

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2007

Bc. Lenka Hnisová

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA
KATEDRA SPECIÁLNÍ A SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační-psychosociální péče o postižené
 děti, dospělé a staré osoby

SOCIÁLNĚ POLITICKÁ OPATŘENÍ STÁTU
A JEJICH VYUŽITÍ V RODINÁCH S DÍTĚTEM
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: Bc. Lenka Hnisová
Vedoucí diplomové práce: PhDr. Libuše Vlášková

2007

Social political arrangements of state and their profits in mentally disabled child families

There were many changes in the Czech social system during last years. Many possibilities for people with disabilities appeared in a state and a non-profit sector - more social benefits and social service. The only problem is in their chaotic arrangement. My thesis is concretely focused on potentialities of families with mentally disabled children.

In my theoretical part I therefore describe not only mental illnesses and its stages but also a family of a disabled child and parental education. Hereafter I attend to education and socialization of individuals with a mental disability. The second part of theory targets three social principles of the social system – the social insurance, state social support and social welfare/care. At the end of this part I mention the significance of non profit organizations for people affected by mental disabilities.

Following theoretical is the practical part which aims (and that is my work's objective also) to determine the knowledge of parents about our social benefit schemes and support. Specifically this means to chart the current state of affairs – informedness functioning. Based upon these results then create an outline (benefits, services) which will help the parents to distinguish more efficiently within all services offered.

The survey was carried out by questionnaires. These were intended for parents of mentally disabled children and aimed at their knowledge. The correspondents – parents – were separated into groups in accordance with their educational background. It emerged from my results that parents with elementary education are feeling well informed whilst parent with higher education do not consider themselves informed although in accordance with their answers they have a better insight into their child's options. Generally the majority of the polled (77%) is not feeling informed. The problem is inadequate information system. Respondents also mentioned what they are lacking in most and what they would consider as being most helpful. The most common answers concerned missing comprehensive review, informative brochures and sufficiently informed staff, which I did contemplate.

Based upon these results I have conceived an overview of primary options specifically designed for families with mentally disabled children. I may thus claim that both my hypothesis have been confirmed.

I behold the anticipated development of my work in merging information about assigned issues with creating a review of primary options for families with a mentally disabled child. I do hope that this work will leastwise improve their awareness.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Sociálně politická opatření státu a jejich využití v rodinách s dítětem s mentálním postižením“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce za použití pramenů uvedených v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě archivované Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 20. května 2007

Bc. Lenka Hnisová

Poděkování

Děkuji tímto vedoucí diplomové práce PhDr. Libuši Vláškové za odborné vedení, konzultace a připomínky, které mi pomohly k vypracování této diplomové práce. Velké poděkování patří také všem, kteří mi poskytli cenné informace potřebné pro mou práci a byli ochotni spolupracovat.

Obsah

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV.....	10
1.1. Obecná charakteristika handicapu	10
1.2. Mentální postižení.....	11
1.2.1. Příčiny mentálního postižení	13
1.2.2. Stupně mentálního postižení.....	15
1.2.3. Downův syndrom.....	19
1.3. Obecná charakteristika rodiny	21
1.3.1. Rodina dítěte s postižením.....	23
1.3.2. Rodiče dítěte s mentálním postižením.....	25
1.3.3. Výchova rodičů dítěte s postižením.....	28
1.3.4. Sourozenci dítěte s postižením	31
1.4. Historický vývoj péče o osoby s mentálním postižením a jinou duševní poruchou	32
1.5. Práva osob s mentálním postižením.....	37
1.6. Vzdělávání osob s mentálním postižením	40
1.6.1. Předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením.....	41
1.6.2. Školní docházka osob s mentálním postižením.....	43
1.6.3. Profesionální příprava osob s mentálním postižením	45
1.7. Socializace osob s postižením.....	46
1.8. Poradenství.....	49
1.9. Sociální politika a sociální zabezpečení	53
1.9.1. Sociální pojištění.....	57
1.9.2. Státní sociální podpora.....	58
1.9.3. Sociální pomoc	59
1.10. Sociální služby	60
1.10.1. Sociální poradenství.....	62

1.10.2. Služby sociální péče.....	63
1.10.3. Služby sociální prevence	67
1.10.4. Ústavní péče.....	70
1.11. Sociální dávky.....	72
1.11.1. Dávky sociálního pojištění.....	72
1.11.2. Dávky státní sociální podpory	74
1.11.3. Dávky sociální péče	76
1.12. Nestátní neziskové organizace a jejich význam	79
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	83
2.1. Cíl práce.....	83
2.2. Hypotézy.....	83
3. METODIKA.....	84
3.1. Použitá metoda.....	84
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	85
4. VÝSLEDKY	86
5. DISKUZE	119
6. ZÁVĚR	135
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	137
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	146
9. PŘÍLOHY	147
1.1. Seznam příloh	147

ÚVOD

Osoby s mentálním postižením představují poměrně velkou skupinu naší populace, což si řada lidí neuvědomuje. Zřejmě je to dáno tím, že do roku 1989 se o problematice mentálního postižení ve společnosti (na veřejnosti) příliš nemluvalo. Většina osob s mentálním postižením byla obvykle dlouhodobě umístěna v ústavních zařízeních, která tyto jedince a celou problematiku izolovala od „zdravé společnosti“. Rok 1989 tedy nepřinesl jen změnu politického režimu, ale do jisté míry i změnu práce a hlavně vnímání lidí s postižením. Míním tím především zkvalitnění péče o lidi s postižením, větší nabídku sociálních služeb a také upřednostňování výchovy dítěte s mentálním postižením v rámci rodiny.

Není sporu o tom, že právě možnost vyrůst v rodině a prožít šťastné dětství v bezpečí domova, sehrává v lidském životě velmi významnou roli. Právě tato možnost a „právo na domov“ bylo v minulosti často dětem s postižením upíráno. Rodiče je „odkládali“ do ústavů, které za ně přebíraly veškerou péči a odpovědnost. V současné době je situace jiná, neboť rodiče se rozhodují oproti minulosti spíše opačně a vychovávají a pečují o své dítě v kruhu rodiny.

S rodiči, kteří vychovávají dítě s mentálním postižením, jsem se setkávala během svého studia při odborných praxích. Ve všech těchto institucích jsem vyslechla nesčetně příběhů a problémů, které měly mnoho společného. Problémem současné doby je nedostatečná informovanost rodičů vyplývající z absence uceleného přehledu možností pro tyto rodiny. Je pravda, že dnešní doba nabízí dostatek informací o problematice mentálního postižení a také o možnostech, které nabízí státní i neziskový sektor. Nedostatek však vidím ve špatné provázanosti jednotlivých složek sociálního systému a ve stále slabě fungující komunikaci mezi státním a nestátním sektorem. Z toho pak vyplývá malá informovanost rodin s dítětem s mentálním postižením o svých možnostech; tedy těch, kterým by fungující systém pomohl v péči o své dítě.

Situace těchto rodin a celá tato problematika se mě natolik dotkla a oslovila mě, že jsem se rozhodla věnovat jí ve své diplomové práci.

Cílem mé práce tedy je na jedné straně zjistit, jaká je skutečná informovanost rodičů dětí s mentálním postižením o možnostech sociální podpory a pomoci/péče; a na druhé straně vytvořit přehled služeb a možností, které by rodičům dětí s mentálním postižením mohli v jejich situaci pomoci.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Obecná charakteristika handicapu

Slovo „handicap“ se podle slovníku Petit Robert objevuje v Anglii kolem roku 1827. Jde o spojení překládané z anglického výrazu „hand in cap“, což znamená ruka v klobouku. Tento výraz pochází z dostihového sportu, kde označuje los, kterým se určuje, kteří z lehčích, starších či trénovanějších koní ponесou větší zátěž. Až později se začal používat tento termín i u lidí, kde označoval „zátěž“ nějakého onemocnění, tělesné vady nebo postižení. Vyjadřuje se tím znevýhodnění určitých osob oproti jiným osobám, a to většinou bez vlastního zavinění; daného genetickými, vrozenými či v průběhu života působícími sociálními a sociálně-psychologickými faktory. **(86)**

Švarcová uvádí: „Handicap se zpravidla chápe jako ztráta nebo omezení příležitosti účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní. Termín handicap označuje spíše konflikt ve vztahu osoby s postižením a prostředím než samu skutečnost postižení.“ **(79)**

Podle doporučení WHO se handicapem rozumí znevýhodnění jedince, které zamezuje nebo omezuje výkon jeho normální role. Vymezení rozsahu, v němž je člověk s postižením handicapován, je dáno tím, jaké mu společnost vytvoří podmínky pro překonání důsledků postižení, a nakolik pomoc okolí odpovídá závažnosti poruchy. Např. vozíčkář bude handicapován v prostředí s množstvím stavebních bariér, zatímco v bezbariérovém prostředí sice zůstane postiženým, ale v mnoha ohledech není nijak znevýhodněný, tj. jeho handicap je zmírněn nebo omezen. S tím souvisí i jiný příklad, např. dva jedinci mohou mít stejné postižení, ale mohou se cítit rozdílně handicapováni. Je to mimo jiné i dáno tím, že každý z nich má psychologicky jinou úroveň adaptability. **(13)**

Obecně se pojem handicap vysvětluje jako nevýhoda, které je jedinec vystaven vinou postižení. Postižení však nemusí znamenat snížení kvality života jedince. **(56)**

Samotný pojem „postižení“ je překládán z anglických termínů „affliction, disability“. Vysvětluje se jako jakákoli porucha duševní nebo tělesná; dočasná,

dlouhodobá nebo trvalá; anebo jako handicap, který jedinci brání účinně se přizpůsobit běžným nárokům života. (13)

V moderní psychopedii se nyní ustupuje i od pojmů defekt, defektivita a defektologie, neboť by mohly působit pejorativně. (79)

Pro vysvětlení - „defektem“ (vadou) se rozumí ztráta nebo poškození v anatomické stavbě organismu a poruchy ve funkcích organismu. Příčinami defektů pak bývají úrazy, onemocnění, ale i dědičnost. Defekty se tedy projevují jako anomálie vzhledu a výkonnosti. (19)

V současnosti se ale spíše používá termínů „lidé s postižením“. Tím se zdůrazňuje, že postižení je až druhotné. Znamená to tedy, že významnější než postižení je fakt, že takový člověk je lidskou bytostí. Sekundárně je pak zmíněno určité omezení, které přináší specifické způsoby prožívání a chování. (15)

Pro upřesnění, **psychopedie** je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá edukací osob s mentálním postižením či jiným duševním postižením a zkoumáním výchovných a vzdělávacích vlivů na tyto osoby. V širším kontextu lze na psychopedii nahlížet jako na interdisciplinární obor, jež se zabývá prevencí, prognostikou mentální retardace (a jiných duševních poruch) se zvláštním zřetelem na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci osoby s mentálním postižením či jiným duševním postižením. (51)

1.2. Mentální postižení

Pojem mentální postižení se překládá z anglické a francouzské terminologie „mental handicap“ nebo „mental disability“. Začal se používat až v posledních letech, dříve bylo využíváno např. pojmu slabomyslnost. (78)

Mentálním postižením (mentální retardací) se nazývá trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení tedy není nemoc, ale trvalý stav. Tím se však nemyslí, že by úroveň rozumových

schopností byla po celý život nezměnitelná. Z výsledků výzkumů a speciálního školství vyplývá, že v mnoha případech lze vhodným pedagogickým působením dosáhnout zlepšení. (79)

Těžkosti s definováním pojmu mentální postižení jsou stále značné, neboť se jedná o složitý jev, který je determinován faktory biologické, psychologické a sociální povahy. Šustrová uvádí: „Podle WHO se mentální postižení (retardace) definuje jako stav speciálně charakterizovaný subnormální inteligencí takového stupně a povahy, že osoba potřebuje lékařské léčení, starostlivost a cvičení.“ (78)

Další z definic mentálního postižení se zaměřuje na vyjádření výše inteligenčního kvocientu (dále jen IQ). Podle zdůraznění IQ jsou pak za jedince s mentálním postižením považovány osoby, jejichž rozsah IQ je nižší než pásmo hraniční, tedy IQ 69 a níže. Mnozí autoři a odborníci však upozorňují, že klasifikace mentálního postižení podle IQ má své opodstatnění pouze tehdy, bereme-li ji v úvahu se všemi ostatními aspekty lidského chování. (83) Znamená to, že při interpretaci výsledků je třeba si všimnout např. sociálně-kulturního prostředí, znalosti slov, případně komunikativních, motorických nebo smyslových omezení. Také je nutné poznamenat, že při měření inteligence se musí počítat s nepřesností měření (přibližně 5 bodů). (69)

Jinou definici uvádí Vágnerová: „Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti.“ (83)

Matoušek ve své knize uvádí tuto definici Americké asociace pro mentálně postižené (AAMR): „Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce.“ (15) Z toho vyplývá, že mentální postižení zahrnuje širší obtíže, v nichž se jednotlivci liší. Podobný trend definování

v České republice prosazují i tzv. sebeobhájci (dospělí lidé s mentálním postižením). Podle jejich formulace se jedná o lidi, kteří mají problémy v učení, porozumění, orientaci a komunikaci. Postižení tak vystihuje oblasti, v nichž mají lidé problémy a potřebují v nich podporu. (15)

Na základě dohody představitelů mezinárodních organizací pomáhajících osobám s mentálním postižením se nedoporučuje používat označení „mentálně postižený či mentálně retardovaný člověk“. Tato označení se považují za neetická. Organizace Inclusion International (dříve Mezinárodní liga asociací pro osoby s mentálním handicapem – ISLMH) doporučuje užívat označení „člověk s mentálním postižením/retardací“. Tím je vyjádřena skutečnost, že postižení/retardace je pouze jedním z osobnostních rysů člověka, ne jeho integrální součástí. (79)

Na základě výše uvedených důvodů a humanizace vědních oborů, včetně psychopedie, byly vypuštěny i některé pojmy. Konkrétně se jedná o dřívější pojmenování stupňů mentální retardace: debilita, imbecilita, idiocie, idioimbecilita, stejně jako pojmy nevzdělavatelnost a nevychovatelnost. (79)

1.2.1. Příčiny mentálního postižení

Při narození dítěte s mentálním postižením nebo při pozdějším odhalení mentální retardace se zájem rodičů dítěte často zaměřuje na otázku příčiny. K tomuto zájmu je vede jednak obava, aby se postižení neopakovalo při narození dalšího dítěte, a jednak přání najít viníka. Ten však obvykle neexistuje. (79)

Na vzniku mentálního postižení se podílí několik faktorů vnějšího a vnitřního prostředí. Často však nelze zjistit, jakými příčinami byl daný stav způsoben, neboť většina faktorů a příčin nebyla dosud identifikována. (78)

Mentální retardace tedy vzniká působením více patologických faktorů, které ovlivňují centrální nervový systém. Jedná se např. o dědičnost, poruchy embryonálního vývoje, problémy v těhotenství, vlivy prostředí apod. (69)

Mentální postižení může být tedy způsobeno příčinami **endogenními** (vnitřními) a příčinami **exogenními** (vnějšími). Vnitřní příčiny jsou zakódovány v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Toto jsou příčiny genetické.

Vnější činitele působí od početí, během celého těhotenství, při porodu, dále v poporodním období a v raném dětství. Exogenní faktory mohou a nemusí být příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Mohou hrát i roli činitele, které jsou „spouštěčem“ projevů zakódovaných patologií dědičnosti nebo mohou modifikovat její průběh. (79)

Podle období působení se jednotlivé příčiny člení na **prenatální**, **perinatální** a **postnatální**. V prenatálním období, od početí do narození, působí celá řada vlivů, mezi nimiž hrají důležitou roli vlivy dědičné – hereditární. Do těchto vlivů řadíme po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které vedou k mentální retardaci postupně, ale také to, že dítě zdědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti. Převažujícím faktorem, nejen v prenatálním období, jsou specifické genetické příčiny. Největší skupinu příčin mentální retardace tvoří syndromy, které jsou způsobené změnou počtu chromozomů, např. trizomie (Downův syndrom způsobený trizomií chromozomu 21). Další skupinu tvoří enviromentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství. (51) Jedná se např. o prenatální infekce (např. zarděnková embryopatie) nebo intoxikace matky (např. léky, alkohol, drogy). (79)

Během perinatálního období působí faktory těsně před, během a po porodu, kdy k poškození může dojít např. nedostatkem kyslíku nebo mechanickým stlačením hlavičky (následkem je krvácení do mozku). K dalším perinatálním faktorům patří předčasný porod nebo nízká porodní váha dítěte. (79)

V období postnatálním, po narození, může způsobit mentální retardaci mnoho vlivů. Patří mezi ně např. postnatální infekce (zánět mozku způsobený mikroorganismy – klíšťová encefalitida, meningitida), postnatální poranění mozku, mozkové léze při nádorovém onemocnění či krvácení do mozku. (51)

Mentální postižení často vzniká na základě kombinace podmíněného nižšího „nadání“ a výchovné nepodnětnosti. Jde obvykle o děti „podobně postižených rodičů“, jejichž intelektová úroveň je nízká a podnětnost v rodinném prostředí nedostačující. (83)

Specifickou kategorií vyznačující se sníženou úrovní rozumových schopností představuje tzv. **pseudooligofrenie**. Vzniká vlivem nedostatečného a nepřiměřeného výchovného působení, tedy v důsledku zanedbanosti. Lze ji definovat jako sociální

poškození vývoje rozumových schopností. Příčinou není narušení CNS, ale nedostatek podnětů; proto se přímo nezařazuje mezi výše vymezená mentální postižení. Znamená to, že je stavem získaným a je možné jej zlepšit, pokud se dítě dostane do podnětějšího prostředí. **(83)**

1.2.2. Stupně mentálního postižení

Mentální postižení je charakterizované souborem různých klinických projevů s mnohými etiologickými faktory v pozadí. Nebylo tedy jednoduché sestavit klasifikaci jednotlivých stupňů postižení. Tato klasifikace je součástí Mezinárodní klasifikace nemocí, která je zpracována WHO. Nejpoužívanějším kritériem je výsledek intelektové úrovně vyjádřený inteligenčním kvocientem. Výběr jen tohoto kritéria není chápán jako úplně správný. Je proto nutné brát v úvahu také všechny ostatní charakteristické znaky a současně posuzovat okolnosti, které přispěly k výkonu posuzovaného jedince s mentálním postižením při stanovování inteligenčního kvocientu. **(78)**

Švarcová dělí mentální retardaci do šesti základních skupin:

- lehká mentální retardace (IQ 50 – 69),
- středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49),
- těžká mentální retardace (IQ 20 – 34),
- hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20),
- jiná mentální retardace,
- nespecifická mentální retardace. **(79)**

Výše uvedená klasifikace nezahrnuje „mírnou mentální retardaci“ (IQ 69 – 85), neboť toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku. K zaostávání vývoje u těchto jedinců dochází z jiných příčin, např. sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí. **(79)**

Vágnerová uvádí rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace (MKN-10). Rozlišuje pouze čtyři stupně mentálního postižení (viz. příloha č. 1). **(83)**

Lehká mentální retardace

Jedinci s lehkou mentální retardací jsou schopni získat sociální i profesní dovednosti, které jim umožní samostatnou existenci. Vyžadují však dozor a asistenci hlavně v situacích, které by mohly vyvolat ekonomický a sociální stres. **(69)**

Do 3 let je u těchto jedinců možné pozorovat jen lehké opoždění či zpomalení psychomotorického vývoje, nejnápadnější problémy se objevují mezi třetím a šestým rokem. Projevují se opožděným vývojem řeči, malou slovní zásobou, různými vadami řeči, nedostatečnou zvědavostí a vynalézavostí či stereotypem ve hře. **(60)**

V oblasti emocionální a volní se u nich projevuje afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita. **(60)**

Hlavní potíže u nich obvykle nastávají při teoretické práci ve škole. Často mají specifické problémy se čtením, psaním a omezenou schopnost logického myšlení. Dětem s tímto typem postižení velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené spíše na rozvoj jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Většinu jedinců lze zaměstnat, jde především o nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce. **(79)**

Většina osob s tímto typem postižení dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech. **(79)**

V sociokulturním kontextu nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se mohou projevit při získávání či udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod. **(79)**

U osob s lehkým mentálním postižením se mohou individuálně v různé míře projevit i přidružené stavy, např. autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení. **(79)**

Středně těžká mentální retardace

U jedinců se středně těžkou mentální retardací je rozvoj myšlení a řeči výrazně opožděn, což přetrvává až do dospělosti. Řeč je obvykle velmi jednoduchá, slovník obsahově chudý. Používají jednoduché věty či jednoduchá slovní spojení, někteří jedinci se dorozumívají pouze pomocí nonverbální komunikace. Osoby v této kategorii

bývají emocionálně labilní, nevyrovnaní, jsou u nich časté afektivní nepřiměřené reakce. **(60)**

Opožděna a omezena je i schopnost sebeobsluhy a zručnosti. Stejně tak pokroky ve škole jsou limitované. Při kvalifikovaném pedagogickém vedení si někteří žáci osvojí základy čtení psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy jsou zaměřené na rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí. **(79)**

Většina takto postižených v dospělosti vykonává pod dozorem jednoduché nekvalifikované práce na chráněných pracovištích. **(69)**

Problémem je neschopnost řešit úspěšně a samostatně náročnější situace. Některé takto postižené je nutné zbavit svéprávnosti nebo je omezit v právních úkonech. **(60)**

V rámci tohoto stupně postižení jsou podstatné rozdíly v povaze schopností. Např. úroveň řeči je značně variabilní; někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, jiní se nenaučí mluvit nikdy. Podobně je tomu tak i s obratností a motorikou. **(79)**

Omezení psychického vývoje je často kombinováno s epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami. Etiologie tohoto stupně je většinou organická. **(51)**

Těžká mentální retardace

Tato kategorie je v mnohém podobná předchozímu stupni, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností je však v této kategorii mnohem výraznější. **(79)**

U osob s tímto stupněm postižení je psychomotorický vývoj výrazně opožděn již v předškolním věku, což se projevuje značnou pohybovou neobratností a dlouhodobým osvojováním koordinace pohybů. Komunikativní dovednosti se rozvíjejí minimálně, řeč je primitivní, omezená na jednoduchá slova; v některých případech není vytvořena vůbec. Také je významně porušena afektivní sféra, objevuje se nestálost nálad, impulzivita. **(60)**

Možnosti výchovy a vzdělávání jsou u tohoto typu postižení značně omezené. I když včasná systematická a kvalifikovaná rehabilitační, vzdělávací a výchovná péče může přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností a soběstačnosti. **(79)**

Dlouhodobým tréninkem je možné dosáhnout osvojení základních hygienických návyků a částečně i jiných činností týkajících se sebeobsluhy. Někteří jedinci však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Potřebují celoživotní péči. **(60)**

Hluboká mentální retardace

U osob s tímto typem postižení je nutná trvalá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech. Je zde často těžké senzorycké a motorické postižení, s těžkými neurologickými poruchami. **(51)** Většina osob je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní. Jejich schopnost pečovat o své základní potřeby je spíše nepatrná či žádná. Vyžadují tedy stálou pomoc a dohled jiné osoby. **(79)**

K dorozumívání využívají nonverbální komunikaci, většinou beze smyslu. Lze však dosáhnout porozumění jednoduchým požadavkům. U těchto jedinců je totální porušení afektivní sféry, časté je také sebepoškozování. **(60)**

Etiologie je většinou organická. Obzvláště časté jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch. **(79)**

Jiná mentální retardace

Zařazení do této kategorie se využívá pouze tehdy, je-li stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod zvláště nesnadné či nemožné z důvodu přidruženého senzoryckého či somatického poškození, např. u nevidomých, u jedinců s těžkými poruchami chování či u osob s autismem. **(79)**

Nespecifikovaná mentální retardace

Toto označení se užívá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale vlivem nedostatku informací není možno jedince zařadit do jedné z výše uvedených

kategorií. Jedná se o mentální retardaci nervového systému, mentální subnormalitu nervového systému a oligofrenii nervového systému. (79)

1.2.3. Downův syndrom

Zvláštní skupinu mezi osobami s mentálním postižením tvoří osoby postižené Downovým syndromem, označovaným také jako Downova nemoc či choroba. V minulosti byl tento syndrom nazýván „mongolismem“. Tento starší název vznikl na základě charakteristických rysů v tělesné stavbě a v utváření obličeje, které jsou patrné téměř již od okamžiku narození. (38) Konkrétně označení „mongolismus“ či „mongoloidní“ vzniklo z toho důvodu, že nositelé tohoto syndromu se svými obličejovými rysy podobají asiátům. (70)

První vědecké zprávy o osobách se syndromem, dnes nazývaným Downův, se objevily v polovině 19. století. V roce 1838 popsal lékař Jean Esquirol vzhled dítěte, jehož znaky odpovídají dnešnímu fenotypu Downova syndromu. Podobný poznatek popisuje v roce 1846 Eduard Seguin. U těchto zdrojů není známo, zda šlo skutečně o jedince s Downovým syndromem. (8) Údajně však poznámky o této nemoci lze najít v literatuře již z 15. století. Poprvé bylo ale toto onemocnění popsáno v roce 1866 anglickým pediatrem Johnem Downem. Chromozomální původ nemoci byl doložen až v roce 1959 francouzským badatelem Lejeunem, který zjistil, že se u těchto dětí nachází přebytečný chromozom 21. Tím bylo zjištěno, že se jedná o chromozomální onemocnění. (79)

Všechny děti s tímto syndromem mají nadbytečné množství 21. chromozomu, avšak toto množství může mít trojí podobu. Formy Downova syndromu tedy jsou: trisomie 21. chromosomu, translokace a mozaicismus. Nejčastější formou Downova syndromu, kterou má většina dětí, je trisomie 21. chromosomu. Děti s touto formou mají nadbytečný celý 21. chromosom v každé buňce svého těla. Přibližně ve 4 % případů se vyskytuje translokace, která se vyznačuje přemístěním určitého segmentu chromozomu na jiný chromozom v každé buňce. Nejméně častou formou je translokace, s níž má dítě s Downovým syndromem nadbytečný 21. chromozom pouze v některých tělových buňkách, ostatní buňky jsou normální. (70)

Jak již bylo uvedeno, pro osoby s Downovým syndromem jsou charakteristické určité fyzické rysy. Hlava dítěte s tímto typem postižení je ve srovnání s ostatními dětmi menší, její plošší zadní část způsobuje obvykle její kulatý vzhled. Poněkud ploché rysy v obličeji jsou dány nedostatečně vyvinutými obličejovými kostmi a malým nosem. Oční víčka jsou úzká a šikmá a ve vnitřním koutku oka bývá výrazná kolmá kožní řasa, která dává očím charakteristický („šikmý“) tvar. Ústa u těchto dětí jsou poměrně malá; některé děti je mají stále otevřené. Jazyk může vyčnívat mezi rty ven, což je často způsobeno svalovou hypotonií (svalstvo úst a žvýkací svaly) a tím, že jazyk je pro ústní dutinu relativně velký. Také krk bývá širší a mohutnější. Ruce a chodidla jsou spíše malá a silná a jejich otisky prstů bývají oproti jiným dětem také odlišné. Mnohé děti s Downovým syndromem mívají slabý svalový tonus a omezenou koordinaci, což se během vývoje často zlepšuje. Problémy se objevují i v oblasti pohybového vývoje, což je však možné výchovou pozitivně ovlivnit. Jedinci s tímto typem postižení také většinou rostou pomaleji; muži v průměru dorůstají výšky 147 – 162 cm a ženy 135 – 155 cm. Jejich tělesná váha pak závisí na způsobu výživy. (79)

Některé děti s Downovým syndromem mohou mít vlivem vrozené srdeční vady zvětšené srdce. U dětí s tímto syndromem se také častěji objevují smyslové vady, zejména problémy se zrakem a sluchem. (79)

Downův syndrom je vždy asociován s mentální retardací, i když rozsah tohoto postižení je různý: od hraničního pásma až po těžký stupeň mentálního postižení. I přes limitující intelektové schopnosti se jedinci s mentálním postižením mohou účastnit edukačního programu a mnozí mohou být pracovně produktivní. (78)

Velké obtíže mají děti se Downovým syndromem s řečí a obvykle se vyžaduje značná pomoc logopeda. Období rozvíjející se řeči je v životě dítěte s tímto syndromem velmi důležité, neboť se zde formují jeho základní vlastnosti jako sociální bytosti. Vytváří se zde předpoklady pro jeho příští integraci do společnosti. (79)

Celková úroveň, které může jedinec s Downovým syndromem dosáhnout, závisí na mnoha faktorech a jejich souhrě. Velký vliv mívá včasná stimulace a výchova, včetně silně působícího rodinného zázemí. (38)

1.3. Obecná charakteristika rodiny

Najít jednotnou definici rodiny je obtížné; nejen s ohledem na různé oblasti použití tohoto pojmu, ale také k hodnotám dané společnosti. V Národní zprávě o rodině je uvedeno, že: „Rodina v nejširším pojetí je chápána jako celek rozličných konstelací takové formy života, která obsahuje minimálně dvougenerační soužití dětí a rodičů, má trvalý charakter a vykazuje pevné vazby mezigenerační a vnitrogenerační solidarity.“ (53) Rodina v tomto pojetí je chápána jako sociální celek, instituce, která takto existuje v každém kulturním prostředí. Další znaky a charakteristiky rodiny jsou v závislosti na prostředí a formách rodinného soužití odlišné. (53)

Rodinu v nejširším smyslu lze tedy charakterizovat jako sociální jednotku, jejímž hlavním znakem je soužití minimálně dvou generací v přímé příbuzenské linii (rodič – dítě) a vedlejšími znaky je plnění základních rodinných funkcí a právně institucionální zakotvení, což však není nezbytné. Příbuzenský vztah nemusí být zakotven jen na biologickém rodičovství, ale může být zakotven i na právních institutech (osvojení). V užším pojetí je rodina chápána jako sociální společenství založené na rodičovském a manželském vztahu, vycházející z úpravy rodinného práva. (53)

Rodina sehrává v lidském životě jednu z nejvýznamnějších rolí. Jedná se o jednu z tzv. primárních sociálních skupin, v rámci které její členové uspokojují své primární biologické a společenské potřeby. (64)

Rodina je základní jednotkou každé společnosti. Je biologicky významná pro udržení lidstva. Nejen, že reprodukuje člověka, ale také mu zprostředkovává začlenění do jeho kultury a společnosti. Rodina je prvním místem, modelem společnosti, se kterým se dítě setkává. V minulosti vznikla především proto, aby lidé mohli pečovat o své děti. Rodina předurčuje osobní vývoj dětí a vztahy k jiným skupinám. (45)

Jedním se znaků rodiny je plnění jejích funkcí, které se s vývojem rodiny mění.

Většinou se autoři shodují na pěti základních funkcích rodiny:

- *biologicko – reprodukční* (zajištění reprodukce obyvatelstva a generační výměny);
- *socializačně – výchovná* (formování „jáství“ dítěte na všech úrovních, interiorizace norem a hodnot, příprava dítěte na život ve společnosti);
- *regeneračně – podpůrná* (uspokojení citových potřeb, emocionální podpora jednotlivých členů rodiny, příp. finanční a hmotná pomoc);
- *sociálně - ekonomická* (materiální zajištění členů rodiny);
- *ochranná* (výchova dětí a péče o staré a nemohoucí osoby). **(64, 53)**

Rodina naplňováním těchto funkcí vytváří předpoklady pro zdravý vývoj dítěte, a umožňuje tak fungování hospodářského a sociálního systému společnosti. **(53)**

Současná společnost je charakterizována proměnou rolí. Mnohé ženy prožívají dilema volby mezi rolí matky a profesní kariérou. Toto rozhodování závisí i na osobnosti ženy a na jejích hodnotách. Výsledný postoj k profesní roli pak ovlivňuje i partnerský vztah, resp. manželství a celkový styl života. **(84)**

V současnosti se právě z výše uvedených důvodů (kariéra) zvyšuje počet starších matek, žen rodících po dosažení 35 let. Týká se to především žen s vyšším vzděláním, které si nejdříve budují svou profesní pozici. Je nutné poznamenat, že s pozdním mateřstvím bývají ale spojena i určitá medicínská rizika; u dítěte starší matky existuje zvýšené riziko např. chromozomálních abnormalit, zejména Downova syndromu. Na druhou stranu je třeba poznamenat, že v současnosti se používají k zjištění případných abnormalit plodu různé testy a vyšetření. **(72)**

Trend tradičního modelu rodiny se tedy mění v model rodiny moderní. Posun je patrný i ve změně rolí jednotlivých členů. Tradiční model (vícegenerační) je charakterizován převážně trvalým, doživotním partnerským vztahem, kde je vymezena a oddělena mužská a ženská role. Rodiče jako autority předkládají svým dětem jasná a nezpochybnitelná pravidla. Naproti tomu moderní model rodiny vychází z rovnosti obou partnerů a jejich možností. **(64)**

Dnešní rodiny nejsou zakládány proto, aby nějak prospívaly velkým společenstvím lidí, ale kvůli uspokojování citových potřeb partnerů. Záleží na obou

partnerech, kdy se jim dítě narodí. Narození dítěte je pečlivě zvažováno, a to nejen z ekonomických důvodů. Podobný vztah je patrný i k uzavírání manželství. Jen některé rodiny si dnes nechávají stvrdit svůj svazek. (44)

V současnosti se objevují i alternativy nukleární rodiny, např. s jedním rodičem či nesezdaná soužití apod. (64) Nesezdaná či volná soužití vyjadřují na jedné straně potřebu trvalejšího partnerství a na straně druhé potřebu odložit definitivní rozhodnutí. (84) Další alternativou jsou rodiny s jedním rodičem, které představují v současné době stále častější typ. Jedná se o rodiny vzniklé rozvodem, rozchodem, ovdověním, adopcí dítěte osamělou ženou nebo porodem dítěte mimo manželství. Převážná většina rodin s jedním rodičem jsou osamělé matky. (72)

Pozornost se začíná soustřeďovat i na osamělé muže s dítětem, neboť skupina těchto otců v západních zemích roste. Pro muže zaujímajícího tradiční otcovskou roli může být problém převzít roli absentující matky. Objevují se i názory, že muž mívá menší přehled o možných významech dětských projevů či menší praxi se zvládnutím péče o děti a zvládnutím domácích prací. V povědomí společnosti je zakódováno, že pečovatelské funkce lépe zvládají ženy. (72)

Pravděpodobnost uzavření druhého manželství je vyšší u mužů, kteří mají větší výběr partnerek a často nemají svěřené děti do své péče. Ženy, hlavně s vyšším vzděláním, spíše nevstupují do druhého manželství. (72)

Samozřejmě i v situaci, kdy jeden partner odešel z rodiny, může být snaha osamělého rodiče udržet rodinnou identitu a pomoci dětem vyrovnat se se situací úspěšná. Záleží na osobnosti rodiče a na dostatečné vnější podpoře. (72)

1.3.1. Rodina dítěte s postižením

Rodina určuje sociální status dítěte. Dítě si prostřednictvím rodiny uvědomuje své místo a svou roli ve společnosti. Rodina tvoří jakýsi mikrosvět, ve kterém si dítě osvojuje základní vzorce chování, návyky, dovednosti a strategie, které jsou rozhodující pro jeho orientaci ve společnosti a ve vztazích. (9)

Všichni rodiče, kteří se těší na narození svého dítěte, chtějí mít zdravé a někdy přímo „perfektní“ dítě. Mnoho rodičů má ještě před narozením dítěte již utvořenou

představu o tom, jak má jejich dítě vypadat a čím se má v budoucnosti stát. Zvláště patrná jsou tato očekávání u rodičů, jejichž cíle a ambice se nenaplnily, a tak si vědomě nebo podvědomě přejí, aby alespoň děti splnily jejich očekávání. Významnou roli zde sehrává i společenské prostředí, které mívá určitou představu o „správném dítěti“. (63)

Narození dítěte s postižením pak pro rodinu znamená ve většině případů šok. Situace rodiny se pak odvíjí od toho, jak narození dítěte s postižením rodina prožívá a zpracovává. Samozřejmě zřetel je třeba brát i na rámcové podmínky dané společností. (59)

Podle Vágnerové: „Rodina s postiženým dítětem má jinou sociální identitu, je něčím výjimečná. Tato spíše negativně hodnocená odlišnost se stává součástí sebepojetí všech jejích členů: rodičů i zdravých sourozenců. Existence postiženého dítěte je příčinou toho, že se určitým způsobem mění životní styl rodiny, protože musí být přizpůsoben jeho možnostem a potřebám. V důsledku toho se změní i jejich chování, nejen v rámci rodiny, ale také ve vztahu k širší společnosti, kde se tito lidé mohou v rámci obranných reakcí projevat jiným způsobem než dřív.“ (83)

Rodina dítěte s postižením je postavena do situace, kdy se tedy podstatně mění hodnoty, potřeby a role. Je to období zvyšujících nároků na její dobré fungování, protože dítě s postižením vyžaduje přístupy, které rodina nezná. Někdy může dojít i ke snížení sebedůvěry rodičů nést odpovědnost za vývoj a výchovu svého dítěte. (14)

Vstup dítěte s postižením do rodiny vyvolává specifický stres. Významnou roli zde hraje fakt, zda dítě s postižením přichází do rodině v období relativní stability či nestability. Negativně bývají ovlivněny především manželské vztahy. Nemalý dopad má tato situace i na sourozence. (58) Je to období, kdy partnerský vztah se kvůli problémům s dítětem ocitne pod tlakem. Rodiče jsou unaveni po fyzické, psychické i citové stránce a právě tato únava a stres může narušit jejich vzájemný vztah. Někteří partneři před sebou tají své pocity, ztrácí se vzájemný kontakt a komunikace. Partneři vedle sebe žijí jako dva cizí lidé. Celá tato situace pak bývá důvodem rozpadu manželství. (21)

Obecně zde platí, že manželé by si měli být vzájemnou oporou. A jim by měli být oporou zase jejich rodiče. Často se však hledá viník v jednom z rodů. V tomto okamžiku by si členové rodiny měli uvědomit, že každý z rodičů má díl odpovědnosti k tomuto dítěti s postižením, ale také k druhému manželovi a případně druhým dětem, pokud v rodině jsou. (42)

Všechno toto dohromady se projeví jako nová mimořádná zátěž, s níž se rodiče a ostatní nejbližší musí co nejdříve vyrovnat. Proto právě v tomto období zasluhuje rodina nejvyšší ohled a taktní pomoc od svého okolí. (40)

Je také důležité, aby péče o dítě s postižením nebyla rodinou přijímána jako neštěstí či pomsta osudu, ale spíše jako „životní úkol“. Znamená to rozdělovat si od počátku práci s dítětem a zapojovat do ní všechny členy rodiny. (42)

Život rodiny s postiženým dítětem není lehký. Omezující jsou překážky všedního dne, ale hledat je lze i v hodnotové orientaci. Při narození dítěte s postižením je téměř nezbytná péče a podpora poskytovaná rodině. Stejně tak je důležitá i spolupráce s rodinou. (89)

1.3.2. Rodiče dítěte s mentálním postižením

Nejpřirozenějším prostředím pro vývoj dítěte s mentálním postižením je rodina, neboť mu může poskytnout pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability a mnoho dalších podnětů pro jeho další rozvoj. (79)

Narození dítěte s mentálním postižením bývá považováno za velmi traumatizující skutečnost, zejména v případě narození dítě s těžkým stupněm mentálního postižení. (79)

Matoušek uvádí: „Traumatizována je především matka, která malé dítě vždycky bere jako součást sebe samé. Psychoanalytici mluví o *narcistickém traumatu* matky, které je psychologicky srovnatelné s traumatem po zohydňujícím úrazu. Matka vždy nevědomky uznává rovnici mezi svými kvalitami a kvalitami svých dětí. Narodí-li se jí „nepovedené dítě“, logicky se sama cítí nepovedená jako matka i jako žena.“ (45)
U otců dětí s postižením stoupá tendence k řešení problémů v rodině rozvodem. (45)

Reakce rodičů na postižení jejich dítěte a způsob zvládnání této situace závisí na mnoha okolnostech. Tyto reakce jsou ovlivněny i postoji společnosti, v níž rodiče žijí. S negativními postoji se mohou setkat zejména v případech, kdy se jedná o postižení vrozené a nápadné, jehož původ nelze jednoduše vysvětlit. (83)

Obecně poznání rodičů, že s jejich dítětem není něco v pořádku, znamená obvykle šok. Pocity radosti a nadějí jsou vystřídány úzkostí, strachem a nezřídka i pocity viny za to, že jejich dítě není stejné jako ostatní. V narození dítěte vidí většina lidí obrovskou „nespravedlnost“. Důležité pro vývoj dítěte je, aby rodiče nakonec našli sílu přijmout jej takové, jaké je. Pokud se rodiče nedokáží vyrovnat s faktem, že jejich dítě je postižené, mívají tendenci umístit ho do ústavní péče. Druhým extrémním postojem je snaha uchránit dítě před vším „zlým“, což je často spojeno s izolací od společenského okolí. (79)

Na vyrovnání se vzniklou situací má také vliv způsob, jakým jsou rodiče o postižení svého dítěte informováni. Jednou možností je sdělení pravdy, možností druhou je „milosrdná lež“. Jankovský uvádí, že „citlivé a vyvážené informování rodičů o aktuálním zdravotním stavu jejich dítěte je z psychologického hlediska mnohem přijatelnější, neboť vytváří základní předpoklad pro přijetí takového dítěte včetně vzniklého problému (postižení)“. (79) Mnohé průzkumy dokazují, že většina rodičů dává přednost tomu, dozvědět se to co nejdříve; společně; a aby bylo dítě v té chvíli u toho. Samozřejmě nejde jen o způsob sdělení, ale také o jeho obsah. (70)

Proces akceptace dítěte s postižením je u jednotlivých rodičů různý. Obecně se však dá říci, že prochází pěti typickými fázemi (podle Vágnerové):

1. *Fáze šoku a popření.* Je to první reakce na skutečnost, že dítě není zdravé. Je pro ni charakteristický výrok: „To není možné, to nemůže být pravda.“ Šok se pak projevuje strnutím a neschopností jakékoli reakce. Je to doba, kdy rodiče nechtějí slyšet nic o možnostech péče a výchovy svého dítěte. Reakce rodičů jsou ovlivněny i způsobem, jakým se o postižení dozvěděli.
2. *Fáze bezmocnosti.* V této fázi nevědí rodiče, jak danou situaci řešit, co by měli dělat. Prožívají zde pocity viny vztahující se k dítěti a pocity hanby vztahující se

k očekávaným reakcím jiných lidí. Mívají ambivalentní prožitky; na jedné straně se bojí zavržení, na straně druhé očekávají pomoc.

