevní povahu, a jejich náplní je rozvíjet různé alternativní způsoby péče o jedince s MR. Podle působnosti můžeme organizace rozlišovat podle sdružování jedinců s postižením na základě specifické vady (například Svaz neslyšících, Česká unie nevidomých, Svaz invalidů) nebo organizace typu Sdružení rodičů a přátel dětí se zdravotním postižením. Věnují se především spolkové činnosti, pod kterou zahrnujeme aktivní využívání volného času, osvětovou činnost, publikační činnost a jiné. Dále se věnují zakládání škol, denních center, stacionářů, pečovatelských služeb, asistenčních služeb, poradenských zařízení a jiné. V nestátní sféře má významní iniciativu u nás Národní rada zdravotně postižených České republiky (Valenta, Müller, 2004).

Organizace můžeme dělit i z hlediska územní působnosti, zejména na místní, krajská, celostátní (Renotierová, Ludíková a kol., 2006).

Nejdelší tradici má však Sdružení pro pomoc mentálně postiženým (SPMP) ČR. Je to dobrovolná organizace rodičů, přátel, příbuzných osob s mentálním postižením a odborníků (psychologů, lékařů, učitelů, vychovatelů). Tato organizace má asi 8500 členů. Cílem je pomáhat lidem s mentálním postižením. Sdružení je od začátku iniciátorem a realizátorem různých forem zdokonalování péče o jedince s MR. Jeho členové se zasazovali a pomáhali s budováním zařízení pro osoby s mentálním postižením (denních, týdenních pobytů a celoročních ústavů). SPMP je i organizátorem různých kroužků, rekreace jedinců s mentálním postižením a mnoha dalších způsobů využívání volného času. Podporuje jejich profesní přípravu a zdokonaluje školský systém. Sdružení vydává, již od svého založení vlastní časopis, který vychází pod názvem Mentální retardace. Činnost této vysoce humánní organizace je široká, ale vždy se snaží o prosazování nejprogresivnějších trendů v péči o tyto jedince (Švarcová, 2000).

Přehled vybraných asociací, sdružení a klubů:

Alfa Human Service, Asistence, Akord, Autistik, Centrum, samostatného života, Člověk zpět k člověku, Duha, Diakonie ČCE, Já - člověk, Klub rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem, Nadace dětský mozek, Nadace Integrace, Omega, Rytmus, SAOP, Společenství Dobromysl, Spolu, Studio Oáza a jiné (Valenta, Müller, 2004).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA PRAKTICKÉ ČÁSTI

5.1 Výzkumný problém – uvedení do problematiky

Jak jsem již uváděla v teoretické části, pohled a přístup k jedincům s MR prošel za poslední desetiletí velkými změnami. Z historického pohledu se v přístupu k těmto jedincům hodně změnilo. Tito jedinci stáli vždycky na okraji společnosti, o integraci nemohla být ani řeč. Dnes se již stáváme svědky zlepšení situace lidí s MR, proto nás zajímá, jaký pohled na jedince s MR má společnost dnes.

Cíl výzkumu

Cílem bakalářské práce je analýza pohledu dnešní společnosti na jedince s mentální retardací. Stanovily jsme si dílčí cíle, které jsou zaměřené:

- zjištění, jestli mají respondenti ve svém okolí jedince s MR, popřípadě rodinu s dítětem s MR
- zjištění, jestli znají jejich každodenní problémy
- zjištění, jestli mohou jedinci s MR vést plnohodnotný život
- zjištění, jestli lidé s MR mohou pracovat společně s intaktními lidmi

Hypotézy

- **H1** Předpokládám, že více než polovina dotázaných respondentů je názoru, že vzdělání pro jedince s MR je důležité.
- **H2** Předpokládám, že si společnost bude myslet, že je vhodná integrace pro děti, žáky a studenty s MR do běžných škol.
- **H3** Předpokládám, že bude převažovat názor dotázaných, kteří si budou myslet, že kvalita péče ústavního typu není srovnatelná s kvalitou rodinné péče.

5.2 Metoda výzkumu

K realizaci cílů naší práce a k potvrzení hypotéz, jsme zvolili metodu šetření formou anonymního dotazníku s vlastní tvorbou otázek. Na začátku jsme respondenty obeznámili s účelem dotazníku. Bylo vypracováno 12 uzavřených otázek. Některé otázky z dotazníku se týkaly jenom jedinců s lehkou mentální retardací a některé otázky byly formulované

pro všechny stupně postižení. Dotazník, který byl při výzkumu použit, je umístěn v příloze (Příloha PI).

Dle Gavory (2000) je dotazník považován za výzkumný nástroj, který je určen pro hromadné získávání údajů. Dotazníkem můžeme získat velké množství informací za velmi krátkou dobu. Nevýhodou dotazníku je, že je anonymní, dotazovaní se snaží ukázat v lepším světle, nejsou sami k sobě objektivní a vyplňování dotazníku je může svádět dokonce k recesi. Náš výzkum je závislý na pravdivosti odpovědí jednotlivých respondentů, kteří dotazník vyplňovali.

5.3 Výzkumný soubor a sběr dat

5.3.1 Výzkumný soubor

Výzkumní soubor účastníků (respondentů) výzkumu byl náhodně vybrán z celé České republiky, věkové rozpětí 18 - 61 a více, bez ohledu na pohlaví, profesi, rodinný stav a podobně.

5.3.2 Průběh sběru dat

V rámci našeho výzkumu byly dotazníky předány osobně, nebo distribuovány elektronickou cestou. Výzkumný vzorek se skládá ze 102 respondentů. Celkem jsme rozdali 145 dotazníků (80 tištěných, 65 elektronicky), návratnost byla 57 tištěných a 45 elektronických dotazníků. V procentuálním vyjádření byla návratnost 70,3%.

Časový harmonogram výzkumu:

- | | |
|--|-------------------------|
| - Příprava předvýzkumu | leden 2011 |
| - Příprava hlavního výzkumu | únor 2011 |
| - Výzkum, shromáždění dat | 1. polovina března 2011 |
| - Zpracování údajů | duben 2011 |
| - Interpretace výsledků, vyhodnocení dat | 2. polovina dubna 2011 |

6 VLASTNÍ VÝZKUM

6.1 Výsledky výzkumu

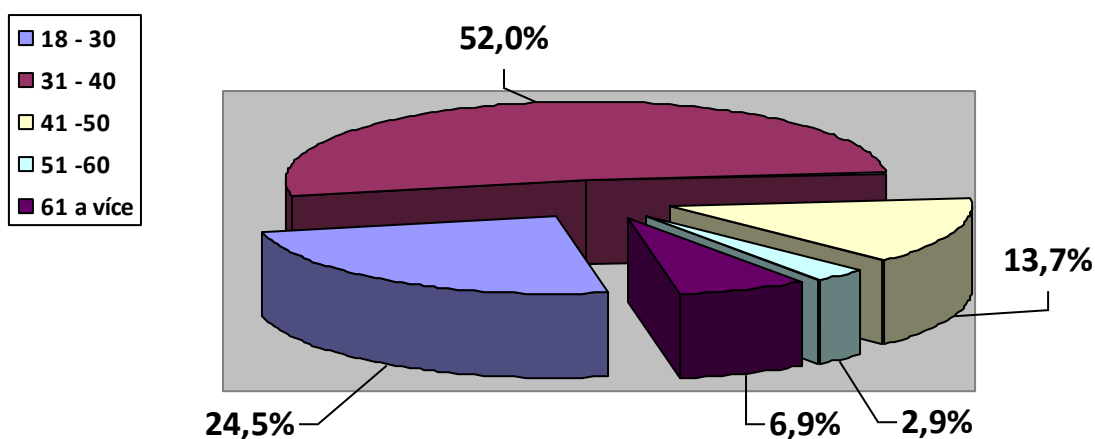
Výsledky jsem zpracovala do grafů a ke každé otázce jsem přidala komentář.

Otázka č. 1: Věk respondentů

Tabulka č. 1 Věk respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
18 – 30 let	25	24,5
31 – 40 let	53	52,0
41 – 50 let	14	13,7
51 – 60 let	3	2,9
61 a více	7	6,9
Celkem	102	100

Graf č. 1 Relativní četnost - věk respondentů



Komentář: Z celkového počtu dotázaných respondentů můžeme vidět, že více než polovina respondentů je ve věkové kategorii 31 - 40 let. 24,5% dotázaných bylo ve věkovém rozmezí 18 – 30 let, třetí nejpočetnější skupinou v našem dotazníkovém výzkumu jsou

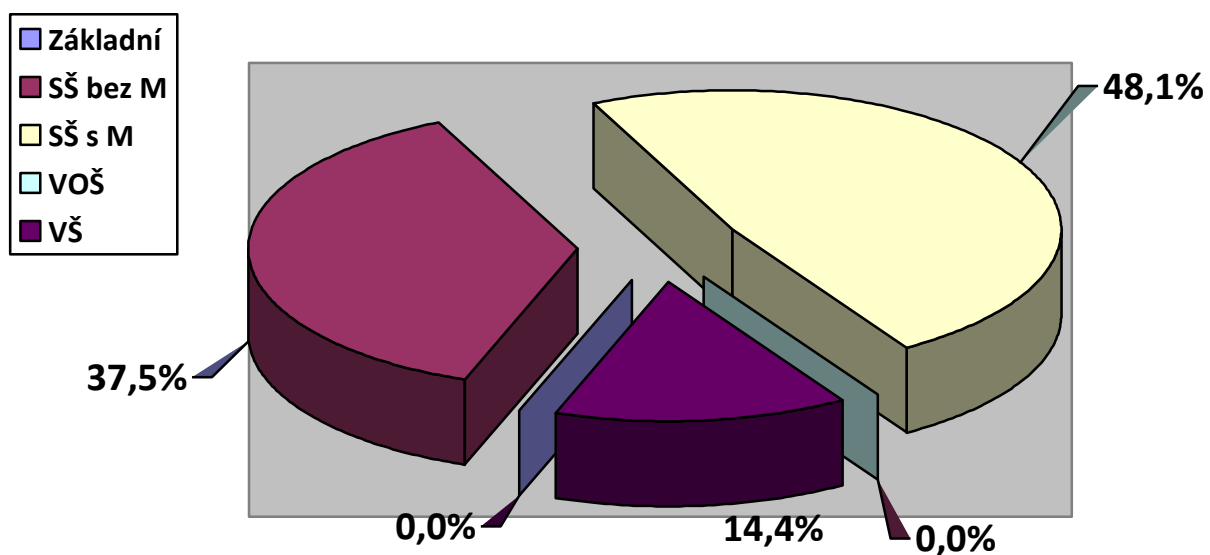
respondenti ve věku 41 – 50 let a nejmenší procentuální zastoupení měli respondenti ve věkových kategoriích 61 a více let a 51 – 60 let.

Otázka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 2 Vzdělání respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Základní	0	0
Středoškolské bez maturity	39	37,5
Středoškolské s maturitou	50	48,1
Vyšší odborné	0	0
Vysokoškolské	15	14,4
Celkem	102	100

Graf č. 2 Relativní četnost - Vzdělání respondentů



Komentář: Z grafu č. 2 můžeme vidět, že většina respondentů (48,1%) z celkového počtu dotázaných má středoškolské vzdělání s maturitou. Středoškolské vzdělání bez maturity mělo 37,5% dotázaných 14,4% respondentů mělo vysokoškolské vzdělání a žádný z dotázaných respondentů neměl základní vzdělání ani vyšší odbornou školu.

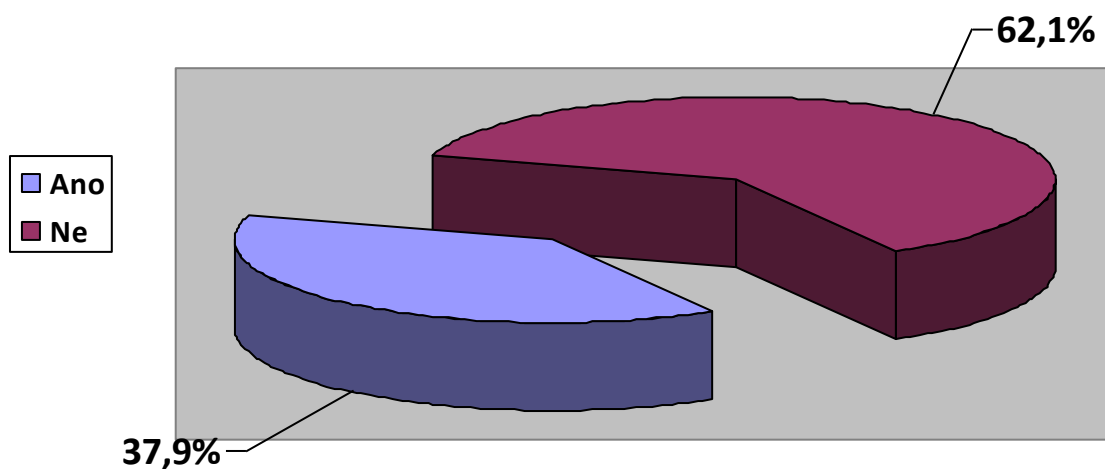
Otázka č. 3: Máte ve svém blízkém okolí člověka s mentální retardací nebo rodinu s dítětem s mentální retardací?

Tabulka č. 3 Počet respondentů, kteří mají ve svém okolí rodinu nebo jedince s MR

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	39	37,9
Ne	63	62,1
Celkem	102	100

Cíl: Cílem bylo zjistit, zda se respondenti ve svém okolí setkávají s jedinci s mentálním postižením.

Graf č. 3 Procentuální zastoupení respondentů, kteří mají ve svém okolí rodinu nebo jedince s MR



Komentář: Z výsledků grafu č. 3 vyplynulo, že 62,1% dotázaných respondentů ve svém blízkém okolí nemá rodinu nebo jedince s mentální retardací. Pouze 37,9% respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně.

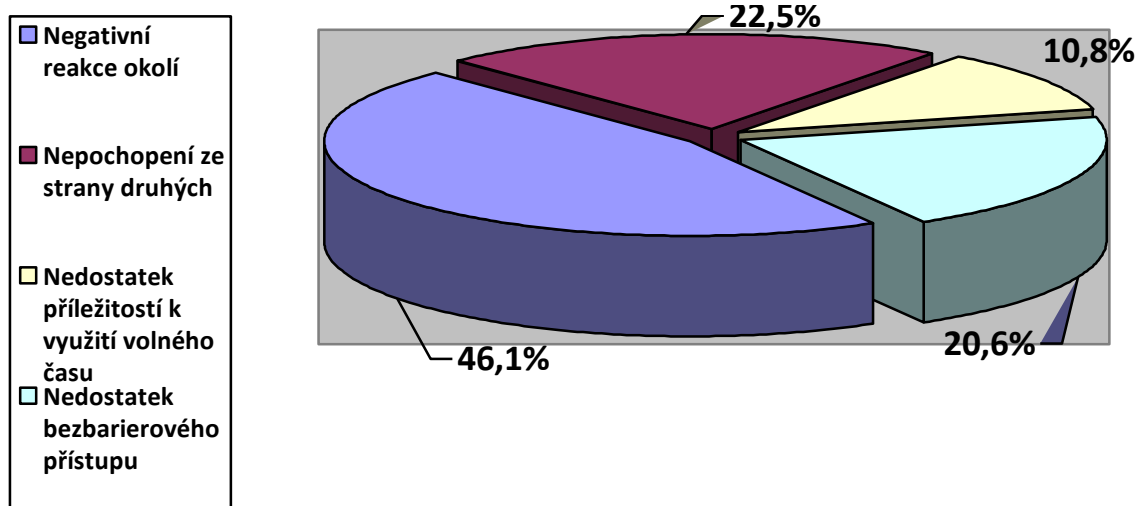
Otázka č. 4: Vyberte, se kterými problémy se podle vašeho názoru nejčastěji setkávají lidé s mentální retardací.