3. *Fáze postupné adaptace a vyrovnávání s problémem.* Pro toto období je typický zvýšený zájem o informace; rodiče se chtějí co nejvíce dozvědět o postižení a o možnostech péče do budoucna. Vzhledem k emočnímu vyladění rodičů dochází často ke zkreslení. V této fázi se objevují obranné reakce, které se vztahují především k předpokládané příčině postižení. Rodiče volí různé způsoby zvládnání této tíživé situace: aktivní nebo pasivní. Aktivní způsob se projevuje tendencí bojovat s nepříjemnou situací, hledáním pomoci. Zatímco pasivní způsob je charakterizován útekem ze situace, kterou nemohou zvládnout nebo se s ní nedokáží ještě vyrovnat.
4. *Fáze smlouvání.* V této fázi rodiče akceptují, že je dítě postižené, ale mají také tendenci získat alespoň malé „zlepšení“. Jedná se o určitý kompromis, o signál v přijetí dříve zcela odmítané skutečnosti. Toto období je spojeno s dlouhodobým stresem, únavou a vyčerpáním.
5. *Fáze realistického postoje.* Rodiče postupně akceptují, že jejich dítě je postižené a přijímají je takové, jaké je. Ke smíření s postižením dítěte však nedochází ve všech případech. (83)

První reakcí na sdělení je pocit rodičů, že se jim zhroutil svět. Tento stav šoku může trvat u rodičů různou dobu, což může být pak příčinou neblahých rodinných konfliktů. Brzy však nastupuje druhé období, kdy se v člověku vzbouří obranné tendence. I tyto reakce mohou mít mnoho podob a trvat u partnerů různě dlouho. Jedním z obranných mechanismů projevujících se u rodičů dětí s postižením je tzv. popření, kdy si nechtějí připustit danou skutečnost a odmítají ji. Jiným častým mechanismem je hledání viny, kdy člověk zaměřuje své myšlenky a svou agresi jiným směrem. Podobným mechanismem je vztažení viny na sebe sama, což je prožíváno jako znehodnocení vlastní rodičovské role. Až po překonání těchto obranných tendencí, nastupuje proces přijetí dítěte takového, jaké je. Důležitou součástí pak je, aby rodiče

přijali i sami sebe v roli rodičů a vychovatelů. (43) Matějček vytvořil pro rodiče dětí s postižením tzv. „desatero rad“, jak zvládat postižení svého dítěte (viz. příloha č.2).

Rodiny s dětmi s mentálním postižením potřebují pomoc a podporu společnosti. Rodina potřebuje dostatek odborných informací o postižení jejich dítěte a o jeho dalším vývoji. Rodiče se musí přizpůsobit zvýšeným nárokům na výchovu svého dítěte. Pomocí jim může být i síť „odlehčujících služeb pro rodiče dětí s mentálním postižením“, která pomáhá vést co „nejnormálnější“ rodinný život. (78)

Samozřejmě důležitou roli zde sehrává i samotný partnerský vztah obou rodičů, jejich vzájemná pomoc a pochopení. Je důležité, aby výchova a péče byla rozdělena mezi oba partnery. Není správné, aby matky převzaly veškerou zodpovědnost za dítě, neboť tento postoj může vést ke vzdalování otce od dítěte a jeho znejistění v roli otce. Právě okruh blízkých zajišťuje dítěti možnost rozvoje a sociálních interakcí. (78)

1.3.3. Výchova rodičů dítěte s postižením

Již dlouhou dobu se vedou debaty o tom, kdy začít dítě vychovávat. Již od poloviny minulého století převažuje názor, že vyvíjející se plod je v kontaktu a v součinnosti nejen s matčinými tělesnými pochody, ale i s její psychikou. Dítě je tedy v jistém smyslu vychováváno už během těhotenství. Avšak dříve před tím přišli psychologové na to, že způsob, jakým se rodiče chovají k dítěti a tedy jak ho vychovávají, je ovlivněn jejich tzv. *rodičovskými postoji*, které se vytvářejí už dříve. Rodičovské postoje prochází dlouhým vývojem. Jejich začátek lze spatřit ve vlastní (původní) rodině a ve zkušenosti s vlastními rodiči. V jejich utváření působí také osobnost rodiče (vychovatele), citový a psychosociální vývoj, systém hodnot, inteligence, vzdělání a další. (39)

Výchovné postoje rodičů dítěte s postižením jsou ve větší míře výsledkem nějaké sociální zkušenosti, ale i obranných reakcí, kterými se rodiče více či méně snaží zvládnout tuto situace. Pravděpodobně i z tohoto důvodu mívají jejich postoje „extrémnější“ charakter. (82)

Narození dítěte s mentálním postižením a jeho přítomnost v rodině znamená velkou změnu jejich dosavadního stylu života. Rodiče se musí přizpůsobit zvýšeným

nárokům na výchovu. Měli by přijmout určité požadavky na výchovu svého dítěte, což s sebou často nese vzdání se některých zvyklostí běžného dne. Také důležité je, aby péče a výchova o dítě byla rozdělena mezi oba partnery. Často se stává, že veškerou zodpovědnost na sebe přebírají matky. (78)

Pro rodiče není lehké posuzovat své chování k dítěti. Často si kladou otázky, zda to dělají správně, zda na dítě nekladou velké nároky apod. Samozřejmě na tyto otázky neexistují všeobecné odpovědi. Je dobré, aby si vzájemně důvěřovali, případně se poradili s odborníky. (78)

Rodiče dětí s mentálním postižením by měli přijmout představu, že jejich dítě se vyvíjí svým tempem a jinak než ostatní děti. Vývoj intelektových schopností dítěte zpravidla končí dříve a od staršího školního věku jich přibývá již jen málo. Ale i s touto úrovní bude dítě získávat další zkušenosti a dovednosti a naučí se s nimi zacházet. Problémem jsou právě rodiče, kteří stále doufají v rychlý a zázračný vývojový pokrok dítěte. V některých případech pak svému snažení kladou zcela nerealistické cíle a bývají pak znovu zaskočeni zklamáním. Někdy se naopak stává, že dítě příliš rozmazlují a ochraňují, nedopřejí mu dostatek možné samostatnosti, čímž se jeho vývoj také zpochďuje. (41)

Jak již bylo uvedeno, rodiče dětí s postižením (zejména vážnějším) budou mít více obtíží, aby si zachovali vyrovnaný a důsledný přístup k výchově. (58)

Jedním z častých výchovných postojů rodičů je *nadměrné ochraňování*. Dítě je chráněno před různými riziky. Na druhé straně je tímto postojem ohrožován vývoj dítěte, neboť se tím nesměruje k co největší autonomii, ale naopak. V tomto případě bývá výchova také až příliš povolná a je plněn každý rozmar dítěte ze strachu, aby se nějak nerozrušilo a jeho stav se nezhoršil. (58)

Dalším typem je *emoční odmítání*, kdy rodiče pocítují, že jim dítě přináší plno obtíží, a tak se do jejich vztahu k němu mísí podrážděnost až vyložený odpor. Rodiče si často odmítání svého dítěte nepřiznají či si je neuvědomují, ale projevují je svou nedůtklivostí, předrážděností, kritikou nebo neúměrnými požadavky. Takovéto emoční odmítání narušuje proces socializace dítěte. (58)

Často se objevuje u rodičů také tzv. *ambivalentní postoj*, což znamená, že se oba výše uvedené extrémní postoje prolínají. U rodičů je možné vidět netrpělivost a hostilitu, které jsou následovány pocity viny a snahou odčinit negativní projevy. Někdy je tento postoj vyjadřován nadměrným ochraňováním ze strany matky, což kontrastuje s odmítáním či lhostejností otce. Odlišné přístupy rodičů pak nepříspěvají vývoji dítěte. **(58)**

Matějček pak uvádí jiné rozdělení „nevhodných“ výchovných postojů rodičů ke svým dětem (i zdravým). Výchovné styly rodičů rozděluje takto:

1. Výchova rodičů je příliš *úzkostná*. Rodiče až nezdravě na dítěti lpí, ochraňují ho, a to zejména ze strachu, aby si dítě neublížilo.
2. *Rozmazlující* výchovou rodiče brání dítěti ve společenském osamostatňování. Rodiče na dítěti až nezdravě citově lpějí, jsou nadšeni každým jeho projevem.
3. *Perfekcionistická* výchova znamená přílišnou snahu rodičů po „dokonalosti“. Rodiče se snaží, aby dítě bylo úspěšné a nehledí na jeho reálné možnosti.
4. Výchova *protekční* znamená, že se rodiče snaží, aby jejich dítě dosáhlo hodnot, které jsou „výhodné“ pro další život.
5. S výchovou *zavrhující* se setkáváme spíše v různých skrytých než zjevných formách. Dítě svou přítomností připomíná nějaký nezdár či úzkost.
6. Výchova *zanedbávající* se projevuje také spíše ve skryté podobě. Míra zanedbávání může mít různou intenzitu. **(40)**

Dítě s postižením v rodině může být příčinou takových extrémních postojů. Tyto postoje a očekávání se však mohou projevovat i ve vztahu ke zdravým potomkům. Na jedné straně se objevuje koncentrace pozornosti a zájmu na dítě s postižením, kdy zdravému dítěti nevěnují dostatečnou pozornost, ale očekávají od něj zralejší chování (než odpovídá jeho vývojové úrovni). Na druhé straně mohou rodiče svou pozornost koncentrovat na zdravé dítě, což může sloužit jako kompenzace neuspokojení, které přináší dítě s postižením. Nebezpečím je, že rodiče budou na zdravé dítě klást zvýšené nároky, které nebude schopné zvládnout. **(83)**

1.3.4. Sourozenci dítěte s postižením

Vztah mezi sourozenci může být důležitou součástí života každého člověka. Sourozenci většinou sdílejí stejné rodinné zkušenosti a vytváří mezi sebou zvláštní vztah, který může trvat celý život. Vztah mezi sourozencem s handicapem a bez handicapu může být stejný jako mezi zdravými dětmi; často se to odvíjí od typu postižení. Způsob, jakým se sourozenecký vztah rozvíjí může ovlivnit situaci a okolnosti v rodině. **(5)**

Sourozenci dítěte s postižením prožívají situaci příchodu jejich bratra či sestry do rodiny často velmi těžce. Je přirozené, že se cítí být opomíjeni nebo žárlí. Tyto děti si vytváří vlastní vztah k sourozenci s postižením a ke svému životu mimo rodinu. Obvykle pociťují velmi silné a rozporuplné emoce, se kterými se musejí neustále vyrovnávat, a které se navenek mohou projevit nevhodným a rušivým způsobem. Sourozenci trpí na jedné straně pocity méněcennosti, strachu, odporu, viny a na straně druhé cítí lásku, hrdost, sounáležitost a potřebu ochraňovat. Důležité je v této situaci umět dítěti naslouchat a poskytnout mu odezvu plnou porozumění a podpory. **(21)**

V rodině dítěte s postižením obvykle dochází k tomu, že část úkolů spojených s dítětem s postižením se přenáší i na jeho sourozence. Patrné je to zejména tam, kde oba rodiče pracují, pak sourozenci přebírají část péče. V některých případech dochází i k dohodě, že až to bude potřeba, tak sourozenci převezmou péči o sourozence s postižením, což může vést i ke konfliktům v rodině. **(58)**

Jsou to především starší sourozenci, kteří pomáhají s péčí o svého bratra či sestru s postižením. Tímto zaangażování a obeznámením s problémy výchovy se rodiče snaží vyhnout pozdějšímu problému „pocitu izolovanosti“. **(78)**

Role sourozence dítěte s postižením je tedy náročnější a představuje určitou zátěž. Zdravé dítě může nést stigma rodiny jako své vlastní. Toto vědomí odlišnosti rodinné konstelace pak ovlivní postoje a chování zdravého dítěte, a to v pozitivním či negativním směru. **(83)**

Zdravý sourozenec se může stát stabilní součástí života dítěte s postižením, neboť mu předává značnou část zkušeností. Někdy dochází k postupnému přijetí

dominantně-ochranitelské role u zdravého dítěte. Tento postoj může mít samozřejmě i negativní důsledky. **(83)**

Pokud je dítě s postižením vychováváno pouze v rodině, bývá i ve svých hrách odkázáno na sourozence. Zdravý sourozenec pro něj bývá zdrojem poznání. Děti s postižením se právě od sourozenců lépe učí návykům, hodnotám a postojům. Pod vlivem této role mohou zdraví sourozenci být zralejší a zodpovědnější. **(58)**

Jiná situace nastává, když zdravé dítě pociťuje, že jeho sourozenec je více privilegován, jakékoliv jeho projevy jsou všeobecně tolerovány. Zdravý sourozenec si pak brzy uvědomí rozdíl v přístupu rodičů. Podvojnost měřítek může vést k tomu, že se zdravé dítě bude cítit znevýhodněno. **(83)**

1.4. Historický vývoj péče o osoby s mentálním postižením a jinou duševní poruchou

Péče o osoby s mentálním postižením se odehrávala v jednotlivých etapách společenského vývoje v úzkém sepětí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní té doby. **(60)**

Každá společnost si ve své kultuře stanovuje určitý ideál, který odpovídá jejím potřebám, náboženským a filozofickým základům. Z toho pak vyplývají i základní normy toho, co je přijatelné, žádoucí či normální. Pak ti, kteří nejsou stejní jako ostatní a nějakým způsobem se odlišují, jsou zpravidla vnímáni jako cizí, ohrožující nebo nebezpeční. **(86)**

Na postoj k postiženým měl však vliv i tlak vnějších okolností, zejména ekonomických. Neboť kvalita každého člena skupiny je měřena jeho možným přínosem pro skupinu. **(86)**

V předcivilizovaných společnostech byl handicapovaný člověk na jedné straně podporován pro svou příslušnost ke skupině (rod, klan), což bylo spojeno s představou mýtického společného předka bdícího nad všemi potomky; na druhé straně mohl být obětován pro odvrácení nebezpečí hrozícího komunitě. **(47)**

V době prvobytně pospolné společnosti převažovalo u lidí magické myšlení a strach z nadpřirozena. Péče o postižené tedy spočívala v magických ochranných symbolech. U osob s mentálním postižením byl častým způsobem léčby exorcismus, tedy vyhánění ducha. V období prvních civilizací se pak léčba odehrávala převážně v chrámech. **(60)**

Z pohledu historie nejranější zmínka o mentálním postižení byla nalezena v egyptském Thébském papyru z roku 1552 před Kristem. Následně v průběhu celého historického vývoje byl postoj k osobám s mentálním postižením značně ambivalentní. Jedinci s mentálním (i jiným) postižením byli již v dětském věku usmrčovani, byli zneužíváni či sloužili jako dvorní šašci; ale na druhou stranu byli i ochraňováni. Někteří lidé je přijímali jako ty, kdo potřebují pomoc a ochranu; jiní je zavrhovali jako méněcenné, či dokonce nebezpečné bytosti. **(83)**

Za první doloženou duševní poruchu v literatuře je považována deprese popsaná v lékařském dokumentu tzv. Eberova papyru přibližně z roku 1900 před Kristem. Stejná porucha zužovala i krále Saula a Davida. První preventivní opatření duševních poruch je známé již z roku 800 před Kristem jako tzv. Lykurgovo opatření, podle něhož má požívání lihovin neblahý vliv na potomstvo. Zakazoval tedy požívání alkoholu hlavně v den svatební noci, neboť v ten den docházelo k početí. **(51)**

V samotném starověku se v důsledku vzniku třídní společnosti mění i náhled na postižené. Na jedné straně zde byla péče rodiny, na straně druhé vyobcování ze společnosti, které často vedlo k smrti postiženého. **(60)**

Celá starověká společnost byla „mentálně nastavena“ tak, že jako problematický byl vnímán až člověk s hlubším mentálním postižením, neboť to je často kombinováno s jiným typem postižení. Zatímco člověk s lehkou mentální retardací nebyl vnímán jako mentálně postižený. **(51)**

Právě antické Řecko a Řím kladlo ve své kultuře důraz na soulad krásy těla a ducha (kalokagathia) a hodnota člověka byla posuzována podle těchto kritérií. **(86)**

Antická společnost měla ale na druhou stranu rozsáhlou teorii duševních poruch (mánie, melancholie atd.), které byly vykládány různými školami. Např. Hippokrates dokazoval, že mentální onemocnění vzniká z poruch mozku. Z historie je však nejvíce

známa spartská skála Tajget, na jejímž úpatí končil život těch dětí s postižením, které otec nezvedl z prahu svého domu. Tuto tradici převzali od Řeků i Římané, kteří nahradili skálu řekou Tiber. (51) Na druhou stranu v Řecku vznikají i léčebné ústavy, tzv. asklepiony, kde péči zajišťovali lékaři a kněží. (60)

V době středověku je patrný ambivalentní postoj k duševně postiženým. Z jedné strany na ně bylo pohlíženo jako na „bláznů a šílence“, na něž shlédli bůh a byli považováni za šťastlivě vyvolené. Na straně druhé byli chápáni jako „d'áblové zplození“. (51)

S přibývajícím vlivem křesťanství však vznikají hospitaly, což byly nemocniční zařízení při kláštorech, určené pro staré, nemohoucí a duševně nemocné. V této době stále převládal názor, že duševní choroba je trest boží. Toto pojetí přetrvávalo v Evropě téměř až do 19. století. (60)

I u nás nejstarší organizovanou pomoc potřebným poskytovala církev. Postupně se tato péče stala předmětem činnosti náboženských obcí řeholních řádů a jejich klášterů. Jednalo se především o nemocnice a útulky pro chudé, zmrzačené, postižené, nemocné a další. Některé řády se na pomoc handicapovaným přímo specializovaly. V péči o nemocné a postižené se angažovaly převážně ženské řády, hlavně řeholní společnosti milosrdných sester. (22)

Vedle klášterních hospitalů (roku 520 v Lyonu, později Paříž atd.), kde o postižené pečovali mniši s jistou medicínskou průpravou, vznikají v Byzancii (Cařihrad, Jeruzalém) podobná zařízení, avšak světské povahy. (51)

Renesance se snaží pomocí věd bojovat proti pověrám a čarodějnictví. I přesto dochází k vyčleňování jedinců s mentálním postižením ze společnosti. Z této doby jsou známé tzv. lodě bláznů, které měly izolovat duševně postižené ze společnosti lidí „zdravých“. (60)

Období renesance však také přineslo první klasifikaci duševních poruch, v níž jsou poruchy intelektu odděleny od ostatních duševních poruch. Dokumentuje to dílo basilejského lékaře Felixe Plattera (17. století) nazvané „Pojednání o nemocech ducha“. Jeden z největších humanistů té doby J. A. Komenský ve svých dílech pak hájil nutnost vzdělávat všechny děti bez ohledu na typ a stupeň jejich postižení. (51)

V důsledku reformací je vytvářen i tlak na stát, aby se zabýval handicapovanými a chudými. Poté absolutistické monarchie dané doby začínají prosazovat zesvětšťování a centralizace. U nás např. na sklonku 18. století to jsou Josefínské reformy, které vedly ke zrušení mnoha klášterů. Stát tak určitým způsobem začíná kontrolovat péči o handicapované. **(22)**

Během osvícenství vznikají, místo lodí bláznů, velké intervenční budovy, špitály, které nebyly lékařskou, ale polosoudní institucí. S osobami s mentálním postižením se jednalo jako s vězni. **(60)**

S dobou osvícenství a novým chápáním lidských práv (Deklarace práv člověka z roku 1793) však přichází i změny v přístupu k jedincům s duševním postižením. Změny jsou spojeny hlavně se jménem zakladatele moderní psychiatrie Filipa Pinela, který docílil toho, že postiženým byly sejmuty okovy, kazajky a dozorcům odejmuty biče. Nejznámějším pokračovatelem Pinela byl Dominik Esquirol, který vymezil idiocii jako stav (charakterizovaný vrozeným a trvalým nedostatkem rozumových schopností), imbecilitu jako lehčí formu slabomyslnosti a nejmírnější formu nazval rozumovým opožděním. Za zakladatele psychopedie a péče o slabomyslné v Evropě a USA lze pak považovat lékaře Eduarda Sequina (19. století), který vytvořil systém výchovy o slabomyslné. Další vývoj péče o lidi s mentálním postižením je spojen se jmény reformních pedagogů, např. Ovid Decroly v Belgii, Marie Montessori aj. **(51)**

Pro území českých zemí byl významným dokumentem ještě před Josefínskými reformami „Všeobecný (tereziánský) školní řád“ z roku 1774, který řešil školní docházku dětí. Jeho autorem byl J. A. Felbiger, který říkal, že žáci s malým nadáním by neměli být za své výkony trestáni a měli by být přítomni výuce. Dalším dokumentem byl pak v roce 1863 „zákon o domovském právu“, který ustavuje nárok postižených na sociální pomoc. V praxi to znamenalo rozvoj zemských ústavů pro duševně, tělesně a smyslově postižené. **(51)**

Na Západě v první polovině 19. století se začínají rozvíjet i charitativní aktivity. Tento rozvoj je spojen s nástupem industriální civilizace, přičemž nositeli většiny charitativních aktivit byli příslušníci vyšších a středních vrstev. V naprosté většině

to byly ženy, motivované křesťanským soucitem. Je to také doba, kdy v Západní Evropě a USA vzniká sociální práce jako samostatná profesní specializace. **(48)**

Na počátku 19. století dochází i ke specializaci ústavů, vznikají nové instituce – nemocnice, trestnice, polepšovny aj. Zřizování a vedení ústavů na přelomu 19. a 20. století bylo v Rakousku-Uhersku záležitostí spolkovou, církevní, popř. soukromou. Ústavy byly řízeny lékaři, pedagogy či milosrdnými sestrami. Stát ústavy zřizoval až později. **(51)**

V Čechách se péči o slabomyslné začal věnovat MUDr. Karel Amerling se svou ženou Františkou Svatavou. V roce 1866 byl v Praze jejich přičiněním založen kroužek katolických dam, Spolek sv. Anny, který měl financovat a mravně podporovat péči o „slabomyslné“ děti. **(4)**

V roce 1871 je v Praze založeno Ernestinum, ústav pro mentálně postižené, jehož zakladatelem a prvním ředitelem byl právě doktor Karel Slavoj Amerling. **(60)** Velkou zásluhu na udržování ústavu měly také milosrdné sestry („Sv. Kříže“, „Školské sestry sv. Františka kongregace Neposkvrněného početí“), které byly odborně vzdělány. Vychovávaly, vyučovaly a všestranně se staraly o chovance ústavu. **(4)**

Na Moravě fungoval např. ústav sester Dominikánek v Brně (Veveří), ve Střelcích u Brna a v Klimkovicích ve Slezsku. V Opavě se staraly o ústav pro výchovu slabomyslných dětí „Mariánské sestry“. Poté byl ještě založen ústav ve Šternberku, ve kterém pečovaly o své chovance „Sestry sv. Františka z Kongregace Neposkvrněného Početí“. Z toho je patrné, že péči o slabomyslné zajišťovala v ústavech převážně katolická církev. **(4)**

V roce 1905 umožnil „Řád školní o vyučování“ zřizovat zvláštní, pomocné či podpůrné třídy, které mohly navštěvovat vedle dětí se smyslovým postižením i děti méně nadané. **(22)**

Další postavou spojenou s Ernestinem byl na počátku 20. století lékař a pedagog Karel Herfort, který prosadil individuální přístup k chovancům a prohloubil jejich výuku. Jeho spolupracovníkem byl zakladatel našeho speciálního školství Josef Zeman, s jehož jménem je spojen „zákon o pomocných školách“ z roku 1921.

Tento zákon zařadil pomocné školy do školského systému. Dalšími významnými osobnostmi v péči o slabomyslné byl např. Jan Mauer, František Čada aj. (22)

Sociální péče o osoby s postižením v době první republiky byla zajišťována kombinací veřejnoprávních institucí. Zakládány byly také dobrovolnické organizace se sociálním zaměřením. (22)

Období po druhé světové válce a nastolení komunistického režimu je u nás spojeno se změnami v sociální politice. Začal se uplatňovat model centrálního plánování i v oblasti sociální péče. V roce 1948 byly státem převzaty všechny ústavy řízené do té doby církví. (77)

Tato doba s sebou přinesla i několik legislativních změn. Jednalo se o „zákon o jednotném školství“ z roku 1948, který umožňoval zřizování státních škol pro mládež „tělesně, duševně a mravně vadnou a s vadami smyslů“. V roce 1953 byl vydán „školský zákon“, na jehož základě vznikly zvláštní učňovské školy. Zákon z roku 1960 pak rozšiřuje síť speciálních škol o speciální mateřské školy. Výraznými osobnostmi té doby jsou Miloš Sovák a František Kábele, profesori speciální pedagogiky. Dalšími významnými osobnostmi ovlivňujícími tuto oblast speciální pedagogiky i po roce 1989 jsou např. J. Jesenský, J. Kysučan, I. Švarcová, S. Langer a další. (51)

Po roce 1989 nastal značný rozvoj v oblasti péče o osoby s mentálním postižením, hlavně díky rozvoji nestátního sektoru. Také byl překonán mýtus o „nevzdělatelnosti“ jedinců s mentálním postižením, což se týkalo především klientů ústavů sociální péče. Vznikala specializovaná zařízení a třídy pro jednotlivé typy a stupně postižení. Velký důraz je kladen na inkluzi osob s postižením. (51)

1.5. Práva osob s mentálním postižením

Velká část dnešní společnosti si stále není vědoma schopností a dovedností lidí s mentálním postižením a také jejich práv. Často se jim nedostává úcty, na níž mají jako občané nárok; a ani dostatku podpory potřebné k tomu, aby svých práv využívali. (34)

Lidé s mentálním postižením mají stejná práva, zákonná, společenská i lidská, jako ostatní občané. Lidem s tímto postižením by měla být dána podpora a ochrana

k plnému zajištění práv a povinností, pokud to potřebují. Jejich práva by bez řádného soudního procesu neměla být nikdy omezována. (34)

Také proto všechny současné dokumenty právní povahy odrážejí filozofii, že člověk s mentálním postižením je předmětem sociálních práv. V praxi se to projevuje snahou o trvalé zlepšování životních podmínek, zajišťování rovnoprávného postavení a naplnění základních a specifických potřeb osob s mentálním postižením. Do všech dokumentů začínají být tedy zakomponovány současné trendy: personalizace, normalizace, partnerství, decentralizace, deinstitucionalizace, koordinace a integrace/inkluze. (12)

Na lidi s mentálním postižením se tedy vztahují veškerá lidská práva jako na všechny ostatní.

Lidská práva jsou obvykle charakterizována jako práva, která lidem dovolují rozvíjet a využívat jejich možnosti a schopnosti a uspokojovat základní materiální a duchovní potřeby. Žít tedy takovým životem, v němž bude chráněna a respektována hodnota a důstojnost člověka. (79)

Zájem o lidská práva se začal rozvíjet již po první světové válce. V roce 1924 byla Společností národů přijata „Ženevská deklarace práv dítěte“. Po druhé světové válce přijalo OSN „Všeobecnou deklaraci lidských práv“, jejíž základní myšlenkou je uznání základní důstojnosti, rovnosti a nezadatelných práv všech členů rodiny. V roce 1959 pak OSN vyhlásila a přijala „Deklaraci práv dítěte“ (Charta práv dítěte), která vycházela z Ženevské deklarace (viz. příloha č. 3). (79)

V šedesátých letech pak byla ustanovena Evropská liga společností mentálně handicapovaných, která si stanovila za cíl „hájit zájmy mentálně postižených bez ohledu na národnost, rasu či přesvědčení“. Jedním z hlavních požadavků také bylo, aby společnost poskytovala lidem s mentálním postižením služby na základě jejich práv (ne dobročinnosti).

V roce 1961 byla přijata „Evropská sociální charta“, ve které byli výslovně zmiňovány osoby s postižením jako nositele lidských práv. Tento dokument vycházel z představy, že lidé s postižením potřebují především péči a pomoc nepostižených občanů. Vyplýval zde i požadavek budování speciálních zařízení pro osoby

s postižením. Tento koncept byl však mnohými hnutími postižených kritizován; uváděli, že dokument vychází z představy, že lidé s mentálním postižením nejsou schopni samostatného života. Někteří členové hnutí však zastávají názor, že speciální potřeby osob s postižením mají být uspokojovány v rámci veřejných služeb. (79)

V prosinci 1971 přijalo Valné shromáždění OSN „Deklaraci práv mentálně postižených osob“ (viz. příloha č. 4). Přibližně ve stejné době se ve Švédsku zaktivizovala skupina mladých lidí s mentálním postižením, aby upozornila na své právo na sebeurčení, na možnost činit vlastní rozhodnutí a na větší míru své nezávislosti. Od té doby se lidé s mentálním postižením účastnili řešení svých záležitostí. (79)

Rada Evropy v roce 1987 přijala „Evropskou konvenci o prevenci týrání a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání“, jejíž cílem je posílení ochrany před týráním a ponižujícím zacházením. Na základě tohoto dokumentu byl založen Evropský výbor pro prevenci týrání, jehož úkolem je sledovat dodržování lidských práv v institucích, kde jsou umístěny osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům. (79)

V roce 1996 v Helsinkách delegáti 10. světového kongresu Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentálního postižení z jedenácti členských států Inclusion international vyhlásili a deklarovali „Helsinskou deklaraci o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením“ (viz. příloha č. 5). Jsou v ní obsaženy principy týkající se ochrany práv a důstojnosti osob s mentálním postižením. (78)

V České republice vešla v únoru roku 1991 v platnost „Úmluva o právech dítěte“, která se vztahuje i na děti a mládež s mentálním postižením. (79)

Dalším důležitým dokumentem jsou „Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením“, která byla schválena Valným shromážděním OSN v prosinci 1993. Tato pravidla upozorňují na důležité oblasti pro kvalitu života osob se zdravotním postižením osob a pro dosažení plného zapojení a rovnosti. Nemají sice platnost mezinárodního práva, ale jsou základem pro odbornou a technickou spolupráci mezi státy. U nás tato pravidla vydalo Sdružení zdravotně postižených v ČR v roce 1997. (79)

Ve stejném roce se v Praze konala konference K97 „Lidská práva pro osoby s mentálním postižením“, které se zúčastnilo mnoho představitelů různých organizací zabývajících se otázkami lidských práv lidí s postižením. (79)

Novým právním dokumentem, který v České republice v roce 2007 vešel v platnost je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Hlavním cílem tohoto zákona je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti. (76)

1.6. Vzdělávání osob s mentálním postižením

Podle „Evropské dohody o lidských právech“ (protokol 1, článek 2) nesmí být žádnému jedinci upřeno právo na vzdělání. Stejně tak „Dohoda o právech dítěte“ deklaruje právo všech dětí na vzdělání (článek 29). Ve článku 23 je pak uvedeno, že dětem s mentálním postižením by se mělo dostat vzdělání, které povede k dosažení nejvyšší možné úrovně sociální integrace a individuálního rozvoje. (78)

V samotném „školském zákoně“ je pak uvedeno, že vzdělávání je založeno na zásadách rovného přístupu pro každého občana České republiky bez jakékoliv formy diskriminace, a to i z důvodu zdravotního stavu. Tento zákon se věnuje také vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, tedy jedincům se zdravotním postižením, do něhož je zařazeno i mentální postižení. (95)

Úspěch vzdělávání jedinců s mentálním postižením závisí na mnoha faktorech, z nichž k nejdůležitějším patří druh, forma a typ mentální retardace, kombinace s dalším postižením, ale i ochota jedince, rodiny a pedagoga vzájemně spolupracovat. (60)

Vzdělání a výchova jedinců s mentálním postižením je chápána jako celoživotní proces. Základy výchovy a vzdělávání získávají děti s mentálním postižením v rodině, na což pak navazuje celá struktura (speciálních) zařízení, ve kterých je jedinec vzděláván. (33)

Na komplexní péči jedinců v oblasti vzdělávání, výchovy a poradenské činnosti se podílí systém státních škol a zařízení od předškolního věku až do stáří. Vedle těchto institucí pak vznikla i řada alternativních forem pomoci v podobě nestátních organizací – církve, nadace, občanské společnosti apod. **(60)**

Výchovný a vzdělávací proces dětí s postižením se přizpůsobuje úrovni psychofyzického rozvoje žáka. Je zde uplatňován především individuální přístup, který odpovídá vývojovým a osobnostním zvláštnostem dětí. Ve vzdělávacím procesu se využívají speciální učební metody a vhodný výběr učiva, pro což je nutný snížený počet žáků ve třídě. Důležitou součástí je i výběr pomůcek, které ovlivňují proces zapamatování. **(33)**

Významnou roli při vzdělávání dětí s mentálním postižením pak hrají zejména poradenská zařízení, které poskytují odbornou pomoc na podporu vzdělávání a profesní orientaci. Jejich cílem je vytváření podmínek pro rozvoj osobnosti žáků s postižením a harmonizaci vztahu rodiny a školy. Důležitá součást jejich práce je podpora integrace dětí s postižením do běžných škol a tvorba inkluzivního prostředí ve třídách a školách. Integrace by neměla být masovou záležitostí, ale tam, kde je možné zajistit podmínky a splnit kritéria, je třeba ji podporovat. **(3)**

Samotné speciální vzdělávání dětí se zdravotním postižením se pak zajišťuje formou individuální či skupinové integrace nebo ve škole zřízené pro žáky s postižením („speciální škola) nebo kombinací předchozích forem. Forma individuální integrace v běžné škole se upřednostňuje, pokud to však odpovídá potřebám a možnostem dítěte a možnostem školy. Skupinová integrace znamená vzdělávání ve třídě či skupině dětí s postižením, ale v běžné škole. Obě formy integrace jsou možné i ve školách speciálních, ale určených pro žáky s jiným typem postižení. **(93)**

1.6.1. Předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením

Výchova v předškolním věku je pokračováním péče o dítě s mentálním postižením v raném věku. Přejchod od forem rané péče je postupný a začíná zpravidla v třetím roce. **(78)**

Cílem předškolního vzdělávání je podpora rozvoje osobnosti dítěte v tomto věku, tedy zpravidla od tří do šesti (příp. sedmi) let. Také je zaměřeno na osvojení si základních pravidel chování a hodnot. Vytváří určitý předpoklad pro pokračování ve vzdělávání. Dětem se speciálními vzdělávacími potřebami pak poskytuje speciálně pedagogickou péči. **(95)**

Mezi základní veřejná předškolní zařízení patří mateřská škola a mateřská škola speciální. Mateřská škola speciální je určena dětem s mentálním či jiným typem postižení. Další možností pro děti s postižením je individuální integrace do běžných mateřských škol nebo možnost navštěvovat speciální (a specializované) třídy, které jsou zřizovány při běžných mateřských školách. **(54)**

Mateřské školy speciální plní několik funkcí:

- běžnou formativní a informativní funkci - výchova rozumová a řečová, tělesná, mravní, pracovní a estetická ;
- diagnostickou – nutná pro další péči o dítě;
- reedukační - rozvoj postižených funkcí s důrazem na kognitivní procesy;
- kompenzační – rozvoj nepostižených funkcí, např. motorických;
- respitní (v některých případech) – úleva rodičům, kteří pečují o dítě s mentálním postižením. **(51)**

Koncepce mateřských škol speciálních má svoje specifika, která odrážejí a respektují problematiku daného postižení. Dítě v těchto zařízeních získává sociální zkušenosti a základní poznatky o životě kolem sebe. Pro školní úspěšnost je doporučováno, aby dítě navštěvovalo mateřskou školu minimálně jeden rok, neboť pouze výchovou v rodině se nezajistí variabilita sociálních vztahů. **(33)**

Dítě s postižením v rámci předškolního vzdělávání má být vedeno prostřednictvím individuálního plánu. Svým pojetím a výchovným zaměřením má předškolní vzdělávání vliv na pozdější úspěšnost dětí a jejich schopnost společenské integrace. **(33)**

Konkrétně se předškolní vzdělávání u dětí s mentálním postižením zaměřuje na osvojení specifických dovedností (zvládnutí sebeobsluhy a základních hygienických návyků). Pro výchovu a vzdělávání jsou využívány vhodné kompenzační pomůcky.

Podle míry a stupně postižení může být zajištěna i přítomnost asistenta. Obvykle je také snížen počet dětí ve třídě. **(66)**

1.6.2. Školní docházka osob s mentálním postižením

Běžná školní docházka je povinná po dobu devíti školních let, nejvýše pak do doby, kdy žák dosáhne sedmnáctého roku věku. Pokud ani v tomto případě žák nezíská základní vzdělání, může na základě žádosti zákonného zástupce pokračovat do osmnácti let. Ve výjimečných případech lze žákovi s postižením povolit pokračování do dvaceti let věku, pokud jde o přípravu na výkon povolání či pracovní činnosti. Povinná školní docházka začíná v roce, kdy dítě dosáhne šesti let věku, pokud není povolen odklad. Odklad se navrhuje v případě, že dítě není tělesně a duševně přiměřeně vyspělé a požádá-li o to zákonný zástupce dítěte. Školní docházku může odložit ředitel školy o jeden rok na základě doporučujícího posouzení příslušného školského zařízení a odborného lékaře. Začátek je možné odložit až do osmého roku věku dítěte. **(95)**

Podle nového „školského zákona“ se změnilo i dřívější pojmenování škol. Zvláštní škola a pomocná škola jsou základními školami. **(95)** Bližší rozlišení pak umožňuje vyhláška k tomuto zákonu, která uvádí typy speciálních škol, a to základní školu praktickou (zvláštní škola) a základní školu speciální (pomocná škola). **(93)**

Základní vzdělávání dětí s lehkým mentálním postižením probíhá v základní škole nebo ve škole zřízené pro žáky s postižením. Hodnocení výsledků vzdělávání se vyjadřuje klasifikačním stupněm, slovním hodnocením nebo kombinací obou způsobů. **(67)**

U dětí s hlubokým mentálním postižením je stanoven (krajským úřadem se souhlasem zákonného zástupce) způsob vzdělávání, který odpovídá duševním a fyzickým možnostem dítěte. Doporučující posouzení podává odborný lékař a školské poradenské zařízení. Tím by měla být dítěti zajištěna i odpovídající pedagogická a metodická pomoc při vzdělávání. **(95)**

Vstupem do školy nastává pro rodiče a děti nové období. Dětem se otevírá nový svět, který zahrnuje školní povinnosti, školní pořádek, kamarády a také velký nápor na jejich adaptační systém. **(78)**

Základní vzdělávání dětí s postižením navazuje na výchovu v rodině a na předškolní vzdělávání. S ohledem na rozdílnost rozumových schopností a schopností učení, je třeba k dětem přistupovat individuálně. Vzdělávání je postupné, zejména na druhém stupni, zaměřené na získávání vědomostí, rozvíjení dovedností a návyků. Cílem je zvýšení kvality osobního života a případného pracovního uplatnění. Větší důraz je tedy kladen na rozvíjení sociálních a komunikačních schopností a na vytváření praktických dovedností. (67)

Během vyučování dětí s postižením se využívá speciálních metod, postupů a forem vzdělávání; dále kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic. Ve třídě je také snížený počet žáků. Při vzdělávání dětí s postižením je možné využít i asistenta, který pomáhá žákům při přizpůsobování se školnímu prostředí. (93)

I v rámci školní docházky se uplatňuje trend integrace, avšak poruchy koncentrace pozornosti a adaptačních schopností dětí s mentálním postižením často ztěžují jejich zapojení do běžné třídy. Naproti tomu při mimoškolních aktivitách je pro děti s mentálním postižením dobré umožnit jim kontakt s nepostiženými dětmi. (50)

Pro děti s mentálním postižením je významnější učení se nápodobou než pro intaktní populaci. Tomu se mohou učit v běžných školách. Oproti tomu ve speciálních školách jsou jejich spolužáky děti s podobnými obtížemi. Začlenění v běžné škole tak dětem s postižením nabízí sociální prostředí se vzory běžné komunikace či navozování kontaktů, což jsou podstatné dovednosti pro další život. V případě začlenění je pro dítě s mentálním postižením vypracován individuální vzdělávací plán, v některých případech se využívá i podpora ve formě třídní asistence, tzv. **asistenta pedagoga**. Pak je důležité si ujasnit, při jakých aktivitách a momentech učení je třeba žáky podporovat. Je nutné vymezení rolí a kompetencí k žákům s postižením a také k ostatním dětem ve třídě. Asistent pomáhá pedagogickým pracovníkům při výchovné a vzdělávací činnosti, při komunikaci se žáky apod. (54)

Podpurná služba se doporučuje upřednostnit zejména v prvních třídách školy. Rozhodující je však samozřejmě aktuální stav žáků s postižením, jejich individuální potřeby a z nich vyplývající potřeba podpory asistentem. Asistent pedagoga je

především ve třídách s žáky s těžšími formami postižení. Nezbytný časový rozsah podpory asistenta stanoví speciálně pedagogické centrum nebo pedagogicko-psychologická poradna. Samotnou náplň práce asistenta je pak stanovena ředitelem školy, který také určí příslušné kompetence všem pedagogickým pracovníkům, kteří souběžně zabezpečují výchovně vzdělávací činnost ve třídě nebo výchovné skupině. **(16)**

U dětí s lehkým stupněm postižení je trend zařazovat je do běžných škol, zatímco děti s těžšími stupni postižení jsou zařazovány do speciálního vzdělávacího systému. Jedním z cílů vzdělávacího procesu je získání co nejvyšší míry nezávislosti na ostatních lidech. **(78)**

1.6.3. Profesionální příprava osob s mentálním postižením

Mladí lidé s mentálním postižením mají i po ukončení základní školní docházky možnost pokračovat ve svém vzdělávání. U většiny lidí s mentálním postižením je vývin kognitivních schopností zpomalen; tím je i možnost výběru dalšího vzdělání omezena. **(78)**

Po dosažení základního vzdělání mají mladí lidé s postižením možnost rozvíjet své vědomosti, dovednosti a schopnosti formou středního vzdělávání. Středního vzdělání lze dosáhnout ukončením vzdělávacího programu v délce jednoho roku nebo dvou let denní formy. Další možností pro jedince s postižením je získání středního vzdělávání s výučním listem po ukončení vzdělávacího programu v délce dvou nebo tří let. **(95)**

Podle nového „školského zákona“ se střední odborné učiliště, střední odborná škola, učiliště, střední speciální škola, odborné učiliště a praktická škola stává střední školou podle tohoto zákona. **(95)** Ve vyhlášce k tomuto zákonu je pak pro lepší rozlišení ponecháno pojmenování odborné učiliště a praktická škola. **(93)**

Odborná učiliště prohlubují učivo základních škol (praktických), a to především v teoretické části vzdělávání. Stěžejní je však příprava žáků na profesní uplatnění se zaměřením na předávání praktických dovedností. **(79)**

Praktické školy mají připravovat žáky pro výkon jednoduchých činností se zaměřením, které odpovídá danému povolání či se zaměřením na vedení domácnosti. Také praktické školy mají rozšířit všeobecné základní vzdělání a získat základy manuálních dovedností v daném oboru. (79)

Výchova a příprava na budoucí povolání je pro jedince s mentálním postižením důležitým faktorem jejich sociální integrace. Správnou volbou je možné docílit zlepšení kvality jejich života, ale i adekvátního včlenění do společnosti. (78)

1.7. Socializace osob s postižením

Každý člověk přichází na svět jako biologická bytost, která je vybavená složitým systémem reflexů a instinktů. Až v průběhu vývoje se člověk stává společenskou bytostí. K této postupné přeměně dochází v procesu *socializace*, tj. zespolečenštění. (33)

Podle Vágnerové: „Socializace je celoživotním procesem utváření a vývoje člověka ve společenskou bytost. Tento proces probíhá ve vzájemné interakci jedince a společnosti.“ (85) Podle sociologického slovníku je socializace „proces, kterým se jedinec začleňuje do sociální skupiny, přičemž si osvojuje normy ve skupině panující a její hodnoty; učí se sociálním rolím spojeným s určitými pozicemi a dalším dovednostem a schopnostem“. (17)

Socializaci lze rozlišit jako záměrnou a nezáměrnou. Záměrnou socializací se rozumí záměrné úsilí zejména rodičů a dalších pečovatelů ovlivňovat, vyučovat a vychovávat dítě. Nezáměrná socializace pak vyjadřuje každodenní vliv rodičů a dalších sociálních vzorů a modelů v neformálních situacích. (17)

Průběh socializace se uskutečňuje prostřednictvím sociálního učení, které probíhá neustále a po celý život. V procesu socializace se uplatňují všechny formy sociálního učení, tedy sociální podmiňování (posilování žádoucího reagování), nápodoba, identifikace a slovní poučování. Právě nejvýznamnějším socializačním prostředím, kde se člověk učí, je jeho rodina. Významný socializační vliv pak má také škola a jiné vzdělávací instituce, tj. instituce, které rozvíjí dětskou osobnost a také

místo, kde se setkává dítě s vrstevníky. V dospělosti je pak jedinec ovlivněn zejména rolemi, které zastává. (85)

Stejně tak u osob s mentálním postižením je proces socializace celoživotním dějem. Rozhodující význam v aktivitách, kterými se osoby s mentálním postižením ve společnosti projevují, má vzdělávání a pracovní činnost, neboť ta je zdrojem dalšího vývoje jedince. (33)

Socializace je procesem, kterým se rozvíjí takové vlastnosti, které umožňují postupnou *integraci* jedince do společnosti. Jedná se o vlastnosti, které jsou typické pro daného člověka a také pro společnost, v níž žije. V rámci socializace člověk získává základní předpoklady k integraci do své společnosti. Znamená to, že se dovede orientovat v okruhu sociálního chování, dokáže s ostatními komunikovat, sdílí podobné hodnoty a postoje a chápe obsah jednotlivých rolí. (85)

Současným celosvětovým trendem je pro osoby s mentálním postižením v co nejširší míře využít všechny možnosti – léčebné, vzdělávací a výchovné. To vše má sloužit osobám s mentálním postižením v každodenním životě, který bude co nejpodobnější normám a postupům společnosti. (33) Na druhé straně významným problémem zůstává sociální izolace, která ve zvýšené míře ohrožuje právě osoby s postižením. (56)

Samozřejmě míra socializace není a nikdy nebude u všech jedinců s postižením stejná. Novosad rozlišuje čtyři základní stupně socializačního procesu:

1. *Integrace* – plné začlenění a splynutí jedince s postižením se společností. Tento stupeň předpokládá samostatnost a nezávislost jedince, která nevyžaduje zvláštní ohledy ze strany okolí.
2. *Adaptace* – nižší stupeň socializace, který je charakterizován jako schopnost jedince s postižením přizpůsobovat se prostředí, komunitě a podmínkám. Záleží na osobnosti jedince, jak se dovede včlenit do prostředí, aby byl okolím akceptován. Cílem v tomto případě je dosažení optimální míry sociální samostatnosti.
3. *Utilita* – vyjadřuje sociální upotřebitelnost jedince s postižením, jehož vývoj je omezen. Tito jedinci v důsledku svého postižení již nejsou samostatní a v mnoha oblastech jsou závislí na ostatních.

4. *Inferiorita* – nejnižší stupeň socializace, pro který je typická sociální nepoužitelnost a vyčlenění (izolace) ze společnosti. Jedinci s postižením jsou naprosto nesamostatní a odkázáni na pomoc a péči druhých lidí. (56)

Termín integrace znamená sjednocení, scelení, spojení. Samotný proces integrace vychází z představy, že i jedinec s mentálním postižením je sociální bytost, která také potřebuje sociální kontakty. Zastarale a nemoderně působí myšlenka, že jedinec s mentálním postižením by měl být izolován a uzavřen v instituci. Začlenění dětí s mentálním postižením mezi nepostižené vrstevníky by mělo probíhat již od předškolních zařízení. Rodičům dětí s mentálním postižením se nabízí možnost využít zařízení rané péče či jiných předškolních zařízení. Složitější situace pak nastává v době povinné školní docházky. Podle závažnosti a stupně mentálního postižení bývají děti vzdělávány v upraveném prostředí s využitím speciálních vyučovacích metod. Počet dětí s mentálním postižením v běžných třídách není velký. Je to dáno tím, že děti s mentálním postižením mají odlišné vzdělávací potřeby od nepostižených spolužáků. (79)

V současnosti se v souvislosti s rozvojem integračních tendencí hovoří také o *inkluzi*, což je pojem častý pro angloamerické prostředí, zejména ve školství. V rámci inkluze se uplatňuje přístup, že každé dítě s postižením (až na výjimky se závažným postižením) je zařazeno do běžné školy mezi zdravé (intaktní) spolužáky. (56)

Podle sociologického slovníku: „Inkluze je vyšší stupeň integrace postižených nebo znevýhodněných jedinců do společnosti a jejich institucí (tzv. inkluzivní vzdělávání). Při inkluzi se připouští, že integrovaný těžce postižený jedinec nebude ani při zvláštních opatření schopen dosahovat stejné míry fungování nebo výkonu jako jedinec zdravý, rozhodujícím důvodem pro inkluzi je subjektivní přínos plynoucí z ní pro postiženého. Požaduje se změna pohledu od „i odlišné lidi jsme povinni brát mezi sebe“ k novému postoji „každý z nás je nějak odlišný, každý potřebuje a má právo na individuální přístup“. (17)

Inkluze není výhoda, ale automatické právo, které se nevyužívá jen v případě, kdy speciální vzdělávání představuje lepší variantu. K tomu je zapotřebí bezbariérové

prostředí, kvalitní kompenzační a edukační pomůcky, postoje veřejnosti, individuální péče a další. V případě integrace tento proces probíhá spíše naopak. To znamená, že dítě s postižením nejdříve navštěvuje speciální zařízení, až pokud vypadá, že by zvládlo běžnou školu, je přeřazeno. Proces socializace, integrace nebo inkluze, je tedy v mnoha věcech rozporuplný a stále se hledají ucelená řešení, která by socializaci ovlivnily. **(56)**

1.8. Poradenství

Poradenství podle Novosada: „V užším smyslu vede klienta (i skupinu klientů) k hlubšímu náhledu na jeho problém, jeho příčiny a možnosti řešení.“ **(56)** Poradenství ve smyslu informování se pak snaží poskytnout informace potřebné pro to, aby klient byl schopen řešit svou situaci. **(56)**

V rámci poradenství existuje několik oblastí poradenské činnosti:

- lékařské poradenství;
- psychologické poradenství a psychoterapie – specifickými formami mohou být např. partnerské poradenství a rodinná terapie nebo krizová intervence;
- pedagogicko-psychologické poradenství – bývá s ním spojeno studijní a výchovné poradenství, a také speciálně pedagogické poradenství;
- profesní poradenství a poradenství v nezaměstnanosti;
- sociálně-právní poradenství;
- technické poradenství;
- pastorační činnost;
- resocializační poradenství, kurátorská činnost. **(56)**

V oblasti péče a služeb pro osoby s postižením se uvádí ještě poradenství speciální, které v přehledu záměrně chybí, neboť jeho rámec se dotýká téměř všech uvedených typů pomoci. Speciální poradenství pak Novosad definuje jako: „komplex poradenských služeb určený specifickým skupinám jedinců, kteří jsou znevýhodněni zdravotně či sociálně a jejichž handicap mívá dlouhodobý (chronický) nebo trvalý charakter“. **(56)**

Při vlastní poradenské činnosti může mít práce formu:

- práce s jednotlivcem;
- s rodinou, jejíž člen je postižený;
- s třídou, do níž dítě dochází;
- se skupinou postižených, svépomocnou skupinou apod. **(56)**

Nyní bych se ráda věnovala některým konkrétním typům institucí, v nichž je nabízeno poradenství pro osoby s mentálním postižením.

Speciálně pedagogická centra (SPC)

Speciálně pedagogická centra se zaměřují obvykle na poradenskou činnost pro děti a mládež s určitým typem postižení; některá centra se orientují i na děti s více vadami, kde však dominuje typ postižení, pro které bylo centrum zřízeno. Zaměřují se na děti od nejranějšího věku až do doby ukončení školní docházky, podle potřeby pak i na vyšší věkové kategorie. **(87)**

Centra bývají zpravidla zřizována při „speciálních“ školách, jež se specializují na určitý typ zdravotního postižení. Tato centra jsou tedy účelová zařízení, která zajišťují speciálně pedagogickou a psychologickou péči dětem se zdravotním postižením. Dětem je poskytována odborná pomoc v procesu integrace ve spolupráci s rodinou, školami, zařízeními či odborníky. **(36)**

Cílem speciálně pedagogických center pro osoby s mentálním postižením (včetně dětí s více vadami, s autismem či dalším těžkým zdravotním postižením) je poskytovat včasnou dlouhodobou komplexní speciálně pedagogickou, diagnostickou, metodickou a terapeutickou péči včetně poradenské pomoci. Následná dlouhodobá systematická individuální péče o děti s postižením je zaměřena na reedukaci, kompenzaci a speciálně pedagogické vzdělávací činnosti, což umožňuje dětem i s těžším postižením úspěšný rozvoj. Povinností center je připravit děti s mentálním postižením do dnešního světa, a to na maximální úrovni individuálních schopností každého z nich, naučit je prožít pokud možno nezávislý život, plný užitečné činnosti s pocitem radosti a spokojenosti. **(80)**

SPC pro osoby s mentálním postižením zajišťují diagnostické, poradenské a metodické činnosti pro děti předškolního věku (od stanovení diagnózy mentálního postižení), žákům po dobu školní docházky (příp. i po jejím ukončení), občanům s mentálním postižením bez základního vzdělání a také rodičům, vychovatelům, učitelům, lékařům a jiným osobám pracujícím s lidmi s mentálním postižením. **(80)**

Náplní základních činností SPC je:

- vyhledávání a diagnostika (speciálně pedagogická a psychologická) dětí s postižením;
- vedení evidence dětí s postižením v dané oblasti;
- poskytování poradenské péče;
- pomoc při integraci;
- doporučení ke stanovení individuálního plánu;
- poradenství v oblasti profesní orientace;
- sociálně-právní poradenství. **(36)**

Činnost centra je uskutečňována ambulantně přímo na pracovišti SPC a návštěvami pedagogických pracovníků centra ve školách (či školských zařízeních), případně v rodinách nebo v zařízeních pečujících o žáky s postižením. **(92)**

Pracovníkem SPC bývá psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, ti jsou dále doplněni odborníky či externími pracovníky podle zaměření daného centra. **(56)**

Některá centra pro jedince s mentálním postižením se v rámci své činnosti specializují i na určité konkrétní druhy postižení, např. děti s Downovým syndromem nebo s autismem. **(79)**

Pedagogicko-psychologické poradny (PPP)

PPP poskytují pedagogicko-psychologické služby pro školy, předškolní a školská výchovná zařízení. Poradny provádí pedagogicko-psychologická vyšetření dětí a mládeže, poskytují metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům. **(36)**

Tento typ poraden patří mezi veřejností k nejznámějším poradenským zařízením, která jsou zaměřena na problematiku výchovy i školního vzdělávání dětí a mládeže.

Možná také proto existují mezi rodiči určité předsudky ohledně vyšetření v poradně, které někdy vedou k tomu, že se rodiče dítě na vyšetření snaží „připravit“. **(56)**

Hlavním úkolem pedagogicko-psychologických poraden je zejména pomoc při řešení výukových a výchovných problémů dětí a mládeže a dále se zaměřují na pomoc při profesionální orientaci žáků. **(36)**

Konkrétně je činnost těchto poraden zaměřena především na:

- komplexní psychologickou, speciálně pedagogickou a sociální diagnostiku (poruchy učení, chování, předpoklady k profesní orientaci, problémy ve vývoji osobnosti, výchově a vzdělání);
- aktivity poradenské, psychokorektivní a terapeutické (cílené na rozvoj osobnosti, sebepoznání a prosociální formy chování, prevence školní neúspěšnosti či negativních jevů ve vývoji dítěte, náprava poruch učení apod.);
- odklad školní docházky, doporučení k integraci;
- poskytování konzultací a odborných informací pedagogickým pracovníkům školy;
- spolupráce a příprava plánů aktivit v oblasti prevence sociálně patologických jevů.

(87)

Poradny při sdruženích osob s postižením

Tyto poradny se orientují na specifické poradenství v praktických záležitostech, které plynou ze života s konkrétním typem postižení. Jejich činnost je zaměřena nejen na jedince, ale i na jejich rodiče. **(56)**

Jejich poradenská pomoc spočívá především v:

- právních konzultacích;
- sociálně-právním poradenství;
- pomoci při hledání zaměstnání;
- zprostředkování služeb. **(56)**

Dále poskytují informace o službách a pobytech (léčebné, rekondiční) pro jedince s postižením, o konkrétních kompenzačních pomůckách či o možnosti speciální výchovy nebo vzdělávání. **(56)**

1.9. Sociální politika a sociální zabezpečení

S pojmem „sociální politika“ se u nás můžeme setkat až na přelomu 19. a 20. století. V podstatě je sociální politika stará jako formalizované sociální systémy, i když v dějinách se toto úsilí, jímž se rodina a formalizovaná seskupení lidí či stát staraly o ty, kteří se sami nemohli o svou existenci starat, nazývalo různě. Jednalo se o pojmy chudinská péče, či sociální správa. (81)

„**Sociální politika**“ je pojem, s nímž se v běžném životě můžeme setkat poměrně často. Je to však pojem, který není jednoznačně vymezen, a tak chápání sociální politiky může být různé. Je to dáno řadou okolností, např. historickou determinancí sociální politiky, její souvislostí se společenským okolím, množstvím subjektů, které v ní působí či pouhou skutečností, že slovo „sociální“ je interpretováno různě a pracuje s ním řada vědních oborů. (97)

Existuje řada pokusů o definování pojmu sociální politika. Např. Tomeš (Sociální politika) vymezuje tento pojem jako spojení dvou slov „sociální“ a „politika“: Pojem sociální politika (anglicky: social policy) definuje jako soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů o změnu nebo o udržení a fungování svého nebo jiného (státního, obecního) sociálního systému. (81)

Sociální politiku lze také vymezit v rámci dvou přístupů, tzv. širšího a užšího (rezortního) pojetí. Podle Krebse: „Z hlediska širšího pojetí lze sociální politiku vymezit jako konkrétní jednání zejména státu, ale i ostatních subjektů, kterým je ovlivňována sociální sféra společnosti. Sociální politika je vnímána jako aktivity vážící se bezprostředně k životním podmínkám lidí. Ve druhém přístupu je sociální politika vymezována v „užším slova smyslu“. Cílem takové sociální politiky je především reagovat na sociální rizika, resp. jejich možné negativní důsledky (např. stáří, nemoc, invalidita) a eliminovat sociální tvrdosti, které doprovázejí fungování tržního mechanismu (např. nezaměstnanost, chudoba). Toto pojetí redukuje sociální politiku na systém opatření především v oblasti zaměstnanosti a sociálního zabezpečení.“ (97)

Někteří autoři pak rozlišují sociální politiku jako praktickou činnost a jako vědní obor. Sociální politika ve smyslu praktické činnosti vytváří vztah jedinců a sociálních podmínek jejich života. Každý jedinec nějakým způsobem tuto politiku spoluvytváří,

a zároveň je vystaven sociálním podmínkám, které nemá ve své moci. Oproti tomu sociální politika jako vědní disciplína se zabývá zkoumáním sociální politiky jako praktické aktivity, tedy analýzou procesů tvorby a realizace politik, které se dotýkají vztahů občana a sociálních podmínek jeho života. (62)

Samotné cíle sociální politiky jsou pak společensky a historicky podmíněné a zpravidla reagují na potřeby příslušníků společensky slabších vrstev, přijatelné však musí být i pro vrstvy společensky silnější. V podstatě jsou tedy výsledkem kompromisu při řešení sociálních potřeb a zájmů. (81)

Sociální politika tedy směřuje k ovlivňování a změně sociální reality či systému. Toto její směřování pak předpokládá určité základní principy, které je třeba respektovat. Tyto principy jsou chápány jako základní zásady, pravidla činnosti, vedoucí ideje a myšlenkové postupy, které se v ní promítají. Při volbě těchto postupů má také význam sociálně politická doktrína. Základními principy sociální politiky jsou:

- *princip sociální spravedlnosti* – pravidla, podle nichž jsou ve společnosti rozdělovány příležitosti, předpoklady a prostředky veřejného blahobytu mezi jednotlivé občany;
- *princip sociální solidarity* – vzájemná podpora a sounáležitost související s utvářením a rozdělováním životních podmínek a prostředků jedinců a skupin, hlavně rodin, v zájmu naplňování myšlenky sociální spravedlnosti;
- *princip subsidiarity* – spojuje osobní odpovědnost se solidaritou, přičemž vychází z přístupu k člověku jako individu, který je „povinen“ své jedinečné vlastnosti, schopnosti, atd. využívat ku prospěchu svému a svých bližních;
- *princip participace* – lidé musí mít možnost podílet se na tom, co bezprostředně ovlivňuje jejich život. (98)

Součástí sociální politiky je **sociální zabezpečení**, které lze obecně chápat jako soubor institucí, zařízení a opatření, jejichž prostřednictvím se uskutečňuje předcházení, zmírňování a odstraňování následků sociálních událostí jedinců. (31)

I zde se objevují problémy s definicí a interpretací tohoto pojmu. Podle Krebse: „Nejrozšířenějším pojetím v současné době je sociální zabezpečení ve smyslu

souhrnného označení pro všechny sociální instituce poskytující občanům (a za určitých podmínek i cizincům) radu (poradenství), ochranu (prevenci), materiální (věcná) a peněžní plnění (dávky), služby a azyl (ústavní péči) k uspokojení jejich sociálních (společností uznaných) potřeb.“ **(31)**

Tomeš uvádí jiné pojetí: „Podle mezinárodních dokumentů (úmluvy, charty, pakty, doporučení) sociální zabezpečení poskytuje ochranu a pomoc lidem v případě:

- ohrožení zdraví a nemoci,
- nezaměstnanosti,
- zdravotního poškození a invalidity,
- pracovního úrazu a nemoci z povolání,
- stáří,
- mateřství,
- rodičovství a
- úmrtí živitele.“ **(81)**

V České republice je sociální zabezpečení upraveno mj. zákonem č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, kde se zaručuje všem občanům právo na sociální zabezpečení. **(94)**

System sociálního zabezpečení by měl zahrnovat tři typy sociálních institucí:

1. *Sociální pojištění* – vyjadřující sociální odpovědnost občanů k sobě a ke své rodině; občané jím odkládají část své spotřeby pro případ budoucí nejisté sociální události, která je spojena se ztrátou příjmu z výdělečné činnosti (v případech mateřství, ošetřování člena rodiny, nemoci, invalidity, stáří či ztráty živitele).
2. *Státní sociální podpora* – jedná se o výraz sociálního přerozdělování mezi nepotřebnými a potřebnými a také výraz státem organizované solidarity; občané budou státem zabezpečeni pro případ jím uznané sociální události.
3. *Sociální pomoc* – zachycující sociální funkci státu a princip garance pomoci pro zajištění základních životních podmínek; jedná se o pomoc sociálních subjektů poskytovanou občanům, kteří se ocitli v nouzi. **(26)**

Součástí sociální politiky státu je i **rodinná politika**, která v jednotlivých státech může sledovat cíle vztahující se na rodiny jako celky a na rodiny, které mají určité potřeby či trpí zvláštním zatížením. V podstatě hlavním cílem rodinné politiky mnoha států je zmírňování narůstajících nákladů rodin při péči o mladou generaci pomocí jednotlivých principů sociální politiky. Další cíle lze pak spatřit např. ve slučitelnosti rodinné funkce a zaměstnání. **(61)**

Rodinná politika státu, podle zkušeností evropských zemí, je účinná tehdy, pokud respektuje a rozvíjí především sociokulturní specifika dané společnosti a reaguje na proměny rodiny a na měnící se potřeby jejích členů. **(52)**

V České republice dochází po roce 1989 k sociální reformě, která se dotýká i rodinné politiky. Stát začal rodinám poskytovat sociální pomoc v případě nedostatečnosti a také dotvořil systém sociálních dávek a služeb pro rodiny. Snažil se podporovat a rozvíjet činnosti směřující k pomoci rodinám se zdravotně postiženými dětmi. V roce 1995 byl přijat zákon o státní sociální podpoře. Od roku 2007 je v platnosti zákon o sociálních službách. **(81)**

Stát se i nadále snaží jednotlivými aktivitami podporovat rodinu. Konkrétně se jedná o sociální služby, které jsou zaměřeny na pomoc a podporu jednotlivých členů rodiny či rodiny jako celku nacházející se v nepříznivé situaci. Další pomoc představuje finanční podpora rodin, která se odehrává v oblasti daňových opatření a v oblasti sociálního zabezpečení. **(1)**

Přesto i nadále je podpora rodin ze strany státu deficitní. V případě rodin s dítětem s postižením patří k nejvíce problémovým oblastem zajištění péče o tyto osoby a ekonomické zabezpečení rodiny formou vlastní ekonomické aktivity pečující osoby nebo finanční kompenzací jeho péče. Cílem rodinné politiky v této oblasti tedy je vytvoření takových podmínek a nástrojů podpory života rodin s postiženým členem. Důležité je reagovat na specifické potřeby těchto rodin s cílem přispět k zlepšení jejich postavení ve společnosti a k podpoře integrace těchto rodin. **(52)**

1.9.1. Sociální pojištění

System sociálního pojištění je jedním z pilířů sociálního zabezpečení. Je to systém řešící ty sociální situace, na které se může občan dopředu připravit. To znamená pojistit pro budoucí nejisté dlouhodobé či krátkodobé sociální situace, a to formou odložení své současné spotřeby. **(31)**

Sociální pojištění představuje formu zajištění sociálních potřeb v případě sociální události spojené se ztrátou příjmu z výdělečné činnosti, a to konkrétně v případech mateřství, ošetřování člena rodiny, nemoci, invalidity, stáří či ztráty živitele. Cílem tohoto systému je udržení určitého životního standardu. System bývá financován z příspěvků zaměstnavatelů a zaměstnanců a také státu. **(26)**

V rámci systému sociálního pojištění jsou dnes provozovány dva systémy:

- důchodové pojištění a penzijní připojištění,
- nemocenské pojištění. **(31)**

Důchodový systém je tvořen povinným základním důchodovým pojištěním, které zabezpečuje všechny ekonomicky aktivní osoby. Vedle toho existuje dobrovolné doplňkové, kapitálově financované penzijní připojištění se státním příspěvkem. **(10)**

V České republice se stále mluví o transformaci systému důchodového pojištění, což je v zemi s rozvinutým státním systémem důchodového zabezpečení a s příliš nerozvinutým systémem doplňkového připojištění, proces dlouhodobý. **(27)**

Systém nemocenského pojištění je určen pro osoby výdělečně činné, které zabezpečuje v případech tzv. krátkodobých sociálních událostí dávkami nemocenského pojištění. **(55)**

Těmito sociálními událostmi jsou dočasná pracovní neschopnost k výkonu dosavadního zaměstnání z důvodu nemoci či úrazu, karanténa, ošetřování nemocného člena rodiny a těhotenství a mateřství. **(29)**

System nemocenského pojištění úzce souvisí s vývojem ostatních systémů sociálního zabezpečení, ale i se systémem zdravotního pojištění, trhem práce a dalšími systémy. **(29)**

1.9.2. Státní sociální podpora

System státní sociální podpory byl vytvořen v rámci procesu sociální reformy po roce 1989. Konkrétně v květnu roku 1995 byl Parlamentem České republiky přijat zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. V tomto zákoně je uvedeno, že stát se tímto systémem podílí zejména na krytí nákladů na výživu a ostatní osobní potřeby dětí a rodin. **(20)**

System státní sociální podpory obsahuje tedy soubor dávek, kterými stát přispívá rodinám s dětmi na krytí nákladů souvisejících se sociální situací, jakou je především narození dítěte, jeho výchova a výživa, zdravotní postižení, náhradní rodinná péče, úmrtí v rodině apod. Zákonem o státní sociální podpoře tedy byl sjednocen systém dávek určených rodině do jednoho komplexu. **(27)**

Principy systému státní sociální podpory jsou:

- komplexnost,
- jednotnost,
- sociální spravedlnost,
- skladebnost,
- valorizace,
- dostupnost,
- operativnost,
- nenáročnost. **(32)**

Také je v rámci realizace systému státní sociální podpory uplatňován princip státem organizované solidarity. Tento princip se realizuje ve dvou směrech: od bezdětných k rodinám s dětmi a od vysokopříjmových rodin k nízkopříjmovým. Tomuto rozdělení pak odpovídá i typ dávek. Na jedné straně se jedná o dávky, na něž má univerzální nárok každé dítě. A na druhé straně se jedná o dávky stanovené na základě skutečné celkové příjmové situace rodiny. **(32)** Těmto dávkám se budu věnovat konkrétněji v pozdějších kapitolách.

System státní sociální podpory je financován prostřednictvím státního rozpočtu, přes daně. **(26)**

1.9.3. Sociální pomoc

Pomoc můžeme ve všeobecné rovině chápat jako původní složku lidského konání. Pomoc je přirozenou a nevyhnutelnou kategorií lidstva, kterou člověk potřebuje pro své přežití. Právě nárůst lidí potřebujících pomoc způsobil, že pomoc začala být postupně organizována. Pojem sociální pomoc se tak časem, díky společenským změnám, stal komplexním pojmem, neboť byl doplněný o historicky významné momenty. Sociální pomocí se tedy rozumí veřejná sociální aktivita, která směřuje ke starostlivosti o ty členy společnosti, kteří v určitých životních situacích nejsou schopni samostatně či za pomoci blízkých řešit vlastní problémy. **(35)**

Sociální pomoc je pojem, který nahradil starší označení chudinská péče (či podpora). Vyjadřuje jednu z nejstarších forem přerozdělování, kterou stát pomáhá těm občanům, kteří to prokazatelně potřebují. Jedná se o pomoc poskytovanou občanům ve stavu nouze k uspokojování jejich potřeb. V rámci nového pojetí se klade stále větší důraz na aktivní úlohu adresáta sociální pomoci a také na jeho odpovědnost za sebe a svoji rodinu. **(81)**

Cílem sociální pomoci jako projevu lidské solidarity a dobročinnosti je pomoci člověku v sociálně neuspokojivé situaci. Cíli sociální pomoci tedy je:

- navrátit danému občanu sociální suverenitu, a to co nejrychleji, aby mohl opět převzít plnou odpovědnost sám za sebe a svou rodinu;
- pomoci mu překonat přechodně stádium sociálně ekonomických obtíží, a tak zabránit propadu do další skupiny občanů odkázaných na péči společnosti;
- řešit jeho trvalé sociálně svízelné postavení, kdy jsou občané trvale odkázáni na lidskou solidaritu a dobročinnost. **(30)**

Základními nástroji sociální pomoci jsou: poradenství, prevence sociálně patologických jevů, sociálně právní ochrana, dávky sociální pomoci a sociální služby. **(30)**

Systém sociální pomoci tedy řeší situace sociální nebo hmotné nouze. Za sociální nouzi je považována situace, kdy se jedinec nemůže o sebe postarat (např. bezmocnost – fyzická nebo duševní). Hmotnou nouzí je pak situace, kdy člověk žije pod hranicí životního minima; v tomto případě se zjišťuje příjmová a majetková

situace občana. Systém sociální pomoci je financován z několika zdrojů, a to ze státního rozpočtu, rozpočtu obcí, případně různých organizací a nadací. **(26)**

1.10. Sociální služby

Sociální služby představují konkrétní výstup dané sociální politiky. Představují širokou škálu podpor, opatření a pomoci vycházející z nutnosti řešit svízelné životní situace lidí s postižením. **(56)**

Kozlová uvádí tuto definici sociálních služeb (podle Průšy, L.) „jako mimořádně významnou část aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů, která řeší problémy jednotlivců, rodin a skupin občanů, a tím pozitivně ovlivňuje sociální klima celé společnosti.“ **(23)**

V posledních letech se okruh a spektrum sociálních služeb neobyčejně rozšířilo. Zahrnuje služby od zajištění základních životních potřeb až po specializované odborné služby pro malé skupiny. Je to dáno tím, že reagují na bezprostřední potřeby lidí a přizpůsobují se tradicím, potřebám a možnostem. **(81)**

Síť sociálních služeb se tedy stále rozvíjí. Na tomto rozvoji má podíl i vstup zákona o sociálních službách na naši sociálně právní scénu, který by měl řešit problémy spočívající v zastaralosti právních norem, jež upravují problematiku sociálních služeb. Uživatelé jím získají větší podíl na rozhodování o způsobu a formě poskytovaných sociálních služeb a na jejich kontrole, což doposud neměli. K posílení úlohy uživatele v systému sociálních služeb směřují i evropské trendy. **(25)**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb, dále podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti sociálních služeb. **(96)**

Cílem sociálních služeb je (mimo jiné):

- podporovat rozvoj nebo zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu;
- rozvíjet schopnosti uživatelů sociálních služeb a umožnit jim v co největší míře vést samostatný život;
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů. **(73)**

Mezi základní činnosti poskytované v rámci sociálních služeb patří např. pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, při zajištění stravy, při zajištění chodu domácnosti nebo poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, terapeutické činnosti, poradenství nebo pomoc při prosazování práv a zájmů apod. **(73)**

Sociální služby se podle zákona o sociálních službách (§ 32) rozdělují na:

- *sociální poradenství,*
- *služby sociální péče,*
- *služby sociální prevence.* **(96)**

Formou poskytování sociálních služeb je pak míněno rozdělení na služby *pobytové, ambulantní a terénní*. Tato označení vyjadřují způsob poskytování služeb, tedy služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb; služby, za kterými jedinec dochází nebo je doprovázen do zařízení sociálních služeb; a služby poskytované v přirozeném sociálním prostředí. **(96)**

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato *zařízení sociálních služeb*:

- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- azylové domy,

- domy na půl cesty,
- zařízení pro krizovou pomoc,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- terapeutické komunity,
- sociální poradny,
- sociálně terapeutické dílny,
- centra sociálně rehabilitačních služeb,
- pracoviště rané péče. **(96)**

Sociální služby lze poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování, které vzniká rozhodnutím o registraci. **(96)**

1.10.1. Sociální poradenství

Sociální poradenství je služba poskytující informační služby a kontaktní místa pro jedince ocitající se v obtížné sociální situaci. Problémem těchto lidí je orientovat se v možnostech řešení svého problému. Nemají informace o dávkách a službách, o jejich umístění či o právních úpravách, které se jich a jejich situace týkají. **(81)**

Sociální poradenství v sobě zahrnuje základní a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje potřebné informace, které přispívají k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Samotné sociální poradenství představuje základní činnost při poskytování všech druhů sociálních služeb a všichni poskytovatelé jsou povinni ji zajistit. Naproti tomu odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých sociálních skupin. Poskytováno je v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením (včetně půjčování kompenzačních pomůcek), poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí. Součástí tohoto typu poradenství je také sociální práce s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. **(96)**

Tato služba obsahuje kromě poradenství samotného, také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc

při prosazování práv a zájmů. Sociální poradenství je služba, která je poskytována bezplatně. (73)

1.10.2. Služby sociální péče

Tyto služby napomáhají zajistit osobám jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem je umožnit jim, v co nejvyšší míře zapojit se do běžného života společnosti, a to i v případech, kdy to vylučuje jejich stav. Dalším cílem je zajištění důstojného prostředí a zacházení. (96)

Nyní se budu blíže věnovat pouze službách, které jsou vhodné pro rodinu s dítětem s postižením.