Tabulka č. 4 Znalost problematiky jedinců s MR

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Negativní reakce okolí	47	46,1
Nepochopení ze strany druhých	23	22,5
Nedostatek příležitosti k využití volného času	11	10,8
Nedostatek bezbariérového přístupu	21	20,6
Celkem	102	100

Cíl: Cílem bylo zjistit, jestli intaktní společnost zná problémy lidí s mentálním postižením, se kterými se denně potýkají.

Graf č. 4 Relativní četnost vyjadřující znalost problematiky jedinců s MR



Komentář:

Dotázaní odpovídali, že převážná část z nich (46,1%) se setkává s problémy u lidí s mentální retardací a to hlavně s negativní reakcí okolí. Nepochopení ze strany druhých

a malé využití volného času to jsou další problémy, které respondenti uvedli. Nejmenší počet v zastoupení 11 respondentů si myslí, že pro lidi s mentální retardací je problémem nedostatek příležitostí k využití volného času.

Většina respondentů ale ve svém blízkém okolí nemá jedince s mentální retardací.

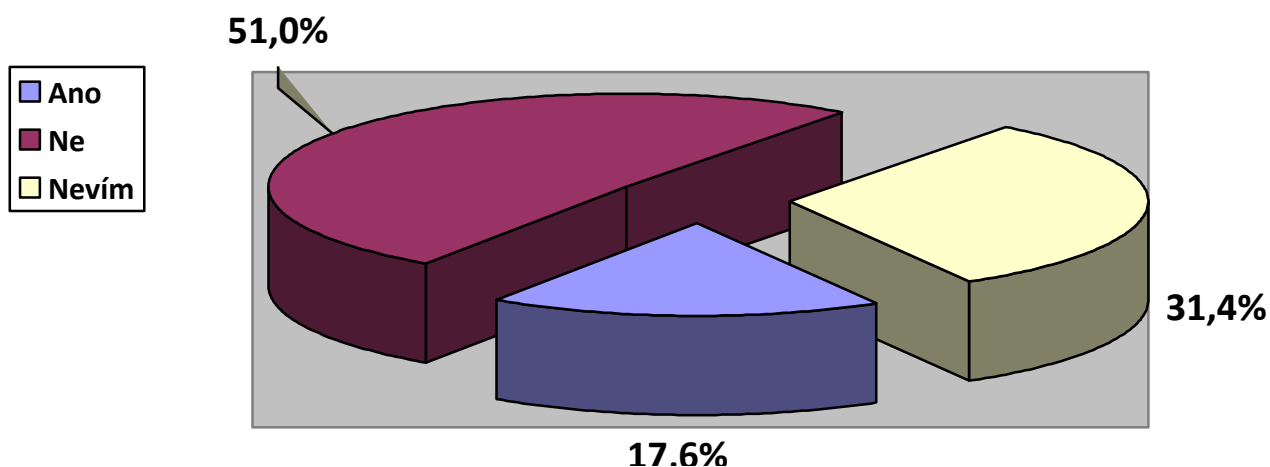
Otázka č. 5: Myslíte si, že můžou jedinci s lehkou mentální retardací vést plnohodnotný život?

Tabulka č. 5 Vedení plnohodnotného života

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	17,6
Ne	52	51,0
Nevím	32	31,4
Celkem	102	100

Cíl: Cílem bylo zjistit, jaký názor má společnost na otázku, zda jedinci s lehkou MR můžou vést plnohodnotný život.

Graf č. 5 Relativní četnost vyjadřující názor respondentů na vedení plnohodnotného života



Komentář:

Z grafu č. 5 vyplývá, že více než polovina dotázaných respondentů (52) si nemyslí, že by jedinci s lehkou mentální retardací mohli vést plnohodnotný život, 32 respondentů neví a jen 18 z dotázaných si myslí, že daní jedinci mohou vést plnohodnotný život.

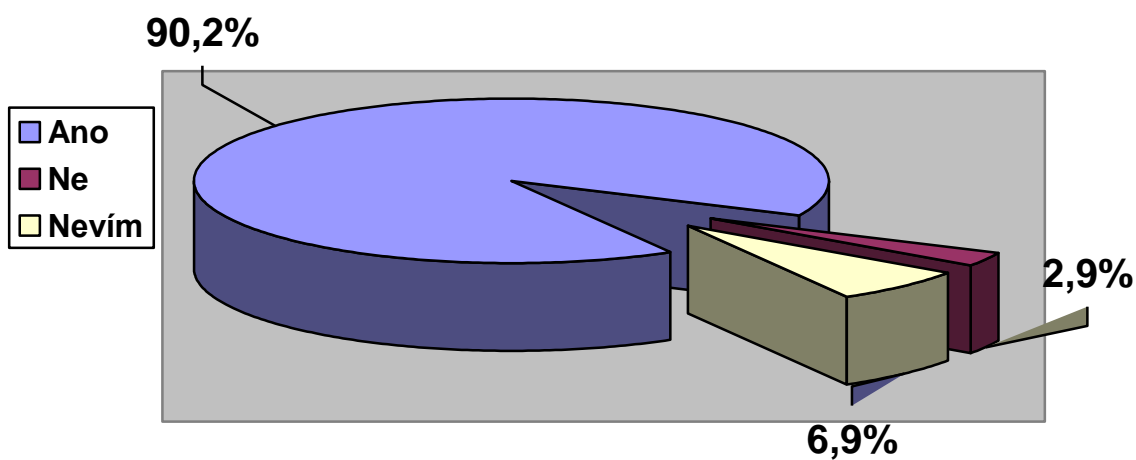
Otázka č. 6: Myslíte si, že by lidé s lehkou mentální retardací mohli pracovat společně s intaktními (zdravými) lidmi?

Tabulka č. 6 Souhlas s profesní integraci jedinců s MR

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	92	90,2
Ne	3	2,9
Nevím	7	6,9
Celkem	102	100

Cíl: Cílem bylo zjistit, jaký je pohled společnosti na vytváření společných pracovních míst pro jedince s lehkou MR a intaktní společnosti.