Osobní asistence

Osobní asistence je převážně vnímána jako služba pro lidi tělesným postižením, kteří potřebují pomoc při každodenních činnostech. Role osobního asistenta pro jedince s mentálním postižením spočívá v tom, že pomáhá kompenzovat závažné nedostatky jeho psychiky. Psychika může být poškozena do té míry, že člověk s postižením není schopen dostatečně koordinovat činnost svých tělesných orgánů. Z toho vyplývá i mimořádná míra osobní odpovědnosti osobního asistenta. Na druhou stranu i člověk s mentálním postižením by měl mít právo a možnost spolurozhodovat o svém vlastním životě. Osobní asistent by tedy měl respektovat přání a vůli klienta, kdykoliv je to možné. (79)

Zákon o sociálních službách (§ 39) definuje tuto službu takto: „Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.“ (96)

Osobní asistenci lze rozdělit podle zaměření na sebeurčující a řízenou. Sebeurčující osobní asistence je určena klientům, kteří jsou schopni sami řídit náplň této služby. Uživatelé této služby musí být tedy schopni organizovat a řídit práci osobního asistenta. Zatímco řízená osobní asistence vyžaduje vnějšího koordinátora.

Uživateli této služby bývají právě osoby s mentálním nebo psychickým postižením, kteří sami nedovedou práci osobního asistenta řídit. **(2)**

Základními činnostmi této služby jsou především pomoc při každodenních aktivitách (péče o sebe, hygiena, strava, chod domácnosti), ale také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a v neposlední řadě také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv. **(96)**

Pečovatelská služba

Tato služba je poskytována terénní či ambulantní formou. Je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, ale také rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. V domácnostech je služba poskytována ve vymezeném čase a v zařízeních sociálních služeb má vyjmenované úkony. **(96)**

Pečovatelská služba představuje komplex služeb, jehož cílem je umožnit lidem žít v přirozeném prostředí. Je tedy určena osobám, které nejsou schopny zajistit své životní potřeby samy nebo s pomocí rodiny. **(23)**

Pečovatelská služba v sobě zahrnuje úkony zabezpečující osobní péči, péči o výživu a o domácnost. Těmito úkony se kompenzuje do jisté míry snížená soběstačnost, prodlužuje se období relativně nezávislého života, což v některých případech vylučuje nutnost komplexního ústavního zaopatření. **(81)**

V současné době jsou tyto služby zajišťovány obcemi, církví, zdravotnickými zařízeními a soukromými agenturami pečovatelské služby. **(23)**

Průvodcovské a předčitatelské služby

Jedná se o terénní a ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou z důvodu věku či zdravotního stavu sníženy v oblasti orientace nebo komunikace. Tato služba pomáhá jejím uživatelům vyřídit si osobní záležitosti. **(96)**

Služba obsahuje především zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a také pomoc při prosazování práv a zájmů. Je to služba poskytovaná za úplatu. **(73)**

Podpora samostatného bydlení

Tato terénní služba je poskytována osobám, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění (včetně duševního onemocnění) a jejich situace vyžaduje pomoc jiné osoby. **(96)**

Služba podporovaného bydlení obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací, aktivizační a terapeutické činnosti, dále zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv. I tato služba je poskytována za úplatu. **(73)**

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou poskytovány terénní, ambulantní nebo pobytovou formou, a to osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Zároveň je o ně pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí jinou osobou. **(96)**

Je to služba určená osobám, o které je pečováno celodenně v jejich přirozeném prostředí nebo v prostředí osoby blízké. **(23)**

Cílem této služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba v sobě zahrnuje tyto činnosti: např. pomoc při zvládnutí běžných úkonů, péči o vlastní osobu, pomoc při hygieně, při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv atd. **(73)**

Odlehčovací služby vychází z předpokladu, že i člověk pečující o jinou osobu potřebuje odpočinek, volný čas; prostor pro realizaci svých potřeb a zájmů. **(56)**

Respitní péče (odlehčovací, úlevové služby) lze poskytovat čtyřmi způsoby:

- v přirozeném prostředí (doma), čímž pečovaný zůstává ve svém přirozeném prostředí;
- formou náhradní rodiny mimo domov;
- formou péče v kolektivu mimo domov;
- dlouhodobě mimo domov. **(23)**

Centra denních služeb

V těchto centrech jsou poskytované ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností (z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení) vyžadující pomoc jiné fyzické osoby. **(96)**

Tyto služby zahrnují pomoc při osobní hygieně nebo stravě, výchovné, vzdělávací, aktivizační a terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. **(73)**

Cílem těchto služeb je především rozvíjení sociálních a pracovních dovedností. Podpora je také směřována k nalezení či udržení pracovního místa. **(23)**

Denní a týdenní stacionáře

V denních stacionářích jsou poskytovány ambulantní a v týdenních stacionářích pak pobytové služby. Jedná se o služby určené osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení (či chronického duševního onemocnění), jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. **(96)**

Součástí služby je pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o sebe, při hygieně, stravě, při uplatňování práv, výchovné, vzdělávací, aktivizační, terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a v případě týdenních stacionářů i zajištění bydlení. **(73)**

Stacionáře v podstatě představují nejvhodnější formu institucionální péče s možností spolupráce s rodinou. **(23)**

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

V těchto domovech jsou poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností (z důvodu zdravotní stavu), jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc. Vedle činností zmiňovaných u předchozích služeb je nezaopatřeným dětem v těchto domovech poskytováno osobní vybavení (prádlo, oblečení), drobné předměty na běžné osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám (stříhání vlasů apod.).

Podle zvláštních předpisů zde může být vykonávána i ústavní výchova. **(96)**

Chráněné bydlení

Tato pobytová služba je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, a jejich situace vyžaduje pomoc jiné osoby. **(96)**

Chráněné bydlení představuje komplexní residenční službu, která umožňuje svým klientům s různou mírou podpory vést plnohodnotný život a v co nejvyšší možné míře si obstarávat svou domácnost. **(23)**

Tato služba může mít formu individuálního nebo skupinového bydlení. Zahrnuje od poskytnutí stravy, ubytování, přes sociálně terapeutické činnosti až po pomoc při uplatňování práv a zájmů. **(73)**

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Tyto pobytové služby jsou poskytovány osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné osoby a nemohou být propuštěny, dokud jim nebude zabezpečena pomoc jinou osobou nebo jinými sociálními službami. Činnosti poskytované v rámci této služby jsou podobné předchozím. **(96)**

1.10.3. Služby sociální prevence

Tyto služby se snaží zabránit sociálnímu vyloučení osob ohrožených krizovou sociální situací, životními návyky, způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícím prostředím a ohrožením práv a zájmů pro trestnou činnost jiné osoby.

Cílem služeb sociální prevence je tedy pomoci překonat tuto nepříznivou situaci a chránit společnost před nepříznivými společenskými jevy. **(96)**

Podrobněji se budu věnovat jen některým službám.

Raná péče

V současnosti je kladen stále větší důraz na efektivní využívání raného věku dítěte, neboť v tomto období se dítě rozvíjí po mnoha stránkách. Pokud v tomto období

získá dostatek podnětů, je možnost vypěstovat u něho určité dovednosti, schopnosti apod. Rozhodující význam pro vývoj dítěte s postižením má jeho rodina, její postoj a očekávání. Rodině s dítětem s postižením může ve zvládnání celé situace pomoci právě systém rané péče, který se v České republice stále více rozvíjí. **(37)**

Vítková uvádí: „Termínem včasná intervence (raná podpora, raná péče) se rozumí systém služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině i dítěti možnosti sociální integrace.“ **(88)**

Zákon o sociálních službách (§ 54) definuje ranou péči takto: „Raná péče je terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jeho vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“ **(96)**

V současné době jsou tyto služby poskytovány hlavně nestátními organizacemi, přičemž jednotlivá Centra se rozlišují podle typu postižení. **(23)**

Střediska rané péče pro děti s mentální postižením u nás začaly vznikat v 90. letech 20. století, a to velmi sporadicky, taktéž v rámci nestátního sektoru. **(51)**

Mezi základní činnosti, které jsou poskytovány Centry rané péče patří:

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- sociálně terapeutické činnosti;
- pomoc při uplatňování práv a zájmů. **(96)**

Služby rané péče mají být poskytovány co nejdříve od zjištění postižení, aby se mohla zvyšovat vývojová úroveň dítěte, a to do doby, kdy je dítě zařazeno do některého typu školského zařízení. **(88)**

Samozřejmě by měla být respektována individualita dítěte. K celé rodině by pak mělo být přistupováno jako k rovnoprávnému partnerovi, s ohledem na kulturní, sociální a výchovné zvláštnosti rodiny. Rodina by tedy měla mít možnost podílet se

na rozhodování o výběru činností. S rodinou spolupracuje tým kvalifikovaných pracovníků, čímž by měla být zajištěna komplexnost poskytovaných služeb. (37)

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Jedná se o terénní, popř. ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u něhož je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobé krizové sociální situace. Tuto situaci nejsou schopni rodiče sami bez pomoci překonat a také existují další rizika ohrožení vývoje dítěte. (96)

Tato služba obsahuje výchovné, vzdělávací, aktivizační a terapeutické činnosti, dále zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. (73)

Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením

Tyto služby jsou poskytovány ambulantní, příp. terénní formou osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

Tato služba zahrnuje sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a také pomoc při uplatňování práv a zájmů. (96)

Sociálně terapeutické dílny

Tyto ambulantní služby jsou poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení. Pro tento důvod nejsou umístitelní na otevřeném ani chráněném trhu práce.

Tato služba je zaměřena na zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Dále je služba zaměřena na nácvik dovedností pro zvládání péče o sebe a na činnosti vedoucí k sociálnímu začlenění. (96)

Sociální rehabilitace

Je to soubor specifických činností zaměřených především na dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem schopností, dovedností

a návyků potřebných pro běžný samostatný život. Tato služba dále zahrnuje podobné činnosti jako předchozí služby (strava, péče o sebe, zprostředkování kontaktu apod.).

Služba může být poskytována v ambulantní formě nebo formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb. **(96)**

1.10.4. Ústavní péče

Ústav je typ zařízení, v němž skupina profesionálních zaměstnanců pečuje o skupinu lidí s nějakým handicapem. Ústav znamená pro klienty dočasnou nebo trvalou náhradu domova. **(46)**

V literatuře existuje několik modelů ústavní péče:

- klasický model – handicap je krátkodobý;
- rehabilitační model – handicap je dlouhodobý;
- pečovatelský model – handicap je trvalý. **(46)**

Právě dlouhodobé pobyty mohou být vážným zásahem do klientova osudu, čímž může být ovlivněn jeho další život. Ústavní péče s sebou může přinést určitá rizika, která se liší především podle toho, ve kterém věku a v jaké situaci klient do ústavu vstoupil. **(46)**

Ústav je kolektivní zařízení, z čehož vyplývá, že klienti zde nemají příliš prostoru pro své soukromí a identitu. V ústavech velmi záleží na tom, jak moc podnětné prostředí ústav vytváří a kolik času věnují zaměstnanci práci s jednotlivými klienty. Samozřejmě významnou roli zde hraje i spolupráce s rodinou. **(23)**

Nejzávažnějším typem rizika ústavní péče je tzv. hospitalismus, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, který je doprovázen snižující se schopností adaptace na „neústavní“ život. Jedním z dalších rizik je např. šikanování, které je spojeno s autoritativním režimem v ústavu, apod. **(46)**

Pro osoby s mentálním postižením bývaly zřizovány ústavy sociální péče, které mohou být rozděleny podle věku, potřeby péče nebo podpory. V těchto ústavech jsou pak poskytovány dané sociální služby. Ústavy sociální péče jsou instituce, které jsou zřizovány obvykle státem. **(23)** Podle nového zákona o sociálních službách

se od pojmu ústavy sociální péče upouští a začíná se používat nových pojmů, např. domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Zařízení pro osoby s mentálním postižením se rozdělují na ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Denní ústavy fungují zpravidla jako stacionáře, které pečují o jedince s postižením v době, kdy jsou jejich pečovatelé např. v zaměstnání. Týdenní zařízení pak představují určitý kompromis mezi domácí a ústavní péčí, kterým jedinec s postižením neztrácí kontakt s rodinným prostředím a s blízkými. Umístění do ústavu s celoročním pobytem obvykle znamená velmi vážné rozhodnutí. **(79)**

Výhodou denního, příp. týdenního programu, je poskytování intenzivní odborné péče, aniž by byl uživatel úplně vytrhován z přirozeného prostředí. Denní pobyty spolu s týdenními pobyty často plní i respitní (odlehčovací) funkci. Dále pak vedle výchovně-vzdělávací činnosti pak v péči o dospělé provozují i chráněná pracoviště. Nabízejí tedy jednak elementární výuku trivie, ale i možnost seberealizaci při pracovních či zájmových činnostech. Obecně platí, že by ústavy sociální péče měly poskytovat: bydlení, zaopatření, zdravotní péči, rehabilitaci, asistenci, kulturní, sportovní, rekreační a zájmovou činnost atd. **(51)**

Výchova v těchto zařízeních bývá zaměřena na nejpotřebnější fyzické a psychické schopnosti, na získávání elementárních návyků (sebeobslužných, společenských), na budování pracovních dovedností apod. Důležité je, aby celý proces výchovy a vzdělávání byl plánován a uskutečňován na míru jednotlivým klientům. **(51)**

Hlavním trendem v péči o osoby s mentálním postižením je odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a nasměrování k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech či v bytech za pomoci osobního asistenta. **(79)**

1.11. Sociální dávky

Dávky můžeme rozdělit na peněžité a věcné. Typ dávky, která je poskytována odvisí od účelu, ke kterému je poskytována. Obecně platí, že se poskytují spíše peněžité dávky, neboť věcné dávky vyžadují vytvoření složitějších institucionálních podmínek. **(81)**

Věcná dávka se poskytuje zejména v případech, kdy existuje podezření, že by peněžité dávka nebyla použita k danému účelu. Může být jednorázovou (uhlí, vybavička pro dítě) nebo opakující se dávkou (doprava zdarma). **(81)**

Peněžité dávky jsou vypláceny jako obnosy těm, kteří na ně mají nárok či jim dávka byla přiznána úředním výrokem nebo jim byla poskytnuta jako dar. Peněžité dávky mohou být vypláceny jednorázově (porodné, pohřebné) nebo opakovaně, periodicky (přídavek na dítě). Důvody pro poskytování dávky musí být stále stejné; v případě, že se podmínky změní, poskytuje se jiná dávka nebo se vhodně kombinují. Pro přiznání dávky musí být také splněny určité podmínky. Jedná se o věcnou podmínku, což je sociální událost, která člověka postihne. Další podmínka je systémová, spočívající v příslušnosti k sociálnímu systému. Poslední je formální podmínka, která vyjadřuje procesní způsobilost a podání žádosti se všemi náležitostmi. **(81)**

1.11.1. Dávky sociálního pojištění

Z nemocenského pojištění jsou poskytovány tyto dávky:

- nemocenské,
- podpora při ošetřování člena rodiny,
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství,
- peněžité pomoc v mateřství. **(55)**

Dávky nemocenského pojištění jsou vypočítávány z denního vyměřovacího základu příslušnou procentní sazbou. Poskytovány jsou pak za kalendářní dny po stanovenou dobu (tzv. podpůrčí dobu). **(55)**

Na *nemocenské* má nárok zaměstnanec, který je uznán dočasně práceneschopným k výkonu svého zaměstnání nebo po dobu karantény. **(29)**

Podpora při ošetřování člena rodiny je vyplácena pojištěnci místo výdělku v době, kdy nemůže pracovat, neboť ošetřuje nebo pečuje o dítě mladší 10 let, případně ošetřuje jiného člena rodiny (jehož zdravotní stav to vyžaduje). **(29)**

Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství je poskytován v případě, že žena je převedena na jinou práci z důvodu těhotenství nebo mateřství a dosahuje nižšího výdělku. Jeho výše se stanovuje jako rozdíl denního vyměřovacího základu ke dni převedení a průměru jejich příjmů připadajících na jeden kalendářní den v jednotlivých měsících po tomto převedení. **(29)**

Nárok na *peněžitou pomoc v mateřství* má žena, která získá alespoň 270 kalendářních dnů účasti na nemocenském pojištění v posledních dvou letech před porodem. **(55)**

V rámci *důchodového pojištění* jsou poskytovány tyto dávky (důchody):

- starobní (včetně tzv. předčasného starobního důchodu),
- plný invalidní,
- částečný invalidní,
- vdovský a vdovecký,
- sirotčí. **(10)**

Důchod tvoří dvě složky, a to základní výměra, která je stanovena pevnou částkou stejnou pro všechny důchody a procentní výměrou. **(10)**

Podmínkou nároku na *starobní důchod* je dosažení určité věkové hranice, která je stanovena na základě celospolečenského konsenzu. V posledních letech je tendence zvyšovat tuto hranici. Výše starobního důchodu je odvislá od základní výměry a procentní výměry, jejíž výše závisí na výši výdělku a době pojištění. **(28)**

Invalidní důchody je nutné považovat za náhradu ztráty pravidelných příjmů, nikoliv za kompenzaci zdravotního postižení. Za plně invalidního je pak považován pojištěnec, jemuž poklesla schopnost výdělečné činnosti o 66 % nebo jí je schopen jen za zcela mimořádných podmínek. U částečně invalidního jedince je pokles o 33 % a jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav mu ztěžuje obecné životní podmínky. **(28)**

Vdovský a vdovecký důchod jsou pozůstalostní důchody, které mají kompenzovat nižší příjmy v důsledku nové životní situace. Nárok na tento důchod zaniká provdáním. **(28)**

Dalším pozůstalostním důchodem je *sirotčí důchod*, na který má nárok nezaopatřené dítě, zemře-li rodič (osvojitel) nebo osoba, která ho převzala do péče nahrazující péči rodičů. Nárok na tento důchod zaniká osvojením. **(28)**

1.11.2. Dávky státní sociální podpory

Dávky, které jsou v současné době poskytovány v rámci systému státní sociální podpory, byly v minulosti poskytovány z různých systémů. Tato úprava však byla nepřehledná a neodpovídala potřebám vývoje. Od roku 1995 tedy existuje zákon o státní sociální podpoře. **(32)**

Základní dávky státní sociální podpory jsou:

- přídavek na dítě,
- rodičovský příspěvek,
- sociální příplatek,
- příspěvek na bydlení,
- příspěvek na školní pomůcky,
- porodné,
- pohřebné,
- dávky péčovské péče. **(7)**

Dále lze dávky státní sociální podpory rozdělit na základě zjišťování příjmů. Dávky poskytované v závislosti na výši příjmu jsou: přídavek na dítě, sociální příplatek a příspěvek na bydlení. U ostatních dávek se příjem netestuje. **(20)**

Všechny dávky mají určité společné charakteristiky. Nárok na ně mají pouze občané a s ním společně posuzované osoby v domácnosti s trvalým pobytem na území České republiky. Základem pro stanovení tohoto nároku a výše dávek je životní minimum (včetně určení hranice příjmů). Tyto dávky zohledňují nejen příjmovou, ale i sociální situaci rodiny, což znamená, že rodině může být poskytováno i více dávek. **(32)**

Jednotlivé žádosti o poskytování dávek vyřizují kontaktní místa příslušných úřadů práce podle místa trvalého bydliště. Žádosti o dávky se podávají na předepsaných tiskopisech. (7)

Přídavek na dítě je základní dlouhodobou dávkou, která je poskytována rodinám s dětmi. Cílem této dávky je pomoci rodinám s dětmi krýt jejich náklady spojené s výchovou a výživou nezaopatřených dětí. Tento přídavek je poskytován ve třech úrovních, které závisí na příjmu rodiny zjišťovaném za předchozí kalendářní rok. Jeho výše je pak stanovena násobkem životního minima dítěte na kalendářní měsíc. (32)

Nárok na přídavek na dítě má nezaopatřené dítě. V případě nezletilosti se tato dávka vyplácí osobě, která má dítě v plném zaopatření. V případě zletilosti se vyplácí přímo dítěti, není-li stanoveno jinak. (20)

Cílem *sociálního příplatku* je pomáhat rodinám s nízkými příjmy krýt náklady spojené se zabezpečením jejich potřeb. Nárok na dávku je vázán na péči o nezaopatřené dítě a na stanovenou hranici příjmů v rodině. Zvyšující příjem rodiny znamená snížení příplatku. (7)

Příspěvek na bydlení je dávka, kterou stát přispívá na náklady spojené s bydlením s přihlédnutím k jejich příjmové situaci rodiny. Nárok na příspěvek má vlastník či nájemce bytu, který v bytě trvale bydlí. U této dávky se také zjišťuje výše příjmů. (32)

Příspěvek na školní pomůcky je dávka určená ke krytí mimořádných výdajů rodin s dětmi, které začínají plnit povinnou školní docházku. Jedná se o jednorázovou dávku, která činí 1000 Kč a nárok na ni má dítě nastupující do první třídy a přihlášené k zápisu k povinné školní docházce. (7)

Další jednorázovou dávkou je *porodné*, kterým stát přispívá na náklady související s narozením dítěte. Nárok na porodné má žena, která dítě porodila nebo otec dítěte, pokud matka zemřela, případně osoba, která převzala dítě mladší jednoho roku do trvalé péče. (7)

Pohřebné je jednorázová dávka, jejíž výše činí 5000 Kč. Nárok na tuto dávku má osoba, která vypravila pohřeb osobě, jež měla ke dni smrti trvalý pobyt na území České republiky nebo byl-li pohřeb vypraven v České republice. (20)

Nárok na *rodičovský příspěvek* má rodič, který pečuje o dítě do 4 let věku, případně 7 let, je-li dítě dlouhodobě zdravotně postižené. Příjmy rodiče u tohoto příspěvku nejsou sledovány. Rodiče si v případě tohoto příspěvku mohou zlepšovat svoji situaci výdělečnou činností, ale musí v této době zajistit péči o dítě. (7)

Dávky pěstounské péče jsou čtyři a přispívá se jimi na potřeby spojené s péčí o dítě, které je svěřené do pěstounské péče. S výjimkou sociálního příplatku může mít pěstoun či dítě v pěstounské péči nárok i na další dávky státní sociální podpory, např. přídavek na dítě. Jednotlivé dávky pěstounské péče jsou:

- příspěvek na úhradu potřeb dítěte - na tuto dávku má nárok nezaopatřené dítě v pěstounské péči;
- odměna pěstouna - výše odměny se odvíjí od částky životního minima jednotlivce a koeficientu za každé svěřené dítě;
- příspěvek při převzetí dítěte - účelem této dávky je přispět na nákup potřebných věcí pro dítě přicházející do pěstounské péče;
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla - náleží pěstounovi, který má v péči nejméně čtyři děti a vozidlo nesmí užívat pro výdělečnou činnost. (7)

Některé dávky státní sociální podpory mohou být poskytovány i za jiných podmínek, to znamená po delší dobu nebo ve vyšší částce. Je to v případě zdravotního postižení dítěte nebo rodiče. Konkrétními dávkami zohledňujícími zdravotní stav dítěte nebo rodiče jsou rodičovský příspěvek, sociální příplatek, příspěvek na úhradu potřeb dítěte a odměna pěstouna. (75)

1.11.3. Dávky sociální péče

Mezi příjemci dávek sociální péče se často vyskytují také neúplné rodiny, vícečlenné rodiny a rodiny s nezaměstnaným členem nebo s členem s postižením. Avšak tyto jednotlivé charakteristiky nepředurčují konkrétní rodinu k substandardním životním podmínkám. Ty jsou spíše způsobeny kumulací více nepříznivých sociálních událostí či situací. Právě z toho důvodu je potřebný i tento třetí systém – sociální pomoci/péče, který pomáhá řešit individuální důsledky možných jednotlivých kumulací. (30)

Nejvíce vyplácených dávek v tomto systému je z důvodu sociální potřeby občana či rodiny. Tato situace je ovlivněna nezaměstnaností, chudobou. Další výraznou položku ve výdajích na dávky představují výdaje na péči o osoby se zdravotním postižením. **(30)**

Dále se budu věnovat pouze dávám určeným osobám se zdravotním postižením. Podmínky, za kterých jsou jednotlivé dávky osobám s postižením poskytovány, jsou upraveny ve vyhlášce č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení; a v její novele – ve vyhlášce č. 506/2006 Sb., kterou se vyhláška 182/1991 Sb. mění. **(6)**

Jednotlivé dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením jsou zejména tyto:

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek,
- příspěvek na úpravu bytu,
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla,
- příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla,
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla,
- příspěvek na provoz motorového vozidla,
- příspěvek na individuální dopravu,
- příspěvek na zvýšení životní náklady,
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu,
- příspěvek na úhradu za užívání garáže,
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům. **(6)**

Vedle těchto dávek se poskytují také mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P) a bezúročné půjčky. Mimořádné výhody jsou poskytovány osobám starším jednoho roku s těžším zdravotním postižením, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost. Výhody jsou I., II. a III. stupně, což se rozlišuje podle druhu a stupně postižení. **(91)** Bezúročné půjčky se poskytují ve výši až 40 000 Kč a je nutné je splatit nejpozději do pěti let. Bezúročné půjčky i mimořádné výhody poskytují obecní úřady s rozšířenou působností. **(6)**

Dávky jsou poskytovány obecním úřadem s rozšířenou působností nebo pověřeným obecním úřadem (příspěvek na zvýšené životní náklady, na úhradu za užívání bezbariérového bytu, za užívání garáže a příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům). **(6)**

Novou „sociální dávkou“, která je i využívána rodinami s postiženým dítětem je **příspěvek na péči**. Právě nový způsob financování sociálních služeb s sebou přinesl i tento nový příspěvek.

Je poskytován obcemi s rozšířenou působností. Tento příspěvek je poskytován za podmínek stanovených zákonem o sociálních službách, a to osobám závislým na pomoci jiné osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. **(96)**

Kromě oprávněné osoby může být příjemcem příspěvku také zákonný zástupce nebo jiná fyzická osoba, které byl nezletilý svěřen do péče. Příspěvek může být také vyplácen zvláštnímu příjemci, a to v případě, že oprávněná osoba nemůže příspěvek přijímat nebo není využíván k zajištění potřebné pomoci. **(96)**

Při koncipování tohoto příspěvku se vychází z toho, že jeho poskytnutí dané osobě umožní, aby se klient sám rozhodl, jakým způsobem zabezpečí své potřeby. Tím by se měla zvýšit efektivnost využití prostředků, které jsou směřovány jako dotace jednotlivým subjektům. **(30)**

V rámci příspěvku na péči se rozlišují čtyři stupně „závislosti“ na pomoci jiné osoby:

1. stupeň (lehká závislost) – potřebná každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti, u osoby mladší 18 let pak při více než 5 úkonech;
2. stupeň (středně těžká závislost) – každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech a u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost;
3. stupeň (těžká závislost) – každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech a u osob mladších 18 let při více než 15 úkonech;

4. stupeň (úplná závislost) – každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech a u osoby mladší 18 let při více než 20 úkonech. **(96)**

Při posuzování péče o vlastní osobu je stanoveno 18 úkonů a při posuzování soběstačnosti také 18 úkonů, které se hodnotí. **(96)**

Od určeného stupně závislosti se pak také odvíjí výše příspěvku, který je vyplácen měsíčně a částky jsou rozdílné pro osoby mladší a starší 18 let věku. **(96)**

1.12. Nestátní neziskové organizace a jejich význam

Neziskový sektor má v českých zemích dlouhou historickou tradici, především pak spolková činnost. Již ve třicátých letech minulého století existovalo velké množství spolků v dobročinné a humanitární oblasti. Řada ústavů a podobných zařízení byla spravována a vlastněna právě spolky a nadacemi. Tato tradice byla přerušena až totalitními režimy, které svobodné iniciativy občanů nepovažovaly za žádoucí. Jednotlivé činnosti neziskových organizací převzal stát. Změnu přinesl až rok 1989, kdy se činnosti v oblasti neziskového sektoru obnovují. **(49)**

Postupně od roku 1989 jednotlivé právní předpisy umožňují, aby se na péči o osoby s mentálním postižením podílela vedla státních institucí také občanská sdružení a společenské organizace. V té době tedy vznikla řada iniciativ občanské či církevní povahy, které rozvíjejí různé způsoby péče o osoby s mentálním postižením. **(79)**

V rámci českého prostředí vzniklo několik nových pojmů. Obecně lze však říci, že neziskové organizace jsou vymezeny jako organizace nevytvářející zisk k přerozdělení mezi jeho vlastníky, správce nebo zakladatele. Pokud zisk vytvoří, musí ho vložit zpět k rozvoji organizace a k plnění jejích cílů. **(71)**

Mezi nejčastější nestátní neziskové organizace patří:

- občanská sdružení (zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů);
- obecně prospěšné společnosti (zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech);
- nadace a nadační fondy (zákon č. 227/1997 Sb., o nadacích a nadačních fondech).

(57)

Občanská sdružení jsou sdružením fyzických a právnických osob, které vzniká za účelem realizace společného zájmu. *Obecně prospěšná společnost* je pak subjektem, který poskytuje obecně prospěšné služby všem za stejných podmínek. *Nadace* i *nadační fond* jsou účelová sdružení majetku zřízená za účelem dosahování obecně prospěšného cíle. V případě nadace se tím rozumí zejména rozvoj duchovních hodnot, ochrana lidských práv, rozvoj vzdělávání apod. **(65)**

Vedle těchto organizací se můžeme ještě setkat s *účelovými zařízeními církví* (zákon č. 308/1991 Sb., o svobodě víry a postavení církví a náboženských společností) nebo církevními právnickými osobami (zákon č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech). **(71, 57)**

V současnosti působí v České republice řada „sdružení“ pro osoby s postižením. Nejčastěji jsou jejich členy osoby s určitým typem postižením, pak zde fungují také organizace rodičů dětí s postižením. Všechny tyto organizace pracují jednak na místní úrovni a pak se sdružují k efektivnímu prosazování svých potřeb v jednotlivých oblastech života. **(56)**

Tyto organizace se věnují především:

- spolkové činnosti - aktivní využívání volného času, osvětová činnost, angažovanost v oblasti tvorby legislativy apod.;
- zakládání a provozování různých zařízení - denní centra, stacionáře, asistenční služby, poradenství atd. **(51)**

Vedle toho tyto organizace zaměřují svou činnost ještě na obhajobu práv a zájmů osob s postižením a také na poskytování potřebných a dosud chybějících služeb. **(49)**

Konkrétně v polistopadové době sehrály důležitou roli dvě zařízení: *Sdružení zdravotně postižených*, které vzniklo v roce 1990. Druhou významnou celostátní organizací byl v roce 1991 vznikající *Sbor zástupců organizací zdravotně postižených*. Ten se od počátku svého fungování podílel na vytvoření a činnostech Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, který je od roku 1991 koordinačním, iniciativním a poradním orgánem vlády. **(49)**

Z důvodu efektivnějšího zastupování a komunikace s jinými organizacemi (včetně státních a mezinárodních) vznikla v roce 2000 Národní rada zdravotně postižených, v současnosti přejmenovaná na *Národní radu osob se zdravotním postižením*. Jejím nejvyšším orgánem je Republikové shromáždění, které je tvořeno delegáty členských organizací. **(49)**

Mezi členské organizace Rady patří i Sdružení pro pomoc mentálně postiženým v ČR – Inclusion Czech Republic. V roce 2006 také proběhla změna názvu na *Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, o.s.*, a to z důvodu zákona 342/2006. Novým názvem je lépe vystihnuta myšlenka Deklarace o lidských právech: „...jsem člověk se stejnými právy, jako každý jiný. Daleko více než pomoc potřebuji podporu k naplnění svého života, pokud možno rovnocenného s životem tvým...“ **(74)**

Toto sdružení se zaměřuje konkrétně i na rodiny s dítětem s mentálním postižením. Poskytuje jim cílené poradenství a poskytuje jim informace a kontakty nejen o sdružení, ale i o konkrétní pomoci. Hlavním cílem však je snaha o vymanění rodin ze společenské izolace. **(79)**

Dalšími významnými organizacemi jsou organizace rodičů dětí s postižením. Jejich význam spočívá především v prosazování a hájení zájmů dětí s postižením. K celorepublikovým patří např. *Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v České republice*, která byla založena v roce 1991. Sdružuje všechny, kteří chtějí aktivně pomoci dětem s postižením a také jejich rodinám. **(18)**

Mezinárodní organizace osob s postižením

Problematika osob s postižením je celosvětová, a tak lidé, kteří se jí zabývají, vzájemně spolupracují. Nejprve se v této oblasti angažovali spíše lidé „bez postižení“ či rodiče osob s postižením. V současnosti se však můžeme stále více setkat s aktivitou lidí s postižením. Od počátku 90. let je patrnější i účast českých zástupců v rámci této spolupráce. **(90)**

Mezi jednu z nejvýznamnějších organizací patří *Evropské fórum zdravotně postižených (European Disability Forum)*. Bylo založeno organizacemi osob

se zdravotním postižením na základě poznání, že je třeba vytvořit v rámci Evropské unie (EU) opravdu reprezentativní poradní orgán se širokým mandátem a aktivním přístupem k problematice zdravotního postižení. Začalo pracovat v roce 1997 a jeho cílem je v souladu s principy zákazu diskriminace zajistit dodržování lidských práv osob se zdravotním postižením ve všech institucích, mezinárodních organizacích a agenturách Evropské unie. Stanovy fóra garantují přímé zapojení těchto osob i rodičů těch z nich, kteří nemohou sami hájit své zájmy. **(11)**

Další mezinárodní organizací je *Rehabilitation International (Federace národních a mezinárodních organizací a agentur)*, což je organizace založená již v roce 1922. Tato organizace vypracovala na 80. léta „Chartu“ – prohlášení, která se týkají celosvětových priorit v oblasti prevence zdravotního postižení a rehabilitace osob se zdravotním postižením. **(49)**

Tato organizace pracuje zejména v oblasti prevence, rehabilitace osob se zdravotním postižením a v oblasti vyrovnávání příležitostí pro osoby s postižením a jejich rodiny. **(68)**

Hlavním cílem další mezinárodní organizace, *Disabled People's international*, je zapojení všech osob se zdravotním postižením do života společnosti. Tento cíl se týká i osob žijících v rozvojových zemích, kde je zdravotní postižení často spojeno s chudobou, čímž je znemožněno naplnění řady potřeb a aspirací osob s postižením. **(49)**

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1. Cíl práce

Cílem této práce je zjistit, jaká je v současné době informovanost rodičů dětí s mentálním postižením o možnostech sociální podpory a pomoci/péče. Konkrétně tedy zmapovat jejich povědomí (informace) o situaci, která se jich přímo dotýká. Poté vytvořit určitý informativní přehled možností, který by rodičům napomohl v lepší orientaci.

2.2. Hypotézy práce

Hypotéza I:

Rodiče dětí s mentálním postižením nejsou dostatečně informováni o možnostech sociální pomoci a podpory.

Hypotéza II:

Rodičům dětí s mentálním postižením a organizacím poskytujícím sociální pomoc a podporu chybí ucelený přehled možností.

3. METODIKA

3.1. Použitá metoda

V této práci byla použita metoda dotazování, konkrétně technika dotazníku. Dotazník lze charakterizovat jako standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny. Důležitá je správná formulace otázek, která ovlivňuje dotazovaného určitým směrem. Typickým znakem pro dotazník bývá, že výzkumník nebývá přítomen při vyplňování. Běžnější užitím dotazníkové techniky je anonymní forma, která často umožňuje upřímnější a spolehlivější informace. Anonymita v tomto případě představuje respektování důvěrného charakteru individuálních informací se zárukou jejich využití pouze pro hromadné zpracování. (97)

Dotazník v této práci byl určen rodičům dětí s mentálním postižením. Obsahoval 17 otázek a byl zaměřen na všeobecnou informovanost rodičů o možnostech v rámci sociálního systému a také na jejich spokojenost s poskytovanými informacemi. V dotazníku byly formulovány především otázky uzavřené, které umožňují respondentovi zvolit si konkrétní odpověď; dále polootevřené, kde zvolenou odpověď respondent může doplnit svým názorem. Poslední otázka byla otevřená a dávala prostor k vlastnímu vyjádření.

Úvodní část dotazníku, vedle mého představení a ujasnění určení dotazníku, tvořily otázky zjišťující základní identifikační údaje, tzn. věk, pohlaví, rodinný stav, vzdělání, zaměstnání a také věk dítěte s postižením. V další části jsem se dotazovala na školská zařízení, které dítě navštěvuje/navštěvovalo. Následně jsem se pak věnovala využívaným sociálním službám a dávkám. Dále mě zajímala znalost a využití nestátních organizací. V závěru jsem chtěla poznat jejich spokojenost s poskytovanými informacemi. Dotazník je uveden v příloze č. 6.

Dotazníky byly předány respondentům několika způsoby. Některé dotazníky jsem rozdala osobně během své praxe. Ve druhém případě jsem dotazníky osobně předala organizacím zabývajícím se problematikou osob s mentálním postižením; ty pak dotazníky předaly svým klientům. Nejvíce dotazníků jsem pak zaslala poštou do organizací, jejichž pracovníci je rozdali svým klientům.

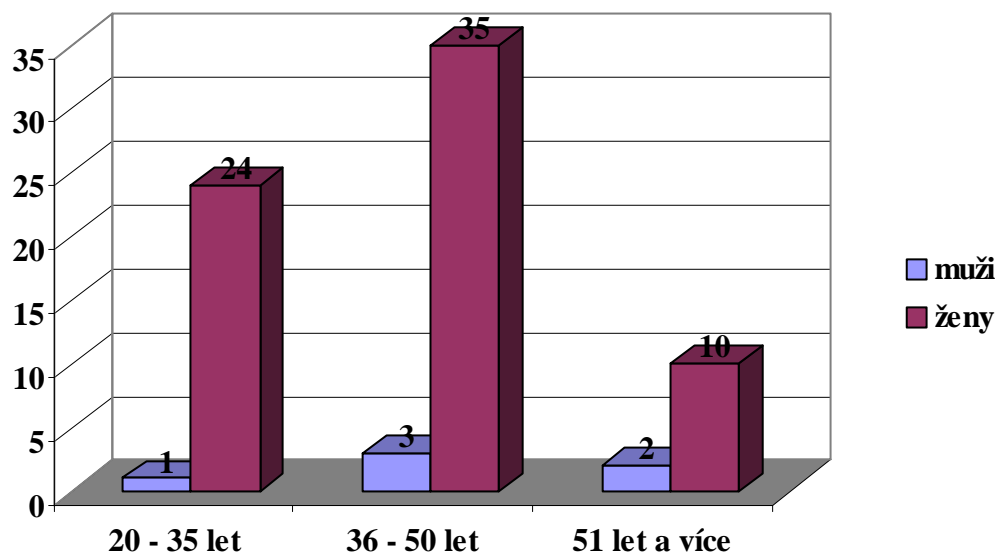
Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, vyplněných jich bylo vráceno 75. Návratnost tedy činí 75 %.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek respondentů byl tvořen rodiči dětí s mentálním postižením. V případě rodičů nebylo zvoleno téměř žádné omezení při výběru, vyjma péče o dítě s mentálním postižením. Druhé omezení spočívalo v oblasti pobytu, neboť výzkum byl prováděn převážně v Jihočeském a Plzeňském kraji.

4. VÝSLEDKY

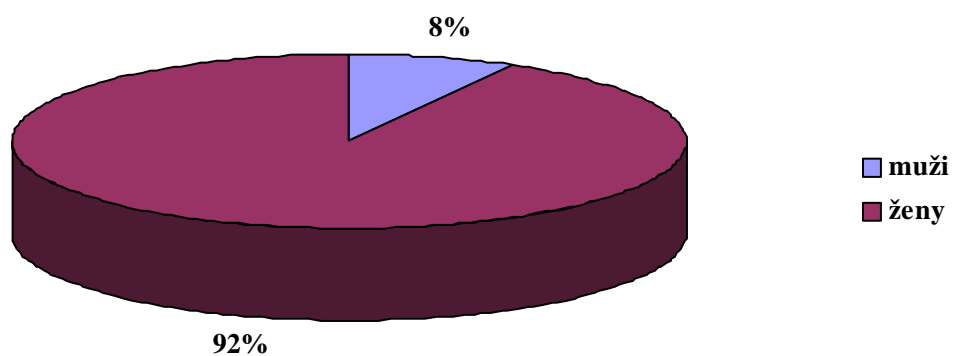
Graf 1 – Věk respondentů (rodičů).



Zdroj: Vlastní výzkum.

V grafu je znázorněno rozložení respondentů podle věku. Ve věkové kategorii 20 – 35 let je celkem 25 respondentů, z toho 24 žen a 1 muž. Ve věku 36 – 50 let je 38 respondentů, konkrétně 35 žen a 3 muži. V poslední kategorii zahrnující věk 51 let a více je 12 respondentů, z čehož je 10 žen a 2 muži.

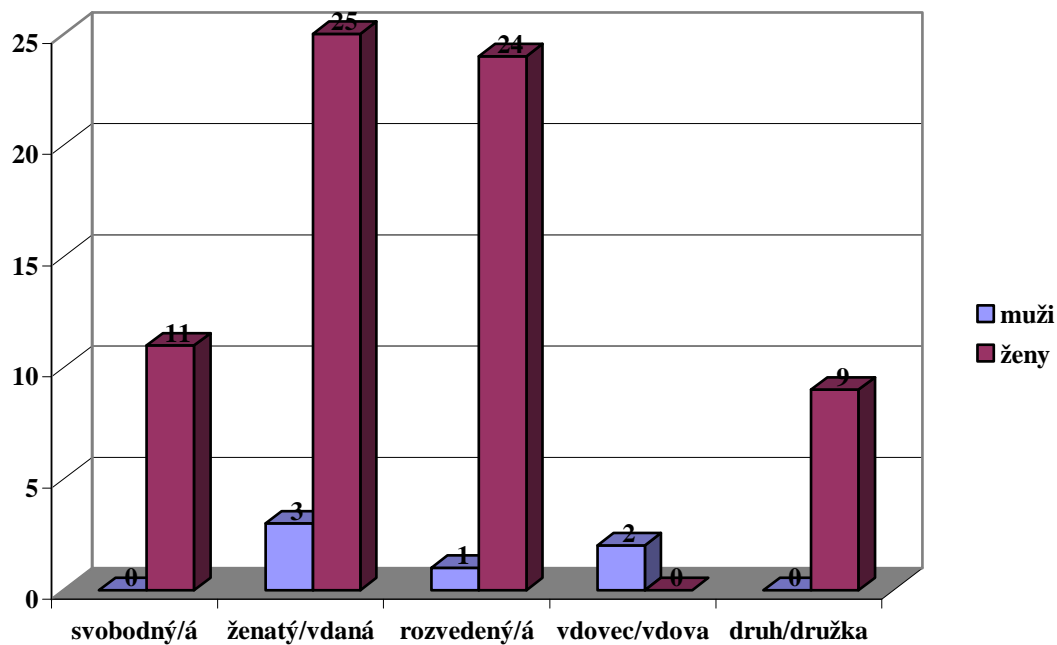
Graf 2 – Pohlaví respondentů (rodičů).



Zdroj: Vlastní výzkum.

Rozdělení respondentů v celém souboru podle pohlaví bylo v poměru 6 (8 %) mužů a 69 (92%) žen.

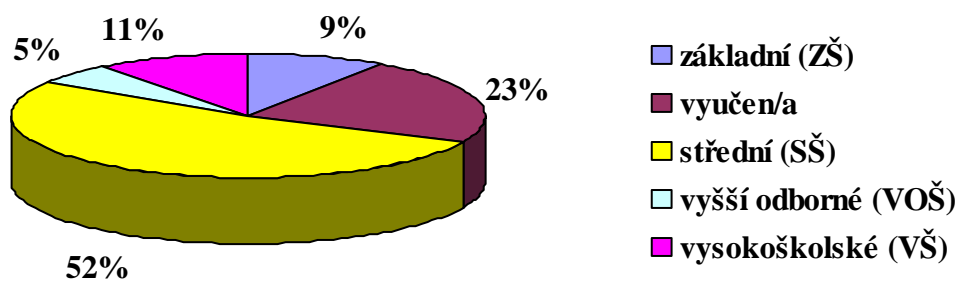
Graf 3 – Stav respondentů (rodičů).



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf ukazuje, že nejvíce respondentů žije v manželství nebo je rozvedených. Přesněji 11 žen je svobodných, muž žádný (0). Dále 3 muži jsou ženatí a 25 žen je vdaných. Podobně vysoké číslo je i u rozvedených, 1 muž a 24 žen. Ovdovělí jsou mezi respondenty 2 muži, žena žádná (0). V družském svazku žije 9 žen, muž žádný (0).

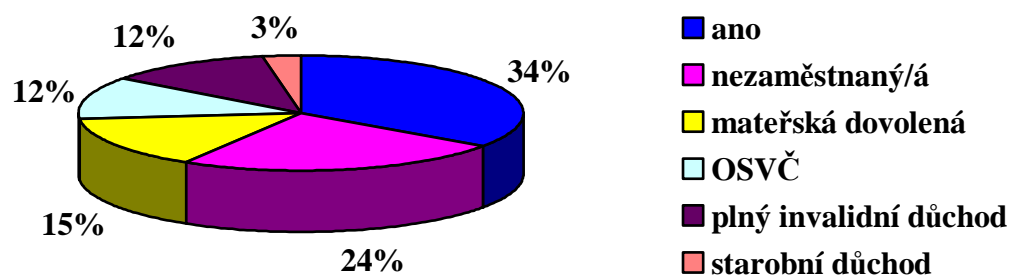
Graf 4 – Vzdělání respondentů (rodičů).



Zdroj: Vlastní výzkum.

Základního vzdělání dosáhlo 7 (9 %) respondentů; vyučilo se 17 (23 %) dotázaných. Střední vzdělání získalo 39 (52 %) respondentů. Vyšší odborné vzdělání mají 4 (5 %) dotázaní a vysokoškolské vzdělání má 8 (11 %) respondentů.

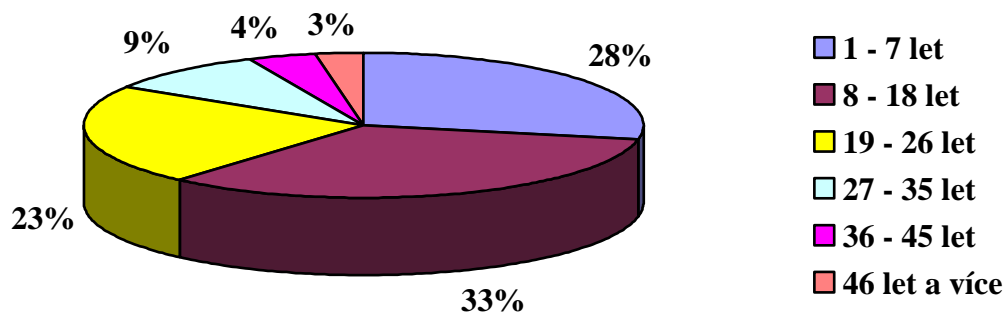
Graf 5 – Zaměstnání respondentů (rodičů).



Zdroj: Vlastní výzkum.

Z grafu je patrné, že 26 (34 %) respondentů je zaměstnáno a 18 (24 %) je nezaměstnaných. Na mateřské dovolené je 11 (15 %) dotazovaných. Osob samostatně výdělečně činných je 9 (12 %). Plný invalidní důchod požívá 9 (12 %) respondentů a 2 (3 %) jsou poživateli starobního důchodu.

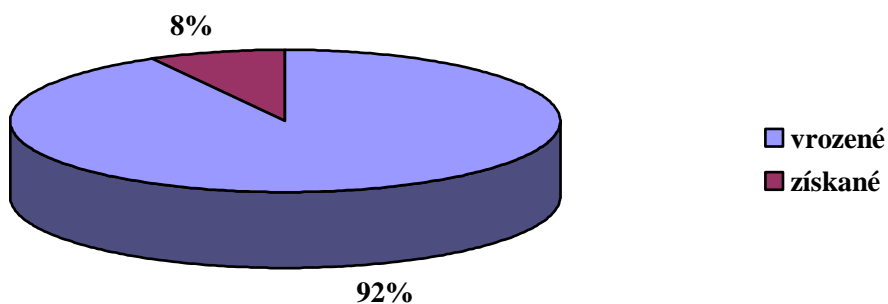
Graf 6 – Věk dětí s postižením.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf nás informuje o tom, do jaké kategorie je dítě respondentů zařazeno. V kategorii 1 – 7 let je 21 (28 %) dětí. Nejvíce 25 (33 %) dětí je začleněno do kategorie 8 – 18 let. Ve skupině 19 – 26 let je 17 (23 %) dětí. Kategorie 27 – 35 let zahrnuje 7 (9 %) dětí respondentů. Věku 36 – 45 let dosahují 3 (4 %) děti. 2 (3 %) děti mají respondenti ve věku 46 let a více.

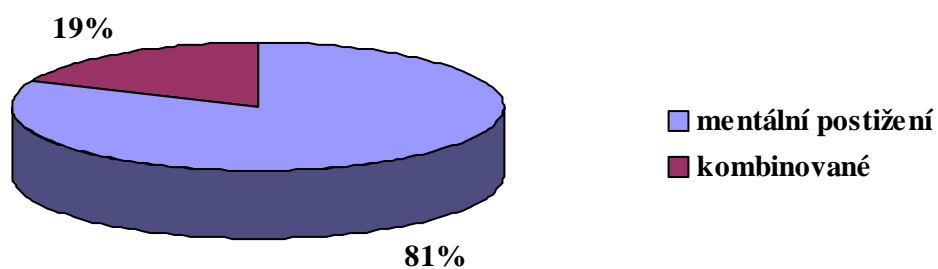
Graf 7 – Postižení dětí.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Z grafu jasně vyplývá, že 69 (92 %) dětí má postižení vrozené a 9 (8 %) dětí má postižení získané.

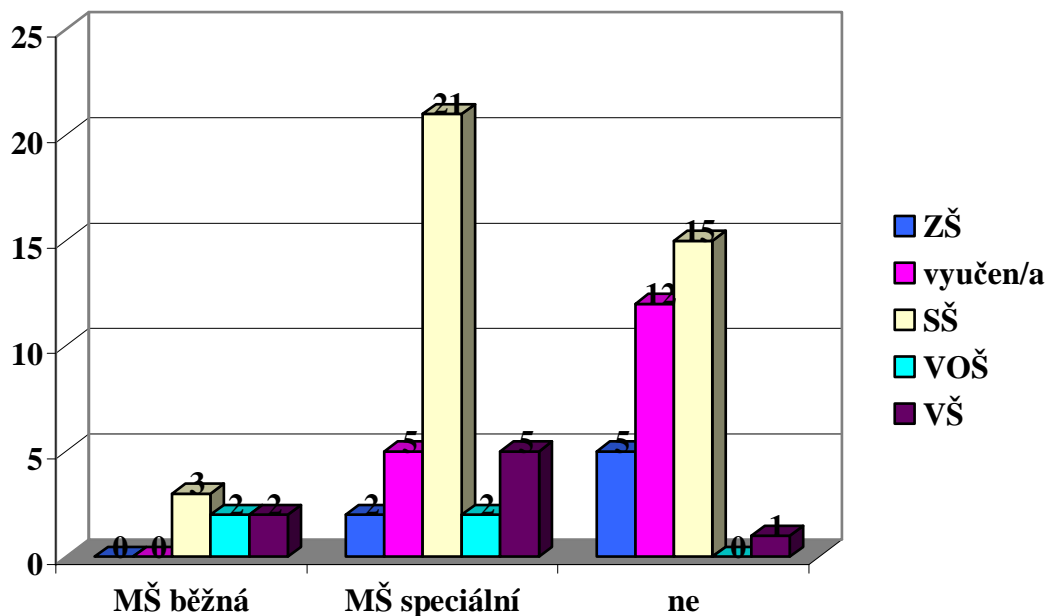
Graf 7a – Druh postižení.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Tento graf navazuje na předešlý a upřesňuje typ postižení. 61 (81 %) dětí respondentů tedy má mentální postižení a 14 dětí (19 %) má kombinované postižení.

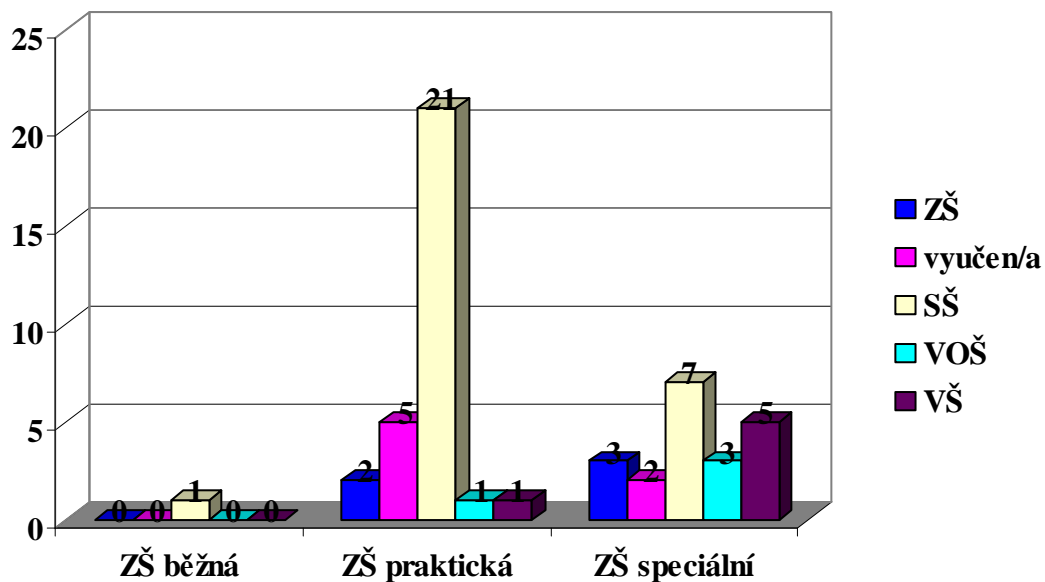
Graf 8 – Navštěvovaná mateřská škola (MŠ) dětmi s postižením.



Zdroj: Vlastní výzkum.

V tomto grafu jsou respondenti – rodiče rozděleni podle vzdělání; rozdělení podle vzdělání bude užito i v následujících grafech. Graf ukazuje, jakou mateřskou školu navštěvuje/navštěvovalo jejich dítě. Mateřskou školu běžnou navštěvuje/navštěvovalo celkem 7 dětí, z toho jsou 3 děti respondentů se středním vzděláním, 2 děti respondentů s vyšším odborným vzděláním, a stejně tak 2 děti respondentů s vysokoškolským vzděláním. Mateřskou školu speciální pak za své děti zaškrtno celkem 35 respondentů; 2 respondenti se základním vzděláním, 5 respondentů s vyučením, 21 se středním vzděláním, 2 respondenti s vyšším odborným, 5 vysokoškolsky vzdělaných. Možnost „ne“, tzn. nenavštěvuje/nenavštěvovalo, uvedlo celkem 33 respondentů; 5 respondentů se základním vzděláním, 12 respondentů s vyučením, 15 se středním vzděláním a 1 respondent s vysokoškolským vzděláním.

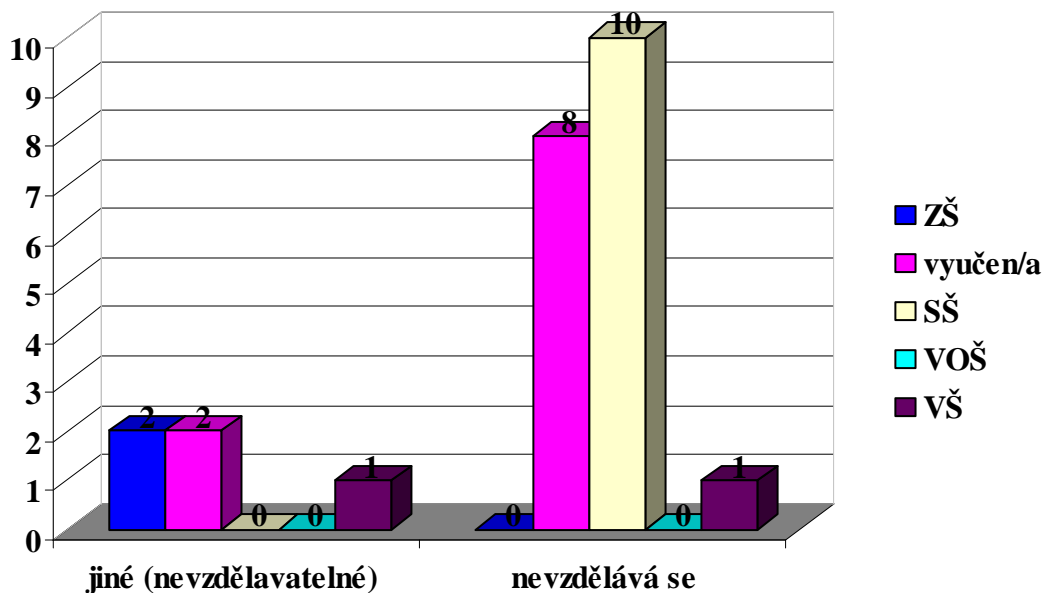
Graf 9 – Navštěvovaná základní škola dětmi s postižením.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Také tento graf znázorňuje otázku, na kterou odpovídali respondenti (rodiče) za své děti. Základní školu běžnou navštěvuje/navštěvovalo pouze 1 dítě respondenta se středním vzděláním. Základní školu praktickou uvedlo za své dítě celkem 30 respondentů; 2 respondenti se základním vzděláním, 5 respondentů s vyučením, 21 respondentů se středním vzděláním a 1 respondent s vyšším odborným a 1 s vysokoškolským vzděláním. Základní školu speciální zaškrtlo u svého dítěte 20 respondentů; 3 respondenti se základním vzděláním, 2 vyučení respondenti, 7 se středním vzděláním, 3 s vyšším odborným a 5 s vysokoškolským vzděláním.

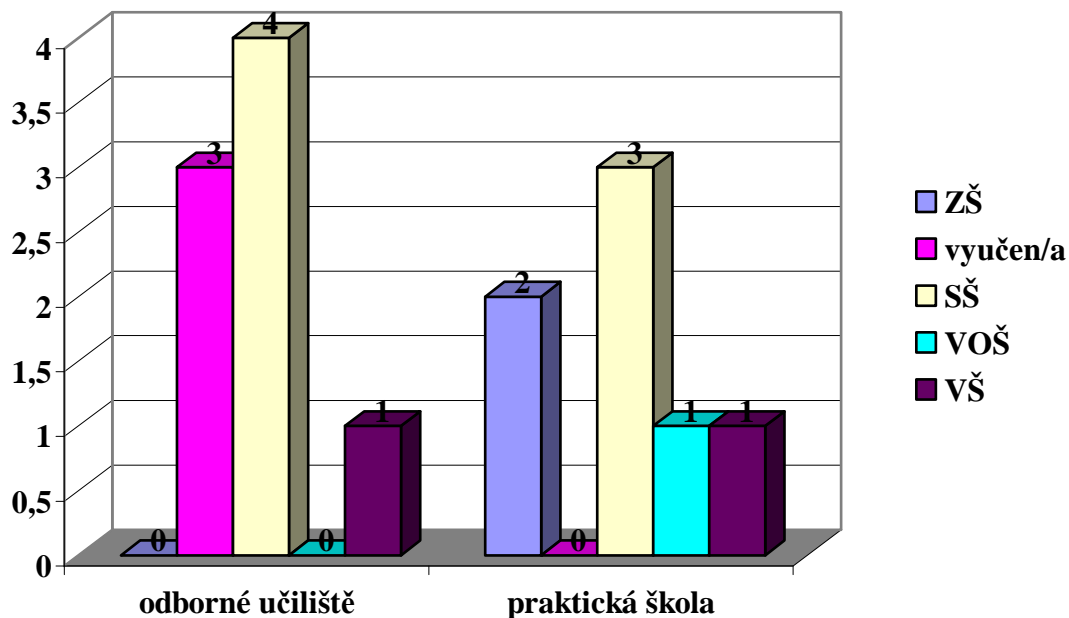
Graf 9a – Doplnující graf k základnímu vzdělávání dětí s postižením.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Tento graf je pouze doplňující k předcházejícímu. Vyplývá z něj, že celkem 5 respondentů uvedlo, že jejich děti jsou/byli nevzdělavatelné; konkrétně 2 děti respondentů se základním vzděláním, 2 děti respondentů s vyučením a 1 respondent s vysokoškolským vzděláním. Dále je z grafu patrné, že 19 dětí ještě nezačalo navštěvovat základní školu. Jedná se o 8 dětí respondentů s vyučením, 10 dětí respondentů se středním vzděláním a 1 dítě respondenta s vysokoškolským vzděláním.

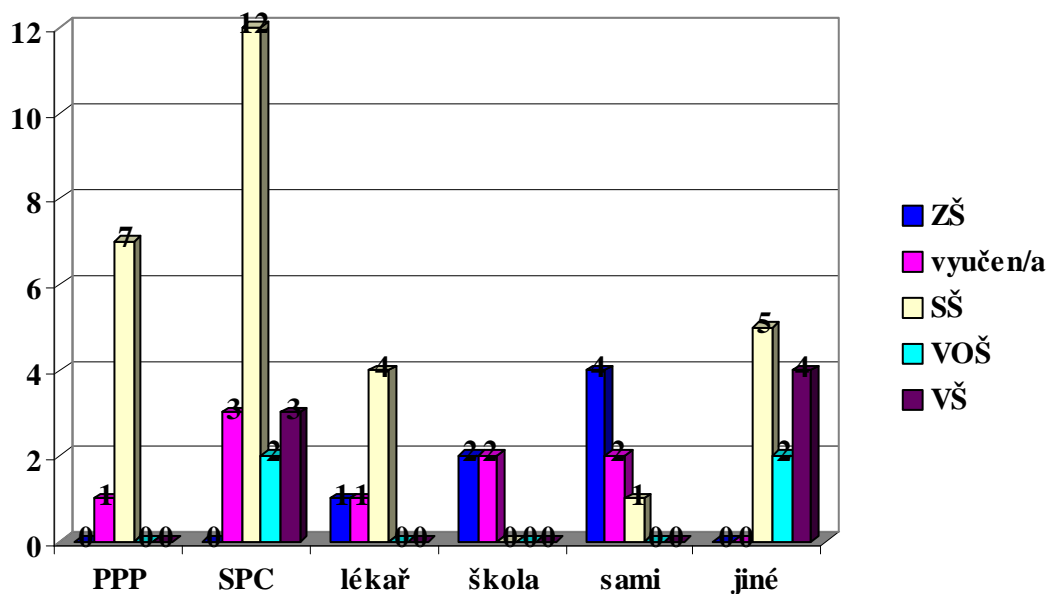
Graf 9b – Příprava na budoucí povolání dětí s postižením.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Po základní škole praktické pokračovalo 8 dětí na odborném učilišti; a to 3 děti respondentů s vyučením, 4 děti respondentů se středním vzděláním a 1 dítě respondenta s vysokoškolským vzděláním. Praktickou školu navštěvuje/navštěvovalo 7 dětí (po základní škole speciální); 2 děti respondentů se základním vzděláním, 3 děti respondentů se středním vzděláním, 1 dítě respondenta s vyšším odborným a 1 dítě respondenta s vysokoškolským vzděláním.

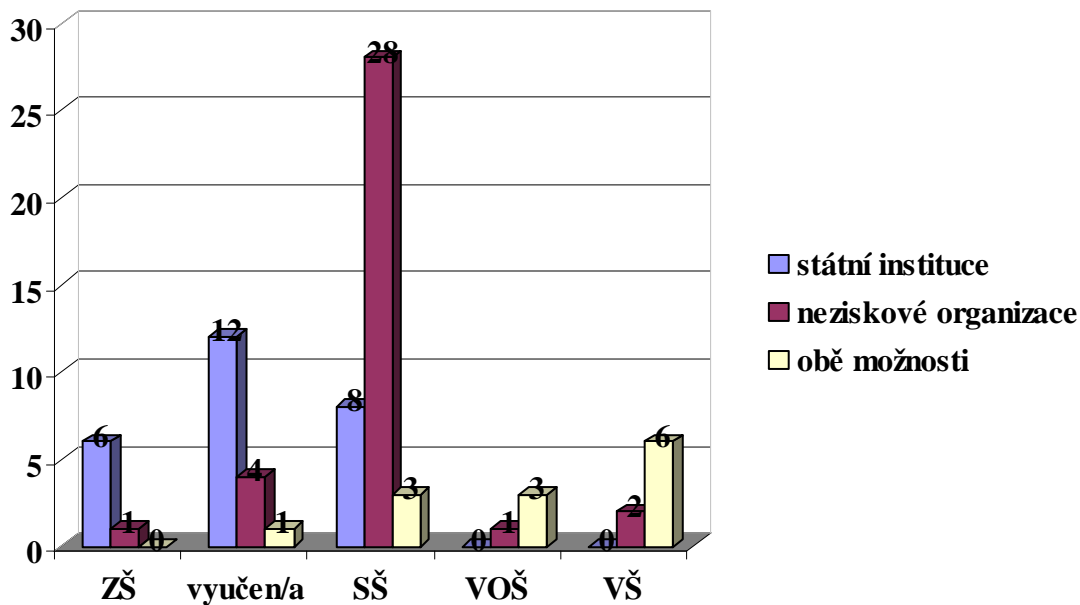
Graf 10 – Rozhodnutí o typu školy.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Tento graf vyjadřuje, s kým se respondenti (rodiče) radili o typu školy pro své dítě s postižením. Možnost pedagogicko-psychologické poradny využilo 8 respondentů; 1 dotázaný s vyučením a 7 respondentů se středním vzděláním. Pracovníka speciálně pedagogického centra uvedlo 20 dotázaných; 3 respondenti s vyučením, 12 respondentů se středním vzděláním, 2 respondenti s vyšším odborným a 3 respondenti s vysokoškolským vzděláním. S lékařem se poradilo 6 respondentů; 1 respondent se základním vzděláním a 1 s vyučením a pak 4 respondenti se středním vzděláním. Pedagoga ve škole zvolili 4 respondenti; 2 dotazovaní se základním vzděláním a 2 respondenti s vyučením. Sami se rozhodovali respondenti v 7 případech; 4 respondenti se základním vzděláním, 2 respondenti s vyučením a 1 dotazovaný se středním vzděláním. Do možnosti jiné respondenti uvedli kombinaci SPC a lékař; konkrétně to bylo 11 respondentů - 5 respondentů se středním vzděláním, 2 respondenti s vyšším odborným a 4 respondenti s vysokoškolským vzděláním.

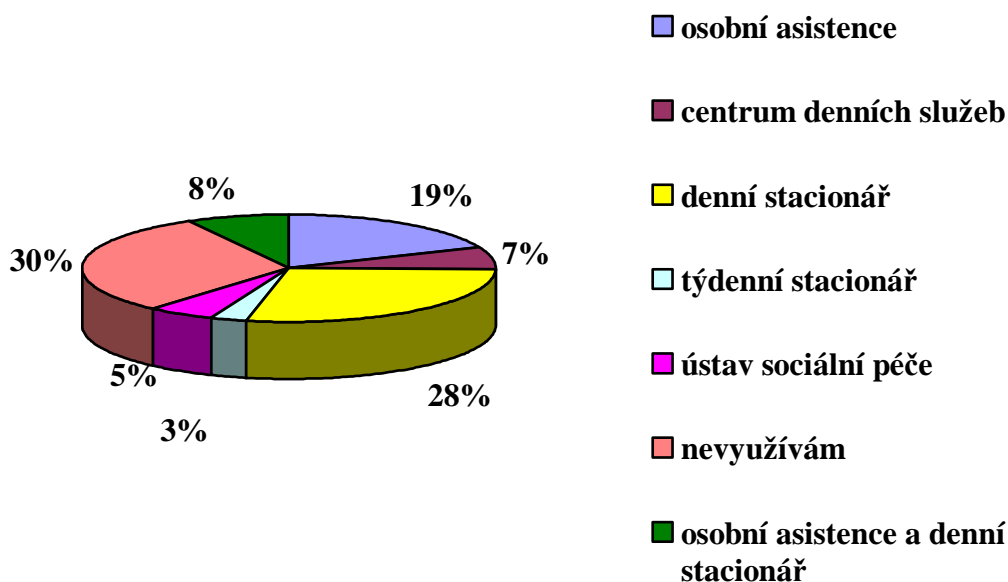
Graf 11 – Nabídka sociální pomoci/péče.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf znázorňuje, jaké nabídky sociální pomoci/péče respondenti využívají nejvíce. Respondenti (6) se základním vzděláním nejvíce využívají nabídky státních institucí, 1 respondent uvedl neziskové organizace. Respondenti s vyučením uvedli 12krát státní instituce, 4krát neziskové organizace a 1krát obě možnosti. 8 respondentů se středním vzděláním zaškrtnulo státní instituce, 28 respondentů neziskové organizace a 3 respondenti obě možnosti. U respondentů s vyšším odborným vzděláním byly 3krát zvoleny obě možnosti a 1krát nabídka neziskových organizací. 2 respondenti s vysokoškolským vzděláním využívají možnost neziskových organizací a 6 respondentů s tímto vzděláním obě možnosti.

Graf 12 – Využívané sociální služby.



Zdroj: Vlastní výzkum.

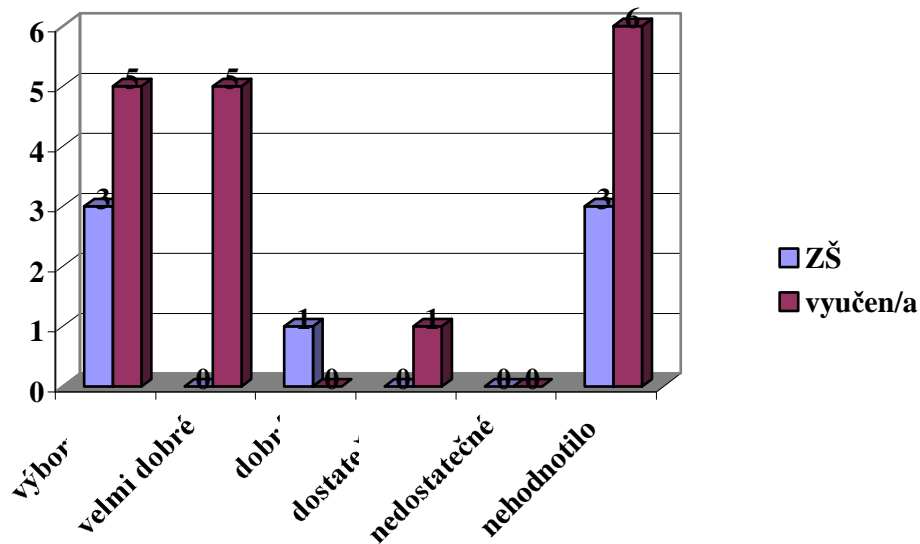
V tomto grafu jsou zahrnuty odpovědi všech respondentů; podle vzdělání jsou rozděleni v následující tabulce. Z grafu tedy vyplývá, že nejvíce - 21krát je využíván denní stacionář (28 %). Oproti tomu týdenní stacionář je využíván pouze 2 (3 %) respondenty. Službu osobní asistence uvedlo 14 (19 %) dotázaných. Centrum denních služeb využívá 5 (7 %) respondentů. Ústav sociální péče zaškrtili 4 (5 %) respondenti. U 6 (8 %) respondentů se objevila kombinace osobní asistence a denního stacionáře. Zbývajících 23 (30 %) respondentů uvedlo, že sociální služby nevyužívá.

Tabulka 1 – Využívané sociální služby v závislosti na vzdělání respondentů.

	ZŠ	Vyučen/a	SŠ	VOŠ	VŠ
Osobní asistence	0	3	8	1	2
Centrum denních služeb	0	2	2	0	1
Denní stacionář	0	4	15	1	1
Týdenní stacionář	1	1	0	0	0
Ústav sociální péče	3	1	0	0	0
Osobní asistence a denní stacionář	0	0	1	2	3
Nevyužívám	3	6	13	0	1

Zdroj: Vlastní výzkum.

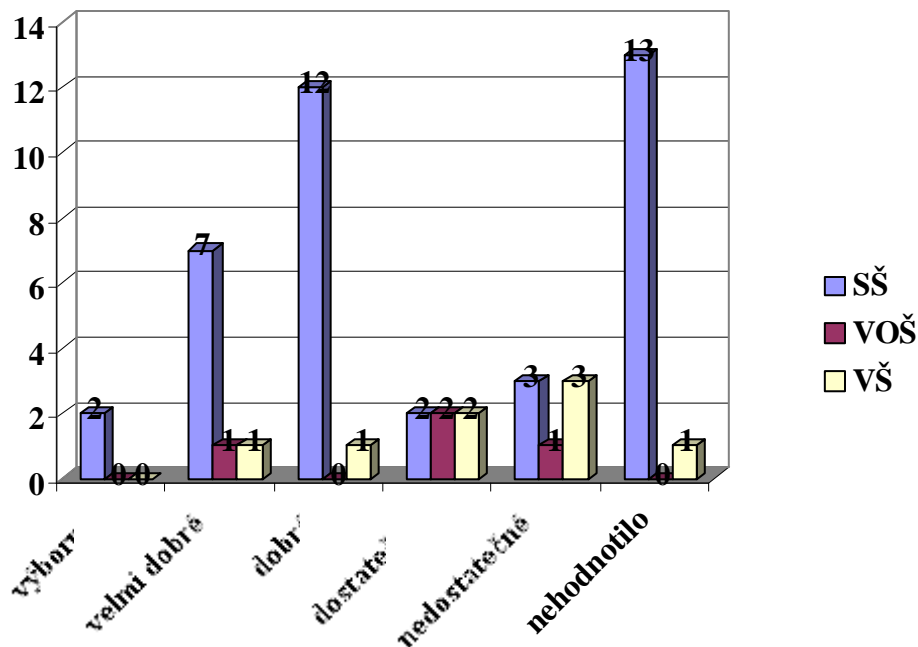
Graf 13 – Hodnocení sociálních služeb (podle vzdělání respondentů).



Zdroj: Vlastní výzkum.

Pro větší přehlednost byli respondenti rozděleni do dvou grafů. V prvním grafu je znázorněno hodnocení respondentů se základním vzděláním a s vyučením. 3 respondenti se základním vzděláním hodnotili sociální služby výborně, 1 respondent jako dobré a 3 respondenti nehodnotili. Druhou skupinu tvoří respondenti s vyučením, 5 respondentů považuje služby za výborné, dalších 5 za velmi dobré, 1 respondent za dostatečné a 6 respondentů nehodnotilo.

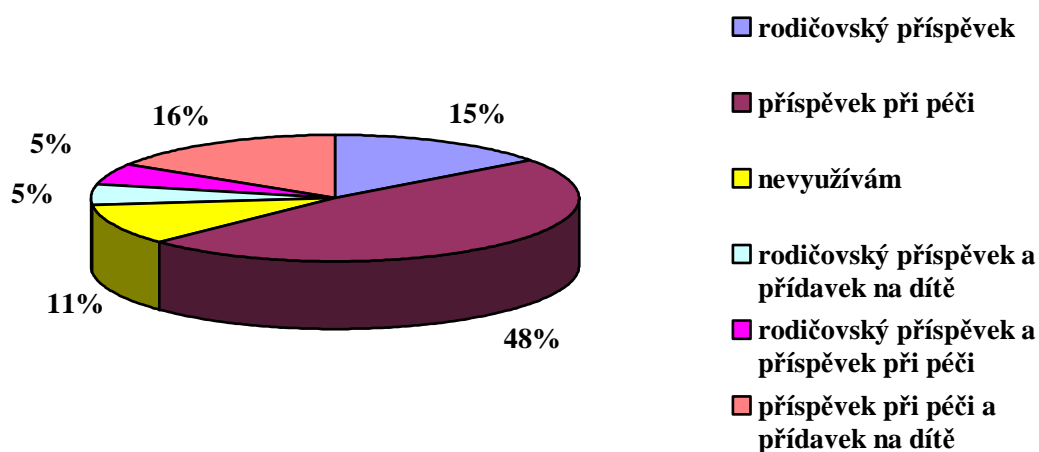
Graf 13a – Hodnocení sociálních služeb (podle vzdělání respondentů).