Graf č. 6 Relativní četnost - Názor na profesní integraci jedinců s MR



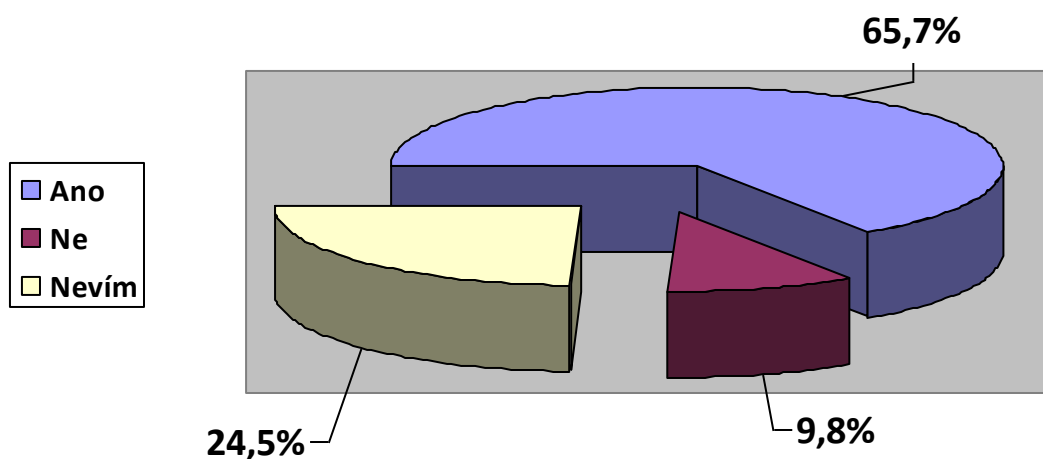
Komentář:

Většina dotázaných respondentů odpověděla, že by jedinci s lehkou mentální retardací mohli pracovat společně s intaktními (zdravými) lidmi. 2,9% dotázaných si naopak nemyslí, že by jedinci s MR měli pracovat společně se zdravými jedinci a jen 7 dotázaných respondentů neví.

Otázka č. 7: Je podle Vás důležité vzdělání pro jedince s mentální retardací?**Tabulka č. 7** Důležitost vzdělání pro jedince s MR

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	67	65,7
Ne	10	9,8
Nevím	25	24,5
Celkem	102	100

Cíl: Cílem bylo zjistit, jestli je pro jedince s mentální retardací důležité vzdělání.

Graf č. 7 Relativní četnost - Důležitost vzdělání pro jedince s MR

Komentář:

Jak nám graf č. 7 ukazuje, většina dotázaných respondentů (65,7%) nejčastěji odpovídala, že pro jedince s mentální retardací je vzdělání důležité, 24% neví, pouze 10% respondentů si nemyslí, že by pro jedince s mentální retardací bylo vzdělání důležité.

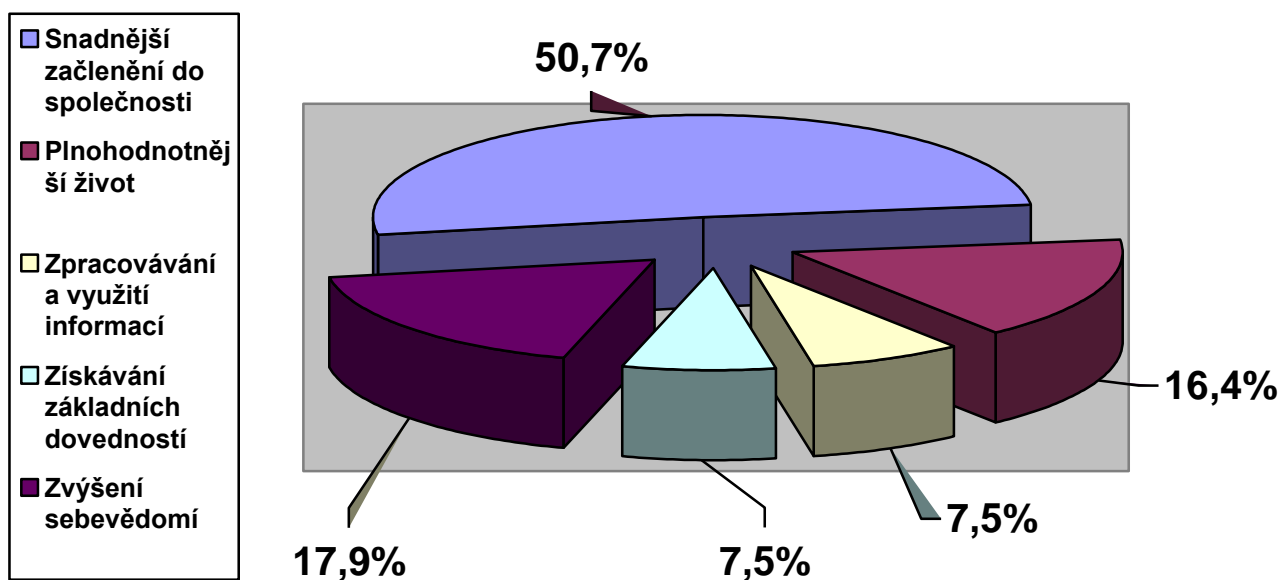
Otázka č. 8: Pokud ano, v čem spatřujete přínos vzdělání pro lidi s mentální retardací. Pokud ne, na tuto otázku neodpovídejte.

Tabulka č. 8 Přínos vzdělání pro jedince s MR

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Snadnější začlenění do společnosti	34	50,7
Plnohodnotnější život	11	16,4
Zpracování a využití informací	5	7,5
Získávání základních dovedností	5	7,5
Zvýšení sebevědomí	12	17,9
Celkem	67	100

Cíl: Cílem bylo zjistit, v čem spatřují respondenti přínos vzdělání pro jedince s MR.

Graf č. 8 Relativní četnost - Přínos vzdělání pro jedince s MR



Komentář:

Na tuto otázku odpovídalo 67 respondentů. Nechtěla jsem, aby odpovídali respondenti, kteří jsou proti vzdělávání, nebo si nejsou jisti. To by je mohlo svádět ke zkresleným odpovědím. Nejčastější odpověď zněla, že se lidé s mentální retardací snadněji začlení do společnosti. Druhou nejčastější odpovědí dotázaných respondentů byla odpověď, že vzdělání pro jedince s mentální retardací je důležité, aby mohli žít plnohodnotný život. Nejméně respondentů spatřuje přínos ve zpracování a používání informací (7,5%), získávání základních dovedností (7,5%) a zvýšením sebevědomí (17,9%).

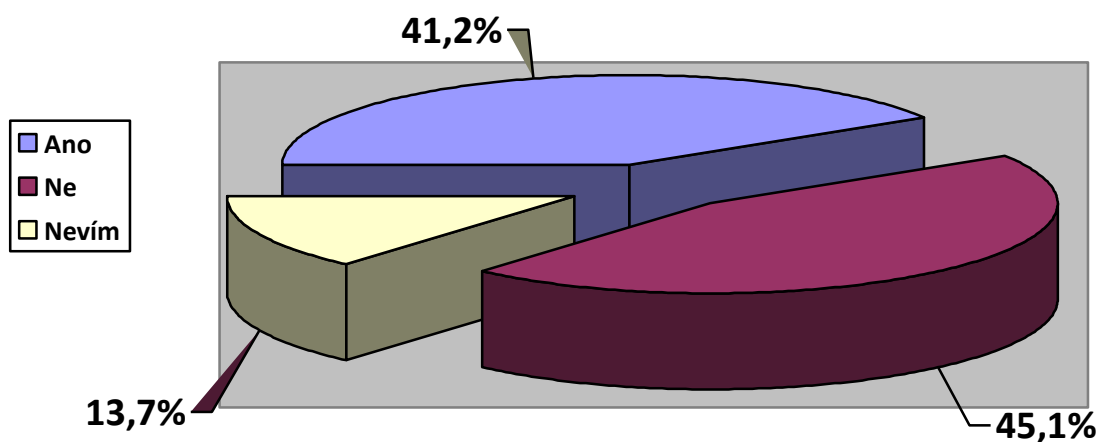
Otázka č. 9: Jste pro integraci dětí s lehkou mentální retardací do škol a pro společnou výuku se „zdravými dětmi“.

Tabulka č. 9 Počet respondentů, kteří jsou pro integraci jedinců s MR do běžných ZŠ

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	42	41,2
Ne	46	45,1
Nevím	14	13,7
Celkem	102	100

Cíl: Cílem bylo zjistit, jestli jsou respondenti nakloněni k integraci dětí s mentální retardací do běžných ZŠ škol.

Graf č. 9 Procentuální (relativní četnost) zastoupení respondentů, kteří jsou pro integraci jedinců s MR do běžných ZŠ



Komentář:

45,1% dotázaných respondentů není pro integraci dětí s mentální retardací do běžných ZŠ. Naopak 41% respondentů odpovídalo kladně a bylo pro integraci. Jen 14% dotázaných neví, jestli je integrace vhodná.

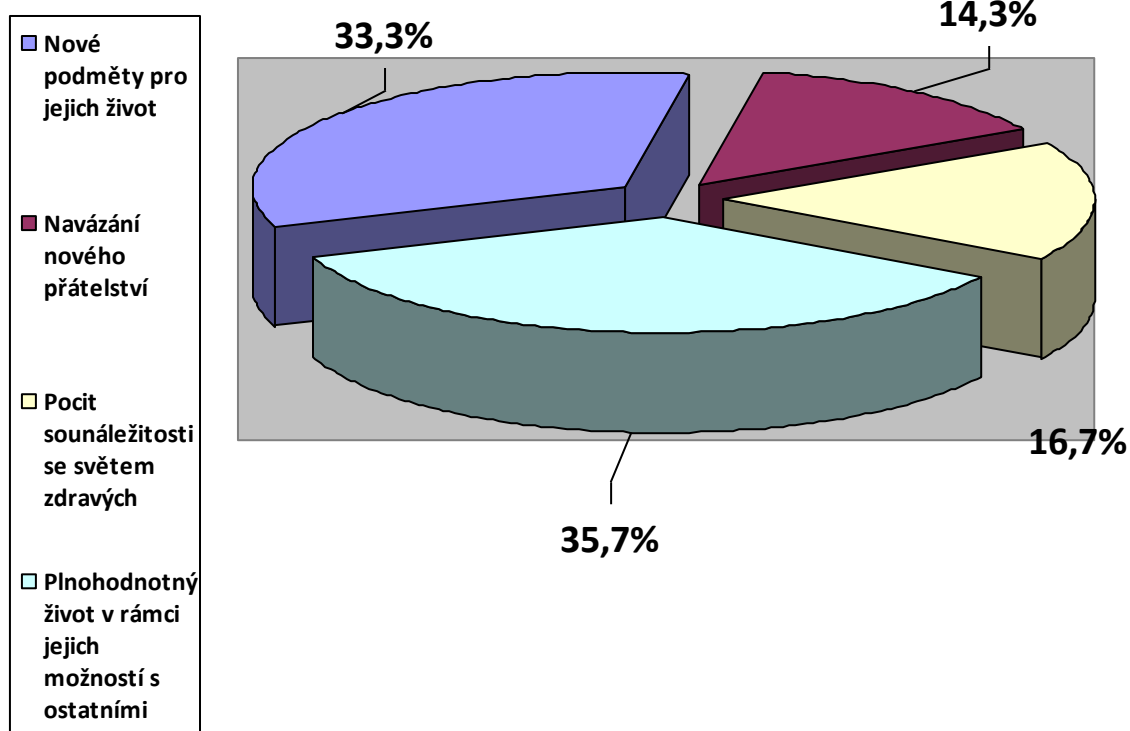
Otázka č. 10: Pokud ano, jaký přínos by podle vašeho názoru měla integrace pro děti s lehkou mentální retardací? Pokud ne, na tuto otázku neodpovídejte.

Tabulka č. 10 Důvody přínosu integrace pro děti s MR

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Nové podněty pro jejich život	14	33,3
Navázání nového přátelství	6	14,3
Pocit sounáležitosti se světem zdravých	7	16,7
Plnohodnotný život v rámci jejich možností s ostatními	15	35,7
Celkem	42	100

Cíl: Cílem bylo zjistit, v čem společnost spatřuje přínos integrace pro děti s mentální retardací.

Graf č. 10 Relativní četnost - Důvody přínosu integrace pro děti s MR



Komentář:

Na tuto otázku odpovídalo 42 respondentů. Opět jsem chtěla, aby odpovědi nebyli zavádějící, proto odpovídali jenom respondenti, kteří se staví kladně k integraci. Převážná většina respondentů v počtu 33,3% odpověděla, že by integrace měla pro děti s mentální retardací přínos v nových podmínkách pro jejich život. Navázání nového přátelství vidí v integraci 14,3% respondentů a plnohodnotný život v rámci jejich možností s ostatními považuje za přínos 35,7% dotázaných respondentů. Nejméně respondentů (16,7%) spatřuje přínos integrace pro děti s mentální retardací v pocitu sounáležitosti se světem zdravých jedinců

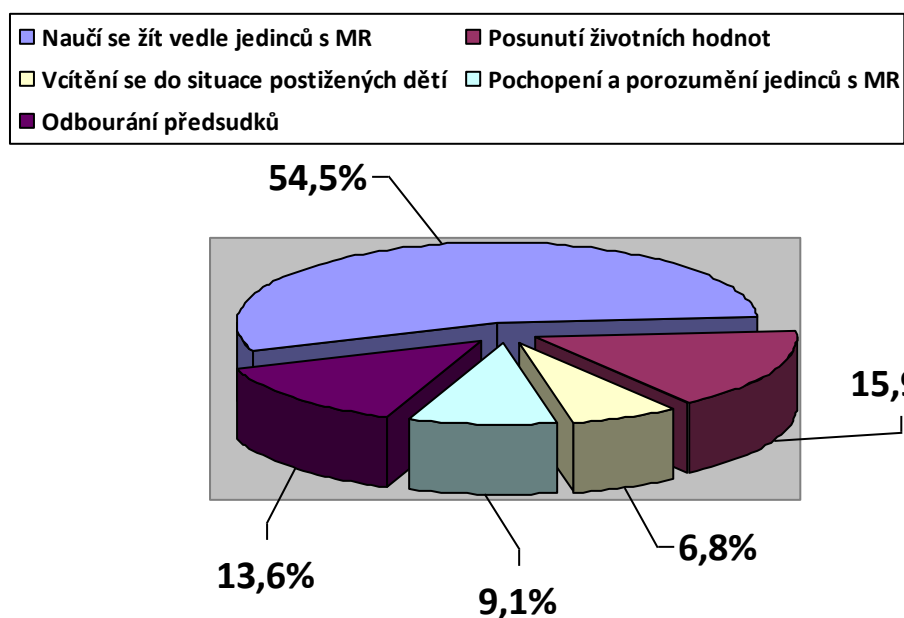
Otázka č. 11: A naopak, v čem spatřujete přínos integrace pro zdravé děti. Pokud ne, na tuto otázku neodpovídejte.

Tabulka č. 11 Důvody přínosu integrace pro zdravé děti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Naučí se žít vedle jedinců s MR	24	54,4
Posunutí životních hodnot	7	15,9
Vcítění se do situace dětí s MR	3	6,8
Pochopení a porozumění jedinců s MR	4	9,1
Odbourání předsudků	6	13,6
Celkem	44	100

Cíl: Cílem bylo zjistit, jaký přínos má integrace pro zdravé děti.