Zdroj: Vlastní výzkum.

Tento graf navazuje na předchozí; v tomto jsou však zahrnuty osoby se středním, vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Sociální služby byly 2 respondenty se středním vzděláním hodnoceny jako výborné, 7 respondenty jako velmi dobré, 12 respondenty jako dobré, 2 jako dostatečné, 3 jako nedostatečné a 12 nehodnotilo. Respondenty s vyšším odborným vzděláním jsou sociální služby považovány v 1 případě za velmi dobré, ve 2 případech za dostatečné a v 1 případě za nedostatečné. Vysokoškolsky vzdělaní respondenti vnímají sociální služby 1krát jako velmi dobré, 1krát jako dobré, 2krát jako dostatečné, 3krát jako nedostatečné a 1krát nehodnotili.

Graf 14 – Využívané sociální dávky.



Zdroj: Vlastní výzkum.

V tomto grafu jsou uvedeny sociální dávky využívané všemi respondenty. Příspěvek při péči využívá 36 respondentů (48 %), 11 (15 %) respondentů pak rodičovský příspěvek. Pouze 8 (11 %) dotazovaných uvedlo, že nevyžívá žádnou dávku. Ostatní respondenti uváděli kombinace nabízených možností; rodičovský příspěvek a přídavek na dítě pobírají 4 (5 %) respondenti, stejně tak 4 (5 %) respondenti pobírají rodičovský příspěvek a příspěvek při péči a 12 (16 %) dotázaných uvedlo kombinaci příspěvek při péči a přídavek na dítě.

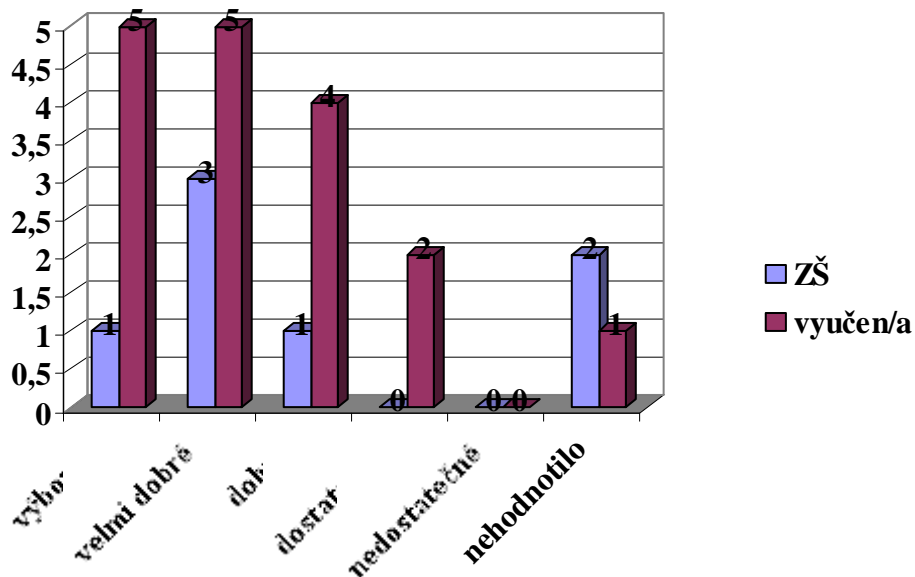
Rozdělení respondentů využívajících sociální dávky, podle vzdělání, uvádím v následující tabulce.

Tabulka 2 – Využívané sociální dávky v závislosti na vzdělání respondentů.

	ZŠ	Vyučen/a	SŠ	VOŠ	VŠ
Rodičovský příspěvek	0	5	6	0	0
Příspěvek při péči	5	2	27	1	1
Nevyužívá	2	1	2	1	2
Rodičovský příspěvek a přídavek na dítě	0	2	2	0	0
Rodičovský příspěvek a příspěvek při péči	0	3	0	0	1
Příspěvek při péči a přídavek na dítě	0	4	2	2	4

Zdroj: Vlastní výzkum.

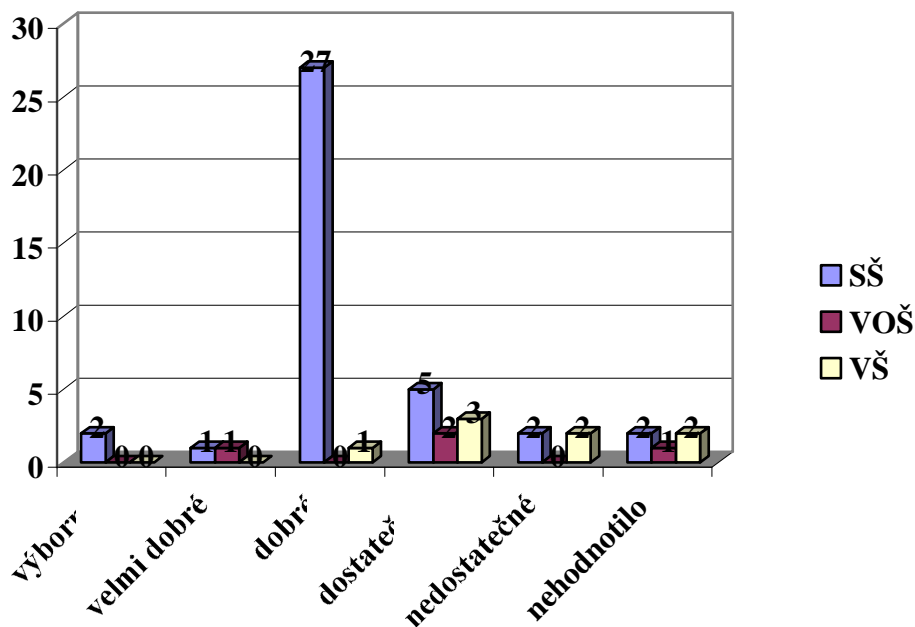
Graf 15 – Hodnocení sociálních dávek (podle vzdělání respondentů).



Zdroj: Vlastní výzkum.

V tomto grafu jsou hodnoceny sociální dávky skupinou respondentů se základním vzděláním a vyučených. Respondenti se základním vzděláním hodnotili sociální dávky jako výborné (1), velmi dobré (3), dobré (1) a 2 nehodnotili. Skupina respondentů s vyučením považuje sociální dávky za výborné (5), velmi dobré (5), dobré (4), dostatečné (2) a 1 respondent nehodnotil.

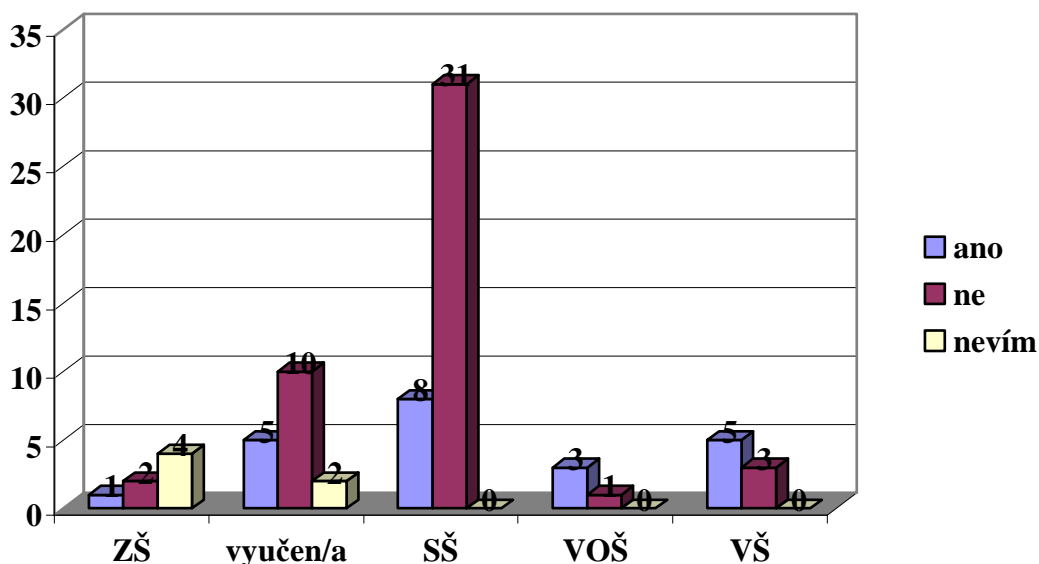
Graf 15a – Hodnocení sociálních dávek (podle vzdělání respondentů).



Zdroj: Vlastní výzkum.

V tomto grafu jsou znázorněna hodnocení respondentů se středním, vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Respondenti se středním vzděláním hodnotili sociální dávky ve 2 případech jako výborné, v 1 případě jako velmi dobré, ve 27 případech jako dobré, v 5 případech jako dostatečné, ve 2 případech jako nedostatečné a 2 respondenti nehodnotili. Ve skupině s vyšším odborným vzděláním uvedl 1 respondent, že jsou dávky velmi dobré, 2 dostatečné a 1 nehodnotil. Vysokoškolsky vzdělaní respondenti považují sociální dávky v 1 případě za dobré, ve 3 případech za dostatečné, ve 2 případech za nedostatečné a 2 respondenti nehodnotili.

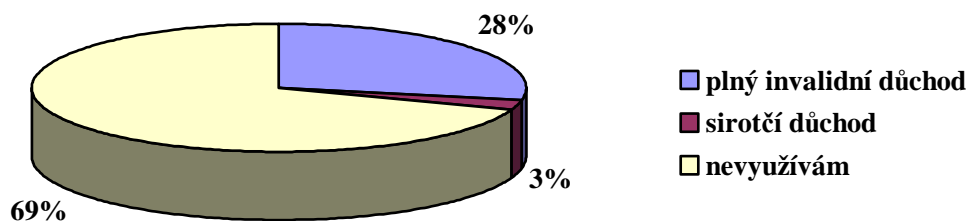
Graf 16 – Využití jednorázového příspěvku.



Zdroj: Vlastní výzkum.

I v tomto grafu jsou respondenti rozdělení podle vzdělání. Graf vypovídá o tom, kdo využil či nevyužil jednorázového příspěvku, případně kdo o této možnosti neví. Respondenti se základním vzděláním ve 4 případech uvedli, že o této možnosti neví, 2 respondenti ho nevyužili a 1 uvedl využití jednorázového příspěvku na kompenzační pomůcku. Respondenti s vyučením zaškrtnuli 2krát „nevím“ a 10krát „ne“, 5krát zaškrtnuli využití jednorázového příspěvku, a to na kompenzační pomůcky (3) a na pořízení motorového vozidla (2). Respondenti se středním vzděláním odpověděli v 31 případech, že příspěvek nevyužívají a v 8 případech ho využili: na pořízení kompenzačních pomůcek (3), na motorové vozidlo (4) a na počítač (1). Další skupinu tvoří respondenti s vyšším odborným vzděláním, kteří v 1 případě příspěvku nevyužili a ve 3 případech využili příspěvku na pořízení počítače (1) a motorového vozidla (2). Respondenti s vysokoškolským vzděláním uvedli 3krát, že příspěvek nevyužívají a 5krát využívají, a to na pořízení kompenzačních pomůcek (2), počítače (1) a motorového vozidla (2).

Graf 17 – Využívání dávek důchodového pojištění (u dítěte s postižením).



Zdroj: Vlastní výzkum.

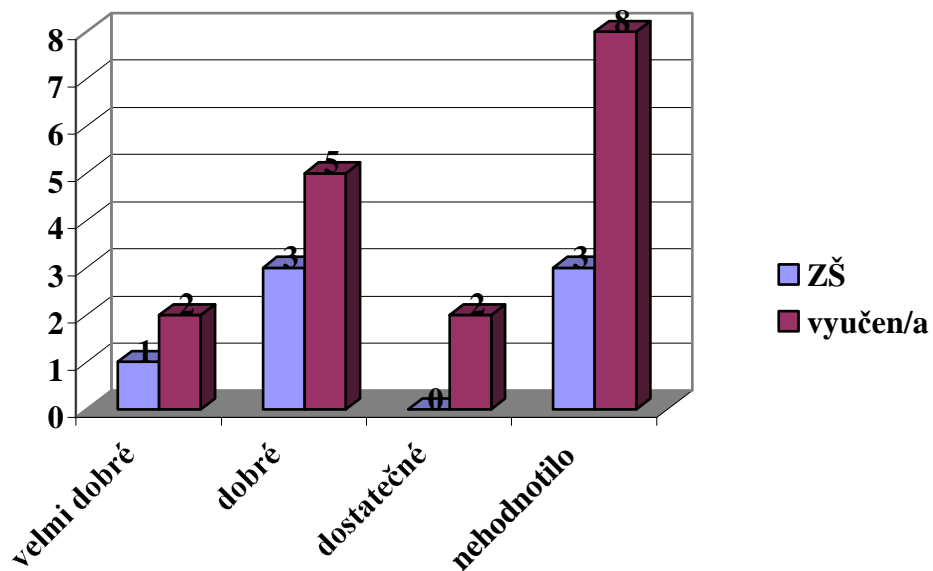
Tento graf zahrnuje všechny respondenty; rozdělení využití podle vzdělání je uvedeno v následující tabulce. Z grafu je patrné, že dávky důchodového pojištění respondenti pro své dítě příliš nevyužívají, konkrétně dávku nevyužívá 52 (69 %) respondentů. Plný invalidní důchod pobírá 21 (28 %) dětí respondentů a sirotčí důchod pobírají 2 (3 %) děti respondentů.

Tabulka 3 – Využívání dávek důchodového pojištění u dětí s postižením podle vzdělání respondentů (rodičů).

	ZŠ	Vyučen/a	SŠ	VOŠ	VŠ
Plný invalidní důchod	4	7	7	1	2
Sirotčí důchod	0	2	0	0	0
Nevyužívám	3	8	32	3	6

Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 18 – Hodnocení dávek důchodového pojištění (podle vzdělání respondentů).

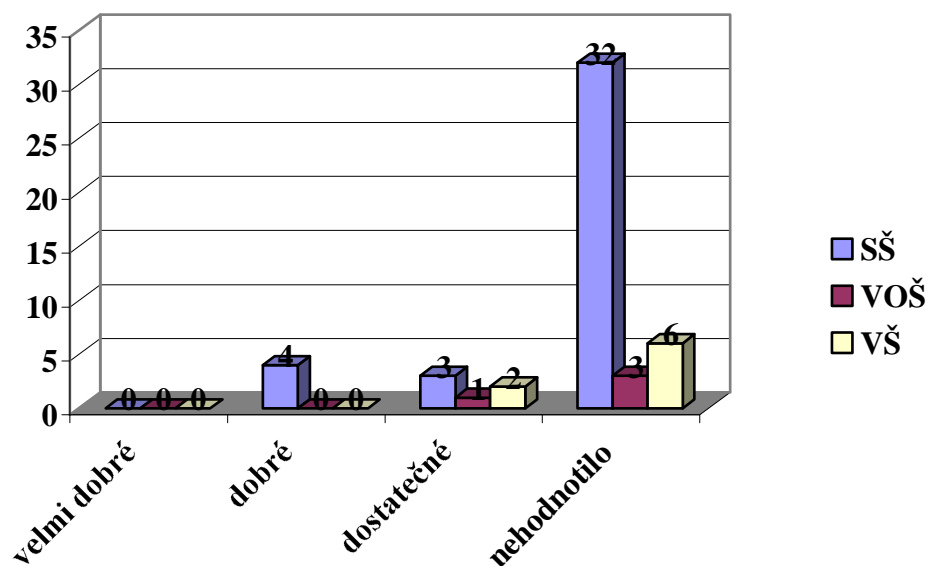


Zdroj: Vlastní výzkum.

Hodnocení v tomto grafu se týká jen respondentů se základním vzděláním a s vyučením. Respondenti se základním vzděláním hodnotili dávky důchodového pojištění v 1 případě velmi dobře, ve 3 případech dobře a 3 respondenti nehodnotili. 2 respondenti s vyučením dávky považují za velmi dobré, 5 respondentů za dobré, 2 respondenti za dostatečné a 8 respondentů nehodnotilo.

Možnost výborného hodnocení ne zvolil nikdo z dotázaných.

Graf 18a – Hodnocení dávek důchodového pojištění (podle vzdělání respondentů).

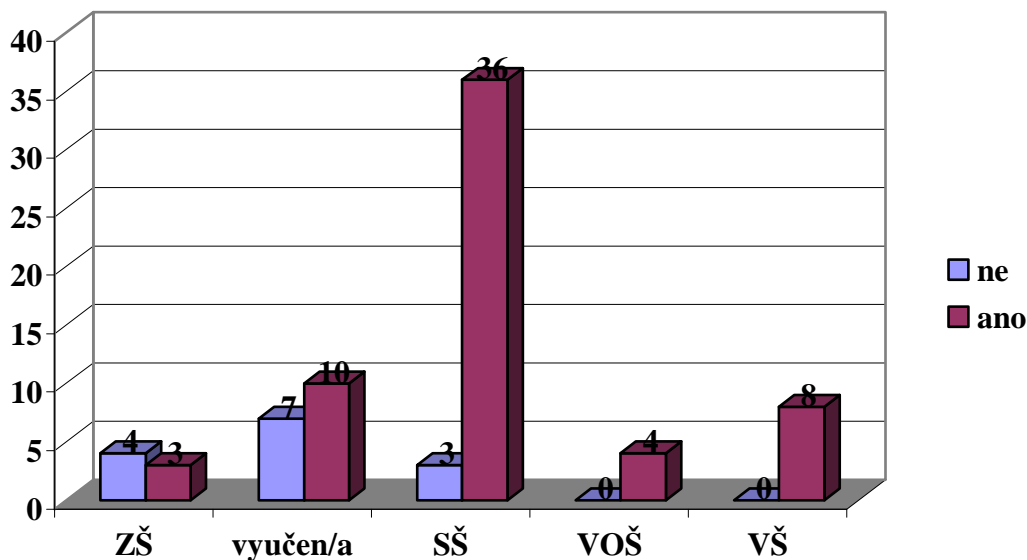


Zdroj: Vlastní výzkum.

Tento graf doplňuje graf předcházející a jsou v něm uvedeni respondenti se středním, vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Respondenti se středním vzděláním hodnotili dávky důchodového pojištění ve 4 případech jako dobré, ve 3 případech jako dostatečné a 32 respondentů nehodnotilo. Pouze 1 respondent s vyšším odborným vzděláním považuje dávky za dostatečné, 3 respondenti nehodnotili. Vysokoškolsky vzdělaní respondenti zhodnotili dávky 2krát jako dostatečné a 6 respondentů nehodnotilo.

Ani v této skupině nejsou dávky důchodového pojištění hodnoceny výborně, dokonce ani velmi dobře.

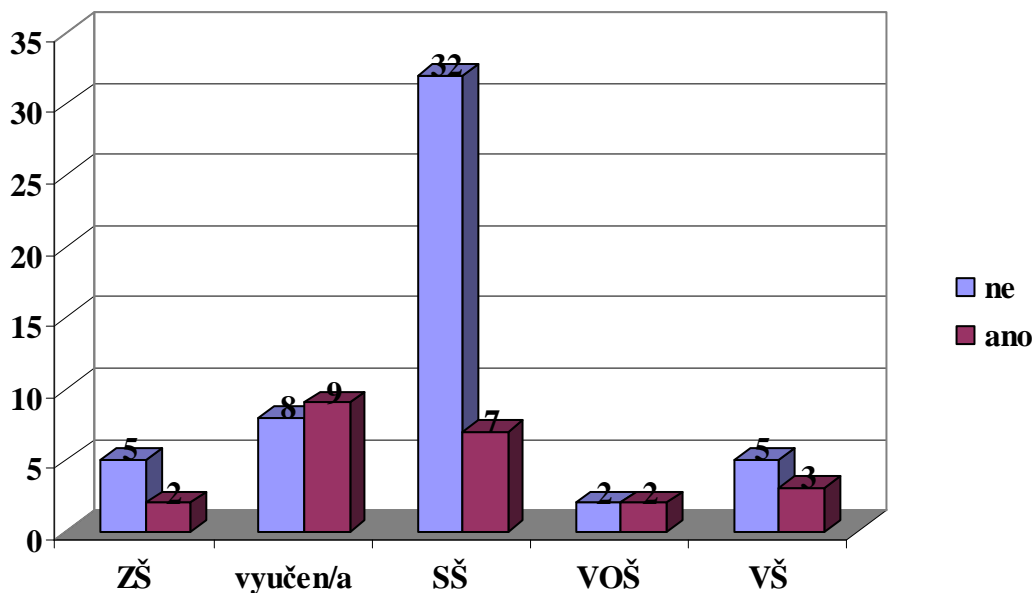
Graf 19 – Využívaná sdružení a jiné organizace.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Tato otázka zjišťovala znalost sdružení a organizací, které pomáhají řešit problémy respondentů. Respondenti se základním vzděláním ve 4 případech uvedli, že tyto organizace neznají a ve 3 případech znají; uvedli tato sdružení: Diakonie ČCE (1), Borůvka (1), Centrum služeb pro zdravotně postižené (1). Respondenti s vyučením odpověděli 7krát „ne“ a 10krát „ano“, a to: Koník (3), Sdružení pro pomoc mentálně postiženým (2), Arpida (2), Ledovec (1), Človíček (1), David a Goliáš (1). Respondenti se středním vzděláním zaškrtili pouze ve 3 případech, že tato sdružení neznají a v 36 případech znají: Sdružení pro pomoc mentálně postiženým (11), Diakonie ČCE (10), Centrum služeb pro zdravotně postižené (4), Jitřenka (5), Světluška (2), Koník (3), Společnost Duha (1). Všichni respondenti s vyšším odborným vzděláním (4) a vysokoškolským vzděláním (8) odpověděli kladně; a to: Sdružení pro pomoc mentálně postiženým (4), Diakonie ČCE (3), Centrum služeb pro zdravotně postižené (2), Exodus (1), Světluška (1), Mesada (1).

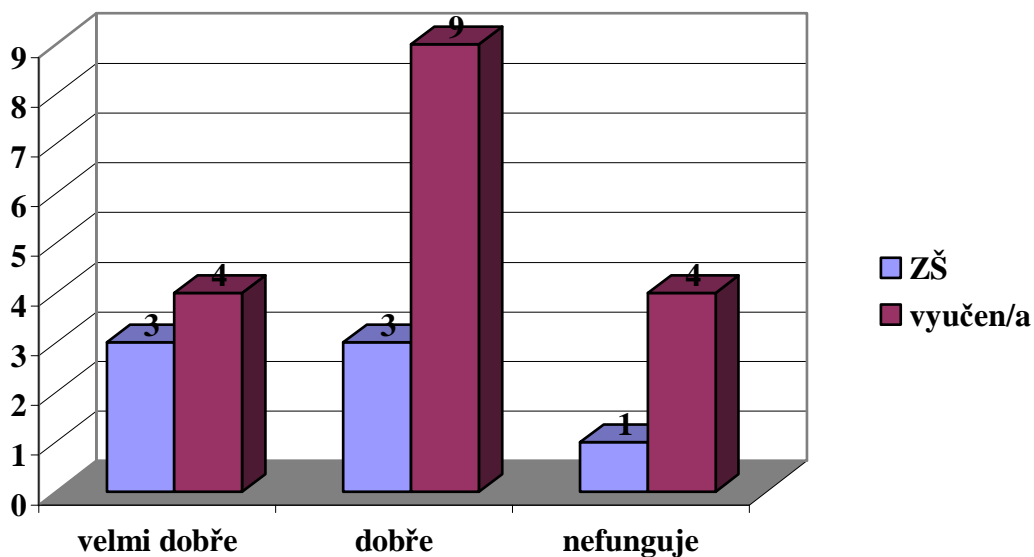
Graf 20 – Centrum služeb pro zdravotně postižené.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Tento graf znázorňuje, do jaké míry jsou využívány služby Centra pro zdravotně postižené. Respondenti se základním vzděláním uvedli v 5 případech, že těchto služeb nevyužívají a ve 2 případech uvedli využití z důvodu půjčky invalidního vozíku a konzultace k novému zákonu o sociálních službách. Respondenti s vyučením odpověděli 8krát „ne“ a 9krát „ano“, a to v rámci nabídky kompenzačních pomůcek (4) a konzultace k novému zákonu (5). Respondenti se středním vzděláním služeb Centra nevyužívají v 32 případech a v 7 případech „ano“, zejména k zapůjčení kompenzačních pomůcek (3), ke konzultacím (2) a k využití nabídky volnočasových aktivit (2). Respondenti s vyšším odborným vzděláním odpověděli ve 2 případech záporně a ve 2 případech kladně, využívají zejména volnočasových aktivit (2). Vysokoškolsky vzdělaní respondenti uvedli 5krát „ne“ a 3krát „ano“, a to v rámci nabídky volnočasových aktivit (2) a kompenzačních pomůcek (1).

Graf 21 – Fungování informovanosti o sociálních dávkách, službách a možnostech (podle vzdělání respondentů).

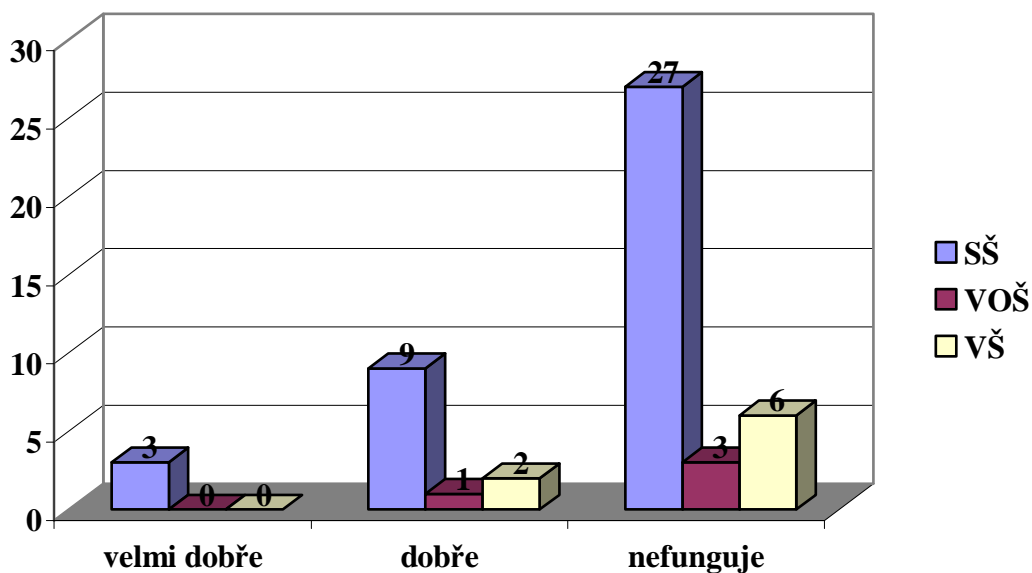


Zdroj: Vlastní výzkum.

Tento graf znázorňuje pouze názor dotazovaných se základním vzděláním a vyučených. Respondenti se základním vzděláním hodnotí fungování informovanosti v ČR ve 3 případech velmi dobře, ve 3 případech dobře a podle 1 respondenta informovanost nefunguje. Respondenti po vyučení považují informovanost ve 4 případech za velmi dobrou, v 9 případech za dobrou a podle 4 respondentů nefunguje.

Odpověď „výborně“ nevolil nikdo z respondentů.

Graf 21a - Fungování informovanosti o sociálních dávkách, službách a možnostech (podle vzdělání respondentů).

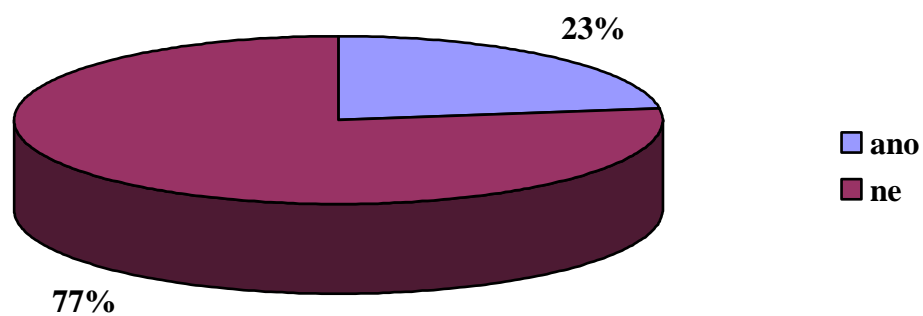


Zdroj: Vlastní výzkum.

Tímto grafem je doplněn ucelený názor dotazovaných, neboť zahrnuje zbývající skupiny respondentů se středním, vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Respondenti se středním vzděláním hodnotili současnou informovanost ve 3 případech jako velmi dobrou, v 9 případech jako dobrou a podle 27 respondentů nefunguje. 1 respondent s vyšším odborným vzděláním uvedl, že informovanost funguje dobře a 3 respondenti uvedli, že nefunguje. Z 8 respondentů s vysokoškolským vzděláním si 2 dotazovaní myslí, že informovanost funguje dobře a 6 respondentů, že nefunguje.

Za výbornou nepovažuje informovanost nikdo ani v této skupině respondentů.

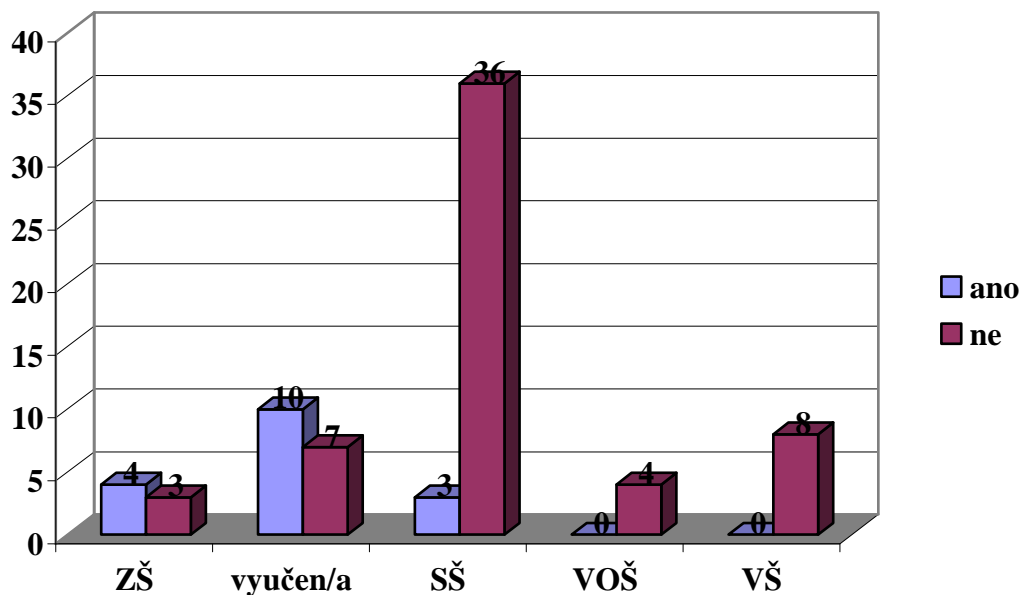
Graf 22 – Pocit dostatečného informování respondentů.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Tento graf vyjadřuje celkové mínění a pocit všech respondentů o své informovanosti. Z grafu je patrné, že většina, tedy 58 (77 %) respondentů se domnívá, že nejsou dostatečně informováni. Pouze 17 (23 %) dotazovaných odpovědělo kladně.

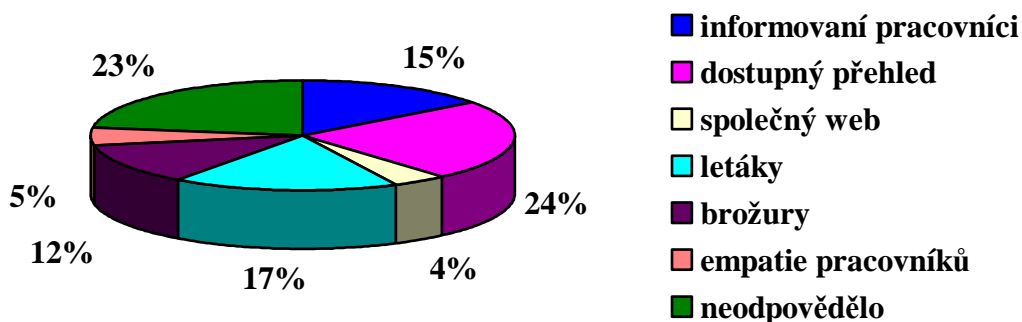
Graf 22a – Pocit informovanosti v závislosti na vzdělání.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Tento graf odpovídá předchozímu, ale respondenti jsou v něm rozděleni podle vzdělání. Respondenti se základním vzděláním se cítí být ve 4 případech dostatečně informováni a ve 3 případech nikoli. Vyučení respondenti odpověděli 10krát kladně a 7krát záporně. Dotazovaní se středním vzděláním si myslí ve 3 případech, že jsou dostatečně informováni a v 36 případech, že tomu tak není. Respondenti s vyšším odborným vzděláním (4) a vysokoškolským vzděláním (8) shodně uvedli, že všichni nejsou dostatečně informováni o dávkách, službách a možnostech.

Graf 23 – Nedostatky v informovanosti respondentů v rámci sociálního systému.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Tento graf odráží názor všech respondentů, kteří odpověděli na předchozí otázku záporně, tedy 58 respondentů (77 %). Ostatních 17 (23 %) dotazovaných je v grafu znázorněno výsečí „neodpovědělo“. Z grafu je patrné, že 18 (24 %) respondentům chybí dostupný přehled. Dále 13 (17 %) dotazovaných by uvítalo letáky s možnostmi, které mohou využít. Další nedostatek vidí 11 (15 %) respondentů v nedostatečně informovaných pracovnících. Podobně jako letáky chybí 9 (12 %) dotazovaným brožury, ve kterých by byly uvedeny možnosti v rámci sociálního systému. 4 (5 %) respondenti uvedli nedostatek empatie ze strany pracovníků. U 3 (4 %) respondentů byl nedostatek spatřován v chybějících ucelených společných webových stránkách.

V následující tabulce je pro upřesnění uvedeno, jaké možnosti volili jednotliví respondenti s různým vzděláním.

Tabulka 4 - Nedostatky v informovanosti respondentů v závislosti na vzdělání.

	ZŠ	Vyučen/a	SŠ	VOŠ	VŠ
Informovaní pracovníci	1	2	3	1	4
Dostupný přehled	2	3	10	1	2
Společný web	0	0	3	0	0
Letáky	0	2	11	0	0
Brožury	0	0	9	0	0
Empatie pracovníků	0	0	0	2	2
Neodpovědělo	4	10	3	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum.

5. DISKUSE

V své diplomové práci jsem se snažila zjistit, jaká je v současné době informovanost rodičů dětí s mentálním postižením o možnostech sociální podpory a pomoci/péče. První hypotéza byla zaměřena na mínění rodičů dětí s mentálním postižením, tedy zda se cítí být dostatečně informováni o těchto možnostech. K ověřování této hypotézy jsem použila otázky v dotazníku určeném právě rodičům dětí s mentálním postižením.

V úvodní části dotazníku byly otázky zaměřené především na zjišťování základních informací o respondentech. Chtěla jsem si tak vytvořit základní charakteristiku výzkumného souboru.

Pro snazší a přehlednější znázornění v grafu jsem zvolila rozdělení respondentů do tří věkových kategorií (viz. graf 1). Nejvíce, 38 respondentů, bylo ve střední věkové kategorii, tedy mezi 36 a 50 lety. Druhou početnou skupinu, 25 respondentů, tvořili rodiče ve věku 20 až 35 let. Nejméně, 12 respondentů, bylo v poslední věkové kategorii respondentů starších 51 let. Toto rozvržení jsem zvolila z toho důvodu, že mladší respondenty nebo výrazně starší jsem neměla a ostatní si byli věkově velmi podobní. Velké zastoupení respondentů v prvních dvou kategoriích jsem předpokládala. Ne proto, že by mohli mít nejvíce dětí, ale protože by mohli být nejvíce ochotni dotazníky vyplnit. Zatímco starší respondenti mi své dotazníky vraceli právě z důvodu různých anket a výzkumů, kterých se již účastnili.

Rozdělení respondentů podle pohlaví (viz. graf 2) v celkovém souboru bylo v poměru 6 (8 %) mužů a 69 (92 %) žen. Podle mého názoru to odpovídá obecnému obrazu o péči o děti s mentálním postižením. Míním tím, že o děti zpravidla pečují ženy. Muži z tohoto výzkumného vzorku o své dítě pravděpodobně pečují z toho důvodu, že jsou vdovci (ve dvou případech) a tudíž péče o dítě zůstala „na jejich bedrech“. Dále v jednom případě byl muž rozveden a měl dítě ve své péči. A v dalších třech případech se mohu jen domnívat, neboť muži uvedli, že jsou ženatí; např. manželka měla lepší příjem.

Třetí informace o respondentech se týkala právě jejich rodinného stavu. V grafu 3 jsou respondenti rozděleni i podle pohlaví. Lze z něho tedy vyčíst to, co jsem již uváděla výše, že 3 muži jsou ženatí, 1 je rozvedený a 2 muži jsou vdovci. Z celkového počtu 69 žen bylo 25 žen vdaných. Dalších 9 žen uvedlo, že žije v družském svazku. Velmi vysoké číslo bylo u rozvedených, 24 respondentek; a 11 žen uvedlo, že jsou svobodné. Myslím si, že vysoké číslo rozvedených žen odpovídá současnému trendu, kdy spousta uzavíraných manželství končí rozvodem. Jak vyplývá z literatury, důvodem rozpadu manželství může být i narození dítěte s postižením, kdy rodič (většinou muž) není schopen se s touto situací vyrovnat a svou partnerku opustí.

Vzdělání respondentů mě zajímalo z toho důvodu, že jsem chtěla porovnat informovanost rodičů s nižším a vyšším stupněm dosaženého vzdělání. Také z toho důvodu jsou téměř všechny následující výsledky zpracovávány podle vzdělání respondentů. Z grafu 4 je patrné, že základního vzdělání dosáhlo 7 (9 %) respondentů; vyučilo se 17 (23 %) dotázaných. Střední vzdělání získalo 39 (52 %) respondentů. Vyšší odborné vzdělání mají 4 (5 %) dotázaní a vysokoškolské vzdělání má 8 (11 %) respondentů. Podle Českého statistického úřadu (2007, online) největší zastoupení v kategorii respondentů se středním vzděláním (vyučen, střední s maturitou) odpovídá i poslednímu sčítání lidu v roce 2001 v rámci populace v ČR.