Graf č. 11 Relativní četnost - Důvody přínosu integrace pro zdravé děti



Komentář:

Na tuto otázku odpovídalo 44 respondentů. 42 z nich se staví k integraci kladně, pouze dva nebyli ani pro ani proti, ale na tuto otázku chtěli odpovídat. Převážná většina respondentů v počtu 24 odpověděla, že by integrace měla pro zdravé děti přínos v tom, že by se naučili

žit vedle jedinců s MR. 7 respondentů si myslí, že by se zdravým dětem posunuly životní hodnoty a 6 respondentů říká, že by se odbouraly předsudky. Pochopení a porozumění jedinců s MR, tak vidí přínos integrace 9,1% respondentů. 6,8% respondentů vidí pozitivum integrace ve vcítění se (empatii) do situace postižených dětí.

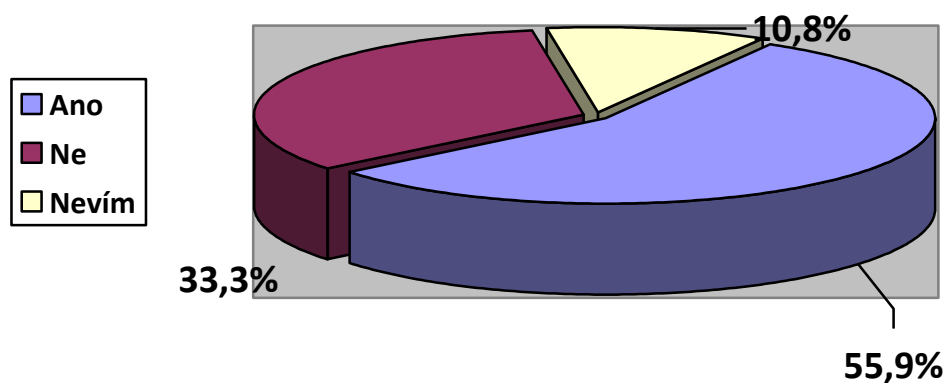
Otázka č. 12: Myslíte si, že kvalita péče v zařízeních ústavního typu je srovnatelně kvalitní jako péče v rodině?

Tabulka č. 12 Srovnatelnost kvality péče v zařízení ústavního typu a v rodině

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	57	55,9
Ne	34	33,3
Nevím	11	10,8
Celkem	102	100

Cíl: Cílem bylo zjistit, zda si společnost myslí, že péče ústavního typu je srovnatelná s kvalitou péče v rodině.

Graf č. 12 Relativní četnost - srovnatelnost kvality péče v zařízení ústavního typu a v rodině



Komentář:

Podle výsledků si dotázaní (57 respondentů) myslí, že kvalita péče v zařízeních ústavního typu je srovnatelná s péčí v rodině. 34 respondentů vyslovilo názor, že kvalita péče v rodině a v zařízení ústavního typu není srovnatelná, a 11 dotázaných odpovědělo, že neví.

6.2 Vyhodnocení hypotéz a diskuze

H 1: Většina respondentů si myslí, že pro jedince s mentální retardací je vzdělání důležité.

Výzkumné šetření ukázalo, že většina respondentů z celkového počtu dotázaných (67) si myslí, že je důležité vzdělání pro jedince s MR. Je to pozitivní zjištění, protože i můj názor je takový, že každý jedinec bez ohledu na postižení, by se měl vzdělávat. Proti vzdělávání bylo jen 10 respondentů.

Tuto hypotézu jsem si stanovila na základě předpokladu, že jsem si myslela, že dnešní společnost pohlíží na vzdělání jedinců s jakýmkoliv postižením kladně a zajímalo mne, jestli se moje hypotéza potvrdí. Dle mého názoru, každý rodič chce pro své dítě (intaktní, s postižením) nejvyšší možné vzdělání.

Hypotéza se potvrdila.

H 2: Většina respondentů si myslí, že je vhodné integrovat děti, žáky a studenty s lehkou mentální retardací do běžných základních škol.

45,1 % respondentů si myslí, že integrace pro děti s lehkou MR do běžných škol není vhodná, naopak 41,2 % respondentů odpovědělo kladně a 13,7 % z dotázaných neví, zda je integrace vhodná.

Výzkumné šetření ukázalo, že většina respondentů si nemyslí, že by bylo vhodné integrovat děti s lehkou MR do běžných ZŠ. Důvodem proč dotázání nesouhlasili s integrací, mohou být obavy, že by učitelé ve vyučovacím procesu věnovali větší pozornost dětem s MR. Dalším důvodem může být nedostatečná informovanost veřejnosti, nebo negativní zkušenost s integrací.

Hypotéza se nepotvrdila.

H 3: Kvalita péče v zařízeních ústavního typu není stejně kvalitní jako péče v rodině.

Ze 102 dotázaných respondentů si 55,9 % myslí, že kvalita péče v zařízení ústavního typu je srovnatelná s kvalitou péče v rodině, 33,3 % si myslí, že je stejně kvalitní a jen 10,8 % neví. Tady mne svými odpověďmi respondenti nejvíc překvapili. Byla jsem toho názoru, že většina dotázaných bude mít názor, že péče v rodině se nemůže rovnat kvalitě péči v zařízení ústavního typu. Funkční rodina jako základní společenství člověka je i dnes, v době kvalitní ústavní péče, nepostradatelná a nenahraditelná. Pro osoby, které potřebují

speciální pomoc, jsou k dispozici četné sociální dávky, které usnadňují a umožňují zároveň život v domácím prostředí.

V této výzkumné otázce a jejími odpověďmi na ni, já osobně vidím výrazný posun (směrem k lepšímu) v oblasti kvality péče ústavního typu. V názoru na ústavní péči asi lidi nejsou ovlivněni minulostí.

Hypotéza se nepotvrdila.

DISKUZE

Z výzkumné části bakalářské práce nám vyplynulo, že většina respondentů nemá ve svém blízkém okolí jedince nebo rodinu s mentální retardací. Dotázaní respondenti, kteří odpovídali, že se setkávají ve svém životě s těmito jedinci, vidí hlavní problémy u lidí s mentální retardací v negativní reakci okolí. Můžeme tím usoudit, že je mezi námi část populace, která je pořád ovlivněna minulostí. Nepochopení ze strany druhých a malé využití volného času byly další problémy, které respondenti uvedli. Pro jedince s MR je opravdu minimum kroužků a ve svém okolí nevím ani o žádném sportovním oddílu, který by se těmto jedincům věnoval. Přitom pohyb je základem činnosti mozku u každého z nás. Více volnočasových aktivit skýtají DZP, se kterými mám osobní zkušenost. Na otázku, jestli mohou vést jedinci s lehkou MR plnohodnotný život převážná většina dotázaných odpověděla záporně. Naopak kladně odpovídali respondenti na otázku, zda-li mohou jedinci s lehkou mentální retardací pracovat společně s intaktními lidmi. Jejich počet byl v zastoupení 90,2%. Na otázku, jestli je vzdělání pro děti s mentální retardací důležité, odpovědělo 65,7% dotázaných kladně. To nám aspoň trochu dokazuje, že společnosti si myslí, že vzdělávání je nedílnou součástí života každého jedince, a že i jedinci s mentálním postižením mají právo na vzdělání a různé možnosti vzdělávání odpovídajících jejich požadavkům, potřebám a speciálním přístupům. Vzdělání jim umožní snadnější začlenění do společnosti, tak odpovídalo 50,7% respondentů na otázku v čem vidí přínos vzdělání pro tyto jedince. Druhou nejčastější odpovědí dotázaných respondentů byla odpověď, že vzdělání pro jedince s mentální retardací je důležité, aby mohli žít plnohodnotný život. Nejméně respondentů by vidělo přínos ve zpracování a používání informací (7,5%), získávání základních dovedností (7,5%) a zvýšením sebevědomí (17,9%).