Další základní informaci představovalo zaměstnání respondentů. Z odpovědí (viz. graf 5) vyplynulo, že největší procento respondentů (34 %) je zaměstnáno, tedy 26 respondentů. Druhou vysokou položku představovalo 18 nezaměstnaných respondentů (24 %). Ostatní odpovědi již byly zastoupeny méně; konkrétně na mateřské dovolené je 11 (15 %) dotazovaných, osob samostatně výdělečně činných je 9 (12 %), plný invalidní důchod požívá 9 (12 %) respondentů a 2 (3 %) jsou poživateli starobního důchodu. Touto otázkou jsem chtěla zjistit, do jaké míry péče o dítě s postižením umožňuje rodiči zaměstnání. Myslím si, že péče o dítě s postižením často vyžaduje např. zaměstnání pouze na zkrácený úvazek. Přiznám se tedy, že vysoké procento zaměstnaných respondentů mě překvapilo. Na druhou stranu však musím konstatovat, že ne zrovna nízké procento nezaměstnaných nemusí znamenat

pouze nemožnost nalézt vhodné zaměstnání při plné péči o dítě s postižením, ale např. jen nechuť pracovat či nedostatek volných míst v regionu či uspokojivý život ze „sociálních dávek“.

Poslední úvodní otázkou jsem zjišťovala, o kolik dětí v současné době rodiče pečují. A jak jsem předpokládala, vždy se jednalo o jedno dítě s postižením v rodině, přesněji jeden respondent pečující o jedno dítě s postižením. I děti s postižením jsem pro větší přehlednost rozdělila do věkových kategorií, tentokrát do šesti, neboť věk dětí byl různý. Z grafu 6 je tedy patrné, že nejvíce 25 (33 %) dětí s postižením je začleněno do kategorie 8 – 18 let; v kategorii 1 – 7 let je 21 (28 %) dětí; ve skupině 19 – 26 let je 17 (23 %) dětí; kategorie 27 – 35 let zahrnuje 7 (9 %) dětí respondentů a věku 36 – 45 let dosahují 3 (4 %) děti; nejméně 2 (3 %) děti jsou ve věku 46 let a více. Myslím si, že toto věkové rozložení dětí s postižením odpovídá i věku rodičů. Nejvíce dětí je v prvních třech kategoriích, tedy do 26 let, což by mohlo odpovídat vysokému zastoupení respondentů ve věku 20 – 50 let.

V otázce označené číslem 1 jsem si ještě upřesňovala druh postižení. Z grafu 7 vyplývá, že postižení u 69 dětí (92 %) je vrozené a jen u 9 dětí (8 %) se jedná o postižení získané. V tomto faktu se odráží i teorie, která říká, že mentální postižení může být způsobeno působením různých vlivů v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. V následujícím grafu (viz. graf 7a) jsem pouze konkretizovala typ postižení uvedený respondenty u svých dětí. Z odpovědí vyplynulo, že 61 dětí (81 %) má pouze mentální postižení a 14 dětí (19 %) má kombinované postižení. Kombinované postižení všichni rodiče dále specifikovali, v 9 případech se jednalo o kombinaci mentálního postižení s tělesným a v 5 případech o kombinaci se smyslovým postižením. Myslím si, že právě různé typy postižení znamenají i rozdílnou péči. Také to, zda je postižení získané či vrozené má vliv na péči a přístup rodičů. Avšak v mých výsledcích se rozdílnost využívaných služeb neprojevila. Domnívala jsem se, že např. rodiče dětí s kombinovaným postižením nevyužívají více služeb než rodiče dětí s mentálním postižením. Změny jsem nezaznamenala ani v případě rozdílnosti péče o dítě s vrozeným či získaným postižením. V případě vrozeného postižení bych očekávala, že rodiče budou o možnostech více informováni. Zatímco rodičům dětí se získaným

postižením se např. narodilo zdravé dítě a oni až po přijetí situace, že dítě je postižené, musí hledat nové služby a možnosti pro své dítě, které dosud využívalo možností jiných.

V následujících otázkách už jsem se dotazovala na konkrétní zařízení a služby, které rodiče pro své děti využívají. V odpovědích respondentů se podle mého názoru odráží nejen jejich informovanost o možnostech a případná využitelnost služeb a institucí, ale zřejmě i dostupnost této nabídky. Vzhledem k tomu, že jsem výzkum prováděla především ve městech, myslím si, že problém dostupnosti by neměl být velký.

Otázkou č. 2 jsem tedy zjišťovala, jakou mateřskou školu dítě navštěvuje/navštěvovalo. Od této otázky jsou již rodiče dětí rozděleni podle vzdělání. Graf 8 ukazuje, že mateřskou školu běžnou navštěvuje/navštěvovalo pouze 7 dětí, zatímco mateřskou školu speciální 35 dětí a odpověď „ne“ uvedlo 33 respondentů u svých dětí. Časté využívání mateřských škol speciálních je dáno tím, že respektují problematiku daného postižení, což je pro dítě přínosem. Přiznám se, že mě překvapil velmi nízký počet dětí v běžné mateřské škole, a to vzhledem k současnému trendu integrace dětí s postižením mezi děti intaktní. Ukázalo se zde však, že děti rodičů s vyšším vzděláním (2 respondenti s VOŠ a 2 respondenti s VŠ) právě běžnou mateřskou školou prošly. Samozřejmě jsem si také vědoma toho, že ne vždy je integrace z důvodu závažnosti postižení mezi děti intaktní možná. Překvapivě vysoké číslo se objevilo i u záporné odpovědi na docházku do mateřské školy. Domnívám se, že tento fakt může mít několik různých vysvětlení, např. nedostupnost vhodného zařízení nebo poplatky za docházku do mateřské školy. Rodiče se také mohou bát o své dítě, nechtějí ho svěřit jiné osobě, považují svou péči za vhodnější. Vzhledem k tomu, že takto odpovídali většinou starší respondenti, předpokládám, že důvodem byl především dřívější režim a snaha izolovat děti s postižením ze „zdravé“ společnosti a nedostatečná nabídka mateřských škol speciálních.

Otázkou č. 3 jsem se dotazovala na typ školy, kterou dítě navštěvuje/navštěvovalo. Z grafu 9 je jasně patrné, že nejvíce dětí (30) plní/plnilo základní školní docházku v základní škole praktické, o něco méně (20) dětí

pak v základní škole speciální. Pouze 1 dítě navštěvuje/navštěvovalo základní školu běžnou. Tím se potvrzuje teorie, že integrace dětí s mentálním postižením do běžných škol je složitá, neboť poruchy koncentrace pozornosti a adaptace na nové prostředí a podněty ztěžují integraci dětí s mentálním postižením do běžných tříd. Naopak speciální vzdělávací systém je zaměřen více individuálně a především na praktické dovednosti dětí s postižením. Také však nelze vyloučit možnost, že rodiče (zejména s nižším vzděláním) zvolí „speciální školu“ z důvodu neznalosti či ulehčení; navštěvuje už ji jiné jejich dítě, nebo je škola blíže a tím mají méně starostí nebo ji navštěvovali oni sami.

K této otázce byl vytvořen ještě doplňující graf 9a, v němž je znázorněno 19 dětí, které se ještě nezačaly vzdělávat a také 5 dětí, které byly označeny jako nevzdělavatelné. Nevzdělavatelnost dětí se objevila u dětí starších rodičů, což také vyplývá z minulé doby, kdy mnoha dětem s postižením nebyl umožněn přístup ke vzdělání a byly označeny jako „nevzdělavatelné“.

Poslední graf (9b) vztahující se k této otázce se věnuje profesní přípravě dětí s postižením. Je z něho patrné poměrně rovnoměrné rozložení dětí navštěvujících odborné učiliště (8 dětí) a praktickou školu (7 dětí). I když je možnost výběru dalšího vzdělávání u dětí s mentálním postižením omezena, mohou tyto typy škol pomoci mladému člověku zlepšit kvalitu jeho života a usnadnit jeho zapojení do běžné společnosti či uplatnění na trhu práce. Určitě je dobře, že rodiče tuto možnost svým dětem neodpírají.

Následující otázkou (č. 4) jsem zjišťovala, kdo rodičům pomohl při rozhodování o typu školy, s kým se radili. Z výsledků (viz. graf 10) vyplynulo, že nejvíce jsou využívána speciálně pedagogická centra, tuto možnost uvedlo 20 respondentů. Je to dáno tím, že speciálně pedagogická centra se specializují na konkrétní typ postižení a věnují se dětem s postižením již od předškolního věku. Podle mého názoru jejich význam v posledních letech velmi vzrostl, což je pro děti s mentálním postižením a jejich rodiče přínosem. Pracovníka pedagogicko-psychologické poradny využilo 8 respondentů. Myslím si, že tyto poradny patří, mezi veřejností, k nejznámějším poradenským zařízením v oblasti výchovy a vzdělávání dětí a mládeže. Spousta rodičů

se na ně obrací, pokud dítě např. ve škole nespívá. Výrazně nižší počet respondentů v tomto zařízení si vysvětlují zaměřením PPP hlavně na výukové a výchovné problémy, oproti komplexnější péči SPC. Možnost poradit se s lékařem využilo 6 respondentů a s pedagogem ve škole 4 respondenti. Převážně samo se rozhodovalo 7 respondentů. Zajímavé je, že 4 z nich mají základní vzdělání a 2 jsou vyučeni. Poslední možnost „jiné“ v sobě zahrnuje kombinaci pracovníka SPC a lékaře, kterou zvolilo 11 respondentů. Právě respondenti s vyšším vzděláním uváděli tuto možnost nejvíce, konkrétně 5 respondentů se středním vzděláním, 2 respondenti s vyšším odborným vzděláním a 4 s vysokoškolským vzděláním. Myslím, že na této otázce se ukazuje, že vzdělání ovlivňuje využívané možnosti. Rodiče s vyšším vzděláním volí spíše specializovanější zařízení (SPC) nebo kombinaci možností, aby získali co nejvíce informací. Zatímco respondenti s nižším vzděláním se rozhodovali sami, po poradě s pedagogem nebo s lékařem a jen v 3 případech s pracovníkem SPC. Pro upřesnění uvádím, že 19 respondentů neodpovídalo, protože jejich děti ještě nezačaly povinnou školní docházku.

V otázce č. 5 mě zajímalo, zda respondenti více využívají nabídky sociální pomoci/péče poskytované státními institucemi nebo neziskovými organizacemi. I zde je patrný rozdíl mezi respondenty s nižším a vyšším vzděláním. Respondenti s nižším vzděláním uváděli převážně možnost nabídky poskytované státními institucemi, konkrétně 6 respondentů z celkového počtu 7 respondentů se základním vzděláním a 12 respondentů ze 17 vyučených respondentů. U respondentů s vyšším vzděláním nabídku poskytovanou státními institucemi využívá pouze 8 respondentů se středním vzděláním. Na druhou stranu nabídky neziskových organizací využívají jen 2 respondenti s vysokoškolským vzděláním, 1 respondent s vyšším odborným a 28 respondentů se středním vzděláním, pak ještě 4 respondenti s vyučením a 1 se základním vzděláním. Zatímco kombinaci obou možností volili více respondenti s vyšším vzděláním, konkrétně 6 respondentů s vysokoškolským, 3 respondenti s vyšším odborným a 3 respondenti se středním vzděláním a pouze 1 respondent s vyučením. Myslím si, že respondenti využívající možnost pouze státních institucí tak činí především z důvodu snazší dostupnosti těchto institucí a nedostatečné

informovanosti o nabídce neziskových organizací. Právě neziskové organizace bývají specializovaněji zaměřeny a poskytují často konkrétní typ služeb. Na druhou stranu možnost využití jejich nabídky znamená projeviti větší aktivitu při jejich hledání. Také pracovníci jednotlivých „sociálních odborů“ nebývají o těchto institucích dostatečně informováni a nabízejí spíše možnost státních institucí.

V otázce č. 6 jsem se zaměřila na konkrétní sociální služby, které respondenti pro své děti využívají. Z grafu 12 je patrné, že nejvíce, 21 respondentů (28 %) využívá denní stacionář. Službu osobní asistence uvedlo 14 dotázaných (19 %). Právě kombinace těchto dvou služeb byla zvolena 6 respondenty (8 %). Dále centrum denních služeb zaškrtnulo 5 respondentů (7 %), ústav sociální péče 4 respondenti (5 %) a jen 2 respondenti (3 %) uvedli možnost týdenního stacionáře. Překvapilo mě, že až 23 respondentů (30 %) žádné služby nevyužívají. Předpokládám, že je to z toho důvodu, že jejich děti jsou malé nebo jim služby nevyhovují nebo jsou nedostupné. V tabulce 1 jsem pak rozdělila respondenty podle vzdělání. Právě respondenti s nižším vzděláním uváděli, že sociální služby nevyužívají, a to 3 respondenti se základním vzděláním a 6 respondentů vyučených. Stejně tak uvedlo 13 respondentů se středním vzděláním (z 39) a 1 respondent s vysokoškolským vzděláním. Oproti tomu respondenti s vyšším vzděláním uváděli kombinaci sociálních služeb (denní stacionář a osobní asistence), 3 respondenti s vysokoškolským vzděláním, 2 s vyšším odborným vzděláním (ze 4) a 1 respondent se středním vzděláním. Myslím si, že právě využívání několika sociálních služeb může svědčit o větší informovanosti a nabízí příjemci služby větší nezávislost a samostatnost. Zatímco přijímání služeb v rámci jedné instituce sice zaručuje větší „komfort“, ale na druhé straně brání větší samostatnosti a poznávání nových lidí. Právě soubor takových služeb poskytuje např. ústav sociální péče, který uvedli 3 respondenti se základním vzděláním a 1 respondent vyučený. Podobné je to i v případě týdenního stacionáře, který byl zvolen 1 respondentem se základním vzděláním a 1 respondentem vyučeným. I v těchto případech je to však možné vysvětlit ne jako neinformovanost, ale špatnou dostupnost či nevhodné zaměstnání rodičů. Pak je více pochopitelné, že rodiče své dítě nechají např. přes týden v určitém zařízení a na víkend si ho berou domů a pečují o ně sami. Něco jiného představují

centra denních služeb, která poskytují ambulantní služby; tuto možnost zvolili 2 respondenti s vyučením, 2 respondenti se středním vzděláním a 1 respondent s vysokoškolským vzděláním. Pouze osobní asistenci pak uvedli 3 respondenti vyučení, 8 respondentů se středním vzděláním, 1 s vyšším odborným a 2 s vysokoškolským vzděláním. Volba pouze osobní asistence může znamenat lehčí typ postižení a tím pádem jen výpomoc při denních činnostech.

V další otázce (č. 7) mě zajímalo, jak jsou tyto služby respondenty hodnoceny. V rámci zpracování odpovědí jsem výsledky rozdělila do dvou kategorií, podle vzdělání respondentů (viz. graf 13, graf 13a). Respondenti s nižším vzděláním hodnotili poskytované služby převážně kladně; 3 respondenti se základním vzděláním považují služby za výborné, 1 za dobré a 3 nehodnotili. Vyučení respondenti považují v 5 případech služby za výborné, v 5 případech za velmi dobré, v 1 případě za dostatečné a 6 respondentů nehodnotilo. Domnívám se, že buď jsou služby opravdu kvalitní nebo respondenti nemají možnost srovnání. Respondenti se středním vzděláním hodnotí sociální služby nejvíce, a to ve 12 případech, za dobré. Ostatní hodnocení respondentů se středním vzděláním je toto: 2 respondenti služby považují za výborné, 7 za velmi dobré, 2 za dostatečné a 3 za nedostatečné, 13 respondentů nehodnotilo. Toto hodnocení může na jedné straně odrážet pravdivé ohodnocení sociálních služeb nebo pouze zvolení střední cesty při hodnocení. Jiná situace je v případě respondentů s vyšším vzděláním, kteří služby hodnotí spíše dostatečně až nedostatečně. Konkrétně 1 respondent s vyšším odborným a 1 respondent s vysokoškolským vzděláním hodnotí služby za velmi dobré, 1 respondent s vysokoškolským vzděláním za dobré, dále pak 2 respondenti s vyšším odborným vzděláním a 2 vysokoškolským vzděláním za dostatečné, 1 respondent s vyšším odborným a 3 s vysokoškolským vzděláním je považují za nedostatečné. Právě kombinace jednotlivých služeb byla respondenty s vyšším vzděláním hodnocena pozitivněji než samotné služby jednotlivě. Domnívám se, že respondenti s vyšším vzděláním jsou sice více informováni a využívají více možností, avšak poskytované služby jim doposud nevyhovují. Myslím si však, že po naplnění všech standardů kvality poskytovaných služeb by se situace mohla změnit.

Otázka č. 8 zjišťovala, jaké sociální dávky respondenti využívají, konkrétně jaké dávky státní sociální podpory a také nový příspěvek při péči (zákon o sociálních službách). Z grafu 14 je patrné, že právě příspěvek při péči je dávka, kterou rodiče dětí s mentálním postižením využívají nejvíce, 36 respondentů (48 %). Ostatní respondenti uváděli zbývající dávky, případně jejich kombinaci. Konkrétně rodičovský příspěvek využívá 11 respondentů (15 %), rodičovský příspěvek a přídavek na dítě pobírají 4 respondenti (5 %), stejně tak 4 respondenti (5 %) pobírají rodičovský příspěvek a příspěvek při péči a 12 dotázaných (16 %) uvedlo kombinaci příspěvek při péči a přídavek na dítě. Jen 8 respondentů (11 %) uvedlo, že žádnou dávku nevyužívá. Výsledky tedy ukázaly, že nová „dávka“ – příspěvek při péči, která vešla v platnost s novým zákonem o sociálních službách, je respondenty využívána a jsou o ní poměrně dost informováni. Myslím si, že je to z toho důvodu, že rodiče mohou tímto příspěvkem zajistit více služeb pro své děti a hlavně je především na nich, pro jakou službu se rozhodnou. Příspěvek na péči také umožňuje kombinaci s jinými dávkami a příjmy. Na druhou stranu je nutné podotknout, že jsou to právě většinou rodiče, kteří rozhodují, jak bude s příspěvkem naloženo.

Pro přehlednost jsem i tyto výsledky rozdělila podle vzdělání respondentů, avšak v tomto případě si myslím, že výsledky mají pouze informativní charakter. Tyto dávky státní sociální podpory totiž odvisí od výše příjmu rodičů, ale také od věku dítěte. Jiná situace je v případě příspěvku při péči, který je vyplácen na jiném principu a z jiného systému. U tohoto příspěvku lze však sledovat, do jaké míry jsou rodiče informováni. Z tabulky 2 je možné vyčíst, že právě příspěvek při péči je využíván všemi respondenty bez rozdílu ukončeného vzdělání. Je možné tedy říci, že všichni respondenti jsou o tomto příspěvku informováni.

Na tuto otázku navazuje otázka č. 9, kterou respondenti hodnotili sociální dávky. U tohoto hodnocení jsem předpokládala, že většina respondentů bude spokojena s dávkami, které pobírají. Především jsem tak soudila z výše příspěvku při péči, který pobírá většina hodnotících respondentů a také výše rodičovského příspěvku se zvýšila. Respondenty jsem rozdělila podle vzdělání. V grafu 15 je zachycen názor respondentů s nižším vzděláním. Ti podle mých představ hodnotili dávky převážně pozitivně.

Konkrétně respondenti se základním vzděláním považují sociální dávky v 1 případě za dobré, ve 3 případech za velmi dobré a v 1 případě za dobré, 2 respondenti nehodnotili. Vyučení respondenti hodnotili dávky v 5 případech za výborné a v 5 za velmi dobré, ve 4 případech za dobré a jen ve 2 případech za dostatečné a 1 respondent nehodnotil.

Respondenti s vyšším vzděláním tak pozitivní ve svém hodnocení nebyli. Z grafu 15 lze vyčíst, že pouze respondenti se středním vzděláním použili i kladného hodnocení, a to ve 2 případech výborně, v 1 případě velmi dobře, ve 27 případech dobře. Jejich další hodnocení, stejně jako ostatních respondentů, bylo spíše negativní. Respondenti se středním vzděláním tedy považují dávky v 5 případech ještě za dostatečné, ve 2 případech za nedostatečné a 2 respondenti nehodnotili. Pouze 1 respondent s vyšším odborným vzděláním považuje dávky za dobré, 2 respondenti za dostatečné a 1 nehodnotil. Vysokoškolsky vzdělaní respondenti hodnotili dávky pouze v 1 případě jako dobré, ve 3 případech za dostatečné, 2 za nedostatečné a 2 nehodnotili. Z těchto výsledků je patrné, že ani navýšení některých dávek nebylo pro respondenty dostačující. Respondenti jsou tedy o dávkách poměrně dost informováni, ale jejich výše není pro ně vyhovující. Podle mého názoru tento výsledek může souviset např. se životním stylem respondentů a s životní úrovní, na kterou jsou zvyklí a požadují ji i pro své děti. V případě, že např. celodenně pečují o své dítě a nemohou plně vykonávat své zaměstnání, může být jejich příjem a tím i jejich životní úroveň nižší.

Otázkou č. 10 jsem zjišťovala, zda respondenti využívají jednorázových příspěvků, neboť ho lze použít na konkrétní „pomůcky“ pro děti s postižením. Tuto otázku jsem vložila do dotazníku z toho důvodu, že jsem se několikrát setkala s tím, že lidé s postižením o tomto příspěvku často nevědí. Zajímalo mě tedy, zda respondenti tento příspěvek využívají a jsou o něm informováni. Z grafu 16 lze vyčíst, že respondenti ve většině případů o tomto příspěvku vědí, i když ho příliš nevyužívají. I v tomto grafu jsem rozdělila respondenty podle vzdělání. Do jisté míry se ukázalo, že spíše respondenti s vyšším vzděláním jsou o tomto příspěvku informováni dostatečně. Zatímco respondenti s nižším vzděláním také uváděli,

že o tomto příspěvku neví. Přesněji, 4 respondenti ze 7 se základním vzděláním uváděli, že o tomto příspěvku neví; zbývajících 2 odpověděli, že jej nevyužívají a pouze 1 respondent ho využil na kompenzační pomůcku. Myslím si, že tato situace může vyplývat i z nedostatečné snahy některých pracovníků rodiče o této možnosti informovat. Vyučení respondenti také ve 2 případech uvedli, že o tomto příspěvku neví, 10 respondentů ho nevyužívá, dalších 5 respondentů ho využilo na kompenzační pomůcky a na pořízení motorového vozidla. Všichni respondenti se středním vzděláním tento příspěvek znají, avšak v 31 případech jej nevyužívají a pouze v 8 ano, a to na kompenzační pomůcky, pořízení motorového vozidla a na počítač. Z respondentů s vyšším odborným vzděláním tento příspěvek využívá většina, tedy 3 ze 4, a to na pořízení počítače a motorového vozidla. Stejně tak tomu je u vysokoškolsky vzdělaných respondentů, kteří v 5 případech z 8 tento příspěvek využívají, a to na pořízení kompenzačních pomůcek, motorového vozidla a počítače. I zde se ukázalo, že respondenti s vyšším vzděláním jsou více informováni a více příspěvek využívají.

V rámci doplnění sociálního systému jsem položila i otázku, jaké dávky důchodového pojištění respondenti pro své dítě využívají. Graf 17 ukazuje, že dávky důchodového pojištění nejsou respondenty příliš využívány, konkrétně 52 respondentů (69 %) je nevyužívá. Plný invalidní důchod pobírá 21 dětí (28 %) respondentů a 2 děti (3 %) respondentů pobírají sirotčí důchod. Překvapilo mě, že plný invalidní důchod pobírá tak malé množství dětí respondentů. Vysvětluju si to tím, že jejich zdravotní stav zatím neodpovídá plné invaliditě a jejich stav se stále vyvíjí. Tomu odpovídá i věkové rozložení dětí respondentů, kdy do 19 let věku je více než 50 % dětí. Respondenty (rodiče) jsem také rozdělila podle vzdělání do tabulky (3) a zjišťovala, zda dávky důchodového pojištění využívají všichni pro své děti stejně. Z tabulky je zřejmé, že právě respondenti s nižším vzděláním využívají dávek více než respondenti s vyšším vzděláním. Konkrétně 4 děti respondentů se základním vzděláním ze 7 využívají plného invalidního důchodu, oproti 2 dětem respondentů ze 6 s vysokoškolským vzděláním. Tento výsledek si lze na jedné straně vysvětlit podmínkami, které děti respondentů ještě nesplnily pro přiznání dávky nebo větší

snahou a „vírou“ rodičů stav svých dětí změnit, neustrnout a využít všech možností ke zlepšení či na druhé straně nepotřebností této dávky vzhledem k příjmu rodičů. Ale byli to právě rodiče se základním vzděláním, kteří uváděli, že invalidní důchod sami pobírají; možná i proto je pro ně snazší vyřídit tuto dávku pro své děti, neboť dobře znají podmínky její výplaty.

V následující otázce respondenti dávky důchodového pojištění hodnotili. Jako u předchozího hodnocení považují respondenti s nižším vzděláním dávky více za dostačující než rodiče s vyšším vzděláním. Za výborné však tyto dávky nepovažuje nikdo z respondentů. Respondenti se základním vzděláním hodnotili dávky v 1 případě za velmi dobré a ve 3 případech za dobré; 3 respondenti dávky nepobírají, proto nehodnotili. Vyučení respondenti pak dávky považují ve 2 případech za velmi dobré, v 5 případech za dobré a ve 2 případech za dostatečné, 8 respondentů nehodnotilo. U respondentů s vyšším vzděláním bylo hodnocení spíše negativnější, za velmi dobré dávky nepovažuje nikdo z rodičů. Avšak 4 respondenti se středním vzděláním považují dávky za dobré a jen 3 za dostatečné, 32 jich nehodnotilo. Respondenti s vyšším odborným vzděláním v 1 případě a respondenti s vysokoškolským vzděláním ve 2 případech považují dávky za dostatečné, zbývajících 9 respondentů s vyšším vzděláním nehodnotilo. Myslím si, že toto hodnocení v sobě může odrážet výši příjmů rodičů. Pokud rodiče mají podobně vysoké příjmy jako je důchod jejich dítěte, mohou chápat tyto dávky ve srovnání se svým příjmem za přiměřené. Zatímco rodiče, jejichž příjem je vyšší a dopřávají svým dětem určitý standard, mohou tyto dávky považovat spíše za nepřiměřené, a proto je hodnotit hůře.

Otázkou č. 13 jsem chtěla zjistit, zda rodičům pomáhá ještě nějaká organizace řešit jejich problémy, neboť výchova dítěte s mentálním postižením s sebou může přinést mnoho starostí. Graf 19 ukazuje, že respondenty s vyšším vzděláním jsou tyto organizace využívány téměř plně. Konkrétně všichni respondenti s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním je využívají plně. Také 36 respondentů z 39 se středním vzděláním a 10 ze 17 vyučených respondentů využívá těchto institucí. Pouze respondenti se základním vzděláním odpověděli v opačném poměru, 4 respondenti je nevyužívají a 3 ano. Myslím si, že tyto výsledky

svědčí o snaze rodičů získat co nejvíce informací pro péči, výchovu a řešení problémů svých dětí. Znalost a využívání konkrétních sdružení pak vypovídá o nezastupitelné roli neziskového sektoru, který nabízí širokou škálu možností a služeb pro rodiny s dítětem s mentálním postižením. Myslím si, že mnohým rodičům stačí pouze skutečnost podělit se o své problémy s někým, kdo si prožil něco podobného. Jiní mohou hledat co nejvíce možností pro své dítě, zajištěním jeho potřeb službami nebo pouze vyplněním volného času. Právě v těchto organizacích se rodiče dovídají např. o nárocích na dávky, které mohou získat, ale neví o nich, neboť jim to pracovníci úřadů neřeknou.

Otázku č. 14, kde se dotazuji rodičů, zda navštívili Centrum služeb pro zdravotně postižené, jsem vložila z toho důvodu, že tato centra nabízí řadu možností a aktivit pro lidi s různým postižením, ale spousta rodičů jich nevyužívá. V grafu 20 si lze mou domněnku potvrdit. Opravdu většina respondentů uvedla, že toto centrum nenavštěvuje. Konkrétně tak odpovědělo 5 respondentů se základním vzděláním, 8 vyučených respondentů, 32 respondentů se středním vzděláním, 2 s vyšším odborným a 5 s vysokoškolským vzděláním. Tento výsledek lze na jedné straně chápat jako neznalost a neinformovanost a na druhé straně jako pouhou nedostupnost či nevyhovující nebo nedostačující nabídku centra pro respondenta. Mním tím, že si rodiče raději zvolí přímo specializovanější neziskovou organizaci než centrum se širokým (obecnějším) záběrem aktivit.

Následujícími dvěma otázkami se mi měla přímo potvrdit či vyvrátit hypotéza I. Otázkou č. 15 jsem se ptala respondentů, jak podle nich funguje informovanost o dávkách, službách a možnostech. U této otázky jsem předpokládala, že většina respondentů nebude spokojena. Vycházím z praxí, které jsem absolvovala a na kterých jsem se setkávala právě s nespokojeností těchto rodičů. Z grafu 21 je patrné, že rodiče s nižším vzděláním byli ve svém hodnocení mírnější a celou situaci vidí spíše pozitivněji. Výsledky ukazují, že 3 respondenti se základním vzděláním hodnotí fungování za velmi dobré, 3 respondenti za dobré a pouze podle 1 respondenta nefunguje. Podobně je tomu i respondentů vyučených, kteří vidí fungování ve 4 případech jako velmi dobré, v 9 případech jako dobré a podle 4 respondentů nefunguje. Tento spíše kladný postoj vychází podle mého názoru právě z nedostatečné

informovanosti rodičů. Samozřejmě mohou být se situací spokojeni a opravdu informováni, ale na druhou stranu jim také může chybět srovnání, které by jim ukázalo více možností.

Oproti tomu respondenti s vyšším vzděláním zaujali spíše záporný postoj. Jen 3 respondenti se středním vzděláním považují fungování informovanosti v České republice za velmi dobré, 9 respondentů za dobré a podle zbývajících 27 respondentů informovanost nefunguje. Respondenti s vyšším odborným vzděláním pak hodnotí informovanost v 1 případě jako dobrou a podle 3 respondentů nefunguje. Podobný názor sdílí i respondenti s vysokoškolským vzděláním, kteří pouze ve 2 případech vidí fungování informovanosti jako dobré a podle 6 respondentů nefunguje. Z toho je patrné, že respondenti s vyšším vzděláním spokojeni s fungováním systému nejsou. Z předchozích výsledků sice vyplývá, že tito respondenti jsou schopni využívat více možností v rámci sociálního systému, ale jen díky své iniciativě tyto možnosti hledat. Fungování samotného systému informovanosti jim nevyhovuje. Myslím si, že právě všechno to, co si museli sami zjistit a vyhledat, jim dává možnost srovnání. Tímto způsobem získali spoustu informací a vědí, jaké by mohli asi mít možnosti. Na druhou stranu jsou si ale také vědomi toho, že jsou v této pozici jen díky vlastní aktivitě a ne fungování systému, který by je o jejich možnostech informoval.

V otázce č. 16 si tento svůj názor ještě více potvrzují. Graf 22 tuto moji hypotézu o nedostačujícím pocitu informovanosti rodičů znázorňuje. Přesně 58 respondentů (77 %) z celého vzorku uvedlo, že nejsou dostatečně informováni. A jen 17 respondentů (23 %) se cítí být dostatečně informováno. Jak vyplývá z grafu 22a, jsou to právě respondenti s nižším vzděláním, kteří se cítí být informováni. Konkrétně 4 ze 7 respondentů se základním vzděláním a také 10 ze 17 respondentů vyučených se cítí být informováno. Oproti tomu respondenti se středním vzděláním odpověděli kladně jen ve 3 případech z 39, u respondentů s vyšším odborným vzděláním a vysokoškolským vzděláním neodpověděl kladně žádný (0) respondent. Tímto se ukazuje, že vzdělání při hledání možností hraje významnou roli. Právě rodiče s vyšším vzděláním podle mého názoru nechtějí přijmout „zaběhlý standard“, ale chtějí být více informováni.

Mohu tedy konstatovat, že **první hypotéza se mi potvrdila**, neboť 77 % respondentů není podle vlastního názoru dostatečně informováno.

Druhá hypotéza byla postavena na tvrzení, že rodičům dětí s mentálním postižením a organizacím poskytujícím sociální pomoc a podporu chybí ucelený přehled možností. Tato hypotéza byla ověřována pomocí zbývajících otázek v dotazníku a také z poskytovaných informací od pracovníků organizací pracujících s rodinami s dětmi s mentálním postižením. Část týkající se rodičů byla potvrzena odpověďmi respondentů na otázku č. 17, kterou jsem zjišťovala, co by jejich informovanost zlepšilo. Z grafu 23 vyplývá, že nejvíce, 18 respondentů (24 %) by uvítalo právě ucelený a především dostupný přehled. Dalším 13 respondentům (17 %) by pomohli letáky s informacemi o možnostech, které mohou využít. Dále 11 respondentů (15 %) vidí problém v nedostatečně informovaných pracovnících. Podobnou odpověď, kterou uvedlo 9 respondentů (12 %), představovali brožury s možnostmi pro lidi s mentálním postižením. Pouze 4 respondenti (5 %) uvedli nedostatek empatie ze strany pracovníků a 3 respondenti (4 %) spatřují nedostatek v chybějících ucelených společných webových stránkách. Zbývajících 17 respondentů (23 %) neodpovídalo, neboť v předchozí otázce uvedli, že jsou s informovaností spokojeni. I tyto výsledky jsem rozdělila podle vzdělání respondentů do tabulky 4. Respondenti se základním vzděláním uvedli v 1 případě informované pracovníky a ve 2 případech dostupný přehled. Respondenti vyučení vidí ve 2 případech nedostatek v pracovnících, ve 3 případech jim chybí dostupný přehled a ve 2 případech letáky. Respondenti se středním vzděláním měli širokou škálu odpovědí; 3 respondentům chybí informovaní pracovníci, 10 respondentům dostupný přehled, 11 respondentům letáky a 9 respondentům brožury. Respondenti s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním měli podobné odpovědi. Vždy 1 respondentovi s vyšším odborným vzděláním chyběl dostupný přehled a dostatečně informovaní pracovníci, 2 zbývajícím respondentům pak empatie pracovníků. Respondenti s vysokoškolským vzděláním uvedli ve 4 případech informované pracovníky, ve 2 případech dostupný přehled a ve 2 případech empatie pracovníků. Společnými odpověďmi pro všechny respondenty byli „informovaní

pracovníci“ a „dostupný přehled“. Podle mého názoru a zkušeností z praxí jsou pracovníci jednotlivých úřadů informováni, ale ne příliš ochotni tyto informace poskytovat nebo odpovídají pouze na konkrétní dotaz rodiče a už mu neposkytnou radu, informaci o existenci jiné dávky či služby, které by mohli v rámci jejich instituce rodiče také využít. I z těchto výsledků a také odpovědí pracovníků jednotlivých úřadů soudím, že právě ucelený přehled by pomohl i jim při práci. Vzhledem k tomu, že jednotlivými „sociálními úřady“ projde denně spousta lidí, ucelený přehled např. v podobě letáku by pracovníkům jejich práci usnadnil. Mohli by tak poskytnout rodičům komplexnější informace o jejich možnostech. Právě letáky a brožury byly další odpovědí, která se několikrát objevila, a kterou by uvítali i rodiče dětí s postižením. Odpověď „společný web“ mě překvapila, neboť se domnívám, že existuje velká řada stránek určených právě osobám s postižením. Pro ilustraci a doložení uvádím několik webových stránek (viz. příloha č. 7) Respondentům s vyšším vzděláním pak chyběla i dostatečná empatie pracovníků. Myslím si, že tyto odpovědi pramení ze zkušenosti s jednotlivými pracovníky (úředníky) „u přepážky“, kteří pouze vyřizují žádosti a ostatní okolnosti je nezajímají.

K ověření této hypotézy jsem vycházela ještě z názorů pracovníků jednotlivých institucí, se kterými jsem spolupracovala při rozdávání dotazníků a během praxí. I ti mně potvrdili, že ucelený přehled, který by mohli nabídnout svým klientům, by jim v jejich práci pomohl. Přehled sociálních dávek a služeb uvádím v příloze č. 8. Myslím si tedy, že i **druhá hypotéza se mi potvrdila.**

6. ZÁVĚR

Myslím si, že je správné a oceněnéhodné, že se v současné společnosti objevuje úsilí a snaha o řešení problematiky života lidí s postižením (včetně mentálního) a řešení situace jejich rodin. Existuje řada institucí, sdružení, větších či menších projektů a velké množství soukromých aktivit pro děti s postižením a jejich rodiny, které se jim snaží pomoci zvládnout jejich každodenní starosti. Jak je ale pak možné, že se často setkáváme se situacemi, kdy rodiče dětí s mentálním postižením říkají, že vůbec nevědí, co mají dělat, co vše zde existuje, na koho se mají obrátit apod.

Podle mého názoru systém informovanosti o různých možnostech, které rodina s dítětem s mentálním postižením má, není totiž stále ještě dostatečně propracován. Při zpracovávání své diplomové práce jsem zjistila, že existují nedostatky právě v oblasti vyhledávání informací a služeb. Problém těchto rodin tedy není jen v jejich neinformovanosti, ale často i v neinformovanosti samotných poskytovatelů služeb a podpory. Velká informační propast existuje především mezi státními institucemi, které poskytují vedle různých služeb také podporu v podobě dávek, které jsou pro rodiče dětí s postižením často důležitým příjmem a mezi neziskovými organizacemi, které těmto rodinám mohou nabídnout informace a konkrétně zaměřené služby a především pomoc a pochopení v nelehké situaci.

Tato diplomová práce byla zaměřena právě na zjištění informovanosti rodičů dětí s mentálním postižením. V rámci vyhodnocování výsledků jsem rozdělila respondenty – rodiče podle vzdělání, aby výsledky více vypovídaly a nebyly tolik obecné.

Z výsledků výzkumu tedy vyplynulo, že zejména rodiče s vyšším vzděláním jsou na základě svých odpovědí dostatečně informováni. Tento stav je ale dán jejich vlastní iniciativou a snahou hledat možnosti pro své děti. Avšak právě tyto rodiče uváděli, že oni sami se být informováni necítí. Vysvětluji si to jejich znalostí situace a možností, kterých se však museli dopátrat sami.

Jiná situace je v případě rodičů s nižším vzděláním, kteří mají spíše pocit, že jsou informováni; samozřejmě ne všichni. V tomto tvrzení vidím problém

chybějícího srovnání, neboť tito rodiče zřejmě nevědí, jakých dalších možností by mohli ještě využít.

Z celkového posouzení výsledků výzkumu tedy vyplynulo, že rodiče dětí s mentálním postižením se necítí být dostatečně informováni o možnostech, které by mohli pro své dítě využít. Jak je patrné z odpovědí, problém je ve špatně fungující informovanosti v rámci sociálního systému. Tímto se mi potvrdila první hypotéza a do jisté míry i cíl práce, který byl zaměřen na zjištění informovanosti rodičů dětí s mentálním postižením o možnostech sociální podpory a pomoci.