Integrace je současným sociálním procesem, který směřuje k začlenění jedinců s postižením do společnosti. Je to složitý proces, který vyžaduje velkou míru tolerance jak společnosti, tak integrované populace. Proto otázka integrace dětí s lehkým postižením do běžných ZŠ směrem k respondentům nesměla chybět. Výzkumné šetření ale ukázalo, že většina respondentů si nemyslí, že by bylo vhodné integrovat děti s lehkou MR do běžných ZŠ. Jak jsem již výše uvedla, důvodem pro dotázání nesouhlasili s integrací, mohou být obavy, že by učitelé ve vyučovacím procesu věnovali větší pozornost dětem s mentální retardací a tím by mohli své vrstevníky ve vzdělání omezovat. Dalším důvodem může pořád být nedostatečná informovanost veřejnosti, nebo negativní zkušenost s integrací. V otázce, co může integrace přinést dětem s mentální retardací, převážná většina respondentů v počtu 35,7% odpověděla, že by integrace měla pro děti s mentální retardací přínos v prožití plnohodnotnějšího života v rámci jejich možností s ostatními. Integrace by měla velké plus i v pocitu sounáležitosti se světem zdravých jedinců. Nejméně se respondenti ztotožňovali s odpovědí v navázání nového přátelství, což svědčí o tom, že společnost si připouští, že jedinci s MR žijí vedle nich, ale ne s nimi. Na otázku, co by přinesla integrace zdravým dětem, respondenti, kteří se k ní stavěli kladně, viděli její přínos v tom, že by se naučili žít vedle jedinců s MR. 15,9% respondentů odpovědělo, že by se zdravým dětem posunuly životní hodnoty, a počet respondentů 13,6% říká, že by se odbouraly předsudky. Pochopení a porozumění jedinců s MR, tak vidí přínos integrace 9,1% respondentů. Pozitivum integrace ve vcítění se (empatii) do situace dětí s postižením spatřuje 6,8% dotázaných. Protože péče v zařízeních ústavního typu prošla za poslední desetiletí výraznou změnou, zajímal nás pohled a názor společnosti na kvalitu rodinné a ústavní péče. Podle výsledků si společnost (55,9% dotázaných) myslí, že kvalita péče v zařízeních ústavního typu je srovnatelná s péčí v rodině. 33,3% respondentů vyslovilo názor, že kvalita péče v rodině a v zařízení ústavního typu není srovnatelná, a 10,8% dotázaných odpovědělo, že neví. Podle překvapivých odpovědí (přiznávám, že jsem čekala opačnou reakci) usuzují, že aspoň část společnosti sleduje změny přístupu ústavních zařízení ke svým „klientům“.

ZÁVĚR

Práce byla zaměřená na pohled společnosti na jedince s mentální retardací. Cílem práce bylo zjistit jaký pohled má dnešní společnost na tyto jedince. Zajímalo mě, jestli má intaktní společnost ve svém okolí jedince s MR, jestli zná jejich problémy, co si myslí o společném zaměstnání jedinců s lehkou MR a intaktních jedinců, zda-li je nakloněna vzdělávání jedinců s MR, jejich integraci jak do běžných škol, tak i do společnosti. Protože zařízení ústavního typu (DZP) prošli velkou změnou, zajímalo mne, jak vnímají respondenti dnešní kvalitu péče v těchto zařízeních. Zjistila jsem, že vzdělání považovala většina respondentů za důležité, ale co se týče integrace, s tím už většina dotázaných nesouhlasila. Myslím si, že je populace docela dobře připravena pracovat společně s jedinci s lehkou MR. Největším překvapením bylo pro mne zjištění, že převážná většina z dotázaných respondentů si myslí, že kvalita péče ústavního typu je stejně kvalitní jako rodinná péče. Podle výsledků výzkumu můžu říct, že vývoj společnosti k pohledu na jedince s mentálním postižením posunul směrem vpřed. Ale i přesto je mezi námi část populace, která je ještě stále ovlivněna minulostí.

Sama společnost je těžko definovatelný pojem, na který můžeme nahlížet různými pohledy. Každá společnost, se v různém vývojovém období vyznačovala určitým souborem norem, které bylo nutné dodržovat pro její fungování. I pohledy a postoje k jedincům s mentální retardací byli v každém vývojovém stádiu společnosti jiné. V prvobytně pospolné společnosti neexistovala žádná forma institucionální péče a v této době byly nemoci vykládány z pohledu magie. V Antice již Hippokrates dokazoval příčiny vzniku mentálního onemocnění. Ve středověku se jedinci s mentální retardací zavírali do klášterů a jejich nemoc byla pořád chápána jako posedlost zlým duchem. To, co v minulosti společnost považovala za ideální řešení, je dnes pro mnohé těžko pochopitelné. Až období humanismu a renesance přineslo velkou změnu vztahu společnosti k jedincům s postižením.

Nemůžeme říct, jak se bude problematika jedinců s mentální retardací řešit v daleké budoucnosti, ale už teď je zřejmé, že péče o tyto jedince má stoupající tendenci. Společnost směřuje totiž stále více k toleranci akceptovat odlišnost.

Dnes má společnost vůči lidem s postižením různého charakteru benevolentnější přístup a nahlíží na jejich problém mnohem lidštějším způsobem. Ale i přesto si myslím, že má naše společnost malou osobní zkušenost s jedinci s mentální retardací. Když někomu říkám, že pracuji jako asistentka pedagoga a vychovatelka ve speciální škole, s dětmi

s mentální retardací (v kombinaci s jiným postižením), typickou reakcí lidí je: „Já tě obdivuji, já bych s těmito lidmi nemohl pracovat. Já na to nemám. Mně by jich bylo líto. Nevěděl bych jak se k nim chovat.“ Je to tím, že tito lidé nemají žádnou osobní zkušenost s jedinci s MR, protože by museli pak reagovat jinak. Prvotní reakce se liší. Ale pořád jsou to jen předsudky, které si společnost vypěstovala. Je důležité, aby byly vytvořeny optimální podmínky ve změně přístupu k těmto jedincům. Vše je otázkou vývoje, změny nepřicházejí samy od sebe, ale jsou důsledkem usilovného hledání lepšího řešení.

I přesto si myslím, že společnost je připravena na soužití s jedinci s postižením, je schopna jim jakýmkoliv způsobem pomáhat. Člověk s mentálním postižením byl, je a bude vždy součástí společnosti.

Tento fakt nelze ovlivnit. Každá lidská bytost je jedinečná, nenahraditelná a je prostě součástí nás všech.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*. Vyd.1. Praha: Karolinum, 2009. 224 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [2] ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadlech dějin*. Vyd.1. Praha: Grada Avicenum, 1994. 228 s. ISBN 80-7169-086-4.
- [3] FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd.1. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- [4] FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Vyd.3 doplněné. Ostrava: Repronis, 2008. 144 s. ISBN 978-80-7368-622-2.
- [5] GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Vyd. 1. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-58931-79-6.
- [6] KVAPILÍK, J.; ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Vyd.1. Praha1 : Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0019-9.
- [7] KUBOVÁ, L. *Speciálně pedagogická centra*. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-42-6.
- [8] KYSUČAN, J. *Psychopedie: teorie výchovy mentálně retardovaných*. Vyd. 1. Praha: SPN, 1990. 82 s.
- [9] LUDÍKOVÁ, L., et al. *Kombinované vady*. Vyd.1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- [10] MICHALÍK, J.: *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc: UP, 1999. 135 s. ISBN 80-244-0077-4.
- [11] MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. Vyd. 1. Brno: MU, 2001. 49 s. ISBN 80-210-2512-3.
- [12] PIPEKOVÁ, J. (ed). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd.2. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- [13] RENOTIÉROVÁ, M; LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Vyd. 4. Olomouc: UP v Olomouci, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.