Předpoklad druhé hypotézy, že rodičům bude chybět ucelený přehled možností, který by jim při péči o jejich dítě s postižením pomohl, se mi také potvrdil. Sami rodiče se necítí být informováni. Největší nedostatky spatřují v chybějícím přehledu možností a také v nedostatečně informovaných pracovnících. Právě pracovníkům „sociálních organizací“ a „školských institucí“ by tento přehled mohl pomoci. Usnadnil by jejich práci a zároveň by svým klientům - rodičům poskytli co nejvíce informací.

I z toho důvodu jsem vytvořila „přehled základních možností“ pro rodiče dětí s mentálním postižením (viz. příloha č. 8). Tímto „přehledem“ jsem se snažila naplnit cíl práce. Po zmapování současného stavu jsem tedy vytvořila „přehled“ pro snazší orientaci rodičů dětí s mentálním postižením v případných možnostech.

Doufám, že nedostatky v oblasti vyhledávání a zprostředkování informací pro lidi s mentálním postižením a hlavně jejich rodiny se v co nejbližší době „zlepší“, čímž se může „zlepšit“ i kvalita jejich rodinného života. Má diplomová práce tak může v tomto směru vést alespoň k částečnému zlepšení informovanosti některých rodičů.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. *Aktivity k podpoře rodiny*. MPSV. [online] Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/4#apr>> [cit. 2007-02-23].
2. BAZALOVÁ, B. Otázky osobní asistence. In Vítková, M., ed. *Otázky speciálně pedagogického poradenství /Základy, teorie, praxe/*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně, Katedra speciální pedagogiky, 2003. 261 s. ISBN 80-86633-23-3.
3. *Bílá kniha*. MŠMT. [online] posl. akt. 2002. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/files/pdf/BilaKniha.pdf>> [cit. 2007-02-20].
4. BLÁHA, L. *Naše charita. Rodinná katolická čítanka*. Nový Jičín: Obrození, 1922. Dostupné z: <<http://www.acho.charita.cz/historie.html>> [cit. 2006-12-15].
5. The Arc – Siblings: *Brothers and Sisters of People Who Have Mental Retardation*, Přel. Martina Jakubů. [online] Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=94&tmplid=45>> [cit. 2007-01-21].
6. *Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením*. MPSV. [online] Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>> [cit. 2007-02-24].
7. *Dávky státní sociální podpory*. MPSV. [online] Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/2>> [cit. 2007-02-24].
8. *Downův syndrom /Základní informace/*. Klub rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem. [online] posl. akt. 2003. Dostupné z: <<http://downsyndrom.cz/>> [cit. 2007-01-12].
9. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada, 1999. 279 s. ISBN 80-7169-254-9.
10. *Důchodové pojištění*. MPSV. [online] Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/3>> [cit. 2007-02-21].
11. *Evropské fórum zdravotně postižených*. [online] posl. akt. 2007. Dostupné z: <<http://www.nrzp.cz/european-disability-forum---evropske-forum-zdravotne-postizenych/>> [cit. 2007-03-01].

12. GRIMOVÁ, B. *Právo a lidé s postižením*. [online] Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>> [cit. 2006-12-06].
13. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
14. HRADILKOVÁ, T. *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením*. Praha: Středisko rané péče, 1998. ISBN 80-2383267-0.
15. HRUŠKOVÁ, H., MATOUŠEK, O., LANDISCHOVÁ, E. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením. In Matoušek, O. a kol. *Sociální práce v praxi /Specifika různých cílových skupin a práce s nimi/*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
16. *Informace MŠMT k zabezpečení vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami s podporou asistence*. MŠMT. [online] Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/Files/HTM/ZKInformaceMSMTa.htm>> [cit. 2007-03-05].
17. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.
18. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením /somatopedická a psychologická hlediska/*. Praha: TRITON, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
19. JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. Praha: Comenia Consult, 1993. 129 s.
20. KEPKOVÁ, M. (ed.) *Státní sociální podpora /Vznik a vývoj systému/*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. 239 s. ISBN 80-902260-5-1.
21. KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. Přel. D. Hanšpach. Praha: Portál, 1997. 168 s. ISBN 80-7178-147-9.
22. KODYMOVÁ, P. Sociální práce do druhé světové války. In Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
23. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: TRITON, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
24. KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti*. [online] Dostupné z: <http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm> [cit. 2007-04-02].

25. KOZLOVÁ, L., HRUŠKOVÁ, M., MOJŽIŠOVÁ, A., ŠIMÁK, M. Sociální služby osobní asistence. In Levická, J., Mrázová, A. *Vybrané kapitoly zo sociálno-zdravotnej problematiky*. Trnava: MOSTY, 2003. 127 s. ISBN 80-89074-71-5.
26. KOZLOVÁ, L., SVOBODOVÁ, T. Systémy sociálního zabezpečení (v 90. letech). In Kahoun, V., Kozlová, L., Tóthová, V. *Sociální práce*. Praha: TRITON, 2003. 336 s. ISBN 80-7254-138-2.
27. KOZLOVÁ, L., SVOBODOVÁ, T. Základní pilíře sociálního zabezpečení (v 90. letech). In Kahoun, V., Kozlová, L., Tóthová, V. *Sociální práce*. Praha: TRITON, 2003. 336 s. ISBN 80-7254-138-2.
28. KREBS, V. a kol. Důchodové pojištění. In *Sociální politika*. Praha: ASPI, a. s., 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5.
29. KREBS, V. a kol. Nemocenské pojištění. In *Sociální politika*. Praha: ASPI, a. s., 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5.
30. KREBS, V. a kol. Sociální pomoc. In *Sociální politika*. Praha: ASPI, a. s., 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5.
31. KREBS, V. a kol. Sociální zabezpečení v sociálním systému společnosti. In *Sociální politika*. Praha: ASPI, a. s., 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5.
32. KREBS, V. a kol. Státní sociální podpora. In *Sociální politika*. Praha: ASPI, a. s., 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5.
33. KREJČÍŘOVÁ, O. Speciální pedagogika mentálně retardovaných. In Renotiérová, M., Ludíková, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
34. LECHNÝŘ, V. *Práva lidí s mentálním postižením*. In The Rights of People with MR. [online] posl. akt. 2002. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=49>> [cit. 2006-12-05].
35. LEVICKÁ, J. Pomoc a pomáhanie. In Levická, J., Mrázová, A. *Vybrané kapitoly zo sociálno-zdravotnej problematiky*. Trnava: MOSTY, 2003. 127 s. ISBN 80-89074-71-5.

36. LUDÍKOVÁ, L. Poradenství ve speciální pedagogice. In Renotiérová, M., Ludíková, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
37. LUDÍKOVÁ, L. Problematika péče o dítě s postižením v předškolním věku. In Renotiérová, M., Ludíková, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
38. MARKOVÁ, Z., STŘEDOVÁ, L. Mentálně postižené dítě v rodině. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. 128 s.
39. MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 2000. 143 s. ISBN 80-7178-494-X.
40. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H&H, 102 s. 2001. ISBN 80-86022-02-7.
41. MATĚJČEK, Z. *Rodičům dětí s vážnějším mentálním postižením*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. 15 s. ISBN 80-7071-147-7.
42. MATĚJČEK, Z. *Škola rodičů*. Praha: MAXDORF, 2000. 285 s. ISBN 80-85912-29-5.
43. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Jak zvládat postižení vlastního dítěte*. [online] posl. akt. 2000. Dostupné z: <<http://www.rodina.cz/clanek942.htm>> [cit. 2007-01-20].
44. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
45. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON, 1997. 144 s. ISBN 80-85850-24-9.
46. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: SLON, 1995, 138 s. ISBN 80-85850-08-7.
47. MATOUŠEK, O., ŠUSTOVÁ, J. – Náboženství a společenská solidarita. In Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 12 s. ISBN 80-7178-473-7.
48. MATOUŠEK, O., ŠUSTOVÁ, J. Vývoj sociální práce jako oboru v západním světě. In Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.

49. MICHALÍK, J. Organizace občanů se zdravotním postižením. In Renotiérová, M., Ludíková, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
50. MICHALÍK, J. Současný stav školské integrace v ČR. In Renotiérová, M., Ludíková, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
51. MÜLLER, O., VALENTA, M. *Psychopedie*. Praha: PARTA, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
52. *Národní koncepce rodinné politiky*. MPSV, 2005. [online] posl. akt. 2005. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2125/koncepce_rodina.pdf> [cit.2007-02-11].
53. *Národní zpráva o rodině*. Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha, 2004. 224 s.
54. *Národní zpráva o stavu předškolní výchovy vzdělávání a péče o děti předškolního věku v České republice*. MŠMT [online] Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/Files/PDF/kap3.pdf>> [cit. 2007-02-12].
55. *Nemocenské pojištění*. MPSV. [online] Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cx/7#sdnp>> [cit. 2007-02-22].
56. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2006. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.
57. *O neziskových organizacích*. [online] posl. akt. 2006. Dostupné z: <<http://neziskovsky.cz/cs/fakta/neziskovy-sektor-v-cr/co-to-je-neziskovy-sektor/>> [cit. 2007-03-01].
58. PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006, 152 s. ISBN 80-247-1216-4.
59. PIPEKOVÁ, J. Rodina a dítě s mentálním postižením. In *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
60. PIPEKOVÁ, J. Uvedení do psychopedie. In *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
61. POLÁKOVÁ, O. Rodinná politika. In Krebs, V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI, a. s., 2005, 504 s. ISBN 80-7357-050-5.

62. POTŮČEK, M. *Sociální politika*. Praha: SLON, 1995. 142 s. ISBN 80-85850-01-X.
63. PREVENDÁROVÁ, J. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. Nové Zámky: Psychoprof, 1998. ISBN 80-967148-9-9.
64. PROCHÁZKA, M. Práce s rodinou – Úvodní teoretický základní nástin vstupu do problematiky. In Vítková, M., ed. *Otázky speciálně pedagogického poradenství /Základy, teorie, praxe/*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně, Katedra speciální pedagogiky, 2003. 261 s. ISBN 80-86633-23-3.
65. *Přehled základních typů nestátních neziskových organizací v ČR*. Informační centrum neziskových organizací, 2006. [online] Dostupné z: <<http://neziskovky.cz/cz/fakta/neziskovy-sektor-v-cr/typy-no-a-oblasti-pusobeni/19.html>> [cit. 2007-03-01].
66. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2004. 45 s. [online] posl. akt. 2006. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/Files/DOC/MJRVPPVdoVestnikupokorekture2.doc>> [cit. 2007-02-10].
67. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením*. Praha: VÚP, 2005. [online] posl. akt. 2006. Dostupné z: <<http://www.rvp.cz/soubor/rvpzv-lmp.pdf>> [cit. 2007-02-10].
68. *Rehabilitation international*. [online] posl. akt. 2007. Dostupné z: <<http://www.nrzp.cz/rehabilitation-international---federace-narodnich-a-mezinarodnich-organizaci-a-agentur/>> [cit. 2007-03-01].
69. RUISEL, I. *Základy psychologie inteligence*. Přel. P. Bakalář. Praha: Portál, 2000, 184 s. ISBN 80-7178-425-7
70. SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. Přel. D. Tomková. Praha: Portál, 2005. 200 s. ISBN 80-7178-973-9.
71. *Servisní nestátní neziskové organizace*. České Budějovice: Attavena, o.p. s., 2005. 72 s. ISBN 80-86778-09-6.
72. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. 176 s. ISBN 80-7178-559-8.

73. *Sociální služby*. MPSV. [online] Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>> [cit. 2007-02-24].
74. *Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením*. [online] posl. akt. 2006. Dostupné z: <<http://www.spmpr.cz/>> [cit. 2007-03-01].
75. *Státní sociální podpora*. MPSV. [online] Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/8#ssp>> [cit. 2007-02-24].
76. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. MPSV. [online] posl. akt. 2006. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/files/články/3222/zlom170x170web.pdf>> [cit. 2006-11-29].
77. ŠIKLOVÁ, J. Sociální práce v našem státě od druhé světové války do současnosti. In Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
78. ŠUSTROVÁ, M. *Mentalne postihnutie /Sociálna práca s mentálne postihnutými/*. Trnava: Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 1999. 105 s. ISBN 80-88908-30-2.
79. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace /Vzdělávání, výchova, sociální péče/* Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.
80. TEPLÁ, M. Koncepce speciálně pedagogických center pro mentálně postižené. In *Speciálně pedagogická centra /sborník přednášek z celostátního semináře, Zadov – 1996/*. České Budějovice: Pedagogické centrum, 1997. 48 s.
81. TOMEŠ, I. *Sociální politika /teorie a mezinárodní zkušenost/*. Praha: SOCIOKLUB, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.
82. VÁGNEROVÁ, M. *Patopsychologie II*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 1995. 145 s. ISBN 80-7083-159-6.
83. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
84. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie /Dětství, dospělost, stáří/*. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
85. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.

86. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
87. VÍTKOVÁ, M. Dlouhodobý záměr rozvoje poradenského systému v Jihomoravském kraji. In *Otázky speciálně pedagogického poradenství /Základy, teorie, praxe/*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně, Katedra speciální pedagogiky, 2003. 261 s. ISBN 80-86633-23-3.
88. VÍTKOVÁ, M. Raná podpora. In *Otázky speciálně pedagogického poradenství /Základy, teorie, praxe/*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně, Katedra speciální pedagogiky, 2003. 261 s. ISBN 80-86633-23-3.
89. VÍTKOVÁ, M. Význam empowerment, kooperace a poradenství pro rodinu s postiženým dítětem. In Pipeková, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
90. VOTAVA, J. Mezinárodní organizace. In *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
91. Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. MPSV. [online] Dostupné z: <http://i.iinfo.cz/urs-att/p_182-91-114816949052473.htm> [cit. 2007-02-24].
92. Vyhláška 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. MŠMT. [online] Dostupné z: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb05072&cd=76&typ=r>> [cit. 2007-03-05].
93. Vyhláška č. 73/2005, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. MŠMT. [online] Dostupné z: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb05073&cd=76&typ=r>> [cit. 2007-02-15].
94. Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. MPSV. [online] Dostupné z: <[Http:// business.center.cz/business/pravo/zakony/socialzab/cast1.aspx](http://business.center.cz/business/pravo/zakony/socialzab/cast1.aspx)> [cit. 2007-02-20].

95. *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. MŠMT. [online] Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/Files/Predpisy1/sb190-04/.pdf>> [cit. 2007-02-12].
96. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. MPSV. [online] Dostupné z: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>> [cit. 2007-02-21].
97. ŽIŽKOVÁ, J. Sociální politika, její podstata a základní charakteristika. In Krebs, V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI, a. s., 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5.
98. ŽIŽKOVÁ, J. Základní charakteristika sociální politiky. In Krebs, V. a kol. *Sociální politika*. Praha: CODEX, 1997. 328 s. ISBN 80-85963-33-7.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

RODINA

SOCIÁLNÍ POLITIKA

SOCIÁLNÍ POJIŠTĚNÍ

STÁTNÍ SOCIÁLNÍ PODPORA

SOCIÁLNÍ POMOC

INFORMOVANOST

9. PŘÍLOHY

9.1. Seznam příloh

1. Příloha - Tabulka: Stupně mentální retardace
2. Příloha - Desatero zásad pro rodiče a vychovatele dětí s postižením
3. Příloha - Deklarace práv dítěte
4. Příloha - Deklarace o právech mentálně postižených osob, vyhlášená na Valném shromáždění Organizace spojených národů dne 20. prosince 1971
5. Příloha - Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením
6. Příloha - Dotazník
7. Příloha - Přehled internetových stránek pro osoby s postižením
8. Příloha - Přehled sociálních dávek a služeb pro osoby s postižením

Příloha č. 1

Tabulka: Stupně mentální retardace podle MKN – 10

Kódová čísla	Slovní označení		Pásmo IQ
F 70	Lehká mentální retardace	(debilita)	50 – 70
F 71	Středně těžká mentální retardace	(imbecilita)	25 – 49
F 72	Těžká mentální retardace	(idiocie)	20 – 34
F 73	Hluboká mentální retardace	(idiocie)	0 - 19

V závorce jsou uvedeny staré názvy, které se v dnešní době již nepoužívají, protože získaly v průběhu času pejorativní význam.

Zdroj: ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace /Vzdělávání, výchova, sociální péče/. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

Příloha č. 2

Desatero zásad pro rodiče a vychovatele dětí s postižením

1. Rodiče mají o svém dítěti co nejvíce vědět.

Je dobře, když vědí, jaká je podstata postižení jejich dítěte. Mohou mu pak lépe porozumět a pomáhat. Doporučuje se, aby se ptali odborných pracovníků, než sháněli informace příležitostně v okruhu svých přátel. Nemusejí se za své otázky a dotazy stydět, ale naopak mají si dát věci důkladně vysvětlit. Pak je tu i možnost literatury, přednášek, kurzů. Důležité je, aby rodiče měli možnosti setkávat se s rodiči podobně postižených dětí. Existují různá zájmová sdružení rodičů a přátel dětí s postižením (např. Sdružení pro pomoc mentálně postiženým). Jde zde o předávání vlastních poznatků, zkušeností a vzájemné posilování a povzbuzování, což má nepochybně psychohygienický a terapeutický význam.

2. Neštěstí ne, ale úkol a zkouška!

Prožívají-li rodiče postižení svého dítěte pouze jako neštěstí, ránu osudu či něco podobného, nepomáhá to ani dítěti, ani rodičům. Je to z toho důvodu, že neštěstí znamená pasivitu a uzavření do sebe, zatímco úkol vede k aktivitě. Právě aktivita tělesná a duševní je významným činitelem psychohygienickým. Postižení dítěte a jeho zvládnutí znamená velký životní úkol, který se však dá rozdělit do mnoha drobných dílčích úkolů. Dobré je také pozvat ku pomoci ostatní členy rodiny a své přátele.

3. Obětavost ano, ne však obětování se!

Dítě s postižením potřebuje porozumění a pomoc rodičů a blízkých. Současně mu však musí být oporou, výchovně ho vést, učit ho, naplňovat jeho svět pohodou. Tato „práce“ velmi vyčerpává a mnozí rodiče mívají představu, že jejich povinností je obětovat se do krajnosti, že nikdo jiný za ně nic neudělá a dítěti neporozumí. Vyčerpaní rodiče pak ale nemohou dobře pomáhat svým dětem. Je tedy nutné, aby si udržovali dobrou tělesnou a duševní kondici. Důležité doporučení tedy zní:

práci s dítětem a péči o ně od počátku v rodině rozdělovat, tedy nenechávat ji pouze na jednom člověku.

4. S horším počítejte – lepším se dejte překvapit.

Rodiče zdaleka tolik netrpí úzkostí, když realisticky počítají s vývojovými obtížemi dítěte, než když neustále doufají a v rychlý a zázračný obrat, a jsou vždy zklamáni. Je pravda, že lékaři a psychologové, kteří dítě vyšetřují, nemohou vždy s konečnou jistotou a do všech podrobností další vývoj dítěte předpovídat, ale s určitou pravděpodobností jej mohou naznačit. Důležité je přijmout, že se dítě vyvíjí svým tempem, tj. tedy jinak než jiné děti. Účelnější je oceňovat jeho vlastní pokroky a uvažovat o tom, co dovede, co může, co jim dělá na dítěti radost apod.

5. Dítě samo netrpí!

Dítě s postižením obvykle žije, jako každé jiné, svým dětským životem a má své dětské radosti a starosti. Samo netrpí – trpí jen ti kolem! V naprosté většině případů své vývojové obtíže neprožívá jako bolest a trápení, neboť nemá, s čím svůj současný stav srovnávat. Někteří rodiče a hlavně prarodiče mají sklon si představovat, že dítě vyvíjející se opožděně, následkem tohoto stavu strádá tělesně a duševně. Je to dáno tím, že jsou k dítěti citově vázáni a vědí, jak by se mělo za normálních okolností projevovat.

6. V pravý čas a v náležitě míře!

Tato zásada říká, že každý cílevědomý krok ve výchově, ve vývojové stimulaci, ve cvičení, v rehabilitaci, má přijít v pravý čas – tedy ani příliš brzy, ani příliš pozdě. Pro vše, co s dítětem rodiče dělají, je vhodné určité vývojové období a dávkování. Důležité je, aby se rodiče soustředili zejména na to, co má u dítěte největší reálnou naději na úspěch. To vše je důležité pro to, aby si dítě osvojilo správné návyky.

7. Nejsme sami!

Je více rodičů, kteří mají dítě s podobným postižením a jsou ochotni sdílet své zkušenosti. Solidarita lidí, kteří zažili něco podobného, může být velkou oporou. Vedle lékařů a dalších odborníků také existuje řada klubů, organizací a sdružení, kteří jsou ochotni účinně pomáhat. V současné době jsou to i úřady, které mají tendence chovat se vstřícněji. Mnohé zkušenosti ukazují, že pomoci dovedou i lidé nezasvěcení a nezkušení. Důležitá je v tomto případě otevřenost. Rodiče dětí s postižením by měli být zapojeni, stejně jako ostatní, do širších společenských kruhů.

8. Nejsme ohroženi!

Rodiče dětí s postižením bývají často až přecitlivělí na zájem druhých lidí, jejich pohledy a chování. Předem očekávají, že se druzí lidé budou dívat s nepochopením a nadřazeností. Mnohdy nesnášejí ani projevy lítosti a účasti, byť jsou míněny upřímně. Stává se pak, že žijí v jakémsi neustálém napětí, jakoby stále čekali útok. Mají tendenci se izolovat.

9. Chraňme si rodinu a manželství!

Rodiče dětí s postižením jsou zvýšeně zatíženi úzkostmi, napětím a nezvyklými pracovními a výchovnými nároky, které přináší péče o jejich dítě, což může dnešní rodinu spojovat nebo naopak rozkládat. Rodiče by si měli být vzájemnou oporou. Důležitá je i opora a pomoc z okruhy blízkých. Nutné je i pochopení, že přijetí této situace trvá každému různě dlouho. Stejně tak jejich prožitky mohou mít různou sílu a hloubku.

10. Budoucnost ve výhledu!

Rodiče musí v klidu uvážit, jak zajistit budoucnost dítěte, svou a své rodiny. Znamená to realisticky zvážit, jak dalece dokáží zajistit jejich potřeby. Objevuje se zde otázka vzdělávání, pomocných zařízení apod. Na žádnou z těchto otázek nelze dát obecnou odpověď. Vždy je nutné posoudit celou situaci z mnoha hledisek a poradit se s odbornými pracovníky, kteří vývoj dítěte sledují. Také se často objevuje otázka,

zda mít další dítě. Zkušenosti ukazují, že další zdravé dítě v rodině přináší většinou uklidnění, vyrovnání a ozdravení celého prostředí, což prospívá všem, včetně postiženého dítěte. Rodičům se také radí, aby si dali provést genetická a jiná vyšetření, která by mohla ukázat případné nebezpečí postižení dalšího dítěte.

Zdroj: <http://www.rodina.cz/clanek942.htm>

Příloha č. 3

Deklarace práv dítěte

Preambule

U vědomí toho, že lid Spojených národů znovu vyhlásil v Chartě svou víru v základní lidská práva a v důstojnost a hodnotu lidské osobnosti a rozhodl se podporovat sociální pokrok a vyšší životní úroveň ve větší svobodě, že Organizace spojených národů vyhlásila ve Všeobecné deklaraci lidských práv, že každý má všechna práva a svobody v ní stanovené bez jakéhokoli rozlišování podle rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, náboženského, politického nebo jiného smýšlení, národnostního nebo sociálního původu, majetku, rodu nebo jiného postavení, že dítě pro svou tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a zvláštní právní ochranu před narozením i po něm, že potřeba těchto zvláštních záruk byla zakotvena v Ženevské deklaraci práv dítěte z r. 1924 a uznána ve Všeobecné deklaraci lidských práv a ve statutech mezinárodních odborných organizací a ostatních mezinárodních organizací, zabývajících se otázkami péče o děti, že lidstvo je povinno dát dětem to nejlepší, co jim může dát, Valné shromáždění prohlašuje tuto Deklaraci práv dítěte, aby děti mohly prožít šťastné dětství, užívat práv a svobod zde uvedených ku prospěchu vlastnímu i prospěchu společnosti a vyzývá rodiče, muže i ženy a dobrovolné organizace, místní úřady a vlády zemí, aby uznali tato práva a snažili se dosáhnout jejich dodržování cestou zákonodárných a jiných opatření prováděných postupně s těmito zásadami:

Zásada 1

Dítě požívá všech práv stanovených v této Deklaraci. Tato práva má bez výjimky každé dítě, bez rozlišování nebo diskriminace podle rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního nebo sociálního původu, majetku, rodu nebo postavení, ať již jeho samého, nebo jeho rodiny.

Zásada 2

Dítě požívá zvláštní ochrany. Zákon a ostatní opatření nechť mu poskytují příležitost i prostředky k tomu, aby se mohlo rozvíjet fyzicky, duševně, morálně, duchovně a sociálně zdravým způsobem a v podmínkách svobody a důstojnosti. Nejvyšším měřítkem zákonodárné činnosti v této oblasti je zájem dítěte.

Zásada 3

Dítě má od narození právo na jméno a na státní příslušnost.

Zásada 4

Dítě požívá výhod sociálního zabezpečení. Je oprávněno vyrůstat a rozvíjet se ve zdraví; proto se jemu i jeho matce poskytuje zvláštní péče a ochrana včetně přiměřené péče v době před jeho narozením i po něm. Dítě má právo na přiměřenou výživu, bydlení, zotavení a lékařskou péči.

Zásada 5

Dítěti, které je fyzicky, duševně nebo sociálně postiženo, se poskytuje zvláštní zacházení, výchova a péče, jak to vyžaduje jeho zvláštní postavení.

Zásada 6

Dítě potřebuje k plnému a harmonickému vývoji své osobnosti lásku a porozumění. Pokud je to možné, má vyrůstat v péči svých rodičů, kteří jsou za ně odpovědni, a v ovzduší přízně, morálního i materiálního zabezpečení; dítě v útlém věku může být odloučeno od své matky pouze za výjimečných okolností. Společnost i úřady jsou povinny poskytovat zvláštní péči dětem bez rodičů a dětem bez přiměřených prostředků k životu. Finanční podpora státu a jiná pomoc dětem z početných rodin je žádoucí.

Zásada 7

Dítě má nárok na vzdělání, které má být bezplatné a povinné, alespoň v začátečních stupních. Má mu být poskytována výchova, která pomáhá zvýšit jeho všeobecnou kulturní úroveň a umožní mu na základě stejných příležitostí rozvíjet jeho schopnosti, úsudek a smysl pro morální a sociální odpovědnost a stát se tak platným členem společnosti. Nejlepší zájmy dětí mají být vůdčími zásadami pro ty, kdož odpovídají za výchovu a vedení dítěte. Tuto odpovědnost nesou v první řadě rodiče dítěte.

Dítě má mít plnou možnost ke hrám a zotavení, jež by měly mít stejné poslání jako vzdělání; společnost a státní úřady mají usilovat o to, aby dítě mohlo tohoto práva užívat.

Zásada 8

Dítě bude za všech okolností mezi prvními, komu bude poskytnuta ochrana a pomoc.

Zásada 9

Dítě má být chráněno před všemi formami nedbalosti, krutosti a vykořisťování. Nesmí být předmětem obchodu v žádné podobě. Dítě nesmí být přijato do zaměstnání před dosažením přiměřeného minimálního věku; v žádném případě mu nebude vnuceno nebo dovoleno vykonávat jakékoli povolání nebo zaměstnání, jež by mohlo škodit jeho zdraví nebo výchově, anebo by překáželo jeho tělesnému, duševnímu nebo morálnímu vývoji.

Zásada 10

Dítě musí být chráněno před činy, jež by mohly podporovat rasovou, náboženskou nebo jakoukoli jinou formu diskriminace. Musí být vychováváno v duchu porozumění, snášenlivosti, přátelství mezi národy, míru a všeobecného bratrství a v plném vědomí, že svou energii a nadání má věnovat službě bližním.

Zdroj: http://home.tiscali.cz/iva.w/deklarace_pd.htm

Příloha č. 4

Deklarace o právech mentálně postižených osob, vyhlášená na Valném shromáždění Organizace spojených národů dne 20. prosince 1971

Valné shromáždění (2027. plenární zasedání OSN) vyhláší tuto deklaraci o mentálně retardovaných a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv:

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být v rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.
7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrn svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení

nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.

Zdroj: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace /Vzdělávání, výchova, sociální péče/*. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.

Příloha č. 5

Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením

Preambule:

Delegáti X. světového kongresu Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentálního postižení z 11. členských států Inclusion international připomínají závažné dokumenty OSN, jakými jsou Všeobecná deklarace lidských práv, Deklarace práv mentálně postižených osob, Deklarace práv zdravotně postižených osob, standardní pravidla na vytváření rovných příležitostí pro zdravotně postižené osoby a Konvence o právech dítěte, odhodlaní uplatňovat právo plynoucí z těchto mezinárodních dokumentů o lidských právech ve prospěch spravedlnosti všech lidí s mentálním postižením a jejich rodin, uvědomujíc si potřebu spolupráce národních výkonných a zákonodárných orgánů, místních úřadů, profesionálů, komunit a všech lidí dobré vůle, v zájmu ochrany práv a důstojnosti osob s mentálním postižením na svém střetnutí v Helsinkách 11. července 1996 deklarují a vyhláší následující principy:

Článek 1

Lidé s mentálním postižením mají právo a musí mít možnost žít rovnoprávný život ve společnosti.

Článek 2

Lidé s mentálním postižením musí mít přístup ke službám v místě svého bydliště.

Článek 3

Lidi s mentálním postižením musíme vždy brát a vnímat jako jednotlivce a ne jako příslušníky určité kategorie.

Článek 4

Lidé s mentálním postižením, nejméně jako všichni ostatní členové společnosti, mají rovné právo na služby v místě svého bydliště. Tento princip se taktéž vztahuje i na jedince s těžkým a hlubokým postižením.

Článek 5

Služby poskytované mentálně postiženým lidem v místě jejich bydliště musí vycházet z jejich individuálních potřeb.

Článek 6

Lidé s mentálním postižením musí mít právo žít v co nejméně omezujícím prostředí poskytujícím soukromí. Ústavy jsou v rozporu s tímto principem, jsou už modelově přežité, protože vycházejí z dnes už zastaralého principu izolace postižených lidí.

Článek 7

Vlády jednotlivých států musí urychleně připravit plány rušení ústavů pro mentálně postižené lidi a vyvinout alternativní efektivní služby komunitního typu pro ty, kteří potřebují pomoc a asistenci mimo domov.

Článek 8

Vlády musí také naplánovat přesun finančních prostředků a personálu z ústavů do mimoústavních komunitních služeb, což podpoří proces začleňování lidí s mentálním postižením do širší společnosti.

Článek 9

Lidé se mentálním postižením musí mít možnosti na praktické uplatňování svého práva na sebeurčení a možnosti ovlivňovat svou vlastní situaci. Na dosažení tohoto cíle je potřebná spolupráce vládních a mimovládních organizací.

Článek 10

Lidé s mentálním postižením musí mít právo na vlastní vyjádření a právo být vyslechnut s respektem a důstojností. Musí mít rovné příležitosti zúčastňovat se a přispívat do života společnosti ve všech jejích oblastech.

Zdroj: ŠUSTROVÁ, M. *Mentalne postihnuti /Sociálna práca s mentalne postihnutými/*. Trnava: Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnem práce, 1999. 105 s. ISBN 80-88908-30-2.

Příloha č. 6

DOTAZNÍK

Vážení rodiče,

jmenuji se Lenka Hnisová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Tento dotazník mi poslouží k vypracování mé diplomové práce na téma „Sociálně politická opatření státu a jejich využití v rodinách s dítětem s mentálním postižením“. Obracím se tedy na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré údaje, které zde uvedete, použiji pouze pro svou práci.

Předem děkuji za Vaši pomoc.

Lenka Hnisová

Uved'te, prosím, Váš:

Věk:.....let

Pohlaví:

muž

žena

Rodinný stav:

svobodný/a

ženatý/vdaná

rozvedený/á

vdovec/vdova

druh/družka

Vzdělání:

základní

vyučen/a (střední bez maturity)

střední (střední s maturitou)

vyšší odborné

vysokoškolské

jiné.....

Zaměstnán/a:

ano

nezaměstnaný/á

mateřská/rodičovská dovolená

OSVČ

plný invalidní důchod

částečný invalidní důchod

jiné.....

O kolik dětí v současné době pečujete?

Z toho s postižením.....

Ve věku.....let

Pokud máte více dětí s postižením ve své péči, vyplňte, prosím, odpovídající počet dotazníků za každé své dítě.

1. Druh postižení:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tělesné | <input type="checkbox"/> vrozené |
| <input type="checkbox"/> mentální | <input type="checkbox"/> získané |
| <input type="checkbox"/> smyslové | |
| <input type="checkbox"/> kombinované | |

2. Navštěvovalo/navštěvuje Vaše dítě mateřskou školu (MŠ)?

- ano, MŠ běžnou
- ano, MŠ speciální
- ne

3. Jakou školu navštěvovalo/navštěvuje Vaše dítě?

- ZŠ běžnou
- ZŠ praktickou
- ZŠ speciální
- odborné učiliště
- praktická škola
- jiné.....

4. Před rozhodnutím o typu školy jste se poradili?

- s pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny
- s pracovníkem speciálně pedagogického centra
- s lékařem
- s pedagogem ve škole
- rozhodovali jsme se sami
- jiné.....

5. Využíváte nabídky sociální pomoci/péče poskytované nejvíce:

- státními institucemi
- neziskovými organizacemi
- jiné.....

6. Jaké využíváte sociální služby?

- osobní asistence
- pečovatelská služba
- centrum denních služeb
- denní stacionář
- týdenní stacionář
- domov pro osoby se zdravotním postižením
- ústav sociální péče
- jiné.....
- nevyžívám

7. Tyto služby hodnotíte jako:

- výborné
- velmi dobré
- dobré
- dostatečné
- nedostatečné

8. Jaké využíváte sociální dávky?

- rodičovský příspěvek
- přídavek na dítě
- příspěvek při péči
- jiné.....
- nevyžívám

9. Tyto dávky hodnotíte jako:

- výborné
- velmi dobré
- dobré
- dostatečné
- nedostatečné

10. Využili jste někdy jednorázového příspěvku?

- ne
- nevím o této možnosti
- ano, prosím, uveďte za jakým účelem.....

11. Jaké využíváte dávky důchodového pojištění (pro Vaše dítě)?

- plný invalidní důchod
- částečný invalidní důchod
- vdovský/vdovecký důchod
- starobní důchod
- sirotčí důchod
- jiné.....
- nevyžívám

12. Tyto dávky hodnotíte jako:

- výborné
- velmi dobré
- dobré
- dostatečné
- nedostatečné

13. Znáte nějaké sdružení (svépomocné, občanské) či organizaci, která pomáhá/pomohla řešit vaše problémy?

- ne
- ano, prosím, uveďte jaké.....

14. Navštívili jste někdy Centrum služeb pro zdravotně postižené?

- ne
- ano, prosím, uveďte důvod.....

15. Jak podle Vás funguje informovanost o sociálních dávkách, službách či jiných možnostech v ČR?

- výborně
- velmi dobře
- dobře
- nefunguje

16. Máte pocit, že jste o těchto možnostech dostatečně informováni?

- ano
- ne

17. Prosím, uveďte, co Vám v současném sociálním systému chybí, příp. co by zlepšilo Vaši informovanost?

.....
.....

Zde máte místo, pokud chcete ještě něco dodat.

Velice Vám děkuji za čas, který jste strávil/a nad vyplňováním tohoto dotazníku.

Zdroj: Vlastní výzkum.

Příloha č. 7

Internetové stránky pro osoby s postižením (včetně mentálního)

- www.dobromysl.cz
- www.helpnet.cz
- www.alfabet.cz
- www.Bez_barier.cz
- www.internetPoradna.cz
- www.krizovatka.cz
- www.inforposel.cz
- www.spmPCR.cz
- www.alpa.cz
- www.autismus.cz
- www.volny.cz/autistk/
- www.volny.cz/downsyndrom/
- www.Trisomie21.cz
- www.brezen.cz

Své internetové stránky má i většina organizací věnujících se osobám s postižením, např.:

- www.modry-klic.cz
- www.krtecek.envision.cz
- www.handicapbudweis.com
- www.svetlaska.webpark.cz
- www.mesada.org
- www.sweb.cz/hafik-trebon/
- www.boruvka-borovany.cz
- www.os.konik.cz
- www.ditevkrizi.cz

- www.muss.plzen-city.cz
- www.ledovec.cz
- www.srhp.monty.cz
- www.jitrenka.info
- www.exodus.cz
- www.diakoniecce.cz
- www.charita.cz
- www.neziskovky.cz

Zdroj: Vlastní výzkum.

Příloha č. 8

Přehled sociálních dávek a služeb pro osoby s postižením

Státní sociální podpora

- Možnost využít všech dávek státní sociální podpory.
- Žádost a poskytnutí dávky vyřizují kontaktní místa příslušných úřadů práce (podle místa trvalého bydliště), které poskytnou i informace o podmínkách nároku na dávku

Dávky státní sociální podpory:

- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| ➤ Přídavek na dítě | ➤ Příspěvek na školní pomůcky |
| ➤ Rodičovský příspěvek | ➤ Porodné |
| ➤ Sociální příplatek | ➤ Pohřebné |
| ➤ Příspěvek na bydlení | ➤ Dávky pěstounské péče |

Sociální péče

- Možnost využít zejména dávek určených osobám s postižením.
- Žádost a poskytnutí dávek vyřizují obecní úřady s rozšířenou působností nebo pověřené obecní úřady, které poskytnou i potřebné informace.

Dávky sociální péče:

OÚ s rozšířenou působností:

- Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek,
- Příspěvek na úpravu bytu,
- Příspěvek na zakoupení motorového vozidla,
- Příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla,
- Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla,
- příspěvek na provoz motorového vozidla,
- Příspěvek na individuální dopravu.

Pověřený OÚ:

- Příspěvek na zvýšené životní náklady,
- Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu,
- příspěvek na úhradu za užívání garáže,
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.

- Mimořádné výhody I., II., III. stupně (průkazy TP, ZTP, ZTP/P) – OÚ s rozšířenou působností.

- Příspěvek při péči - OÚ s rozšířenou působností.

Možnost využít i **dávky důchodového** (invalidní důchod), příp. **nemocenského pojištění**. Dávky vyřizuje a informace podává Česká správa sociální zabezpečení (nebo Okresní správa).

Sociální služby

- Služby poskytované státními institucemi i neziskovými organizacemi.
- Některé služby jsou poskytované za úplatu – možnost využít příspěvku při péči.

- Osobní asistence
- Pečovatelská služba
- Průvodcovské a předčitatelské služby
- Podpora samostatného bydlení
- Odlehčovací služby
- Centra denních služeb
- Denní a týdenní stacionáře
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Chráněné bydlení
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče
- Raná péče
- Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením
- Sociálně terapeutické dílny
- Sociální rehabilitace a další

Zdroj: Vlastní výzkum.