- [14] RENOTIÉROVÁ, M. *Některé významné osobnosti v oboru somatopedie v českých zemích*. Vyd.1. Olomouc: UP v Olomouci, 2007. 137 s. ISBN 978-80-244-1861-2.
- [15] SOVÁK, M. *Defektologický slovník*. Vyd. 1. Praha: SPN, 1978. 474 s
- [16] SLOWIK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3
- [17] ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd.1. Praha: Portál, 2000. 178 s. ISBN 80-7178-506-7.
- [18] ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vyd.1. Praha: Portál, 2001. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.
- [19] ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd.3. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
- [20] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-217-9
- [21] VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 2. vydání. Praha: Parta, 2004. 443 s. ISBN 80-7320-063-5.
- [22] VANČOVÁ, A. *Základy pedagogiky mentálně postihnutých*. Vyd.1. Bratislava: Sapiientia, 2005. 332 s. ISBN 80-968797-6-6.
- [23] VAŠEK, Š., et.al. *Špeciálna pedagogika: terminologický a výkladový slovník*. Vyd.2. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1995. 245 s. ISBN 80-08-00864-4.
- [24] VÍTKOVÁ, Marie. *Paradigma somatopedie*. Vyd.1. Brno: Masarykova univerzita, 1998. 140 s. ISBN 80-210-1953-0.
- [25] ZVOLSKÝ, P., et al. *Speciální psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. 216 s. ISBN 80-7184-203-6.

ZÁKONY A VYHLÁŠKY:

- Školský zákon z roku 1953 (31/53 Sb.)
- Zákon č. 100/1988 Sb., § 87, odst. 4
- Zákon č. 108/2006 Sb., § 4 odst. 1
- Zákon č. 561/2004 Sb., § 16
- Zákon č. 95/48 Sb.
- Zákon č. 188/60 Sb.
- Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
DMO	Dětská mozková obrna
DZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
IQ	Intelligenční kvocient
LMD	Lehká mozková dysfunkce
MR	Mentální retardace
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SPMP	Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením
ÚSP	Ústav sociální péče
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
ČR	
ZŠ	Základní škola

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Graf č. 1 Relativní četnost - Věk respondentů
- Graf č. 2 Relativní četnost - Vzdělání respondentů
- Graf č. 3 Procentuální zastoupení respondentů, kteří mají ve svém okolí rodinu nebo jedince s MR
- Graf č. 4 Relativní četnost vyjadřující znalost problematiky jedinců s MR
- Graf č. 5 Relativní četnost vyjadřující názor respondentů na vedení plnohodnotného života
- Graf č. 6 Relativní četnost - Názor na profesní zařazení jedinců s MR
- Graf č. 7 Relativní četnost - Důležitost vzdělání pro jedince s MR
- Graf č. 8 Relativní četnost - Přínos vzdělání pro jedince s MR
- Graf č. 9 Procentuální (relativní četnost) zastoupení respondentů, kteří jsou pro integraci jedinců s MR do běžných ZŠ
- Graf č. 10 Relativní četnost - Důvody přínosu integrace pro zdravé děti
- Graf č. 11 Relativní četnost - Důvody přínosu integrace pro děti s MR
- Graf č. 12 Relativní četnost - Srovnatelnost péče v zařízení ústavního typu a v rodině

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Věk respondentů

Tabulka č. 2 Vzdělání respondentů

Tabulka č. 3 Počet respondentů, kteří mají ve svém okolí rodinu nebo jedince s MR

Tabulka č. 4 Znalost problematiky jedinců s MR

Tabulka č. 5 Vedení plnohodnotného života

Tabulka č. 6 Souhlas s profesní integrací jedinců s MR

Tabulka č. 7 Důležitost vzdělání pro jedince s MR

Tabulka č. 8 Přínos vzdělání pro jedince s MR

Tabulka č. 9 Počet respondentů, kteří jsou pro integraci jedinců s MR do běžných ZŠ

Tabulka č. 10 Důvody přínosu integrace pro děti s MR

Tabulka č. 11 Důvody přínosu integrace pro zdravé děti

Tabulka č. 12 Srovnatelnost kvality péče v zařízení ústavního typu a v rodině

SEZNAM PŘÍLOH

PI - Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Irena Zlatníková a jsem studentkou Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás se žádostí o vyplnění krátkého dotazníku. Dotazník bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci a je anonymní. Pro bakalářskou práci jsem si zvolila téma: Pohled společnosti na jedince s mentální retardací.

Pokyny k vyplnění: Vyznačte prosím jednu z nabízených možností. V případě ručního vyplnění dotazníku, zvolenou odpověď zakroužkujte. Pokud vyplňujete elektronicky, zvýrazněte prosím jednu z nabízených možností tučným písmem a dotazník odešlete na emailovou adresu ria.severanka@centrum.cz. Děkuji za ochotu a Váš čas.

1.) Věk

- 18 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 a více

2.) Nejvyšší dosažené vzdělání

- základní
- střední bez maturity
- střední s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

3.) Máte ve svém blízkém okolí člověka s mentální retardací nebo rodinu s dítětem s mentální retardací?

- Ano
- Ne

4.) Vyberte, se kterými problémy se podle vašeho názoru nejčastěji setkávají lidé s mentální retardací.

- a) Negativní reakce okolí
- b) Nepochopení ze strany druhých
- c) Nedostatek příležitostí k využití volného času
- d) Nedostatek bezbariérového přístupu

5.) Myslíte si, že můžou jedinci s lehkou mentální retardací vést plnohodnotný život?

- Ano
- Ne
- Nevím

6.) Myslíte si, že by lidé s lehkou mentální retardací mohli pracovat společně s intaktními (zdravými) lidmi?

- Ano
- Ne
- Nevím

7.) Je podle Vás důležité vzdělání pro jedince s mentální retardací?

- Ano
- Ne
- Nevím

8.) Pokud ano, v čem spatřujete přínos vzdělání pro lidi s mentální retardací. Pokud ne, na tuto otázku neodpovídejte.

- a) Snadnější začlenění do společnosti

- b) Plnohodnotnější život
- c) Zpracování a využití informací
- d) Získávání základních dovedností
- e) Zvýšení sebevědomí

9.) Jste pro integraci dětí s lehkou mentální retardací do běžných základních škol a pro společnou výuku se „zdravými dětmi“.

- Ano
- Ne
- Nevím

10.) Pokud ano, jaký přínos by podle vašeho názoru měla integrace pro děti s lehkou mentální retardací? Pokud ne, na tuto otázku neodpovídejte.

- a) Nové podněty pro jejich život
- b) Navázání nového přátelství
- c) Pocit sounáležitosti se světem zdravých
- d) Plnohodnotnější život v rámci jejich možností s ostatními

11.) A naopak, v čem spatřujete přínos integrace pro zdravé děti. Pokud ne, na tuto otázku neodpovídejte.

- a) Naučí se žít vedle jedinců s mentální retardací
- b) Posunutí životních hodnot
- c) Vcítění se do situace dětí s mentální retardací
- d) Pochopení a porozumění jedinců s mentální retardací
- e) Odbourání předsudků

12.) Myslíte si, že kvalita péče v zařízeních ústavního typu je srovnatelně kvalitní jako péče v rodině?

- Ano
- Ne
- Nevím